

Kauko Haarakangas
Hoitokokouksen äänet



JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

JYVÄSKYLÄ 1997

JYVÄSKYLÄ STUDIES IN EDUCATION, PSYCHOLOGY AND SOCIAL RESEARCH 130

Kauko Haarakangas

Hoitokokouksen äänet

Dialoginen analyysi perhekeskeisen psykiatrisen
hoitoprosessin hoitokokouskeskusteluista
työryhmän toiminnan näkökulmasta

Esitetään Jyväskylän yliopiston yhteiskuntatieteellisen tiedekunnan suostumuksella
julkisesti tarkastettavaksi yliopiston vanhassa juhlasalissa (S212)
elokuun 23. päivänä 1997 kello 12.



JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

JYVÄSKYLÄ 1997

Kauko Haarakangas

Hoitokokouksen äänet

Dialoginen analyysi perhekeskeisen psykiatrisen
hoitoprosessin hoitokokoukseskusteluista
työryhmän toiminnan näkökulmasta



JYVÄSKYLÄN | YLIOPISTO

JYVÄSKYLÄ 1997

Editors

Tapani Korhonen

Department of Psychology, University of Jyväskylä

Kaarina Nieminen

Publishing Unit, University Library of Jyväskylä

URN:ISBN:978-951-39-8210-2

ISBN 978-951-39-8210-2 (PDF)

ISSN 0075-4625

ISBN 951-34-0721-7

ISSN 0075-4625

Cover

Picture: Birgitta Alakare and Leila Männistö

Copyright © 1997, by University of Jyväskylä

Jyväskylä University Printing House,
Jyväskylä and ER-Paino Ky, Lievestuore 1997

ABSTRACT

Haarakangas, Kauko

The voices in treatment meeting. A dialogical analysis of the treatment meeting conversations in family-centred psychiatric treatment process in regard to the team activity.

Jyväskylä: University of Jyväskylä, 1997. 136 p.

(Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research, ISSN 0075-4625; 129).

ISBN 951-34-0721-7

Summary

Diss.

The context of this study is treatment meeting, which is the basic event in the family and network oriented psychiatric treatment model at Keropudas Hospital in Tornio and in its catchment area in Western Lapland. The aim of the study is to examine conversation in treatment meeting as a dialogical process especially from the viewpoint of the team. The treatment meetings examined have been supervised situations in family therapy training. The treatment meeting conversations which have been analyzed consist of three cases: an outpatient case including seven meetings; an inpatient case with two meetings; and a crisis intervention case which was an admission meeting on the boundary between the hospital and the outpatient treatment. The focus of interest is the activity of the team a) in coupling with the family members and other participants in treatment meeting; b) in generating and maintaining dialogical and polyphonic conversation; c) in evolving new meanings; and d) in using reflective discussion between team members as a therapeutic means. The study was undertaken by using a method called dialogical analysis. The conceptual model of dialogical analysis is based on Bakhtin's theory of dialogism, Maturana's concept of structural coupling and some points of discourse analytic approach. The results of the study indicate that when the meaning systems of the team and of the clients are coupled with each other a new discourse can evolve where the voices of all participants can be in dialogical connection and the symptom-centered discourse of the family life can change into a therapeutic discourse which deals with e.g. resources of the clients and problems of family interrelations in their historical and systemic context. The task of the team is to generate dialogue that promotes potential discourse where the object of consideration can be the themes and meanings which are difficult in the meaning system of the family. The reflective discussion of the team is a therapeutic means that can promote dialogicality and semantic development in treatment meeting. The dialogical action model for the team has been outlined on the ground of the results.

Keywords: Family-centred psychiatric treatment, therapeutic conversation, therapeutic team, dialogical analysis, dialogue, Bakhtin's dialogism, reflective discussion.

ESIPUHE

Olen voinut tehdä tämän tutkimuksen aikana, jolloin perhe- ja verkostokeskeistä hoitoa, tutkimusta ja koulutusta on kehitetty voimakkaasti Keroputaan sairaalassa ja koko Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin psykiatrian toimialueella. Professori Jukka Aaltonen on ollut tämän kehitysprosessin tieteellisenä johtajana. Tutkimukseni ohjaajana hänelle kuuluvat suurimmat kiitokset kärsivällisestä opastuksesta tieteilisyyteen. Dosentti Marja-Liisa Honkasalo ja, apulaisprofessori Jarl Wahlström ovat toimineet väitöskirjani esitarkastajina. Heille kiitokset perusteellisesta paneutumisesta työhöni, sen kriittisestä arvioinnista ja monista arvokkaista neuvoista. Apulaisprofessori Wahlström ansaitsee lisäksi erityiskiitokset nopeasta palautteesta. Myös professori Isto Ruoppila on lukenut käsikirjoitukseni ja tukenut tutkimuksen valmistumista. Jyväskylän yliopiston yhteiskuntatieteellisen tiedekunnan myöntämä tutkimusapuraha teki mahdolliseksi paneutua välillä myös täysipäiväiseen väitöskirjan tekemiseen.

Tutkimukseni suurina innoittajina ovat olleet professorit Harold Goolishian ja Tom Andersen. Minulla oli tilaisuus keskustella henkilökohtaisesti Harold Goolishianin kanssa suunnitellessani väitöskirjan tekemistä. Tom Andersenin vierailut Torniossa perheterapiakoulutuksen ja tieteellisen yhteistyön puitteissa ovat muodostuneet jokavuotiseksi perinteeksi.

Työtovereiltani olen saanut runsaasti tukea ja kannustusta. Aikuispsykiatrian tulosyksikön johtaja, ylilääkäri Birgitta Alakare ja Keroputaan sairaalan ylilääkäri, FT Jyrki Keränen ovat olleet kannustavasti koko ajan mukana tutkimushankkeesani. Jyrki Keränen toi sairaalaan sellaista tervolalaista kylähulluutta, joka on vapauttanut henkilökunnan luovia voimavaroja. Johtava psykologi, dosentti Jaakko Seikkula on omalla tutkimustoiminnallaan luonut sen innostuneen tieteellisen ilmapiirin, jossa olen kehittynyt väitöskirjan tekijäksi. Suuren kiitoksen ansaitsevat myös osastonhoitaja Telma Hihnala, avohoidon erikoislääkäri Pirjo Saastamoinen ja psykologi, FM Markku Sutela työni tukemisesta. Haluan myös erityisesti kiittää poliklinikkatyöryhmän entisiä ja nykyisiä jäseniä monista mieleenpainuneista yhteisistä kriisityön kokemuksista ja mukavista yhdessäolon hetkistä.

Erityistason perheterapiakoulutuksessa vuosina 1989-1992 olleet työntekijät ja tutkimuksessa mukana olleet perheet ovat synnyttäneet sen keskusteluaineiston, johon tämä tutkimus perustuu. Suuri kiitos heille kaikille.

Monissa tietoteknisissä pulmissa ja väitöskirjani saattamisessa viimeisteltyyn muotoon olen saanut korvaamatonta apua osastonsihteerin Leila Männistöltä, jolle lämpimät kiitokseni.

Rakkaat kiitokset vaimolleni Anjalle, joka on jaksanut kannustaa ja sietää minua kaikissa vaiheissa, jotka eivät varmasti ole olleet hänelle helppoja. Ilman hänen tukeaan ja myötätuntoaan tämä tutkimus ei olisi valmistunut.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	11
1.1	Perhekeskeisyys ja suuntautuminen avohoitoon psykiatrisen terveydenhuollon kehityslinjoina Suomessa	11
1.2	Tutkimuksen paikalliset puitteet	13
1.3	Länsi-Pohjan psykiatrisen hoitomallin kehittyminen	14
1.4	Länsi-Pohjan mielenterveystyön tutkimus- ja kehittämisprojekti	16
1.5	Tutkimuksen käytännölliset ja teoreettiset lähtökohdat	16
1.5.1	Perhekeskeisen hoidon tutkimus	16
1.5.2	Perheterapeutin keskustelun tutkimus	17
2	HOITOKOKOUKSEN DIALOGISEN PROSESSIN TEORIA	19
2.1	Perhekeskeisen psykiatrisen hoidon käsitteitä	19
2.2	Systeemin käsitteen määrittelyä ja sovellutuksia	20
2.3	Kytkeytyminen	21
2.4	Kieleen ja kielelliseen vuorovaikutukseen liittyvät käsitteet	22
2.4.1	Kieli ja puhe	22
2.4.2	Dialogi ja dialogisuus	23
2.4.3	Merkitys	24
2.4.4	Diskurssi ja merkityssysteemi	25
2.4.5	Sosiaalinen konstruktionismi	27
2.4.6	Kielen indikatiivisuus ja symbolisuus	27
2.4.7	Ääni ja polyfonia	29
2.4.8	Oma sana ja vieras sana	29
2.4.9	Käsitteiden vertailua	30
2.5	Hoitokokouskeskustelun teoria ja keskeiset käsitteet	32
2.5.1	Hoitokokouksen kielen muodostuminen	32
2.5.2	Hoitokokouksen polyfonisuus	33
2.5.3	Hoitokokouskeskustelun epäsymmetrisyys	34
2.5.4	Työryhmän toiminnan dialogisuus	35
2.5.5	Reflektointi työryhmän dialogisena välineenä	36
2.5.6	Reflektointi Vygotskyn kieliteorian näkökulmasta	37
2.5.7	Osallistujien keskinäinen kytkeytyminen	38
2.5.8	Uusien merkitysten ja yhteisen ymmärryksen muodostuminen	39
3	TUTKIMUKSEN TAVOITE, KYSYMYKSET JA HYPOTEEESIT	43
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	45
4.1	Tutkimusaineiston valinta ja tutkimusasetelma	45
4.2	Aineiston käsittely ja analyysi	47
4.2.1	Dialogisen analyysin käsitelmä	48
4.2.2	Analyysiyksikkö ja sen rakentuminen	50
4.3	Tutkimuksen luotettavuuden arviointi	51

5	TULOKSET	55
5.1	Tulosten esittämistapa	55
5.2	Tapausten kuvaus	56
5.3	Kytkeytyminen työryhmän toiminnassa	57
5.3.1	Asiakkaiden lähtökohtien huomioiminen kytkeytymisessä	57
5.3.2	Työryhmän sulautuminen perheen merkityssysteemiin	61
5.3.3	Työryhmän ja perheen merkityssysteemien erillisuus ..	62
5.3.4	Työryhmän semanttinen dominanssi kytkeytymisessä .	65
5.3.5	Kytkeytyminen avohoidon työntekijään ja ongelman luoman systeemin tarkastelu	66
5.3.6	Työryhmän jäsenen tunnekokemus kytkeytymistä määräävänä tekijänä	67
5.4	Työryhmän toiminta dialogisuuden luomisessa	69
5.4.1	Dialogin synnyttäminen perheen kielialueella	69
5.4.2	Dialogin synnyttäminen perheen monologisessa diskurssissa	70
5.4.3	Dialogin laajentaminen terapeuttien kielialueelle	72
5.4.4	Moniäänisyyden luominen dialogissa perheen kanssa ..	74
5.4.5	Monologinen ja dialoginen suhde eri äänien välillä	75
5.4.6	Työryhmän jäsenen monologinen toiminta	77
5.4.7	Dialogin ylläpitäminen vaikeasta teemasta	79
5.5	Työryhmän toiminta semanttisten muutosten aikaansaamiseksi	81
5.5.1	Positiivisten merkitysten luominen sairausdiskurssiin ..	81
5.5.2	Työryhmän ääni perheen sairausdiskurssissa	83
5.5.3	Työryhmän äänen ja asiakkaiden äänen dialoginen vuorovaikutus	84
5.5.4	Indikatiivinen ja symbolinen merkitysalue perheen ja työryhmän dialogissa	86
5.5.5	Potentiaalisen diskurssin mahdollisuuksien kehittyminen	88
5.5.6	Sanattoman diskurssin käyttö työryhmän toiminnassa .	89
5.5.7	Ongelman merkityksen muuttuminen hoitoprosessin aikana	90
5.5.8	Dialoginen suhde ymmärtämisen edellytyksenä	93
5.6	Keskinäinen reflektointi työryhmän toiminnassa	94
5.6.1	Subjektiivisten merkitysten hyödyntäminen reflektoinnissa	94
5.6.2	Yhteisen ymmärryksen luominen työryhmän keskinäisessä dialogissa	95
5.6.3	Tunnekokemusten dialoginen jakaminen työryhmässä .	97
5.6.4	Työryhmän reflektointi potentiaalisen diskurssin edistäjänä	98
5.6.5	Työryhmän reflektointi peilinä ja vuorovaikutusmallina	100
5.6.6	Epävarmuuden jakaminen työryhmän reflektoinnissa .	101
5.6.7	Erillisen refleктоivan ryhmän monologinen toimintatapa	102

5.6.8	Äänien erillisuus refleктоivan ryhmän toiminnassa ...	103
5.7	Tulosten tarkastelu	104
5.7.1	Keskinäinen kytkeytyminen	105
5.7.2	Dialogisuuden ja polyfonisuuden toteutuminen	105
5.7.3	Uusien merkitysten muodostuminen	106
5.7.4	Työryhmän reflektointi terapeuttisena välineenä	107
6	POHDINTA	109
6.1	Tutkimuksen paikka perhekeskeisen ja perheterapeuttisen tutkimuksen kentässä	109
6.2	Tutkimuksen toteutuminen ja luotettavuus	110
6.3	Perheterapeuttisen työryhmän dialoginen toimintamalli	112
6.3.1	Kytkeytyminen ja dialogisen suhteen luominen	113
6.3.2	Uusia merkityksiä synnyttävän dialogisen keskustelun luominen ja ylläpitäminen	114
6.4	Dialogisuus elämässä, tieteessä ja terapiassa	117
SUMMARY	119
LÄHTEET	127

1 JOHDANTO

1.1 Perhekeskeisyys ja suuntautuminen avohoitoon psykiatrisen terveydenhuollon kehityslinjoina Suomessa

Psykiatrisen terveydenhuolto on kahden viime vuosikymmenen kuluessa kehittynyt Suomessa voimakkaasti perhekeskeiseen ja avohoitopainotteiseen suuntaan.

Turun psykiatrian klinikassa alkoi vuonna 1976 skitsofrenian psykoterapeuttisen ja perhekeskeisen hoidon kehittämiseen kohdistuva tutkimusprojekti (Alanen, 1993). Projektin tuloksena syntyi perhekeskeinen hoitomalli erityisesti uusien skitsofreniapotilaiden ja heidän perheidensä hoitoon (Alanen, Rökköläinen, Laakso, Rasimus & Kaljonen, 1986; Alanen, Lehtinen, Rökköläinen & Aaltonen, 1991). Hoitomallin, jonka nimeksi vakiintui tarpeenmukainen hoito, yleiset periaatteet voidaan Alasen (1993, 255-7) mukaan kiteyttää seuraaviin neljään kohtaan: 1. Terapeuttiset toiminnot suunnitellaan ja toteutetaan joustavasti sekä jokaisessa tapauksessa yksilöllisesti, niin että ne parhaiten kohtaisivat sekä potilaan että hänen lähimpään vuorovaikutusverkostoonsa kuuluvien ihmisten todetut ja muuttuvat hoidolliset tarpeet. 2. Tutkimusta ja hoitoa luonnehtii psykoterapeuttinen asenne. 3. Erilaisten terapeuttisten toimintojen tulee tukea toisiaan, ei vaikuttaa toisiaan vastaan. 4. Hoidon prosessiluonne on selvästi ymmärrettävä ja säilytettävä.

Vuosina 1981-1987 Suomessa toteutettiin skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallinen kehittämisohjelma (Lääkintöhallitus, 1988), jonka tavoitteena oli vähentää skitsofreniaa sairastavien ottamista ja jäämistä pitkäaikaiseen sairaalahoitoon. Valtakunnalliseen skitsofreniaprojektiin sisältyi uusien skitsofreniapotilaiden hoidon kehittämisprojekti (USP-projekti), jossa oli mahdollista soveltaa skitsofreniapotilaiden perhekeskeisestä hoidosta Turussa ja muualla maassa saatuja kokemuksia (Sairaalaliitto, 1988). USP-projektin suosittelman hoitomallin (Lääkintöhallitus, 1987; Alanen ym, 1990) yleisenä periaatteena oli tapauskohtainen, sekä yksilö- että perhe- ja ympäristökeskeinen tarpeenmukaisuus. USP-

projektin yleiset suositukset hyvän hoidon malliksi voidaan tiivistää seuraaviin kolmeen kohtaan (Aaltonen ym, 1994): 1. Varhainen, perhekeskeinen interventio mahdollisimman nopeasti potilaan tultua hoitojärjestelmään. 2. Yhteisissä hoitokouksissa tapahtuva ryhmätyöskentely potilaan, perheen ja sosiaalisen verkoston kanssa hoitoprosessin alusta alkaen. 3. Hoidon psykologisen jatkuvuuden takaaminen ja erilaisten hoitomenetelmien jatkuva integroiminen yhteen koko hoitoprosessin ajan. USP-projektin tulokset ja suositukset johtivat uuden valtakunnallisen projektin syntyyn (Aaltonen ym, 1994). Akuutin psykoosin integroidun hoidon tutkimusprojekti (API-projekti) alkoi vuonna 1989 Kupittaan sairaalassa pilottitutkimuksena (Vuorio ym, 1993a, 1993b), josta se laajentui STAKESIN, Turun yliopiston ja Jyväskylän yliopiston koordinoimaksi monikeskustutkimukseksi. Valtakunnallinen API-projekti toteutettiin vuosina 1992-1995 Turussa, Jyväskylässä, Länsi-Pohjassa, Espoossa ja Lohjalla olevissa psykiatrisissa hoitopisteissä. API-projektin tavoitteena (Lehtinen ym, 1996) oli tutkia ensimmäistä kertaa psykiatriseen hoitoon tulevia skitsofreniaryhmän psykoosia sairastavia potilaita ja kehittää heidän hoitoaan USP-projektin suosittamaa hoitomallia vastaavasti. Projektissa tutkittiin myös mallin soveltuvuutta erilaisiin hoitokulttuureihin. Erityisenä tavoitteena oli tutkia neuroleptilääkityksen tarvetta, kun hoito tapahtui integroidun, psykoterapeuttisuutta ja perhekeskeisyyttä korostavan hoitomallin periaatteiden mukaan. API-projektin alustavat tulokset (Lehtinen ym, 1996) osoittavat hoitomallin soveltuvuutta akuutin psykoosin hoitoon erilaisissa hoitokulttuureissa. Alustavien tulosten mukaan neuroleptit eivät näytä olevan kaikkien skitsofreniatyypistä psykoosia sairastavien ensikertalaisten potilaiden hoidossa niin välttämättömiä kuin perinteisesti on ajateltu. Tämä edellyttää kuitenkin sitä, että psykososiaalisilla hoitotoimenpiteillä on sekä laadullisesti että määrällisesti vahva painotus. Akuuttia psykoosia näyttää myös olevan mahdollista hoitaa avohoidossa ilman sairaalaan ottamista.

Psykiatrisen hoidon painopistettä on siirretty sairaalahoidosta avohoitoon Suomessa kansainvälisen kehityssuuntauksen mukaisesti (Lehtinen ym, 1989). Suomessa sairaansijojen vähentäminen on alkanut kuitenkin myöhemmin kuin monissa muissa maissa (Salokangas, Saarinen & Stengård, 1996). Kun esimerkiksi Englannissa ja USA:ssa psykiatriset sairaansijat ovat vähentyneet 1950-luvun puolivälistä alkaen (Raftery, 1992), psykiatristen sairaaloiden potilaiden määrä kasvoi Suomessa vuoteen 1972 asti. Tähän on osaltaan vaikuttanut se, että vuoden 1952 mielisairaslaki mahdollisti kunnallisten mielisairaaloiden perustamisen sellaisia rauhallisia pitkäaikaispotilaita varten, jotka eivät olleet erikoishoidon tarpeessa (Eskola, 1983). Psykiatristen sairaalapaikkojen lukumäärä kaksinkertaistui ns. B-mielisairaaloiden rakentamisen myötä, niin että se oli vielä 1970-luvun lopulla 4.2 sairaansijaa tuhatta asukasta kohti, mikä oli lähes korkein maailmassa (Salokangas, Saarinen & Stengård, 1996). Tämän jälkeen psykiatristen sairaaloiden potilasmäärän väheneminen on ollut nopeaa. Vuonna 1993 vähennystä oli tapahtunut vuoden 1972 lähes 20000:sta 6800 potilaaseen (Salo, 1996). Euroopassa psykiatrisen hoitojärjestelmän muuttuminen on ollut rajuja Italiassa, jossa laitoshoidoa kritisoiitiin ankarasti 1960- ja 1970-luvuilla (Basaglia, 1972) ja jossa mielisairaalat pyrittiin lakkauttamaan vuonna 1978 säädetyllä lailla (Mosher & Burti, 1989; Salo, 1996). Samana vuonna myös Suomessa tuli voimaan laki mielisairaslain muuttamisesta (Suo-

men asetuskokoelma, 1977), jolloin ns. B-mielisairaalakategoriasta luovuttiin ja psykiatrisista sairaaloista tuli yhdenvertaisia (Eskola, 1983).

Avohoitoa alettiin Suomessa kehittää 1960-luvulla, jolloin psykiatristen huoltotoimistojen perustaminen vilkastui. Avohoito oli aluksi pääasiassa sairaalasta kotiutettujen potilaiden jälkihoitoa, kunnes 1970-luvulla myös akuuttipotilaiden hoito tehostui (Anttinen, 1983). Avohoidon monipuolistaminen, aluepsykiatrisen toiminnan järjestäminen ja ehkäisevän mielenterveystyön kehittäminen vauhdittuivat 1970-luvun lopulta lähtien voimakkaasti psykiatrisen terveydenhuollon kehittämistä käsittelevän Lääkintöhallituksen työryhmän (1977) mietinnön vaikutuksesta ja lain mielisairaslain muuttamisesta tultua voimaan vuonna 1978. Mielenterveystyön komitean mietinnössä (1984) korostettiin edelleen mielisairaalapaikkojen vähentämisen ja avohoidon kehittämisen tarvetta, psykoottisten avohoitopotilaiden ja pitkäaikaispotilaiden hoidon keskeisyyttä, nopean ja tehokkaan kriisihoidon tärkeyttä, perhekeskeisyyttä ja monipuolisen terapiakoulutuksen tarvetta. Vuosien 1981-1987 valtakunnallisella skitsofreniaprojektilla on ollut hyvin suuri merkitys psykiatrisen avohoidon kehitykselle.

Psykiatrinen avohoito on pyrkinyt toteuttamaan perhekeskeisyyttä joustavasti kotikäynneillä tai perheenjäsenten tapaamisella mielenterveystoimistossa (Aaltonen, 1982). Perhekeskeiseen mielenterveystyöhön siirtymiselle ei ole Aaltosen (1982) tutkimuksen mukaan potilaiden ja heidän perheidensä taholta esteitä, vaan kysymys on psykiatristen hoitopisteiden halusta ja kyvystä tarjota perhekeskeisiä hoitopalveluja. Lehtisen (1993) mukaan skitsofrenian hoidon tärkeitä suuntaviivoja ovat systeeminen hoito-ote, välitön perhe- ja verkostokeskeinen interventio akuutissa vaiheessa sekä hoidon hyvä jatkuvuus. USP-projekti päättyi suositteluun erityisten psykoosityöryhmien perustamista, jotka vastaisivat nopean ja perhekeskeisen alkuintervention lisäksi myös hoidon jatkuvuudesta (Lääkintöhallitus, 1987; Alanen ym, 1990). Skitsofreniaprojektin 10-vuotisarviointissa (Tuori, 1994) voitiin todeta, että psykoosityöryhmiä oli perustettu useimpiin sairaanhoitopiireihin. Selvityksen perusteella ne ovat omaksuneet esitetyn hoitomallin periaatteet paikallisiin olosuhteisiin sovellettuina. Aaltonen, Seikkula ja Lehtinen (1997) toteavat USP-projektin suositusten olevan suoraan sovellettavissa myös mielenterveystyöhön, joka ei välittömästi kohdistu vaikeimpien mielenterveyshäiriöiden tutkimiseen ja hoitoon. Perhekeskeisten toimintojen vakiintuessa on alettu nähdä välttämättömäksi kehittää myös eri palveluorganisaatioiden yhteistä toimintaa, jolloin vuorovaikutus asiakkaan sosiaalisen verkoston, viranomaisten ja psykiatrisen hoitoryhmän välillä on tullut keskeiseksi (Seikkula, 1994; Karjalainen, 1996).

1.2 Tutkimuksen paikalliset puitteet

Tämä tutkimus on suoritettu Torniossa Keroputaan sairaalassa, jossa tutkimuksen tekijä on toiminut psykologina vuodesta 1986. Keroputaan sairaala on psykiatrinen sairaala, jossa on vuoden 1996 alusta 55 potilaspaikkaa. Sairaala vastaa Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta yhdessä alueen mielenterveyskeskusten kanssa. Sairaalan toiminta-alue käsittää Kemin ja Tornion kau-

pungit sekä Keminmaan, Simon, Tervolan ja Ylitornion kunnat. Sairaalan väestöpohja on noin 72 000.

Keroputaan sairaala on aloittanut toimintansa vuonna 1961 ns. B-mielisairaalanana, jossa oli 160 potilaspaikkaa. Vuonna 1977 toteutetun mielisairaslain osittaisen uudistuksen seurauksena B-mielisairaalejärjestelmä lakkautettiin. Tällöin alkoi Keroputaan sairaalan kehittäminen kroonistuneita potilaita säilyttävästä laitoksesta akuuttisairaalaksi, jonka toiminnassa avohoitopainotteisuus asetettiin etusijalle. Avohoidon järjestäminen oli vuonna 1973 perustetun Lapin mielisairaanhuoltopiirin vastuulla. Aluepsykiatrisen mallin mukaisena tavoitteena oli oman mielisairaanhuoltopiirin perustaminen, joka toteutui vuonna 1989 Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin perustamisen yhteydessä. Länsi-Pohjan alueen potilaiden mielisairaalahoido toteutettiin nyt yksinomaan Keroputaan sairaalassa.

Perhekeskeisyys valittiin sairaalan toimintaperiaatteeksi psykiatrisen terveydenhuollon valtakunnallisten kehittämistavoitteiden mukaisesti. Perhekeskeisen hoitomallin kehittäminen tapahtui rinnan skitsofreniapotilaiden psykoterapian opiskelun ja yksilöterapeuttisen hoidon kehittämisen kanssa.

1.3 Länsi-Pohjan psykiatrisen hoitomallin kehittyminen

Perhekeskeisen hoitomallin suunnitelmallinen kehittäminen sairaalan hoitokäytännössä alkoi vuonna 1981, kun nykyinen perheterapian professori, LKT Jukka Aaltonen tuli perheterapian työnohjaajaksi ja sairaalassa alettiin pitää kahdesti vuodessa perheterapian koulutusseminaareja.

Perhekeskeisen psykiatrisen hoidon perustapahtumaksi niin sairaalassa kuin avohoidossakin muodostui *hoitokokous*. Hoitokokous on potilaan hoitoon säännönmukaisesti kuuluva tapahtuma, jossa potilas, hänen perheenjäseniään ja mahdollisesti muita potilaan elämän tärkeitä henkilöitä on kokoontunut keskustelemaan yhdessä hoitavan työryhmän jäsenten kanssa. Hoitoprosessiin kuuluu tavallisesti useita hoitokokouksia.

Hoitokokous on suomalaisessa psykiatrisessa hoidossa varsin uusi toimintamuoto. Hoitokokousten alkuna pidetään Turun psykiatrian klinikan psykoosiosaston työryhmän 1980-luvun alussa aloittamia säännöllisiä yhteistapaamisia hoitoon tulevien potilaiden ja heidän perheenjäsentensä tai muiden läheisten kanssa (Alanen, 1993). Näitä yhteistapaamisia alettiin kutsua hoitokokouksiksi, koska niillä osoittautui olevan merkittävä hoidollinen vaikutus (Lehtinen & Rökköläinen, 1986; Rökköläinen, Lehtinen & Alanen, 1991). Alanen (1993, 237) määrittelee hoitokokousten tärkeimmiksi funktioiksi potilaan elämään liittyvän informaation saamisen ja sen yhteisen jakamisen (informatiivinen funktio), terapeuttisten tarpeiden diagnosoinnin perheen psykologisen dynamiikan vuorovaikutuskeskeisen selvittelyn pohjalta (diagnostinen funktio) sekä potilaan ja muiden perheenjäsenten hoidollisen tukemisen (hoidollinen funktio).

Keroputaan sairaalassa hoitokokoukset aloitettiin vuonna 1984 (Seikkula, 1991). Hoitokokouskäytännön kehitykseen Keroputaan sairaalassa ja Länsi-Pohjan psykiatrisessa avohoidossa ovat vaikuttaneet omien kokemusten ohella erityisesti

Turun skitsofreniaprojektin kokemukset (Alanen ym, 1986; Lehtinen & Rökköläinen, 1986; Virtanen, 1986; Alanen ym, 1991; Alanen, 1993). Hoitokokousten kehittyminen liittyy läheisesti perheterapiakoulutukseen¹ ja systeemikeskeisen ajattelun hoidolliseen soveltamiseen (Aaltonen, Seikkula & Lehtinen, 1997). Perheterapian keskeisten menetelmien kuten sirkulaarisen haastattelun (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin & Prata, 1980) ja työryhmän keskinäisen reflektoinnin (Andersen, 1987, 1991) soveltamisella on voitu kehittää hoitokokousten sisältöä. Alusta lähtien on korostettu kaikkien hoitokokouksen osallistujien mielipiteiden ja mielikuvien ilmaisemisen tärkeyttä. Hoitokokousta on kehitetty terapeutiseksi välineeksi, jossa on mahdollista yhdistää perheen ja sosiaalisen verkoston voimavarat työryhmän ammattitaitoon ja kokemukseen.

Perhekeskeisyyden laajentuminen *verkostokeskeiseksi* työtavaksi tapahtui ruotsalaisten Johan Klefbeckin ja Kerstin Marklundin käytyä vuonna 1987 Torniossa pitämässä koulutusseminaarin verkostoterapiasta. Kotona pidettävät hoitokokoukset yleistyivät ja potilaan sosiaalisen verkoston voimavarojen mobilisoiminen hoitoprosessin avuksi nähtiin tärkeänä. Verkostokeskeinen hoito on merkinnyt lisääntyvää huomiota potilaan, hänelle läheisten ihmisten, viranomaisten ja hoitavan työryhmän vuorovaikutukseen ja vuoropuhelun syntymiseen (Haarakangas, 1993). Tässä kehityksessä kokemusten vaihto Botkyrkan alueella Tukholmassa toteutetun verkostoterapian mallin (Klefbeck, Hultkranz-Jeppson, Marklund, Bergerhed & Forsberg, 1988) ja Länsi-Pohjan alueen sovellutusten (Seikkula, 1994) välillä on ollut hyödyllistä.

Valtakunnallisen skitsofreniaprojektin 1981-1987 uusien skitsofreniapotilaiden hoidon kehittämistä käsittelevän osaprojektin (USP-projekti) suosittelman hyvän hoidon mallin yleiset periaatteet (Lääkintöhallitus, 1987, 1988) toteutuivat poliklinikatyöryhmän toiminnassa, joka alkoi syksyllä 1986. Poliklinikatyöryhmä alkoi järjestää vastaanottokokouksia, joissa ennen sisäänkirjoitusta arvioitiin sairaalahoidon tarvetta. Poliklinikalle kehittyi nopeasti kriisityömenetelmä mielisairalahoidon vaihtoehdoksi. Työryhmän toiminnan keskeisiä periaatteita olivat nopea vastaus avunpyyntöön, kotikäynnin järjestäminen, perhe- ja verkostokeskeinen työskentely ja sitoutuminen mukaan koko hoitoprosessiin (Haarakangas, 1989; Haarakangas & Keränen, 1990). Nykyisin poliklinikka toimii avohoidon ja sairaalan rajalla konsultoitavana ja hoitoa koordinoivana yksikkönä kiinteässä yhteistyössä mielenterveystoimistojen kriisiryhmien kanssa.

Länsi-Pohjan alueen jokaiseen mielenterveystoimistoon on perustettu liikkuva kriisiryhmä, joka voi järjestää kotikäynnin ja ensimmäisen tapaamisen vuorokauden kuluessa asiakkaan yhteydenotosta. Poliklinikatyöryhmä ja kriisiryhmät vastaavat USP-projektin suosittamia psykoosiryhmiä. Käytännössä psykoosiryhmiä on yhtä monta kuin asiakastapauksiakin, sillä työryhmä muodostuu hoitoprosessin alussa tapauskohtaisesti, jolloin siihen voi kuulua sekä avohoidon että sairaalan työntekijöitä. Länsi-Pohjan psykiatrisen hoidon kehittämistavoitteena on sairaalahoidon ja avohoidon välisen rajan poistaminen siten, että hoitoprosesseista kokonaisuudessaan vastaavat potilaskohtaisesti muodostuneet työryhmät.

¹ Professori Alasen aloitteesta Suomessa alkoi vuonna 1979 Suomen Mielenterveysseuran järjestämä säännöllinen perheterapiakoulutus. Koulutus sai alusta alkaen selvästi systeemiseen perheterapiaan orientoituneen luonteen (Alanen, 1993; Aaltonen, Hättinen & Rinne, 1994).

1.4 Länsi-Pohjan mielenterveystyön tutkimus- ja kehittämisprojekti

Perhe- ja verkostokeskeisen hoidon kehittämiseen on liittynyt tutkimustoimintaa ja perheterapiakoulutusta. Yhteistyössä Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen kanssa on perustettu Länsi-Pohjan mielenterveystyön tutkimus- ja kehittämisprojekti, joka on jatkunut vuodesta 1987 (Aaltonen, Seikkula & Lehtinen, 1997). Tämä tutkimus kuuluu osana projektiin, josta ovat aikaisemmin ilmestyneet Seikkulan (1991) ja Keräsen (1992) väitöskirjat. Projektiin sisältyy myös laaja koulutusohjelma, joka tarjoaa sairaanhoitopiirin koko psykiatriselle hoitohenkilöstölle mahdollisuuden erityistason perheterapiakoulutuksen hankkimiseen toimipaikkakoulutuksena. Ensimmäinen kolmivuotinen perheterapiakoulutus tapahtui vuosina 1989-92 ja toinen vuosina 1992-95. Kolmas perheterapiakoulutus alkoi syksyllä 1995. Kunnallisessa mielenterveystyössä Länsi-Pohjan alueella toimii 50 perheterapeuttia, joista kahdeksalla on vaativan erityistason perheterapiakoulutus. Keväällä 1996 päättynyt 2-vuotinen yksilöterapiakoulutus mukaanluettuna 80-90% psykiatrian toimialueen hoitohenkilöstöstä on saanut vähintään 2-vuotisen psykoterapiakoulutuksen (Aaltonen, Seikkula & Lehtinen, 1997).

Kansainvälinen yhteistyö on tärkeällä sijalla tutkimus- ja kehittämisprojektissa. Kokemustenvaihto etenkin Ruotsin ja Norjan perheterapiatyöntekijöiden ja tutkijoiden kanssa on kasvanut laaja-alaiseksi. Erityisesti on mainittava yhteistyö Tromssan yliopiston sosiaalipsykiatrian professori Tom Andersenin kanssa.

Osana Länsi-Pohjan mielenterveystyön tutkimus- ja kehittämisprojektia on ollut osallistuminen akuutin psykoosin integroidun hoidon tutkimus- ja kehittämisprojektiin (API-projekti). Projektiin osallistumalla tutkitaan ja kehitetään menetelmiä akuutin psykoosin hoitamiseksi avohoidossa ja mahdollisuuksien mukaan ilman neuroleptilääkitystä.

1.5 Tutkimuksen käytännölliset ja teoreettiset lähtökohdat

1.5.1 Perhekeskeisen hoidon tutkimus

Tämän tutkimuksen kannustimena on ollut tarve kehittää hoitokokousta perhe- ja verkostokeskeisen hoidon välineenä. Tutkimuksella on haluttu selvittää erityisesti hoitokokouksen kielellisen prosessin ilmiöitä. Tutkimuksen kohteena on *hoitokokouksessa tapahtuva keskustelu*.

Tutkimuksen lähtökohtana oleva ongelma on, millä tavalla *työryhmän toimintaa* voidaan kehittää hoitokokouskeskustelun terapeuttisuuden edistämiseksi. Tutkimuksen painopiste on hoitavan työryhmän toiminnan tarkastelussa.

Tutkimukseen valitut hoitokokoukset ovat olleet perheterapiakoulutuksen työnohjaustilanteita. Tutkimuksella toivotaan olevan vaikutuksia perheterapeuttien koulutuksen kehittämiseen, vaikka tutkimus ei kohdistu koulutukseen sinänsä.

Tutkimus liittyy kiinteästi Seikkulan (1991) ja Keräsen (1992) Keroputaan sairaalan perhe- ja verkostokeskeistä hoitomenetelmää koskeviin tutkimuksiin. Molemissa tutkimuksissa vastaanottokokous muodostaa sen kontekstin, jossa perheen ja työryhmän keskinäistä vuorovaikutusta tarkastellaan. Seikkulan tutkimuksessa arvioitiin myös hoidon kulkua seurantatutkimuksen avulla.

Suomalaisen psykiatrisen hoitojärjestelmän piirissä on kasvavaa kiinnostusta perhekeskeisen hoidon tieteelliseen tutkimiseen, mistä ovat osoituksena mm. Aaltonen (1982), Tuorin (1987), Seikkulan (1991), Virtasen (1991), Keräsen (1992), Riikosen (1992), Lehtisen (1993) ja Pihlajarinteen (1994) väitöskirjat. Perhekeskeiseen psykiatriseen hoitoprosessiin kuuluvia perheen ja työryhmän keskusteluja ei ole kuitenkaan aikaisemmin systemaattisesti analysoitu työryhmän toiminnan näkökulmasta.

1.5.2 Perheterapeuttisen keskustelun tutkimus

Metodologisesti tutkimus liittyy uuteen perheterapian suuntaukseen, joka tarkastelee perheterapiaa keskusteluna. Perheterapian keskustelunomaisuus ja perheterapiaistunnon kielelliset ilmiöt ovat viime aikoina olleet monien tutkijoiden (Anderson & Goolishian, 1988; White & Epston, 1990; de Shazer, 1991; Wahlström, 1992; Andersen, 1993; Anderson, 1993; Penn & Frankfurt, 1994; Seikkula, 1994) mielenkiinnon kohteena.

Suomessa Wahlström (1992) on analysoinut perheterapeuttisia keskusteluja. Hänen tutkimuksessaan erityinen huomio on kiinnitetty eri tapahtumille ja kokemuksille terapeuttisessa keskustelussa annettuihin merkityksiin ja niiden muuttumiseen. Tutkimuksessa on analysoitu myös työryhmän keskenään käymiä keskusteluja. Peräkylä (1992a) on tutkinut lontoolaisen AIDS-potilaita hoitavan klinikan työntekijöiden ja heidän asiakkaidensa vuorovaikutuksen rakenteita perheterapeuttiseen haastatteluun perustuvissa keskusteluissa. Riikosen (1992) tutkimuksessa selvitettiin auttamistyön ongelmakäsitysten, haastattelukäytäntöjen ja asiakkaan kompetenssin välisiä yhteyksiä sekä määritettiin asiakkaan kykyjä ja voimavaroja painottavan eli kompetenssikeskeisen perheterapeuttisen toimintatavan periaatteita. Gale (1992) on analysoinut maineikkaan terapeutin vetämän pariterapiaistunnon keskustelua terapeutin ratkaisukeskeisiin tavoitteisiin tähtäävän toiminnan kannalta. Gale ja Newfield (1992) ehdottavat, että olisi hyödyllistä analysoida sellaisten terapeuttien työtä, jotka pyrkivät keskustelussa asiakkaidensa kanssa saavuttamaan tasavertaisen ja ei-hierarkkisen aseman.

Tutkimuksessa on tarkasteltu hoitokokouskeskustelua *dialogisena prosessina*. Tämä on uusi lähestymistapa perheterapeuttisessa tutkimuksessa. Hoitokokouksen dialogisuutta käsiteltäessä on nojaututtu Bakhtinin (1981, 1984, 1986) ja Voloshinovin (1983, 1990) kielen dialogisuutta koskeviin kirjoituksiin² sekä Markovan tutkimusryhmän dialogin tutkimukseen (Markova & Foppa, 1990, 1991). Tutkimuk-

2 Tässä yhteydessä ei oteta kantaa kiistaan Valentin Voloshinovin kirjoitusten alkuperästä. Monien tutkijoiden mielestä Mikhail Bakhtin, jonka elämäkerta tunnetaan melko hyvin (Clark & Holquist, 1984), on myös Voloshinovin kirjoitusten takana. Postuumina 1986 ilmestynyttä teosta *Speech genres and other late essays* lukuunottamatta alkuperäisteokset on julkaistu venäjäksi 1920- ja 1930-luvuilla.

sessä on sovellettu myös Vygotskyn (1981, 1992) teoriaa kielen ja ajattelun kehityksestä.³

Tutkimuksen analyysimenetelmästä käytetään nimitystä *dialoginen analyysi*. Menetelmä on rakennettu em. Bakhtinin ja Voloshinovin sekä Maturanan (1978) teorioista johdettujen käsitteiden pohjalle ja siinä on väljästi sovellettu myös joitakin diskurssianalyysin (Potter & Wetherell, 1987; Jokinen, Juhila & Suoninen, 1993) käsitteitä. Menetelmä esitellään luvussa 4.

3 Lev Vygotskyn kielipsykologinen teos ilmestyi venäjäksi vuonna 1934.

2 HOITOKOKOUKSEN DIALOGISEN PROSESSIN TEORIA

2.1 Perhekeskeisen psykiatrisen hoidon käsitteitä

Perhekeskeinen psykiatrinen hoito on tässä tutkimuksessa väljästi määritelty hoidoksi, jossa hoitoprosessin aktiivisina osallistujina potilaan ja hoitavan työryhmän lisäksi on potilaan omaisia ja jossa psykiatrisia ongelmia tarkastellaan perheen vuorovaikutussuhteiden näkökulmasta.

Perheterapia on Aaltosen (1989, 4) määritelmän mukaan "ammatillinen ja tietoinen pyrkimys sekä psykoterapian menetelmä, jonka avulla tutkitaan, ymmärretään ja hoidetaan perheen sisäisen vuorovaikutuksen kokonaisuudessa tai myös yksittäisillä perheenjäsenillä esiintyviä häiriöitä ja niiden aiheuttamaa kärsimystä". Perheterapian sijaan puhutaan usein perhetapaamisista. Varsinainen perheterapia on kyseessä silloin, kun tapaamisista ja niiden tavoitteista on tehty selkeä sopimus perheen ja terapeuttien välillä (Alanen, 1993, 264).

Hoitoprosessi on hoidon kehityskulku, joka muodostuu hoitoon kokonaisvaltaisesti kuuluvista toimenpiteistä ja terapiatilanteista käsittäen tarvittaessa sekä avohoidon että sairaalahoidon. Tässä tutkimuksessa ei tarkastella hoitokokouksien lisäksi muita mahdollisia hoitoprosessin tapahtumia kuten lääkehoitoa, yksilökeskusteluja, kuntoutustoimintoja tai esimerkiksi sairaalaosaston ryhmätoimintoja. Tutkimuksessa hoitoprosessia tarkastellaan yksittäiseen hoitokokoukseen liittyvänä tapahtumana tai monien tapaamisten sarjana. Hoitokokouksen osallistujien ajatellaan muodostavan ajallisesti rajoitetun ja keskinäisiin sopimuksiin perustuvan vuorovaikutusjärjestelmän eli *systemin*.

2.2 Systemin käsitteen määrittelyä ja sovellutuksia

Systemi on von Bertalanffyn (1968) määritelmän mukaan joukko keskinäisessä suhteessa olevia elementtejä. Nöthin (1990) mukaan eri systemin määritelmissä yleisimmän esiintyy ajatus elementeistä, jotka muodostavat järjestyneen kokonaisuuden. Elementtien joukko (set of elements) on osa systemiä mutta ei rakennetta, ja rakenne on määriteltävissä systemin elementtejä yhdistäväksi suhteiden joukoksi (set of relations).

Maturana (1978) erottaa rakenteen ja organisaation systemiin kuuluvina ominaisuuksina. Rakenne viittaa systemin osiin (komponentteihin) ja niiden väliin suhteisiin. Organisaatio tarkoittaa niitä komponenttien välisiä suhteita, jotka määrittelevät systemin tiettyyn luokkaan kuuluvaksi osista muodostuneeksi kokonaisuudeksi (composite unity), ja jotka määräävät sen ominaisuudet sellaisena kokonaisuutena. Systemin määrittelemiseksi on välttämätöntä ja riittävää todeta tai osoittaa sen organisaatio. Tunnettu systemi voidaan tunnistaa identifioimalla joitakin sen komponentteja, mutta tuntematonta systemiä ei voida määritellä pelkästään kiinnittämällä huomiota sen rakenteeseen vaan on voitava todeta systemin organisaatio.

Organisaatio edustaa pysyvyyttä, kun sen sijaan kaikki vuorovaikutus muuttaa systemin rakennetta. Eri systemeilla voi olla sama organisaatio mutta erilaiset rakenteet. Systemi pysyy samana niin kauan kuin sen organisaatio säilyy muuttumattomana. Mikäli kokonaisuuden rakenteelliset muutokset ovat sellaisia, että myös sen organisaatio muuttuu, siitä tulee toinen systemi, joka kuuluu eri luokkaan ja josta käytetään erilaista nimeä.

Systemillä voidaan tarkoittaa esimerkiksi teknistä järjestelmää (kone), merkki-järjestelmää (kieli), biologista järjestelmää (ihminen, hermosto) ja sosiaalista järjestelmää (perhe, työryhmä).

Vähintään kaksi ihmistä voivat muodostaa sosiaalisen systemin ollessaan keskinäisessä vuorovaikutuksessa. Hoitoprosessissa (esimerkiksi hoitokokous tai perheterapia) voidaan ajatella muodostuvan väliaikaisen sosiaalisen systemin, kun taas perhe on sosiaalinen systemi, jonka jäsenet toimivat pitkän ajan yhdessä.

On tärkeää huomata, että sosiaaliset systemit eivät ole biologisten organismien kaltaisia rajallisia systemeja. Maturana ja Varela (1987) ovat korostaneet tätä eroa. Sosiaalinen systemi muodostuu itsenäisten organismien koordinoitussa käyttäytymisensä keskenään. Varela (1989) ei tarkastele perhettä tai muita sosiaalisia instituutioita (esimerkiksi sairaala) niinkään systemeinä vaan tiloina (space, domain), jotka muodostuvat määrättyjen ihmisten toimintakäytännöistä.

Sosiaalista systemiä voidaan Chubbin (1990) tavoin tarkastella vuorovaikutusprosessina, jolloin systemi on sitä mitä ihmiset tekevät yhdessä. Tässä merkitysyhteydessä sosiaalisesta systemistä voidaan käyttää nimitystä *kielellinen systemi* (Anderson & Goolishian, 1988). Tällöin systemin ajatellaan muodostuneen ihmisten kielellisen vuorovaikutuksen tuotoksena.

Terapeuttiseen systemiin kuuluvat perheterapiassa potilaan ja perheenjäsenten lisäksi myös terapeutti tai terapeutit. Terapeuttinen systemi on perheen ja terapeuttien tapaamisessa syntynyt uusi systemi (Andolfi, 1979). Sitä voidaan tarkastella

yksittäisen terapiatilanteen tai koko hoitoprosessin ajaksi muodostuneena vuorovaikutusjärjestelmänä.

Rajasysteemi on Seikkulan (1990, 1991) kehittämä käsite, jolla tarkoitetaan perheen ja sairaalan yhteistyön tuloksena syntyvää itsenäistä toimintajärjestelmää. Hoitokokouksessa perheen ja sosiaalisen verkoston sekä sairaalan ja muun hoitojärjestelmän muodostamat systeemit kohtaavat toisensa, jolloin niiden vuorovaikutuksessa syntyvää uutta toimintajärjestelmää voidaan nimittää rajasysteemiksi. Arnkil (1991) on vastaavasti tarkastellut sosiaalityön alueella eri viranomaistahojen edustajien ja asiakkaan ja hänen sosiaalisen verkostonsa kohtaamisessa muodostuvaa vuorovaikutusjärjestelmää rajasysteeminä.

Ongelman määräämä (tai muodostama) systeemi on amerikkalaisen Galvestonin työryhmän (Anderson, Goolishian & Winderman, 1986; Goolishian & Anderson, 1987; Anderson & Goolishian, 1988; Goolishian & Winderman, 1988) kehittämä käsite, jolla tarkoitetaan kielellistä systeemiä, joka syntyy ongelmaa koskevassa eri osapuolten keskinäisessä keskustelussa. Ongelman muodostamassa systeemissä ovat osallisina kaikki ne henkilöt, jotka ovat osallistuneet ongelman kielelliseen määrittelyyn.

Systeemin käsite on perheterapiassa saanut osakseen myös kritiikkiä (Bogdan, 1984; Nichols, 1987) ja perheterapeuttien on korostettu työskentelevän yksilöiden eikä systeemien kanssa (Chubb, 1990).

2.3 Kytkeytyminen

Sosiaalisen systeemin (ja kielellisen systeemin) muodostumisesta käytetään tässä tutkimuksessa nimitystä *kytkeytyminen*. Termi tarkoittaa tässä yhteydessä sitä tapahtumaa, kun ihmiset ryhtyvät sosiaaliseen vuorovaikutukseen ja sovittavat käyttäytymisensä toistensa käyttäytymiseen. Määritelmän pohjana on Maturanan (1978) rakenteellisen kytkeytymisen (structural coupling) käsite. Maturanan mukaan elolliset systeemit käyttäytyvät kaikessa vuorovaikutuksessa rakenteensa mukaisesti. Ne kytkeytyvät maailmaan ja toisiin systeemeihin rakenteensa määräämällä tavalla. Rakenteen määräämän systeemin muuttaminen ulkopuolelta on mahdotonta. Elollisille systeemeille on ominaista myös rakenteellinen plastisuus, joustavuus. Ne ovat oppivia systeemejä (Dell, 1985, 13). Vaikka systeemien rakenne määrää niiden reagoinnin vuorovaikutustilanteessa, kaikki vuorovaikutus voi johtaa rakenteelliseen muutokseen, joka muuttaa systeemien tulevaa käyttäytymistä.

Rakenteellisen kytkeytymisen periaatetta on sovellettu psykoterapian alueella (Dell, 1985; Efran & Lukens, 1985; Efran, Lukens & Lukens, 1990). Rakenteellisen kytkeytymisen voidaan ajatella edellyttävän terapeuteilta sellaista toimintatapaa, joka sopii perheenjäsenten toimintatapaan, mutta on "sopivan epätavallista" (Andersen, 1987, 1991) tai ennustamatonta (de Shazer & Molnar, 1984) mahdollistaakseen terapeuttisen muutoksen.

Tässä tutkimuksessa rakenteellista kytkeytymistä tarkastellaan yksilöiden välisenä tapahtumana, jossa sosiaalinen systeemi (esimerkiksi hoitokokouksessa muodostuva systeemi) on kytkeytymisen seuraus. Tutkimuksessa puhutaan per-

heestä ja työryhmästä systeemeinä, mutta niiden kytkeytymisestä puhuttaessa tarkoitetaan systeemin jäsenenä olevien yksilöiden keskinäistä kytkeytymistä.

2.4 Kieleen ja kielelliseen vuorovaikutukseen liittyvät käsitteet

2.4.1 Kieli ja puhe

Tässä tutkimuksessa kieli on määritelty kahdella tavalla: 1) yleisenä merkkijärjestelmänä, johon puhuminen ja kirjoittaminen perustuvat; ja 2) erityisenä kielenkäyttönä, joka on ominaista jollekin ammattialalle, ryhmälle, yksilölle tai tilanteelle.

Kielen yleinen määrittely perustuu de Saussuren (1983)⁴ erotteluun termien 'langue' ja 'parole' välillä. Langue on kielen rakenteellinen järjestelmä, joka perustuu yhteisiin sopimuksiin. Parole tarkoittaa kielen yksilöllistä käyttöä puhumisessa.

Kielen tarkastelu käyttäjien tai käyttötilanteen mukaan määräytyvänä sosiaalisena ja kontekstuaalisena ilmiönä on yhdenmukainen Bakhtinin (1981) sosiaalisen kielen (social language) käsitteen kanssa. Tässä tutkimuksessa kieltä tarkastellaan hoitokokouksen muodostamassa kontekstissa, jolloin kielellä tarkoitetaan tilannekohtaista kieltä puhuttaessa *hoitokokouksen kielestä* tai eri sosiaalisille systeemeille (esimerkiksi perhe tai työryhmä) ominaista kielenkäyttöä (hoitokokouksen 'monikielisyys'). Puhuttu kieli eli puhe perustuu sarallisiin merkkeihin, joilla on myös kirjoitetut vastineensa.⁵ Puhuja käyttää puhetta viestinnän eli kommunikaation välineenä⁶ lähettäessään suusanallisen viestin toiselle henkilölle. Tällöin puhuja tuottaa äänellisesti viestin, jonka kuulija vastaanottaa auditiivisesti (Tiittula, 1992).

Kun puhe toimii keskustelun välineenä, kysymyksessä ei ole vain viestien lähettäminen toiselle ihmiselle vaan vuorovaikutus, johon puhekumppanit osallistuvat sekä puhujina että kuulijoina. Keskustelu tapahtuu puhekumppanien keskinäisenä vuoropuheluna eli dialogina.

Puhe toimii myös ajattelun välineenä. Ajattelussa puhe on yleensä äänettömästi tapahtuvaa sisäistä puhetta (Vygotsky, 1992).

Merkitysten (luku 2.4.3) muodostuminen ja välittyminen toisille ihmisille tapahtuu puheen avulla. Hoitokokouksessa osanottajien keskinäinen vuoropuhelu ja heidän sisäinen puheensa ovat välttämättömiä osatekijöitä merkitysten muodostumisessa.

4 Ferdinand de Saussure oli sveitsiläinen kielitieteilijä, jonka kaksi työtoveria julkaisivat hänen teoriasensa perusteet oppilaiden luentomuistiinpanojen pohjalta vuonna 1916 teoksessa *Cours de linguistique générale*. Saussurea pidetään strukturalistisen kielitieteen perustajana.

5 Kieli voi perustua myös muiden kuin sanallisten merkkien käyttöön. Merkkejä ja merkkijärjestelmiä tutkiva tiede on semiotiikka (Nöth, 1990; Tarasti, 1990) eli semiologia (Barthes, 1976). Semiotiikan etymologinen alkuperä on kreikan kielen sanassa 'semeion', joka tarkoittaa merkkiä ja oiretta (Honkasalo, 1988; Clarke, 1990). Termillä *semioottinen* tarkoitetaan tässä tutkimuksessa semiotiikan alaan kuuluvaa ilmiötä.

6 Puheen ohessa ihminen viestii myös sanattomasti. Sanatonta viestintää on äänenkäyttöön liittyvä puheen oheisviestintä, joka perustuu paralingvistisiin merkkeihin ja verbaalisen kielen ulkopuolinen viestintä, erityisesti ns. ruumiin kieli.

2.4.2 Dialogi ja dialogisuus

Dialogi voidaan yleisellä tasolla määritellä vähintään kahden ihmisen kasvokkain tapahtuvaksi vuorovaikutukseksi jotakin merkkijärjestelmää käyttäen (Markova, 1990b). Ensisijaisesti dialogi toteutuu sanallisena vuorovaikutuksena, vuoropuheluna.

Luckmannin (1990) mukaan välittömyys ja vastavuoroisuus ovat dialogin ominaispiirteitä. Välittömyys tarkoittaa dialogin osapuolten ajallista ja paikallista läsnäoloa. Dialogiin osallistuvat henkilöt jakavat ajan ja tilan keskenään: dialogi tapahtuu tässä ja nyt. Vastavuoroisuus tarkoittaa käyttäytymisen keskinäistä riippuvuutta siten, että osapuolet reagoivat välittömästi toistensa toimintoihin. Esimerkiksi se mitä parhaillaan puhumassa oleva henkilö sanoo, saa aikaan yhden tai useamman henkilön vastauksen, johon tai joihin ensimmäinen puhuja tai joku muu dialogin osapuolista vastaa jollakin tavalla.

Dialogia voidaan tarkastella *lausumien* vaihtona (Voloshinov, 1983b, 117) puhekumppanien kesken. Bakhtinin (1986) mukaan puhe on olemassa vain puhuvien henkilöiden konkreettisina lausumina (utterances) jossakin yhteydessä. Lausuma voi vaihdella pituudeltaan yhden äänteen tai sanan ilmaisusta ('hm', 'joo', 'päivää') pitkään puheenvuoroon. Keskustelussa puhujan vaihtuminen erottaa eri lausumia toisistaan: kun toinen lopettaa puheensa, toinen vastaa siihen omalla lausumallaan. Bakhtinin (1986, 69) mukaan jokainen lausuma muodostaa yhden lenkin lausumien ketjuun.

Keskustelun *dialogisuudella* tutkimuksessa tarkoitetaan lausumien dialogista suhdetta toisiinsa. Ollessaan dialogisessa suhteessa toisiinsa puhujan lausumat ovat vastauksia edeltäviin lausumiin, aikaisemmin sanottuun (Bakhtin, 1986). Samalla puhuja pyrkii lausumassaan ottamaan huomioon kuulijansa, hän tarkoittaa puheensa ymmärrettäväksi ja odottaa siihen vastausta, joko sanallista lausumaa tai ainakin sanatonta merkkiä siitä, miten lausuma on ymmärretty ja kuinka puhekumppani siihen suhtautuu. Lausumat ovat Janus-kasvoisia (Linell, 1990; Markova, 1990a) suuntautuessaan samanaikaisesti sekä menneeseen että tulevaan.

Toinen dialogisuuden periaate, joka erottaa *dialogisen keskustelun* pelkästä vuorovaikutuksesta, on puhekumppanien *pyrkimys yhteisten merkitysten luomiseen*. Dialogisessa keskustelussa tavoitellaan yhteisiä merkityksiä ja yhteisesti jaettua näkemystä käsiteltävästä asiasta. Graumannin (1990, 106) mukaan termi dialogi pohjautuu kreikan sanaan 'dialegesthai', jonka alkuperäinen merkitys on puhua (ja ajatella) yhdessä jostakin sellaisella tavalla, että puhujien *välille* syntyy jotain yhteistä, vaikka heidän näkemyksensä ovat erilaisia. Dialogisissa eri mielipiteet ja näkökannat ikäänkuin hakeutuvat toisiaan kohti, vaikka lopputuloksena olisikin yhteinen havainto keskinäisestä erimielisyydestä. Ramirezin (1995, 283) mukaan kreikan sana 'logos' viittaa yhdessä puhumiseen (sam-tal; att tala med) ja 'dia' tarkoittaa 'kautta, lävitse' (genom; via). Dialogisuudessa ei ole olennaisinta se, että kaksi tai useampia ihmisiä on puhumassa keskenään vaan, että heidän avoimessa kohtaamisessaan voidaan saavuttaa ymmärrys tämän yhdessä puhumisen kautta.

Dialogia voidaan tarkastella kommunikatiivisena suhteena, joka tähtää uuden luomiseen ja yhteisen ymmärryksen synnyttämiseen (Sarja, 1995). Tällaisen dialogisen vuorovaikutuksen tavoitteena ei ole lopullisen vastauksen löytäminen vaan erilaisten näkemysten yhdistäminen. Bohm ja Peat (1992, 245) pitävät dialogia "kom-

munikoivien ihmisten välisenä merkityksen vapaana virtauksena". He toteavat dialogille olevan ominaista, että erimielisyydet on voitava kohdata ilman vastakainasettelua ja oltava valmis tutkimaan myös sellaisia mielipiteitä, joita ei itse kannata. Dialogisessa kanssakäymisessä henkilöt ovat valmiita kuuntelemaan ja ymmärtämään toistensa näkökantoja ja myös muuttamaan omia näkemyksiään. Bohmin ja Peatin (1992, 250) mukaan dialogissa on olennaista sen henki eli "kyky pysäyttää ja tarkkailla näkökantoja pyrkien ensisijaisesti yhteiseen merkitykseen".

Monologi voidaan määritellä yksinpuheluksi, jossa puhuja ei odota välitöntä palautetta keskustelun toisilta osapuolilta. Markovan (1990, 9) mukaan keskustelu voi ajoittain muuttua tällaiseksi 'monologiseksi dialogiksi'. Puhuja on mahdollisesti keskittynyt kokonaan omaan näkökantaansa, kokemuksiinsa tai tunteisiinsa voiden puhua pitkään kiinnittämättä juuri ollenkaan huomiota puhekuppaneihinsa. Markova täsmentää, että dialogin tavoin monologikin on suunnattu toiselle henkilölle, joka äärimmäisessä tapauksessa on puhuja itse.

Kuten keskustelua myös sisäistä puhetta (Vygotsky, 1992) voidaan tarkastella sosiaalisesti orientoituneena, dialogisena tapahtumana. Voloshinovin (1983b) mukaan intiimeimmätkin ajatuksemme ovat dialogia potentiaalisen kuulijakunnan kanssa. Tämä mahdollinen toinen voi olla esimerkiksi omantunnon ääni, joka edustaa oman sosiaalisen ryhmän yleisesti hyväksytyä näkökulmaa. Sisäisen puheen dialogisuus käy Voloshinovin mukaan selvimmän ilmi päätöksentekotilanteissa. Olemme tällöin usein kahden vaiheilla, epäröimme ja väittelemme vastakkaisten sisäisten äänien kanssa. Asetamme itsemme vastattaviksi kysymyksiä ja saatamme pulmatilanteissa käydä tätä dialogia huomaamattamme myös ääneen.

2.4.3 Merkitys

Sanalla *merkitys* on monia eri merkityksiä. Esimerkiksi Ogden ja Richards (1923) ovat esittäneet 22 erilaista merkityksen määritelmää. Merkityksestä puhuminen on ongelmallista juuri merkityksen monimerkityksellisyyden vuoksi. Merkityksen määrittelyn vaikeus liittyy kielen, mielen ja maailman suhteiden ongelmallisuuteen (Karls-son, 1994). Merkityksen ilmaisemiseen tarvitaan sanoja ja näiden sanojen avulla tapahtuvaa tulkintaa. Merkitys sinänsä ei ole aineellinen olio. Yleisen määritelmän mukaan merkitys on käsite, joka välittää sanan ja sen tarkoitteen (olion tai asiantilan johon sana viittaa) välisen yhteyden (Niiniluoto, 1984).

Rantala (1994) erottaa yleisen ja yksityisen merkityksen sekä kontekstuaalisen merkityksen. Tämän erottelun mukaan esimerkiksi sanalla 'skitsofrenia' voi olla eri merkityksiä riippuen siitä, kuka sanaa käyttää ja missä yhteydessä sitä käytetään. Skitsofrenian määrittelystä on psykiatriassa tehty sopimuksia, jotka voivat tosin vaihdella oppisuunnan mukaan, mutta joissa määritellään mitä tällä termillä tieteellisessä kielenkäytössä tarkoitetaan. Maallikko voi liittää skitsofreniaan omia merkityksiään, jotka usein kuvastavat hänen emotionaalista asennoitumistaan siihen asiaan, johon kyseinen sana viittaa.

Tässä tutkimuksessa merkityksellä tarkoitetaan ensisijaisesti tilannekohtaista (kontekstuaalista) merkitystä. Lausuman tai sanan tilannekohtainen merkitys muodostuu esiintymisyhteydessään, jolloin merkitys on erilainen eri yhteyksissä. Keskinäinen kanssakäyminen edellyttää, että kielen sanoilla on sopimuksenvarainen, perusmerkitys (Karls-son, 1994, 187), mutta puhetilanteen osanottajat liittävätkin niihin

henkilökohtaisista tekijöistä ja olosuhteista riippuen vaihtelevia merkityksiä. Sanalle puhetilanteessa muodostuva merkitys on Vygotskyn (1992, 244) mukaan "kaikkien niiden psykologisten tapahtumien kokonaisuus, jotka sana synnyttää tietoisuudessamme". Voloshinovin (1992, 122) mukaan jokaisella lausumalla on kokonaisuutena tietty yhtenäinen merkitys, yhtenäinen ajatussisältö, jota hän nimittää lausuman teemaksi. Lausuman teema riippuu siitä konkreettisesta historiallisesta tilanteesta, jossa lausuma esitetään.

Kielelliseen ilmaukseen (sana, lausuma) liittyy usein myös tunnemerkitystä puhujalle. Puhuttaessa tunnepitoisista asioista puheen ohessa esiintyy runsaasti sanatonta viestintää (esimerkiksi kyynelehtimistä, naurua, änkytystä, vaikenemistä).

Konnotatiivinen merkitys viittaa Karlssonin (1994) mukaan sanojen synnyttämiin merkityskokemuksiin, jotka ovat arvoväritteisiä. Voloshinovin (1990, 128) mukaan merkitysten muuttuminen on "itse asiassa aina uudelleenarvottamista: tietyn sanan siirtämistä yhdestä arvottamiskontekstista toiseen".

Lausuma jonka kaikki puhetilanteessa olevat henkilöt kuulevat samalla tavoin voidaan ymmärtää monin eri tavoin. Sama lausuma voi olla samanaikaisesti kaikille sama ja kaikille eri (Clark & Holquist, 1984, 10). Puhujan lausumien ja hänen käyttämiensä ilmaisujen merkitys tulee kuulijoille ymmärrettäväksi vasta keskinäisen dialogin kautta. Puheena olevaa asiaa voidaan keskustelun yhteydessä tarkastella monista eri *näkökulmista*, jolloin se todentuu monimerkityksellisenä ilmiönä.

Peircen (1932) semioottisessa teoriassa⁷ merkityksenanto, josta hän käyttää nimitystä *semiosis*, on jatkuva prosessi, joka etenee siten, että jotakin kohdetta edustava merkki tulkitaan, jolloin syntyy merkitys, joka yhdistää merkin kohteeseen ja on myös merkki, joka tulkitaan, jne. Merkityksenanto on luonteeltaan dialogista ja se voi tapahtua joko yhden ihmisen mielessä tai ihmisten välillä (Buczynska-Garewicz, 1983). Puhetilanteessa yksilöllinen merkityksenanto on sijoittuneena sosiaaliseen kontekstiin. Keskustelun osanottajien yksilölliseen merkityksenantoon on mahdollista tutustua sitä kautta, että he välittävät ajatuksiaan ja tunteitaan muille.

Merkitysten voidaan ajatella olevan neuvoteltavia (Karlsson, 1994, 187). Sosiaalisen konstruktionismin teoriaan (luku 2.4.5) perustuvan käsityksen mukaan todellisuuden merkitykset rakennetaan yhteisessä keskustelussa (Shotter, 1993a). Voloshinovin (1990, 125) mukaan merkitys ikäänkuin synnytetään puhujien välillä, heidän dialogisessa ymmärtämisen prosessissaan. Myös terapiaa voidaan tarkastella sosiaalisena toimintana, jossa merkitykset ja ymmärrys synnytetään terapeuttien ja asiakkaiden keskustelussa (McNamee & Gergen, 1992; Wahlström, 1992).

2.4.4 Diskurssi ja merkityssysteemi

Puhuttaessa, kirjoitettaessa tai kommunikoidessa jollakin muulla tavalla rakennetaan todellisuutta eli merkityksellistetään kielen käytön kohteita (Parker, 1992; Jokinen, Juhila & Suoninen, 1993; Burr, 1995). Sitä todellisuuden merkityksellistämisen tapaa, joka toistuu eri yhteyksissä henkilöiden lausumissa, voidaan kutsua *diskurssik-*

7 C.S. Peircen merkiteorian pääpiirteet on esitetty hänen koottujen teostensa toisessa osassa, *Elements of Logic*. Peircen semiotiikasta on suomenkielinen kokonaisuus Kilpisen (1995) artikkelissa.

si (Foucault, 1972; McDonnell, 1986; Parker, 1992).⁸ Nykyisessä sosiaalitieteellisessä keskustelussa diskurssi on myös suomennettu termillä *merkityssystemi* (Jokinen, Juhila & Suoninen, 1993). Diskurssin ja merkityssystemin käsitteet pohjautuvat eri tieteellisiin traditioihin (Suoninen, 1995), mutta niitä käytetään tässä tutkimuksessa rinnakkaisina termeinä, joissa tarkastelukulma on hieman erilainen (ks. luku 2.4.9). Diskurssin käsitteellä on viitattu puhetapaan ja merkityssystemillä puhetavassa toistuvaan merkitysten kokonaisuuteen.

Mikä tahansa kohde voidaan tuottaa kielellisesti monissa erilaisissa diskursseissa, jotka tarkastelevat kohdetta eri tavoilla ja esittävät erilaisia toimintavaihtoehtoja (Burr, 1995). Jokinen, Juhila ja Suoninen, 1993, 27) määrittelevät diskurssit sosiaalisissa käytännöissä muodostuviksi ja sosiaalista todellisuutta rakentaviksi verrattain eheiksi säännönmukaisten merkityssuhteiden systeemeiksi. Merkityssystemi tai diskurssi voi ilmetä esimerkiksi eri lausumissa hajanaisesti esiintyvänä sanontoina, kielikuvina, kuvauksina tai määrittelyinä, joissa kokonaisuutena tulee esille yhtenäinen näkökulma todellisuuteen.

Hoitokokouskeskusteluissa on mahdollista erottaa diskursseja, joita luonnehtii oirekeskeinen näkökulma, joka ilmenee asiakkaan tavassa ilmaista ja tarkastella elämän ilmiöitä sairastamiseen liittyvissä merkitysyhteyksissä. Hoitoprosessin kuudessa kielen merkityssystemi voi muuttua diskurssiksi, jossa oireita tarkastellaan perheen elämäntapahtumien ja vuorovaikutussuhteiden muodostamisessa merkityssuhteissa.

Diskurssit merkityksellistävät maailmaa ja samalla rakentavat sosiaalista todellisuutta. Eri diskursseilla on erilaisia seurauksia. Esimerkiksi ihmisen määrittelemisellä skitsofreniapotilaaksi on hänen elämänsä kannalta usein kauaskantoisia seurauksia. Ihmiset voivat toimia monissa eri diskursseissa, jolloin sama ihminen voi tilannekohtaisesti (kontekstista riippuen) tuottaa itsensä erilaisena eri diskursseissa. Identiteetti muovautuu yksilön suhteessa toisiin ihmisiin ja vaihtelevista sosiaalisista käytännöistä riippuen yksilöllä voi olla monta erilaista minää (Gergen, 1991; Shotter, 1993b).

Lääketieteessä ja psykiatriassa vallitsevia diskursseja on tutkittu esimerkiksi skitsofreniapotilaan "hullun puheen" (crazy talk) tarkastelun (Rochester & Martin, 1979), potilaan ja lääkärin erilaisten "äänien" (voices) vertailun (Mishler, 1984) tai erilaisissa yhteiskuntaoloissa näihin diskursseihin liittyvän vallankäytön (Foucault, 1973, 1988; Nettleton, 1995) näkökulmasta. Perheterapiassa on viime aikoina kiinnitetty runsaasti huomiota terapian tarkasteluun diskursiivisena prosessina, jossa terapeutit yhdessä asiakkaiden kanssa luovat vaihtoehtoisia diskursseja tai kertomuksia perheen elämään (White & Epston, 1990; Parry, 1991; McNamee, 1992; Sluzki, 1992; Laitila & Wahlström, 1993; Penn & Frankfurt, 1994; Holma & Aaltonen, 1995). Myös diskursseissa ilmenevät valtasuhteet ovat olleet perheterapiassa mielenkiinnon kohteena (Amundson, Stewart & Valentine, 1993; Flaskas & Humphreys, 1993; Hare-Mustin, 1994; Towns, 1994).

8 Diskurssin käsitettä on käytetty kirjallisuudessa myös hyvin väljässä merkityksessä tarkoittamaan mitä tahansa puheen tai kirjoitetun tekstin muotoa (Potter & Wetherell, 1987).

2.4.5 Sosiaalinen konstruktionismi

Tämän tutkimuksen tietoteoreettisena perustana on *sosiaalisen konstruktionismin* teoria. Gergenin (1985) mukaan sosiaalinen konstruktionismi voidaan historiallisilta lähtökohdilta nähdä vastauksena siihen päättymättömään heiluriliikkeeseen, joka tiedonfilosofian historiassa vallitsee näkemyksissä subjektin ja objektin osuudesta tiedon muodostumisessa. Sosiaalinen konstruktionismi ei hyväksy käsitystä, että tieto perustuisi objektiivisiin havaintoihin maailmasta. Tieto ei ole olemassa havainnoitsijassa eikä havainnoinnin kohteessa vaan se on jotain joka muodostuu ihmisten yhteisessä toiminnassa. Sosiaalinen konstruktionismi korostaa enemmän prosessien kuin struktuurien tarkastelua (Burr, 1995). Keskeinen kysymys on, kuinka tieto syntyy ihmisten keskinäisessä vuorovaikutuksessa. Sosiaalinen konstruktionismi tarkastelee kieltä sosiaalisena toimintana, jossa todellisuuden rakentaminen tapahtuu.

Tiedossa on kyse ensisijaisesti siitä, että ilmiöitä tarkastellaan jostakin näkökulmasta (Gergen, 1992; Burr, 1995). Tieto muodostuu niistä selonteosta, joita ihmiset kielellisessä kanssakäymisessään antavat kohtaamilleen asioille ja joista mahdollisesti joku selonteko korotetaan "totuudeksi". Tieto ja todellisuusnäkemykset ovat historiallisesti ja kulttuurillisesti määräytyneitä ja legitimoituneita. Berger ja Luckmann (1966) tarkastelevat legitimaatioita, joiden avulla ihmiset ylläpitävät sosiaalista todellisuutta. Legitimaatiot perustuvat kieleen. Poikkeamisella yleisesti hyväksytystä, legitimoituneesta tiedosta on seurauksia yksilön käsittelylle, esimerkiksi hänet voidaan arvioida moraaliltaan tai mielenterveydeltään häiriintyneeksi. Foucaultin (1980) mukaan jokaisella yhteiskunnalla on oma totuutensa, joka ilmenee yhteiskunnassa vallitsevissa diskursseissa. Esimerkiksi käsitys mielisairaudesta määrittynyt ajallisissa ja paikallisissa diskursseissa, jolloin suhtautuminen mielisairaaseen tapahtuu näiden diskurssien puitteissa (Foucault, 1988).

Sosiaalisen konstruktionismin periaatteet sisältyvät myös Bakhtinin (1984) näkemukseen totuuden dialogisesta luonteesta. Hänen mukaansa totuus ei synny eikä sijaitse yhden ihmisen päässä vaan se synnytetään ihmisten välillä, heidän keskinäisessä dialogissaan. Bakhtin puhuu totuuden etsimisen dialogisesta keinosta, jonka vastakohtana hän näkee monologisen ajattelun, joka perustuu käsitykseen valmiista totuudesta.

2.4.6 Kielen indikatiivisuus ja symbolisuus

Indikatiivisuus ja symbolisuus ovat käsitteitä, joita tässä tutkimuksessa käytetään tarkasteltaessa lausumien merkitysten kontekstisidonnaisuutta.

Indikatiivinen kieli perustuu merkityksiin, joissa kielen merkki (sana tai kielellinen ilmaus) viittaa tarkoitteisiin (referentteihin), jotka ovat osoitettavissa kielenkäyttäjän välittömässä elämänympäristössä. Indikatiivinen puhe operoi käsitteillä, jotka liittyvät puhujan välittömään ja havaittavissa olevaan kokemusmaailmaan ja joiden merkitykset eivät välttämättä ole puhujan hallittavissa konkreettisesta yhteydestään irroitettuna. Esimerkiksi puhuminen vihaisuudesta käsitteellisellä tasolla ilman konkreettista yhteyttä tällä käsitteellä tarkoitettavaan tunnekokemukseen voi olla ongelmallista, mikäli henkilön merkitysmaailma on indikatiivisesti rakentunut. Psykosomaattisesti oireilevat potilaat voivat käydä somaattisen kivun kautta läpi tunteita, joita he eivät kykene käsittelemään sanallisesti. Paranoidisten potilaiden

harhat liittyvät indikatiivisesti ympäristön tapahtumiin ja yksityiskohtiin. Psykiatrisen pitkäaikaispotilaan hoitokokouskeskustelu tapahtuu usein hyvin indikatiivisella kielialueella (Heikkinen & Seikkula, 1995), jossa keskeiseksi tulevat konkreettiset potilaan lääkitystä, asumista tai hoitoratkaisuja koskevat asiat.

Symbolinen kieli perustuu kielen yleiseen ominaisuuteen käyttää sanoja tai muita symboleja olioiden tai asioiden edustajina, jolloin on mahdollista kielellisesti käsitellä näitä kohteita ilman niiden konkreettista läsnäoloa. Symbolisessa puheessa sanoja voidaan tarkastella suhteessa toisiinsa, mikä tekee erilaisten merkitysten vertailemisen mahdolliseksi. Puhuminen asioiden merkityksistä on symbolisessa puheessa oleellisempaa kuin näiden asioiden kuvaileminen. Symbolinen puhe voi operoida abstrakteilla ja teoreettisilla käsitteillä, joilla ei ole välitöntä yhteyttä puhujan käytännön kokemuksiin. Psykoterapeuttinen keskustelu tapahtuu keskeisesti symbolisella merkitysten tasolla, jolloin sanojen merkitys synnytetään asiakkaan ja terapeutin vuorovaikutuksessa. Asiakas voi kuvata elämäntapahtumiaan indikatiivisesti, mutta niiden dialogissa saama symbolinen merkitys tulee mahdollisesti tärkeämmäksi kuin itse tapahtumien konkreettinen sisältö. Psykiatriassa on runsaasti näyttöä siitä, että monet psykoottiset potilaat kykenevät käsittelemään oireidensa yhteyttä elämäntilanteeseen ja ihmissuhteisiinsa symbolisella tasolla (Heikkinen & Seikkula, 1995).

Kielen indikatiivisen ja symbolisen tason erottelu perustuu Vygotskyn (1981, 1992) teoriaan lapsen puheen kehityksestä ja Wertschin (1985a, 1985b) Vygotskyn teoriaa koskevaan tarkasteluun. Vygotskyn (1981, 219) mukaan sanoilla on aluksi osoittava, indikatiivinen merkitys lapselle ("the word is initially an indicator"). Sanat pelkästään suuntaavat lapsen huomiota johonkin kohteeseen (indikatiivinen funktio). Vanhempiansa avulla lapsi oppii yhdistämään sanan ja ympäristössä olevan esineen (esim. "Missä pallo?"). Vaikka lapsi ei vielä voi käsittää sanojen merkitystä ilman niiden tarkoittamien kohteiden läsnäoloa, vanhemmat voivat indikatiivisten merkitysten avulla ottaa lapset mukaan ympäristöä koskevaan sosiaaliseen vuorovaikutukseen (Wertsch, 1985a, 57). Seuraavassa kehitysvaiheessa lapsi keksii sanojen symbolifunktion eli oppii, että esineillä on nimi. Puheen kehitys etenee indikatiivisten merkitysten tasolta asteittain kohti teoreettisten käsitteiden omaksumisen tasoa, jossa sanoja käytetään määrittelyn ja vertailun välineinä.

Aikuinen ihminen käyttää puheessaan sekä indikatiivista että symbolista kieltä. Indikatiivisuus korostuu puheessa esimerkiksi tiettyä tapahtumaa tai määrätyn henkilön toimintaa kuvailtaessa (esimerkiksi asiakkaiden kertomukset potilaan käyttäytymisestä jossakin tilanteessa tai työntekijän lausumat säännöllisen lääkkeiden käytön tarpeellisuudesta). Symbolisen kielen taso mahdollistaa esimerkiksi suhteiden tarkastelun henkilöiden tai erilaisten elämäntilanteiden välillä ja pohdinnan ilmiöiden välisistä eroista ja yhtäläisyyksistä. Indikatiivisuus rajautuu tiettyyn kontekstiin, symbolisuus ylittää rajoja ja luo uusia yhteyksiä.

2.4.7 Ääni ja polyfonia

Puheen keskeinen elementti on ääni. Puheen fysikaalisena ilmiönä äänellä tarkoitetaan ilman molekyylien aaltomaista liikettä, ääniaaltoja, jotka puhuja tuottaa ja kuuli- ja vastaanottaa (Korhonen, 1993). Kuuliija tunnistaa puhekumppaninsa äänen puheena ja tulkitsee puhujan lausuman merkityssisällön.

Bakhtin (1981) on tarkoittanut termillä *ääni* (engl. voice) lausuman "puhuvaa persoonallisuutta" (the speaking personality, the speaking consciousness).⁹ Lausumassa esitetty näkökulma voi olla puhujan oma tai se voi kuulua jollekin toiselle henkilölle tai ryhmälle.

Puhetilanteessa (esim. hoitokokous) voi olla mukana useita henkilöitä, jolloin heidän lausumissaan keskusteluun tulee monia eri ääniä. Jokainen voi ymmärtää puhujan lausuman omalla tavallaan, oman äänensä kautta. Puhujan lausuma voi sisältää myös heijastumia toisten ihmisten lausumista, jolloin se myös edustaa eri ääniä.

Bakhtin (1984) on käyttänyt *polyfonisuuden*¹⁰ käsitettä metaforana, joka soveltuu myös puhetilanteen tarkasteluun. Bakhtinilla (1984, 6) polyfonia tarkoittaa "itsenäisten ja toisiinsa sulautumattomien äänien ja tietoisuuksien" moninaisuutta. Polyfonian vallitessa puhetilanteessa voidaan kuulla eri henkilöiden ääniä, erilaisia todellisuuskäsitteitä, jotka voivat tasa-arvoisesti osallistua keskusteluun. Bakhtinin mukaan dialogisuus on polyfonian olennainen piirre.

Käsitellessään polyfoniaa romaanitaiteessa Kundera (1987, 81) korostaa *äänten samantarvoisuutta*. Hänen mukaansa polyfonian periaatteena on, ettei mikään ääni vallitse eikä myöskään pelkästään myötäile toista. Uspenski (1991, 25) korvaa audittiivisen metaforan visuaalisella tarkastellessaan polyfoniaa *moninäkökulmaisena* kerrontana. Hän toteaa polyfonisessa teoksessa olevan useita toisistaan riippumattomia näkökulmia.

Tässä tutkimuksessa polyfonisuudella tarkoitetaan sellaista dialogista prosessia, jossa eri henkilöiden lausumat ja keskenään ristiriitaisetkin näkökulmat voivat osallistua itsenäisinä ja samantarvoisinä ääнинä keskusteluun.

2.4.8 Oma sana ja vieras sana

Bakhtin (1981, 1984) käyttää *sanan* (engl. discourse) käsitettä tavanomaisesta kielenkäytöstä poikkeavassa merkityksessä, jossa se laajentuu yksilöllisestä sanasta (engl. word) käsittämään henkilön lausuman koko sanankäytön (method of using words).¹¹ Bakhtin (1984, 181) tarkoittaa sanalla "kieltä konkreettisenä elävänä kokonaisuutena". Kieli elää vain käyttäjiensä dialogisessa vuorovaikutuksessa, ts. lausumissa. Sanalla

9 Määrittely on esitetty M. Holquistin toimittamaan Bakhtinin esseekokoelmaan liitettyssä sanastossa (Bakhtin, 1981, 434).

10 Alun perin polyfonia on musiikkitermi, joka tarkoittaa "kahden tai useamman äänen (melodisen linjan) samanaikaista kehittelyä niin että nämä äänet täydessä vuorovaikutuksessaankin säilyttävät suhteellisen itsenäisyytensä" (Kundera, 1987, 80).

11 Englanninkielisessä käännöksessä käytetty termi 'discourse' vastaa paremmin Bakhtinin tarkoittaman käsitteen sisältöä kuin suomenkielinen 'sana'. Tässä yhteydessä viitataan termin englantinkieliseen määrittelyyn Bakhtinin (1981, 427) esseekokoelmaan liitettyssä sanastossa. Ks. myös Emerson (1983, 248).

on aina tekijänsä, joku joka käyttää sanaa jossakin yhteydessä konkreettisessa lausumassaan.

Bakhtinilla 'sana' ei ole persoonaton vaan se kuuluu jollekin. Sana on tekijän (puhujan tai kirjoittajan) *oma sana*, jossa ilmaistaan hänen kantansa asiaan tai *vieras sana*, jos se viittaa toisen henkilön lausumaan, jolloin siinä saa ilmaisunsa toisen henkilön ääni. Sana kohdistuu paitsi puheen kohteeseen myös vieraaseen sanaan, toisen lausumaan. Oma sana ja vieras sana ovat dialogisessa suhteessa keskenään sekä lausumien välillä että myös lausuman sisällä.

Bakhtinin tapaan tarkasteltuna puhetilanteessa puhujan lausumat ovat merkitykseltään vain osaksi hänen omiaan. Niissä on kaikuja myös toisten henkilöiden lausumista, jotka on sanottu joissakin aikaisemmissa yhteyksissä tai meneillään olevassa puhetilanteessa. Lausuma täyttyy omista sanoista mutta myös toisille henkilöille kuuluvista sanoista, jolloin puheessa kuuluu elämänympäristömme moniäänisyys. Oma näkökulma ja toisen näkökulma kohtaavat puheessamme ja sanankäytössämme.¹²

Bakhtin (1981) on tarkastellut 'sanan' osuutta dialogissa tavalla, jossa se ikäänkuin aineellistuu ja personifioituu dialogin aktiiviseksi osanottajaksi. Keskustelussa oma sana joutuu kohtaamaan toisille kuuluvien, vieraiden sanojen vastustuksen. Oma mielipide ja toisen henkilön erilainen näkökulma ovat tällöin vastakkain. Joutuessaan vieraiden sanojen vaikutuksen alaiseksi puhujan oma sana voi muuttua ja saada uusia merkityksiä.

2.4.9 Käsitteiden vertailua

Edellä on määritelty hoitokokouskeskustelun tutkimuksessa sovellettavat keskeiset käsitteet. Tutkimuksen kannalta on ongelmallista se, että osa käsitteistä on osittain päällekkäisiä. Tällaiset käsitteet ovat mukana tutkimuksessa, koska niiden avulla tarkastellaan ilmiöitä eri näkökulmista. Toinen ongelma liittyy Bakhtinin ja Voloshinovin käyttämien käsitteiden määrittelyn epämääräisyyteen ja tulkinnanvaraisuuteen heidän kirjoituksissaan. Tässä tutkimuksessa ei ole pyritty esittämään "oikeaa" tulkintaa Bakhtinin ja Voloshinovin terminologiasta. Tutkimukseen valitut käsitteet on sovellettu nimenomaan hoitokokouskeskustelun dialogisen prosessin tarkastelun tarpeisiin.

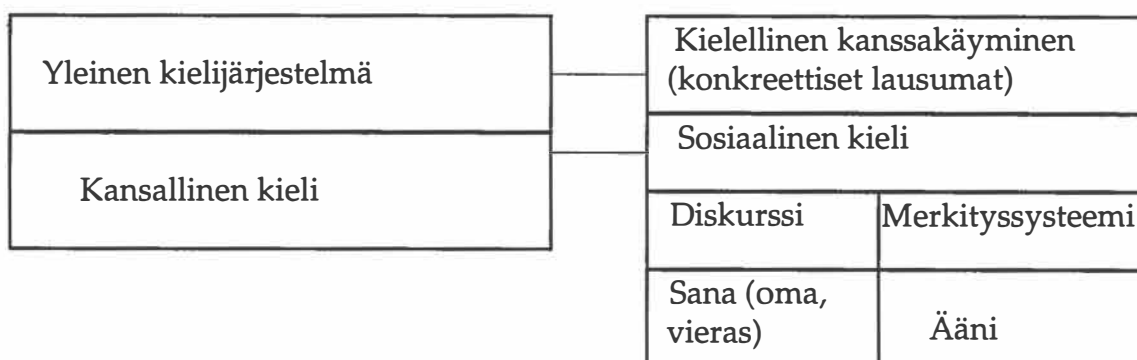
Diskurssin ja merkityssysteemin käsitteiden yhteneväisyys on jo todettu. Tutkimuksessa kuitenkin diskurssilla tarkoitetaan erityisesti puhetapaa tai puhumisen käytäntöä, jossa asioille toistuvasti annetaan määrättyjä merkityksiä. Merkityssysteemillä tarkoitetaan tässä yhteydessä diskurssille ominaisten vakiintuneiden merkitysten kokonaisuutta. Puhuttaessa diskurssista painotetaan vakiintunutta tapaa asioiden merkityksellistämässä (esimerkiksi asioiden käsittely sairauden näkökulmasta eli sairausdiskurssi), kun taas merkityssysteemin tarkastelun painopiste on puhetaivalle tyypillisissä merkityksenannoissa.

Tarkasteltaessa Bakhtinin (ja Voloshinovin) käyttämiä käsitteitä suhteessa toisiinsa ja toisaalta diskurssin ja merkityssysteemin käsitteisiin, tulee esille monia ongelmallisia päällekkäisyyksiä. Bakhtin (1981, 262-3)) puhuu "sosiaalisten puhe-

12 Bakhtinin näkemyksellä vieraan sanan läsnäolosta kaikissa lausumissamme on ollut suuri merkitys tekstien välisen suhteen eli intertekstuaalisuuden tutkimukselle (Pesonen, 1991).

tyyppien" (social speech types) moninaisuudesta tarkastellessaan kansallisen kielen sosiaalista monikielisyttä. Holquist ja Emerson (Bakhtin, 1981, 430) määrittelevät sosiaalisen kielen tarkoittavan Bakhtinilla "tietylle yhteiskuntakerrostumalle (ammattillinen, ikäryhmä, jne) ominaista kielenkäyttöä (discourse) määrättyssä sosiaalisessa systeemissä määrättyinä ajankohtana". Bakhtin (1981, 1984) käyttää myös 'sanan' (discourse, word) käsitettä kuvaamaan sitä tapaa, jolla henkilö puhuu ja käyttää sanoja lausumassaan. Ääni (voice) tarkoittaa Bakhtinilla konkreettisesti lausumassa ilmauksensa saavaa puhujan näkökulmaa tai käsitejärjestelmää (Wertsch, 1991). Merkitykset syntyvät kahden tai useamman eri äänen dialogisessa vuorovaikutuksessa. Dialogissa puhekumppanin vieras sana tunkeutuu puhujan omaan sanaan mahdollista uusien merkitysten muodostumisen. Bakhtinin 'sanan' voidaan ajatella olevan lähellä diskurssin käsitettä ja ääni viittaa puhujan lausumassa ilmenevään merkityssysteemiin, joka on joko puhujan oma tai edustaa jollekin toiselle kuuluvaa vierasta sanaa.

Kuviossa 1 esitetään tutkimuksen käsitteistön keskinäisiä suhteita. Yleinen kielijärjestelmä toteutuu konkreettisesti lausumina kielellisessä kanssakäymisessä (puhe, kirjoitus). Kansallisen kielen sisällä voidaan erottaa lukuisia sosiaalisia kieliä, jotka toteutuvat erilaisissa diskursseissa, jotka ilmentävät erilaisia merkityssysteemejä ja ääniä. Diskurssit edustavat kielenkäyttäjän kannalta omaa sanaa tai vierasta sanaa.



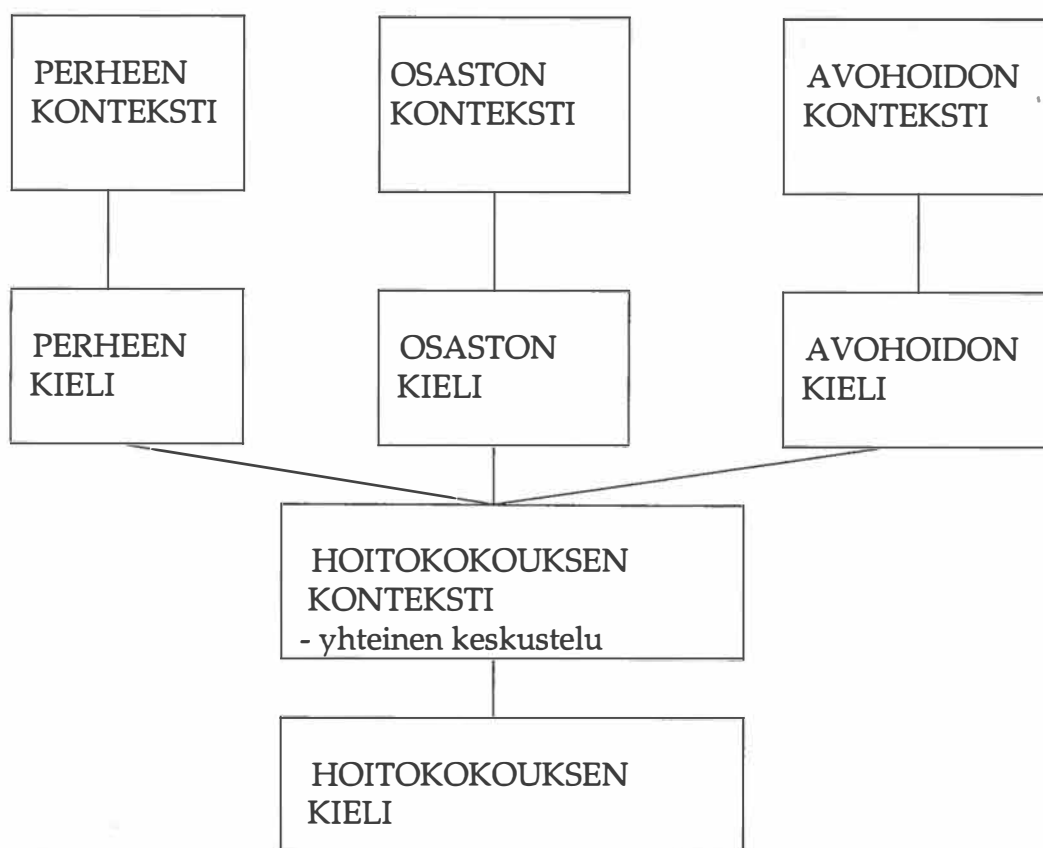
KUVIO 1 Käsitteiden keskinäissuhteita

2.5 Hoitokokouskeskustelun teoria ja keskeiset käsitteet

2.5.1 Hoitokokouksen kielen muodostuminen

Hoitokokouksissa on mukana ihmisiä, jotka kuuluvat eri sosiaaliryhmiin, ovat eri ikäisiä ja edustavat eri ammatteja. Sidosryhmä¹³ voi vaikuttaa ihmisten puheeseen siten, että heidän käyttämänsä kieli on sanastoltaan ja merkityksiltään erilaista. Hoitokokouksessa voi olla samanaikaisesti edustettuina monia sosiaalisia kieliä.

Hoitokokous on foorumi, jossa erilaiset sosiaaliset kielet kohtaavat. Ongelman muodostaman systeemin (Anderson & Goolishian, 1988) rakenteesta riippuu, millaiseksi muodostuu hoitokokouksen kielellinen moninaisuus. Hoitokokouksen sosiaalinen monikielisyys on välttämätön seuraus verkostokeskeisestä työtavasta. 'Monikielisyys'¹⁴ luo kielellisiä jännitteitä, mutta on myös hoitokokouksen käyttövoima.



KUVIO 2 Hoitokokouksen kielen muodostuminen

13 Sidosryhmällä tarkoitetaan tässä yhteydessä ryhmää, johon ihminen on biologisesti, psykologisesti, ammatillisesti tai jollakin muulla tavalla sidoksissa.

14 'Monikielisyys' voidaan rinnastaa 'heteroglossiaan' Bakhtinin (1981) käsitteistössä. Heteroglossia edustaa kielellistä moninaisuutta ja erilaisuutta vastakohtana pyrkimykselle kielelliseen yhteneväisyyteen ja yhdenmukaisuuteen (Koivunen, 1991).

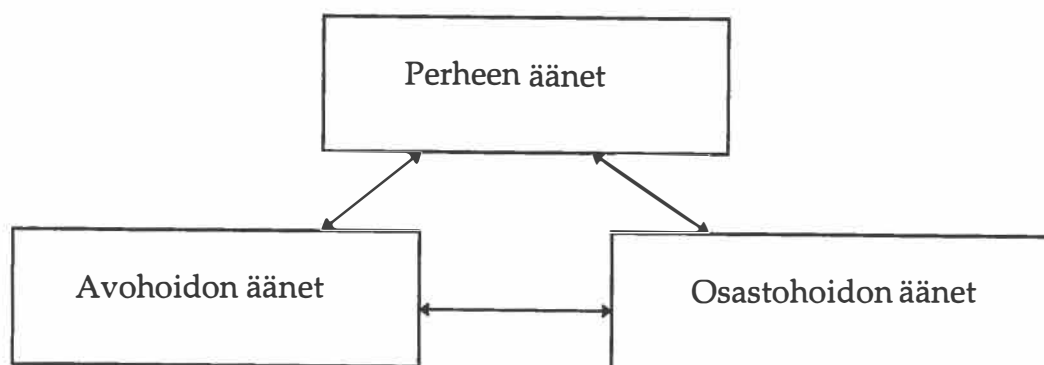
Hoitokokous toteutuu kielellisenä vuorovaikutuksena, jota ei ole mahdollista etukäteen määrätä. Jokainen hoitokokous luo tilannekohtaisesti oman kielensä. Hoitokokouksen kieli synnytetään osallistujien keskinäisessä keskustelussa ja sen merkitykset ovat jatkuvan muutosprosessin alaisia.

Yksinkertaistettuna mallina hoitokokouksen kielen muodostuminen voidaan esittää kuvion 2 mukaisesti. Perheen kieli on kehittynyt perheen elämän kontekstissa perheenjäsenten yhteisen kokemushistorian pohjalta. Mielisairaalaosaston kieli on kehittynyt osaston hoitokontekstissa hoitohenkilöstön yhteisten keskustelujen tuloksena. Avohoidon kieli on erilaista kuin sairaalan kieli muodostuttuaan avohoidon kontekstissa käydyissä keskusteluissa. Terapeuttien tehtävänä hoitokokouksessa on huolehtia siitä, että nämä erilaiset kielet voivat osallistua tasavertaisina hoitokokoukseskusteluun.

2.5.2 Hoitokokouksen polyfonisuus

Polyfonisuus hoitokokouksessa toteutuu, kun eri systeemien (pelkistetyimmässä muodossa perhe ja hoitosysteemi) välillä syntyy vuoropuhelu, jossa systeemien eri äänet voivat päästä itsenäisinä kuuluville ja osallistua samanarvoisina kokouksen dialogiseen prosessiin. Kuviossa 3 esitetään polyfoninen vuorovaikutus hoitokokouksessa, johon osallistuvat perheen, avohoidon ja osastohoidon edustajat. Polyfonisuus on näiden eri tahojen (systeemien) edustajien itsenäisten äänien dialogia.

Hoitokokouksen polyfonisuus edellyttää, että hoitosysteemin näkökanta ei dominoi keskustelua vaan hoitokokouksen kaikki osanottajat voivat osallistua täysipainoisesti keskusteluun. Polyfonisuus voi olla horisontaalista tai vertikaalista. Horisontaalinen polyfonisuus käsittää keskustelussa esille tulevat eri systeemien (esimerkiksi perhe ja hoitosysteemi) äänet. Vertikaalinen polyfonisuus on eri äänien samanaikaista kuuluvuutta saman henkilön puheessa. Esimerkiksi työryhmän reflektioivassa keskustelussa (luku 2.5.5) yksittäinen terapeutti voi sisällyttää puheeseensa vaikutteita perheenjäsenten puheesta. Terapeutin etsiessä ymmärrystä perheen elämään hänen puheessaan on kuultavissa samalla kertaa sekä hänen yksilöllinen äänensä että perheenjäsenten ääni.



KUVIO 3 Polyfonia hoitokokouksessa.

2.5.3 Hoitokokouskeskustelun epäsymmetrisyys

Hoitokokous on terapeutisia päämääriä varten luotu sosiaalinen vuorovaikutustilanne, jossa hoito toteutuu keskusteluna. Hoitokokous on käsitteenä vakiintunut tutkimuksen kohteena olevaa hoitomallia koskevassa kielenkäytössä. Hoitomallissa on korostettu ongelmaan liittyvien ihmisten osallistumisen tärkeyttä hoitokokouksessa ja osanottajien periaatteellista tasa-arvoisuutta keskustelussa. Hoitokokous on kuitenkin sisäisesti ristiriitainen käsite, sillä terminä 'hoito' sisältää epätasa-arvoisuuden, joka vallitsee potilas-hoitaja-suhteessa.

Luckmann (1990) toteaa, että ihmisten sosiaaliseen asemaan liittyvät valtaerot tuottavat epätasa-arvoa, joka leimaa usein dialogia. Erityisesti institutionalisoituneissa vuorovaikutustilanteissa (poliisikuulustelu tai oikeudenistunto, opetustilanne, lääkärin vastaanotto, terapia) epätasa-arvo voi olla huomattavaa.¹⁵

Linellin ja Luckmannin (1991) mukaan dialogia luonnehtii epätasa-arvo, jota he nimittävät *dialogin epäsymmetrisyydeksi*. Epäsymmetrisyys sisältyy jo puhujan ja kuulijan väliseen suhteeseen, joka kuitenkin muuttuu, kun puheenvuoro vaihtuu ja kuulijasta tulee vuorostaan puhuja. Epäsymmetria voi perustua tiedollisiin eroihin dialogin osanottajien välillä tai heidän sosiaalisen asemansa epätasavertaisuuteen. Tietoon ja asiantuntemukseen perustuvat erot ovat dialogin jatkuvuuden kannalta välttämättömiä. Mikäli puheenvuoroissa ei tulisi mitään uutta tietoa tai näkökulmaa keskusteluun, keskinäiseen viestintään olisi vain vähän tai ei ollenkaan tarvetta.

Epäsymmetrisyys voi ilmetä jonkun tai joidenkin osanottajien hallitsevuutena eli *dominanssina* keskustelussa. Linell (1990) ja Linell ja Luckmann (1991) erottavat neljä eri dominanssityyppiä. Määrällinen dominanssi tarkoittaa puhujan puheen määrällistä hallitsevuutta suhteessa puhekumppaneihin. Vuorovaikutuksellinen dominanssi viittaa vuorovaikutuksellisten aloitteiden ja vastausten jakaantumiseen keskustelijoiden välillä. Hallitseva osapuoli ohjailee, kontrolloi tai ehkäisee puhekumppaniensa osallistumista keskusteluun. Semanttinen dominanssi on hallitsevuutta keskustelun teemojen ja erilaisten näkökulmien esittämisen suhteen. Strateginen dominanssi viittaa puheenvuoroihin tai interventioihin, jotka ovat keskustelun kulun kannalta strategisesti tärkeitä, vaikka henkilö muuten ei välttämättä olisi aktiivinen keskustelussa.

Hoitokokouksen dialogisessa prosessissa mukanaolijoiden osallistuminen keskusteluun vaihtelee. Hoitokokouksen osanottajien keskinäisessä vuorovaikutuksessa ilmenee epäsymmetriaa esimerkiksi puhumisen määrässä, kysymysten esittämisessä, uusien teemojen tai näkökulmien tuomisessa keskusteluun tai hoitoa koskevien ehdotusten tekemisessä. Hoitokokouksen dialogisen kulun kannalta ongelmallisia tilanteita saattaa aiheuttaa joidenkin osallistujien vuorovaikutusta hallitseva vaikutus: runsaspuheisuus, äänekkyyys tai vaikeneminen, sekavuus, fyysinen uhkaavuus tai korostunut tiedollinen ylivalta. Näitä ilmiöitä voidaan pitää monologisina vuorovaikutustapoina.

Dialogin epäsymmetrisestä luonteesta huolimatta keskusteluun sisältyy kuitenkin Luckmannin (1990) mukaan mahdollisuus *viestinnälliseen tasa-arvoisuuteen* (communicative equality) ja symmetriaan. Luckmann toteaa dialogin vastavuoroisuuden

15 Lääkärin ja potilaan välisen vuorovaikutuksen tutkimuksista ks. esim. Ostwald, 1964; Fisher, 1984; Cicourel, 1985; Aronsson, 1991; ten Have 1991.

voivan synnyttää osapuolten välille tilapäisen symmetrian, joka voidaan kokea 'ikäänkuin-tasa-arvoisuutena' ('as-if-equality').

Huolimatta hoitokokouksen osanottajien sosiaalisen aseman eriarvoisuudesta dialogin vastavuoroisuuden ja viestinnällisen tasa-arvoisuuden toteutumisen on oletettu olevan periaatteessa mahdollista. Esimerkiksi kertoessaan omaa tarinaansa potilas on tiedollisesti hallitsevassa asemassa, hän on oman elämänsä asiantuntija.

Terapeuteilla on hoitokokouksessa vuorovaikutuksellinen dominanssi heidän ohjattaessaan vuoropuhelua kysymysten avulla. Kysymykset ovat terapeutin väline, jolla luodaan hoitokokouksen kielellistä kontekstia. Tomm (1988) on eritellyt neljä kysymystyyppiä (lineaariset, strategiset, sirkulaariset ja refleksiiviset), joiden tarkoitukset ja todennäköiset vaikutukset ovat terapeuttilta kannalta erilaisia. Kysymysten dialogisuuden näkökulmasta esimerkiksi sirkulaariset kysymykset ovat haastatteluteknikka, jolla on mahdollista luoda systeemistä merkityskontekstia hoitokokouskeskusteluun. Dialogin jatkuvuuden kannalta voidaan pitää tärkeänä kysymysten avoimuutta lisäkysymyksille. Suljetuissa kysymyksissä vastaus on usein kyllä tai ei, eikä se anna aihetta lisäkysymyksiin. Avoimissa kysymyksissä vastaus synnyttää uusia kysymyksiä.

2.5.4 Työryhmän toiminnan dialogisuus

Dialogisella keskustelulla on tutkimuksessa tarkoitettu sellaista vuoropuhelua, jossa kunkin osallistujan puhe tulee kuulluksi ja ymmärretyksi ja saa vastauksen sekä voi osallistua yhteiseen merkitysten muodostamisen prosessiin. Keskustelun osanottajien puheenvuorot tulevat osaksi hoitokokouksen dialogista kehitystä, jonka kuluessa puheena olevat asiat saavat erilaisia merkityksiä.

Työryhmän toiminnan dialogisena lähtökohtana hoitokokouksessa on, mitä asiakkaat ja muut hoitokokouksen osapuolet sanovat ja mitä merkityksiä he antavat ongelmalle. Terapeutit rakentavat oman lausumansa vastauksena perheenjäsenten tai muiden keskustelun osanottajien lausumiin. He muodostavat lausumansa osittain *perheen kielialueella*, perheen sanojen ja lausumien merkitysyhteydessä, johon omien sanojen merkityksiä suhteutetaan. Konkreettisesti tämä voi tarkoittaa sitä, että terapeutit toistavat omilla lausumissaan perheenjäsenten käyttämiä ilmaisuja ja käyttävät sellaisia käsitteitä ja sanontoja, jotka ovat perheelle tuttuja ja ymmärrettäviä.

Työryhmän tehtävänä hoitokokouksessa on auttaa synnyttämään dialogia jossa kaikkien mukanaolijoiden äänet pääsevät kuuluviin ja heidän erilaiset merkityssysteeminsä voivat kohdata ja joutua keskinäiseen tarkasteluun ja vertailuun. Työryhmän jäsenet kytkeytyvät asiakkaiden lausumiin, mutta ohjailevat keskustelua ongelman kannalta keskeisiin ja terapeuttilisesti tärkeisiin teemoihin.¹⁶

Hoitokokouskeskustelun alussa työryhmä on tilanteessa, jossa dialogi on avoin monille mahdollisuuksille. Anderson ja Goolishian (1992) sanovat aloittavansa keskustelun tilanteesta, jossa he eivät tiedä vielä mitään (position of not knowing), mutta ovat valmiita kuuntelemaan asiakkaidensa kertomuksen. Cecchin (1987) on tarkistanut ns. Milanon ryhmän (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin & Prata, 1980) aiempaa neutraalisuuden vaatimusta ja omaksunut lähtökohdaksi uteliaan asennoitua

16 Vuorovaikutuksellinen ja semanttinen dominanssi (luku 2.5.3).

misen, joka edistää näkemysten moninaisuuden ja polyfonian kehitystä ("curiosity facilitates the development of multiplicity and polyphony"). Uteliaisuus merkitsee ennakkokäsityksistä luopumista ja avoimuutta monille mahdollisille kuvauksille ja selityksille. Anderson ja Goolishian (1988) ovat sitä mieltä, että terapeutti ei saa muodostaa käsitystään liian nopeasti, sillä nopea ymmärtäminen voi lopettaa dialogin ja ehkäisee uusien merkitysten muodostumista. Terapian tavoitteeksi he asettavat dialogin ylläpitämisen, kunnes ongelma katoaa eli menettää merkityksensä ongelmana.

Hoitokokouksessa työryhmän jäsenten voidaan olettaa käyvän jatkuvaa sisäistä dialogia, jossa he pohtivat mielessään eri henkilöiden lausumia, tekevät hypoteeseja ja arvioivat tilannetta eri näkökulmista teoreettisen ja käytännöllisen tietonsa sekä hoitokokouskeskustelun tapahtumien pohjalta. Terapeutin toiminnassa *dialogisen asennoitumisen säilyttäminen sekä ulkoisessa että sisäisessä puheessa* on tärkeä ominaisuus. Siinä vaiheessa kun terapeutti alkaa "tietää", mistä perheen ongelmassa on kysymys, hän kadottaa dialogisen vapautensa. Hänen ajatteluunsa tulee monologinen sävy.

Kuviossa 4 on esitetty terapeutin lausuman muodostuminen hoitokokouskeskustelussa sisäisen dialogin kautta vastauksena edeltäviin lausumiin. Sisäisessä dialogissaan terapeutti liittää oman sanansa muiden keskusteluosapuolien sanaan. Terapeutin lausuma syntyy hänen oman äänensä ja keskustelun moniäänisyyden dialogisen kohtaamisen tuloksena.



KUVIO 4 Terapeutin lausuman muodostuminen ulkoisen ja sisäisen dialogin seurauksena.

2.5.5 Reflektointi työryhmän dialogisena välineenä

Hoitokokouksen aikana on vaiheita, jolloin työryhmän jäsenet puhuvat keskenään keskustelun herättämistä ajatuksista. *Työryhmän reflektioiva keskustelu* eli *reflektointi* on työtapana, joka tarjoaa perheenjäsenille mahdollisuuden kuunnella, kun terapeutit pohtivat omia havaintojaan ja mielikuviaan.¹⁷ Työtapana on kehittynyt Keroputaan

17 Keskustelu on luonteeltaan reflektiivistä eli reflektioivaa, kun puheenaiheena on keskustelu itsessään. Toisaalta reflektoinnilla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa myös erilaisten näkökulmien ja vaihtoehtoisten mahdollisuuksien harkintaa ja pohdiskelua.

sairaalassa ja se on saanut vaikutteita Andersenin (1987, 1991) Tromssassa kehittämästä refleктоivan ryhmän (reflecting team) menetelmästä. Tärkein ero näiden toimintamallien välillä on se, että hoitokokouksessa ei käytetä erillistä refleктоivaa ryhmää, vaan hoitokokouksen työryhmä voi alkaa refleктоinnin milloin tahansa hoitokokouksen aikana.

Periaatteena refleктоinnissa on, että se perustuu hoitokokouksen tapahtumiin ja että keskenään refleктоivat terapeutit esittävät ajatuksensa subjektiivisina oletuksina ja omina mielikuvinaan eikä objektiivisena totuutena. Tällainen vuoropuhelu alkaa yleensä siten, että joku työryhmän jäsenistä kääntyy työtoverinsa puoleen ja pohdiskelee hänelle ääneen esimerkiksi seuraavaan tapaan: "En ole varma, mutta voisiko olla mahdollista, että..?" Tavoitteena on, että työryhmän keskuudessa muodostuisi uusia merkityksiä keskusteluun synnyttävä keskinäinen dialogi.

2.5.6 Refleктоinti Vygotskyn kieliteorian näkökulmasta

Refleктоivan keskustelun teoreettisessa tarkastelussa tutkimuksessa on nojaututtu Vygotskyn (1992) teoriaan kielen ja ajattelun kehityksestä.¹⁸

Vygotskyn teorian mukaan lapsen varttuessa hänen kielensä (ontogeneettinen) kehitys tapahtuu ulkoa sisälle, sosiaalista vuorovaikutusta palvelevasta sosiaalisesta puheesta yksilölliseen, sisäiseen puheeseen.

Puheen kehityksen varhaisvaiheessa lapsi pyrkii ääntelyllään tiedottamaan ja vaikuttamaan ympäristöönsä. Vanhemmat reagoivat hänen kielellisiin merkkeihinsä. Lapsi ohjaa käyttäytymistään vanhempien antamien merkkien perusteella. Vanhemmat säätelevät ohjeillaan ja määräyksillään lapsen käyttäytymistä.

Ratkaiseva muutos lapsen puheen kehityksessä tapahtuu kolmannen ja seitsemän ikävuoden välillä. Tänä aikana oman käyttäytymisen ohjaaminen lisääntyy lapsella huomattavasti. Samalla sosiaalinen puhe eriytyy Vygotskyn mukaan melko jyrkästi kommunikatiiviseksi ja *egosentriseksi puheeksi*.

Egosentrisen puhe on ääneen tapahtuvaa puhetta itselle. Lapsi ohjaa toimintaansa ääneen puhumalla. Hän puhuu itsekseen siitä, mitä parhaillaan tekee. Törmätessään vaikeaan tehtävään lapsi yrittää selvittää itselleen tilannetta pohdiskelemalla asiaa ääneen. Egosentrisen puheen avulla lapsi ottaa käyttäytymisensä ohjaustehtävää ympäristöltä omaan hallintaansa.

Egosentrisen puhe on siirtymävaihe ulkoisesta puheesta sisäiseen puheeseen. Sisäinen puhe on ajattelun väline, ja ihminen voi ohjata sen avulla omaa käyttäytymistään. Kun esikouluikäinen vielä käyttää pulmatilanteessa apunaan ulkoista puhetta, koululainen ratkaisee saman tehtävän jo äänettömästi, sisäisen puheen avulla. Egosentrisen puhe säilyy kuitenkin kielellisenä välineenä, johon aikuinenkin voi turvautua joutuessaan vaativaan tai yllättävään tilanteeseen.

Vygotskyn egosentrisen puheen käsitettä voidaan käyttää apuna työryhmän refleктоivan keskustelun teoreettisessa tarkastelussa. Refleктоinti ja egosentrisen puhe ovat eri asioita, mutta niillä on keskinäistä yhtäläisyyttä. Molemmat ovat ref-

18 Vygotsky kehitti teoriansa pääasiallisesti tutkimalla lapsen puheen kehitystä. Tässä yhteydessä ei tarkastella lapsen puheen kehityksen tutkimuksen myöhempiä vaiheita. Mielenkiinnon kohteena on Vygotskyn kielipsykologinen teoria sikäli kuin se on sovellettavissa hoitokokouksen kielellisten ilmiöiden teoreettiseen tarkasteluun.

lektiivisiä, itsekohtaisia toimintoja, joilla puhuja pyrkii auttamaan itseään pulmatilanteen ratkaisemisessa.

Lapsi käyttää egosentristä puhetta tekemisensä seuralaisena tilanteessa, jossa sisäinen puhe ei ole vielä riittävästi kehittynyt. Aikuisella sisäinen puhe on kehittynyt ajattelun välineeksi. Aikuinen voi käydä sisäistä dialogia, itsereflektiota. Terapeutin toiminnassa itsereflektio on tärkeä vaihe, jolloin hän voi verrata mielessään erilaisia mahdollisia näkökulmia suhteuttaen ne aikaisempaan kokemukseensa ja nyt kuulemaansa ennen ajatuksensa ilmaisemista konkreettisesti lausumassaan.

Sosiaalinen puhe, hoitokokouksessa käydyn keskustelun lausuma-aineisto, on työryhmän refleктоivan keskustelun lähtökohta. Sosiaalinen puhe on sisäisessä puheessa kohdannut terapeutin henkilökohtaisen kokemus- ja tietämysmaailman ja refleктоitunut ilmaisukelpoiseksi ajatukseksi.

Työryhmän refleктоiva keskustelu on egosentrisen puheen ja sisäisen itsereflektion kanssa analogista ääneen ajattelua. Lasten egosentristä puhetta koskevissa tutkimuksissa on todettu (Wertsch, 1985b) egosentrisen puheen vähenevän, mikäli lapsella ei ole kuulijoita. Hoitokokouksessa työryhmän keskinäinen keskustelu on nimenomaan tarkoitettu kuultavaksi. Se on funktioltaan sosiaalista refleктоintia.

Sosiaalisessa refleктоinnissaan työryhmän jäsenet käyvät keskinäistä dialogia, joka pohjautuu asiakkaiden puheeseen ja tämän puheen työryhmän jäsenissä herättämiin mielikuviin. *Kuullessaan oman puheensa kaiun terapeuttien puheessa asiakkaat voivat käydä sisäistä itsereflektiota ja pohtia kieltä merkityksiä terapeuttien puheen merkitystustausta vasten.* Työryhmän refleктоiva keskustelu voi auttaa egosentrisen puheen tavoin asiakkaita kehittämään ja jäsentämään omaa ajatteluaan.¹⁹ Samalla keskustelua koskeva refleктоinti herättää uutta keskustelua, joka perustuu niihin ajatuksiin, joita refleктоinnissa synnytyt uudet kielelliset merkitykset ovat herättäneet.

2.5.7 Osallistujien keskinäinen kytkeytyminen

Kielellinen kytkeytyminen on tässä tutkimuksessa määritelty sosiaalisen systeemin (luku 2.2) muodostumiseksi ihmisten tai ihmisryhmien välillä kielen mahdollisuuksia käyttämällä eli ryhtymällä keskinäiseen keskusteluun. Keskinäinen kytkeytyminen tapahtuu, kun ihmiset sovittavat käyttäytymisensä vastavuoroisesti toistensa käyttäytymiseen dialogisuutta edistävällä tavalla. Kytkeytymisellä keskusteluun tarkoitetaan puhujan mukaantuloa dialogisen prosessin osallistujaksi.

Hoitokokouksessa osanottajat kytkeytyvät toisiinsa ja hoitoprosessiin muodostaen yhdessä sosiaalisen systeemin, jota voidaan eri merkitysyhteyksissä kutsua rajasysteemiksi (Seikkula, 1991), ongelman muodostamaksi systeemiksi (Anderson & Goolishian, 1988), terapeutiksi systeemiksi (esim. Andolfi, 1979) tai yleisesti kielelliseksi systeemiksi (Anderson & Goolishian, 1988).

Hoitoprosessi käynnistyy aina kytkeytymisvaiheella. Kytkeytyminen alkaa asiakkaan ja hoitojärjestelmän ensimmäisessä keskinäisessä kontaktissa. Ensimmäinen kommunikaatioyhteys voi olla esimerkiksi puhelinsoitto poliklinikalle tai kriisiryhmään ja tapaamisesta sopiminen. Kytkeytymisen kontekstia luodaan sovittaessa tapaamisolosuhteista. Esimerkiksi Keroputaan sairaalan poliklinikan kriisityö-

19 Andersen (1991) pitää refleктоivan työtavan yhtenä tavoitteena nimenomaan asiakkaan sisäisen dialogin käynnistämistä.

menetelmälle on ollut luonteenomaista, että työntekijä sopii ensimmäisen puhelinkeskustelun aikana asiakkaan²⁰ kanssa vastaanottokokouksen ajasta, paikasta ja kokouksessa mukanaolevista henkilöistä (Haarakangas, 1989; Haarakangas & Keränen, 1990).

Jokainen hoitoprosessiin liittyvä kokous alkaa kytkeytymisellä. Esittäytymiskierros hoitokokouksen alussa on tärkeä kytkeytymisen vaihe, jolloin on tilaisuus määritellä osanottajien suhdetta toisiinsa ja hoitoprosessiin. Kun hoitokokoukseen osallistuu ihmisiä, jotka eivät ole olleet aikaisemmin mukana, heidän vastaanottamisensa kielellisen systeemin osaksi on tärkeää. Terapeutit ovat vastuussa myös siitä, että jokainen osanottaja voi tuoda mielipiteensä osaksi kokouksen dialogista prosessia. Kytkeytyminen ei rajoitu hoitokokouksen alkuun vaan se on *jatkuva prosessi*, johon on kiinnitettävä huomiota koko hoidon ajan.

Kytkeytymisessä itsenäiset yksilöt ja autonomiset systeemit käyttäytyvät rakenteensa määräämällä tavalla (Maturana, 1978; Maturana & Varela, 1980). He tuovat vuorovaikutukseen omat ennakkokäsityksensä, tietonsa ja mielikuvansa sekä myös emootionsa (pelko, suuttumus jne.). Vuorovaikutukselle voi olla ominaista vastakkainasettelu (esim. uhan kokeminen ja puolustautuminen), mutta parhaassa tapauksessa kytkeytymistä luonnehtii luottamus ja keskinäinen kunnioitus.

Terapeuttien tehtävänä hoitokokouksessa on luoda sellainen konteksti, jossa avoin ja luottamuksellinen vuoropuhelu on mahdollista ja jossa vaikeita asioita ja niiden herättämiä tunteita voidaan käsitellä. Olennainen osa kytkeytymisessä ovat kättelyrituaalit, esittäytymiset ja kulttuurin tapojen mukaiset toiminnot, joilla pyritään kontaktin luomiseen ja sosiaalisen jännittyneisyyden lievittämiseen. Terapeuttien on huolehdittava siitä, että jokainen tulee huomioduksi ja voi tuntea läsnäolonsa tärkeäksi. Kaikkien on tiedettävä, keitä huoneessaolijat ovat ja minkä vuoksi he ovat mukana.

2.5.8 Uusien merkitysten ja yhteisen ymmärryksen muodostuminen

Hoitoprosessin alusta alkaen terapeutit pyrkivät ymmärtämään perheen elämää ja oireen tai ongelman merkitystä perheen elämässä.²¹ *Ymmärtämisellä* tarkoitetaan tässä yhteydessä dialogista prosessia, jonka kuluessa osanottajien merkityssysteemien vuorovaikutuksessa puheena oleva asia saa erilaisia merkityksiä.²² *Ymmärryksellä* tarkoitetaan merkityssysteemien vuorovaikutuksessa syntyneitä merkityksenantoa ja tilanteeseen liittyvää ymmärtämisen kokemusta. Ymmärtäminen on ymmärryksen johtava dialoginen prosessi. Ymmärrys muuttuu kuitenkin dialogisen prosessin aikana uusien merkitysten muodostuessa. *Yhteinen ymmärrys* tarkoittaa merkityssysteemien vuorovaikutuksessa keskustelussa syntyneitä tilannetta tai yhteistä kielialuetta, jossa merkitykset ovat yhteisesti jaettuina.

Hoitokokouksessa terapeuttien on jatkuvasti tarkennettava omia merkityksiään ja perheen merkityksiä. Hoitokokouksen ymmärtämisen prosessissa perheen ja

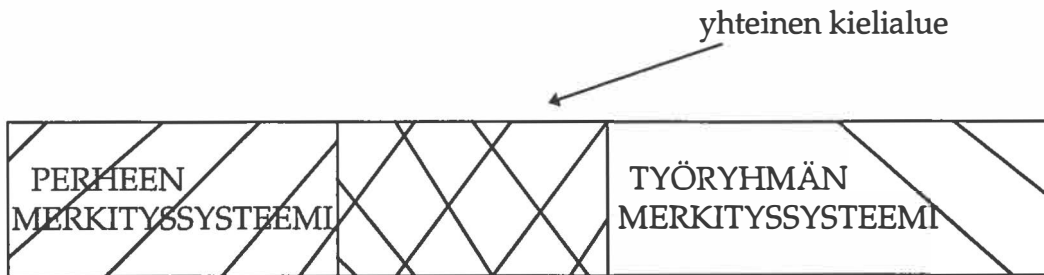
20 Asiakkaalla tarkoitetaan tässä yhteydessä sitä henkilöä, joka ottaa yhteyttä työntekijään. Asiakas voi olla nimetty potilas, joku hänen omaisistaan tai potilaasta konsultoiva viranomainen.

21 Ymmärtämiseen pyrkivästä skitsofreniatutkimuksesta ks. Alanen (1993).

22 Tässä tutkimuksessa ei puututa ymmärtämiseen filosofisena ongelmana. Ymmärtämisestä filosofiselta kannalta ks. esim. Kannisto, 1986 tai Kusch, 1986.

työryhmän dialogissa syntyy yhteinen kielialue, jossa perheen ja työryhmän merkityssystemit kohtaavat. Bakhtinia (1984) soveltaen voidaan puhua myös perheen äänen ja työryhmän äänen dialogisesta vuorovaikutuksesta.

Kuviossa 5 on esitetty hoitokokouksessa syntyvä perheen ja työryhmän keskinäinen ymmärtäminen, joka tapahtuu yhteisellä kielialueella perheen ja työryhmän merkityssystemien dialogisessa vuorovaikutuksessa.

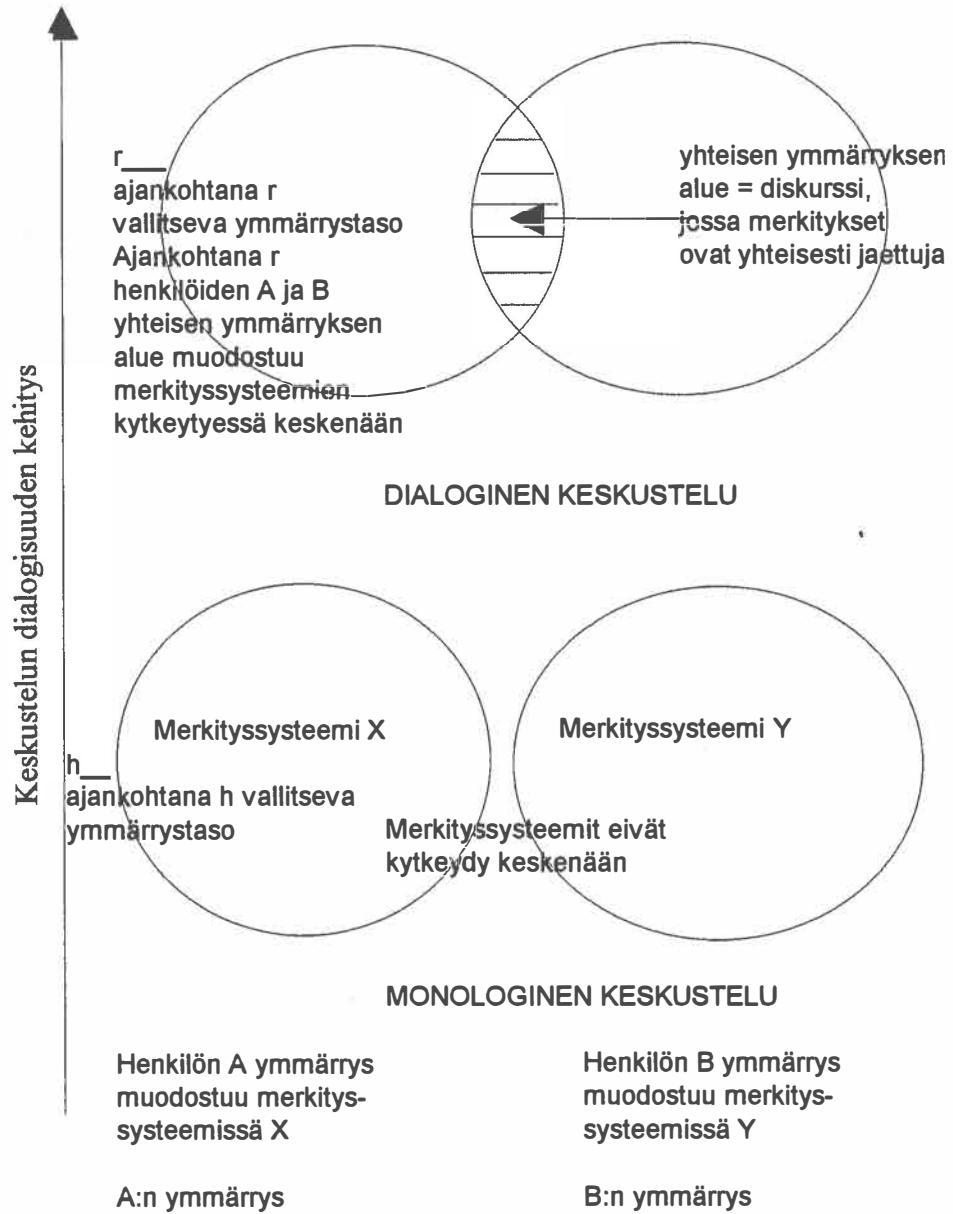


KUVIO 5 Ymmärtäminen perheen ja työryhmän dialogissa.

Kuviossa 6 on esitetty teoreettinen malli yhteisen ymmärryksen kehittymisen ja keskustelun dialogisuuden välisestä suhteesta. Malli soveltuu kuvaamaan myös hoitokokouksen tavoitteena olevaa yhteisen ymmärryksen syntymistä ja sen edellyttämää dialogista suhdetta perheen ja työryhmän välillä.

Lähtökohtana on tietynä ajankohtana h vallitseva ymmärrystaso, jolloin henkilön A ymmärrys puheena olevasta asiasta muodostuu merkityssystemissä X ja henkilön B ymmärrys muodostuu merkityssystemissä Y. Merkityssystemit eivät kytkeydy toisiinsa, joten keskustelu on monologista. Ajankohtana r keskustelussa vallitsevalle ymmärrystasolle on ominaista yhteisen ymmärryksen alueen muodostuminen. Henkilöiden A ja B yhteisen ymmärryksen alue on muodostunut merkityssystemien kytkeytyessä toisiinsa, jolloin on syntynyt uudenlainen diskurssi, jossa puheena olevat asiat saavat yhteisesti jaettuja merkityksiä. Dialogisuus on ollut yhteisen ymmärryksen syntymisen edellytys. A ja B voivat mallissa edustaa myös perhettä ja työryhmää, ja X ja Y vastaavasti perheen ja työryhmän ongelmaan tai teemaan liittämiä merkityksiä.

Yhteisen ymmärryksen saavuttaminen voi olla vähitellen etenevä dialoginen prosessi tai voimakkaan yhteisen tunnekokemuksen sävyttämä vaihe, jota ovat edeltäneet kielelliset määrittelyt, mutta jossa ei enää sanoja tarvita. Yhteisen ymmärryksen synnyttämässä psykologisessa yhteydessä emotionaaliset merkit ovat tärkeitä merkitysten välittäjiä. Vastaava kokemus saavutetaan verkostoterapian spiraaliprosessissa (Speck & Attneave, 1973) verkoston jakaessa yhteistä suruaan tai voimattomuuttaan. Voloshinov (1983a) on esittänyt esimerkin yhteisen ymmärryksen syntymisestä yhden ainoan sanan lausuman perusteella, jolloin sanojen ulkopuolisen kontekstin osuus korostuu. Yhteiseen ymmärrykseen tarvitaan riittävän suuri määrä yhteistä kokemusaineistoa.



KUVIO 6 Yhteisen ymmärryksen syntymisen riippuvuus keskustelun dialogisuuden kehityksestä.

Ennen ymmärryksen syntymistä perheen elämään on olemassa mahdollisuus, että työryhmän jäsenet yrittävät muuttaa perheen toimintatapaa omaan normistonsa sopivaksi. Keskustelussa saattaa tulla esille sellaisia mielipiteitä ja vaihtoehtoja, jotka ovat perheen kokemuspöörin ja maailmankuvan kannalta liian erilaisia eikä perhe voi niitä hyväksyä. Perhe omaksuu vain sen, mikä soveltuu sen rakenteeseen, ja perhe muuttaa toimintaansa vain omilla ehdoillaan (Dell, 1982, 1985, 1986). Perheen toimintatavan ymmärtäminen on mahdollista dialogisen keskustelun vallitessa, jolloin terapeutti ylittää oman merkityssysteemin rajat ja rakentaa lausumansa perheen kokemusten ja merkitysten alueella.

Turvautuessaan hoitojärjestelmän apuun perhe näkee tavallisesti tilanteensa kielteisessä valossa: perheenjäsenet kokevat epäonnistuneensa, tuntevat syyllisyyttä, toivottomuutta, pelkoa, vihaa; oireilevaa perheenjäsentä pidetään sairaana, hulluna, avuttomana, vaarallisena tai huonosti käyttäytyvänä. Milanolaisen esikuvan mukaisessa systeemisessä perheterapiassa (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin & Prata, 1978) on korostettu positiivisen uudelleenmäärittelyn tärkeyttä. Perheen merkityssysteemissä ongelmaksi määritelty asia voidaan terapeuttien positiivisen konnotoinnin avulla nähdä myönteisenä, ja irrallisina tai mystisinä pidetyt oireet voidaan liittää perheen elämänyhteyteen ja vuorovaikutussuhteisiin. Perheen todellisuus voidaan kontekstualisoida uudelleen (Efran, Germer & Lukens, 1986). Kun oire on tullut ymmärretyksi merkitysyhteydessään, siihen voidaan suhtautua uudella tavalla. Potilaan sosiaalinen verkosto voi mahdollisesti organisoitua tukemaan jäseniään muodostamaan vuorovaikutussuhteita, joissa oire käy tarpeettomaksi.

Andersonin ja Goolishianin (1988) mukaan ongelma muodostuu siten, että jokin asia saa joidenkin ihmisten puheessa ongelman merkityksen. Terapiakeskustelussa synnytetään uusia merkityksiä, joissa ongelmaksi määritelty asia ei enää ole ongelma, jolloin ongelma heikkenee merkitykseltään ja vähitellen häviää (dissolves).

Psykiatriseen hoitoon hakeutuminen merkitsee, että asiakkaat määrittelevät huolenaiheensa psykiatriseksi ongelmaksi. Hoitokokouksessa asiakkaat ja työryhmä osallistuvat yhteiseen keskusteluun ongelmasta. Keskustelussa ongelma määritellään uudelleen.

3 TUTKIMUKSEN TAVOITE, KYSYMYKSET JA HYPOTEESIT

Tutkimuksessa kuvataan ja analysoidaan perhekeskeiseen psykiatriseen hoitoprosessiin kuuluvien hoitokokousten aikana tapahtuvaa keskustelua. *Tutkimuksen tavoitteena on kuvata hoitokokouskeskustelua dialogisena prosessina erityisesti työryhmän toiminnan näkökulmasta.* Tutkimuksella pyritään hoitokokouskeskustelua ja työryhmän toimintaa koskevan teoreettisen tiedon lisäämiseen.

Tutkimuksen tavoitteen ja teorian pohjalta on asetettu *neljä kysymystä*:

1. Millä tavalla asiakkaiden ja työryhmän keskinäinen kytkeytyminen tapahtuu hoitokokouskeskustelussa?
2. Millä tavoin työryhmä voi toiminnallaan edistää dialogisuuden ja polyfonisuuden toteutumista hoitokokouksessa?
3. Miten työryhmä voi edistää uusien ja terapeuttisilta vaikutuksiltaan positiivisten merkitysten muodostumista hoitokokouskeskustelussa?
4. Millä tavalla työryhmän jäsenten reflektointia keskustelua voidaan käyttää ja kehittää hoitokokouksen terapeuttisena välineenä?

Näihin kysymyksiin vastaamiseksi on tutkimuksen teoriasta johdettu *viisi hypoteesia*, jotka liittyvät sekä hoitokokouksen yleiseen kulkuun että työryhmän toimintaan.

1. hypoteesi. Hoitokokouksen dialogisuuden kehitys edellyttää työryhmän jäseniltä sellaista kielellistä kytkeytymistä asiakkaiden sanaan (diskurssiin), jossa on mahdollista siirtyä joustavasti symboliselta kielialueelta indikatiiviseen ja päinvastoin.

2. hypoteesi. Dialogisuus edellyttää työryhmän jäseniltä, että he voivat irrottautua keskustelua edeltävistä merkityssysteemeistään (äänistään) ja olla avoimina itse keskustelussa esille tuleville uusille merkityksenannoille.
3. hypoteesi. Polyfonisuus toteutuu silloin, kun yksi ääni (merkityssysteemi) ei muodostu hallitsevaksi, vaan hoitokokouksen osallistujat sisällyttävät lausumiinsa myös vieraita sanoja siten, että eri äännet ovat dialogisessa vuorovaikutuksessa keskenään.
4. hypoteesi. Hoitokokouskeskustelujen terapeuttisuutta edistää sellainen kielellinen kehitys, jossa psykiatriseksi ongelmaksi määritelty asia voi saada uusia määrittelyjä, joilla ei ole enää psykiatrisen ongelman merkitystä.
5. hypoteesi. Hoitokokouskeskustelun kielellistä kehitystä ja terapeuttisuutta voidaan vahvistaa työtavalla, jossa työryhmän jäsenet tarkastelevat keskinäisessä dialogissaan merkityksiä, joita he ovat antaneet puheena oleville asioille (työryhmän reflektointi).

Tutkimuskysymykset jäsentävät tapausten käsittelyä ja ohjaavat analyysia.

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Tutkimusaineiston valinta ja tutkimusasetelma

Tutkimuksen perusaineiston muodostavat videotallennetut hoitokokoukset, jotka ovat erityistason perheterapiakoulutuksen työnohjaustilanteita syyskuun 1989 ja joulukuun 1990 välisenä aikana. Hoitokokoukset pidettiin Keroputaan sairaalan tiloissa ja ne olivat osa Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin psykiatrista toimintaa.

Tutkimuksen toteuttaminen perheterapiakoulutuksen kliiniseen opetukseen kuuluvien hoitokokousten tarjoamalla aineistolla palveli sekä Länsi-Pohjan psykiatrisen hoitomallin kehittämiseen että perheterapiakoulutukseen liittyviä tarpeita. Länsi-Pohjan mielenterveystyön tutkimus- ja kehittämisprojektissa (Aaltonen, Seikkula & Lehtinen, 1997) tutkimustoiminta ja hoitohenkilökunnan psykoterapiakoulutus muodostavat kiinteän yhteyden.

Syksyllä 1989 alkaneeseen kolmivuotiseen perheterapiakoulutukseen osallistui 21 psykiatrian alan hoitotyöntekijää Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin alueelta. Koulutettavina oli erikoissairaanhoitajia, mielenterveyshoitajia, sosiaalityöntekijöitä ja yksi lääkäri. Kouluttajina oli kuusi Keroputaan sairaalassa työskentelevää perheterapeuttia. Tutkija oli yksi kouluttajista. Työnohjaustilanteissa koulutettavat oli jaettu kolmeen seitsemän henkilön pienryhmään. Jokaisessa pienryhmässä oli kaksi kouluttajaa.

Tutkimuksen perusaineisto muodostui neljäkymmenen eri potilaan hoitokousnauhohoituksista. Analysoitavaksi valittavien hoitokokousten edellytettiin edustavan mahdollisimman kattavasti alueen perhekeskeisen psykiatrisen hoitomallin sovellusalueetta sekä potilaan diagnoosin että hoidon luonteen suhteen. Hoitomallia sovelletaan psykiatrisesta diagnoosista riippumatta kaikkien asiakkaiden kohdalla sekä avo- että sairaalahoidossa. Tästä hoitomallin kokonaisvaltaisuuden periaatteesta voidaan johtaa seuraavat valintakriteerit: 1) Valittavien tapausten (hoitoprosessin) erilaisuus potilaan psykiatrisen diagnoosin suhteen; 2) valittavien tapausten erilaisuus hoitokokousten määrän suhteen; 3) valittavien tapausten erilaisuus sen

suhteen, onko kyseessä avohoito, sairaalahoito vai avo- ja sairaalahoidon rajalla tapahtuva vastaanottokokous. Lisäksi hoitomallin perhekeskeisyyden ja työryhmätoiminnan periaatteiden mukaisina valintakriteereinä edellytettiin, että 4) hoitokokouksessa on oltava potilaan ja työryhmän lisäksi perheenjäseniä ja 5) työryhmä käy keskenään refleктоivaa keskustelua.

Analysoitavaksi valittiin kolme tapausta (kolmen asiakasperheen hoitoprosessiin kuuluvat hoitokokoukset): yksi jokaisesta perheterapiakoulutuksen työnohjausryhmästä. Analysoitava aineisto oli yhteensä kymmenen hoitokokousta. Valinnan suhteen edellytetyt kriteerit toteutuivat tapauksissa. *Avohoidon* tapaus käsitti seitsemän hoitokokouksen sarjan. Potilaan diagnoosina oli rajatila ja perheenjäsenillä esiintyi runsaasti psykosomaattisia oireita. Hoitokokouksissa olivat mukana potilas ja hänen vaimonsa sekä tytär. *Sairaalahoidon* tapaus käsitti kaksi hoitokokousta, joista toinen oli sairaalahoidon aikana ja toinen sen jälkeen. Potilaan diagnoosina oli skitsofrenia. Hoitokokouksissa olivat mukana potilas, hänen vanhempansa, sisar, veli ja sisarentytär. Avo- ja sairaalahoidon rajalla tapahtuvaa hoitoa edusti *vastaanottokokous*, jossa päädyttiin potilaan kotona tapahtuvaan kriisihoitoon. Potilaan diagnoosina oli jännitys- ja pelkotilat. Vastaanottokokouksessa olivat potilas ja hänen vanhempansa sekä mielenterveyskeskuksen edustaja. Kaikissa kolmessa tapauksessa työryhmä kävi keskenään refleктоivaa keskustelua.

Goetz ja LeCompte (1984) ovat esittäneet kvalitatiivisen tutkimuksen aineiston valintakriteereinä sopivuuden (convenience selection), kokonaisvaltaisuuden (comprehensive selection), suhteellisen osuuden (quota selection), äärimmäisyyden (extreme-case selection), tyypillisyyden (typical case selection), ainutlaatuisuuden (unique-case selection) ja maineikkouden (reputational-case selection). Näitä valintakriteerejä sovellettaessa voidaan todeta, että valitut hoitoprosessit edustavat varsin tyypillisiä avohoidon, sairaalahoidon ja kriisihoidon tapauksia. Yhdessä ne muodostavat aineiston, joka on riittävän laaja antamaan kuvan perhekeskeisen psykiatrisen hoidon kulusta. Ne sopivat tutkijan tarkoitukseen myös siinä mielessä, että kaikki kolme perheterapiakoulutuksen työnohjausryhmää voivat olla edustettuina tutkimuksessa. Eri työnohjaustapojen työryhmien toimintaan ja hoitokokoukseskusteluun tuoma variaatio tulee mukaan rikastuttamaan aineistoa. Lisäksi seitsemän hoitokokousta käsittävä hoitoprosessi on erityisen mielenkiintoinen paitsi pituutensa myös joidenkin sisällöllisten erityispiirteidensä (perheen, työryhmän ja seurantaryhmän keskinäisten suhteiden muotoutuminen) osalta.

Työryhmällä tarkoitetaan tässä tutkimuksessa hoitoprosessin perhetapaamisista vastaavia työntekijöitä. Tutkimuksen kohteena olevissa hoitokokouksissa työryhmään kuului kolme koulutettavaa. Avohoidon tapauksen ensimmäisessä hoitokokouksessa työryhmässä oli mukana myös toinen kouluttajista, joka suoritti alkuhaastattelun.

Seurantaryhmällä tarkoitetaan tässä tutkimuksessa niitä koulutusryhmän jäseniä, jotka seuraavat hoitokokoukseskustelua televisiomonitorin välityksellä toisessa huoneessa. Seurantaryhmässä on tutkimusaineistoon kuuluvissa työnohjaustilanteissa yleensä neljä koulutettavaa ja vastuunalaisina työnohjaajina joko toinen tai molemmat kouluttajista. Hoitokokousten aikana seurantaryhmän jäsenet antoivat palautetta hoitokokouksen osanottajille tai ohjeita työryhmän jäsenille. Seurantaryhmän työskentely oli muodoiltaan vaihtelevaa. Suora työnohjaus tapahtui useimmi-

ten erillistä refleктоivaa ryhmää käyttämällä Andersenin (1987) esittämän interventiomallin mukaisesti.

Koulutustilanne on tuonut tutkimuksen kohteena oleviin hoitokokouksiin erityispiirteitä, joita sairaalan hoitokäytännössä ei muutoin ole. Videointi on nykyisin rajoitettu koulutus- ja tutkimustilanteisiin. Seurantaryhmää ei hoitokokouksissa normaalisti käytetä. Tutkimukseen kuuluvissa hoitokokouksissa voidaan myös havaita koulutuksessa kunakin ajankohtana opiskeltavan teorian ja terapiasuunnan vaikutus työryhmän toiminnassa.

Perheille kerrottiin ennen istunnon alkua tutkimuksesta ja heiltä pyydettiin lupa videointiin ja aineiston käyttöön tutkimuksessa.

4.2 Aineiston käsittely ja analyysi

Tutkimuksen vaihe, jolloin hoitokokouskeskustelut on transkriboitu eli siirretty videotallenteilta kirjoitettuun muotoon (luettavaksi tekstiksi), kesti vuoden 1991 huhtikuusta lokakuuhun. Käsiteltävää videoaineistoa oli 10 hoitokokouksen verran. Hoitokokoukset kestivät keskimäärin tunnista puoleentoista tuntiin. Hoitokokouskeskustelujen transkriboitua tekstiä kertyi 209 konekirjoitusliuskaa.

Keskustelut transkriboitiin sanasta sanaan mahdollisimman tarkasti ja teksti siirrettiin tietokoneelle. Tutkimuksessa keskityttiin keskustelujen verbaaliseen aineistoon, ja transkriboinnissa huomioituja ei-verbaalisia merkkejä (esimerkiksi tauot ja päällepuhunta) on käytetty verbaalista keskustelua täydentävänä aineistona.

Keskustelutapahtuman siirtäminen kirjoitettuun muotoon merkitsee tilanteeseen sisältyvän informaation olennaista supistumista. Linell (1982) tarkastelee tätä ilmiötä kirjoitetun kielen harhana (the written language bias). Keskustelu on jatkuvaa ja kokonaisvaltaista vuorovaikutusta, jossa sanallinen ja sanaton viestintä liittyvät erottamattomasti toisiinsa. Kirjoitetussa tekstissä korostuu verbaalisen viestinnän osuus vuorovaikutuksessa lähes yksinomaisena eikä tilanteen koko semiotiikka välity lukijalle. Kirjoitettu teksti ei voi tavoittaa sitä välitöntä kontekstia, jossa keskustelijat puhetilanteessa elävät. Stubbs (1989) toteaa, että kun keskustelu on muunnettu kirjoitetuksi tekstiksi, se näyttää oudolta ja epäyhtenäiseltä, mutta se ei kullosta siltä niistä, jotka siihen ottavat osaa.

Hoitokokouskeskustelujen transkriboinnin jälkeen suoritettiin jokaisen tapauksen kohdalla tekstin "raaka-analyysi" lukemalla teksti läpi ja jaksottelemalla se erillisiin yksiköihin keskustelun sisällöllisen teeman tai muun keskustelua luonnehtivan piirteen (esimerkiksi työryhmän reflektointi tai seurantaryhmän keskustelu) perusteella. Näitä tutkijan tekstistä erottelemia analyysiyksiköitä nimitetään tutkimuksessa *episodeiksi*. Esimerkiksi avohoitotapauksen ensimmäisen hoitokokouksen keskustelutekstin lukemisessa tekstistä jäsentyi 12 episodista, joissa keskustelun teema (esimerkiksi puhe lapsen sairaudesta) tai keskustelun muoto (esimerkiksi työryhmän reflektointi) olivat erottelevina piirteinä.

Transkriboidun tekstin suuri määrä edellytti aineiston rajaamista. Rajaaminen tehtiin siten, että tekstiä tiivistettiin jättämällä pois toistavaa tai dialogisen prosessin

kannalta epäolennaista lausuma-aineistoa. Tekstistä poisjätetyt transkriboidut keskustelun osat otettiin mukaan tekstiin sulkeissa esitettynä sisällöllisenä yhteenvetona.

Aineiston käsittelyn tässä vaiheessa tutkijalla oli valittavanaan kaksi vaihtoehtoa tutkimuksen suorittamisessa: tapausten kronologinen analyysi tai tekstin uudelleenjäsentelyyn perustuva analyysi. Tutkija valitsi aluksi tapausten kronologisen analyysin, joka mahdollistaisi lukijalle hoitokokousten dialogisen prosessin johdonmukaisen seuraamisen ilman minkään keskeisen teeman tai episodin poisjääntiä. Ongelmana tässä analyysitavassa oli kuitenkin tutkimusraportin sivumäärän muodostuminen liian suureksi ja lukijan hukkuminen tapausten lukuisiin yksityiskohtiin. Tutkimuksen valmistumisen viivästyisestä huolimatta oli valittava toinen tie. Tapauksia analysoitiin tutkimuksen teoriamallin ja siihen perustuvan kysymyksenasettelun mukaisesti jäsenneilyinä. Tekstistä etsittiin keskusteluepisodit, jotka liittyivät määrätyn tutkimusongelman kuvaamaan ilmiöön keskustelussa, ja nämä tekstin osat ryhmiteltiin yhteen analysointia varten.

Tapausten analyysissa on käytetty tutkimuksen teorian pohjalta kehitettyä *dialogista analyysia*. Analyysimalli pohjautuu Bakhtinin (1981, 1984, 1986) ja Voloshinovin (1973) teorioista johdettuihin käsitteisiin, Maturanan (1978) kytkeytymisen käsitteeseen sekä diskurssin ja merkityssysteemin käsitteiden osalta diskurssianalyttiseen lähestymistapaan. Kun diskurssianalyysissa etsitään tekstistä maailmaa eri tavoin jäsentäviä ja merkityksellistäviä kielen käytön tapoja (Jokinen, Juhila & Suoninen, 1993), tämän tutkimuksen menetelmänä dialoginen analyysi tutkii keskustelun semanttista kehitystä keskustelijoiden dialogisen vuorovaikutuksen näkökulmasta.

4.2.1 Dialogisen analyysin käsitelmä

Hoitokokouskeskustelujen *dialoginen analyysi* tarkoittaa analyysimenetelmää, jossa keskustelua tarkastellaan uusia merkityksiä ja yhteistä ymmärrystä synnyttävänä dialogisena vuorovaikutusprosessina. Dialogisessa analyysissa hoitokokouskeskustelun dialogista kulkua tarkastellaan sekä *vuorovaikutuksellisena tapahtumana* hoitokokouksen eri osapuolten välillä että *semanttisena tapahtumana* eri merkityssysteemien välillä.

Dialogisen analyysin käsitelmässä keskeisiä käsitteitä ovat:

Diskurssi, joka tarkoittaa vakiintunutta ilmaisutapaa, jossa asiat merkityksellistetään määrättyllä tavalla. Diskurssin käsitteen rinnalla tutkimuksessa on käytetty Bakhtinin (1981, 1984) termiä 'sana' erityisesti viitattaessa eroon 'oman sanan' ja 'vieraan sanan' välillä. Esimerkiksi asiakkaiden tarkastellessa elämänilmiöitä tavalla jossa ne saavat sairastamiseen liittyviä merkityksiä (sairausdiskurssi), terapeutit voivat pyrkiä käynnistämään ongelmien käsittelyä vuorovaikutussuhteita määrittelevässä diskurssissa. Tutkimusaineistossa diskurssi on erotettavissa lausumissa esiintyvien ilmaisujen avulla: esimerkiksi ilmaisun "semmoset rajat, että se toppaa se juoksu" voidaan ajatella edustavan kasvatusdiskurssissa vanhempien sanaa siitä, kuinka murrosikäinen poika saadaan kuriin. Vastaavasti perheenäidin toteamus, että "meillä on vähän semmosta tukka putkella menoa" liittyy kyseisen asiakasperheen kielessä tyypilliseen kiirediskurssiin.

Merkityssysteemi, joka tarkoittaa puhujan lausumissa ilmeneviä määrätynlaisia merkityksenantoja, joiden perusteella diskurssi voidaan erottaa puheessa. Esimerkiksi seuraava ote kasvatusdiskurssissa tapahtuvasta terapeutin (T1) ja asiakasperheen isän (M) dialogista (luku 5.6.5) liittyy yhteiseen merkityssysteemiin:

- T1: Jossakin vaiheessa tulee hyvinkin kärkkääksi, että isä ei pätkääkään ymmärrä. Se on fossiili.
 M: Joo. Idioottihan se on...idioottihan se on.

Ääni on bakhtinilainen termi, jota tutkimuksessa on käytetty viitattaessa puhujan lausumassa esitettyyn näkökulmaan, joka voi olla hänen omansa tai edustaa jonkun toisen henkilön, systeemin tai yhteisön käsityksiä tai ideologiaa. Esimerkiksi seuraavassa tekstiotteessa (luku 5.3.4) terapeutin lausumassa on havaittavissa poliiniklinikan ja kriisityöntekijän ääni:

- T1: Pitäs varmaan ensiksi pohtia, että miten te ootta tulleet tänne. Se tieto minulla on, että sieltä mielenterveystoimistosta on oltu yhteydessä poliklinikalle ja...On tuota ollut semmoinen sairaalaantuloarviointi. Minä uskon...tai minä olen saanut sen kuvan... Varmaan tässä keskustelun aikana mietitään, että mitä muita mahdollisuuksia on.

Kytkeytyminen on Maturanan (1978) rakenteellisen determinismin teoriaan pohjautuva käsite. Kytkeytymisellä tarkoitetaan tässä yhteydessä kielellisen systeemin muodostumista keskustelun osanottajien kommunikoidessa keskenään ja sovitassa lausumansa toistensa lausumiin. Esimerkkinä hyvin nopeasta kytkeytymisestä terapeutin (K1) ja asiakkaan (M) välillä on seuraava hoitokokouksen kaksi ensimmäistä lausumaa käsittävä tekstiote (luku 5.3.1):

- K1: Sinikka jo vähän kertoi meille siitä, että tuota minkä takia... Hänhän se oikeastaan oli esittänyt, että...
 M: Joo, hän se sitä esitti. Kävin hänen vastaanotollaan.

Merkityssysteemien kytkeytyminen, joka tarkoittaa merkityssysteemien sellaista vastavuoroista suhdetta toisiinsa, mikä mahdollistaa uudenlaisen diskurssin syntyamisen. Esimerkkinä merkityssysteemien kytkeytymisestä terapeutin lausumassa on seuraava tekstiote (luku 5.5.4), jossa terapeutti sisällyttää lausumaansa sekä asiakasperheen ääntä ja merkityssysteemiä että omaa psykologista ääntään ja merkityssysteemiään:

- M: Se on ollut tuo Salmen kurkku pelkkää allergiaa.
 (...)
 T3: Sehän on varmasti tuo Salmen kurkkukipu sitten tommosta ilmeisesti allergiaperäistä. Mutta jos kuviteltas, että siinä oiskin joku psyykinen syy. Mitä te arvellette, että minkälaista syytä siihen vois olla?

Monologinen keskustelu, joka tarkoittaa keskustelua, jossa osanottajien lausumat tai merkityssysteemit eivät kytkeydy keskenään. Seuraava tekstiote (luku 5.4.6) on esimerkki terapeutin (T2) monologisesta työskentelystä, jolloin hän ei huomioi sitä, mitä asiakas (M) lausumassaan sanoo:

- M: Meillä nyt kyllä tosiaan lasten kanssa meillä on semmoinen vaihe menossa taas, että nyt leikitään, että kuka siinä voiton...kuka vetää pitemmän korren. Se on...se on tuskaisaa aikaa niitten kanssa nyt.
- T2: Minä en tiä. Minä tässä koko ajan pohdiskelen semmosta, että minä niin haluaisin, että te istuisitte vierekkäin. Tuntusko pahalta, jos..?

Dialoginen keskustelu, joka tarkoittaa keskustelua, jossa osanottajien lausumat ja merkityssysteemit kytkeytyvät keskenään: Esimerkkinä dialogisuudesta on seuraava lyhennelmä keskustelusta (luku 5.4.1), jossa perheen tapa käsitellä ongelmiaan kiire-diskurssissa ja terapeuttien pyrkimys perheen keskinäissuhteiden systeemiseen selvittelyyn kytkeytyvät keskenään (T3 ja S2 ovat terapeutteja, M on asiakasperheen isä ja N on äiti; kursivoidut kohdat osoittavat lausumassa esiintyviä ilmauksia, joihin seuraava puhuja erityisesti reagoi toistaen mahdollisesti ilmauksen omassa lausumassaan):

- T3: Mitä ne kiireet...aiheuttavat sulle? (...) Minkälaisia *tunnelmia*?
- M: No, aika *kireä on ollut tunnelma*. (...)
- T3: *Kellä se tunnelma on kirein?*
- M: No kyllä se *mulla* tietenkin on ollut aika lailla...*kireää*.
- T3: *Miten se Salme näkyy se...että Erkin tunnelma on kireä?*
- N: (...) Ei me niinko loppujen lopuksi sillai...oikeastaan voi sanoa, että pinnaa on juuri minkään vertaa. Että siitä sen huomaa. Äkkiä on mitta täynnä. (...) Sitten kun hermostuu ja *raivostuu* jostakin, niin ei se välttämättä se tilanne ole ollut ollenkaan semmoinen joka...niinko aiheuttaa sen. Se voi olla pienestä asiasta.
- S2: Mitä tuota niin *Erkki tekee, kun Erkki raivostuu?*
- N: (...) sitä kun kaikki tavallaan kärsii siitä. Lapsetkin kärsii sillai, että nekään ei tykkää siitä. Kun ne huomaa sen, että se on niinko täysin tehotonta, jos *joka toinen sana on saatanan perkele* tai jotakin muuta... (...) Kun tulee joku semmoinen asia, joka ei ole niinku mennyt hyvin. Niin se on niinku ilmeisesti ensimmäinen, joka niinku tulee ennenkuin niinku Erkki ajattelee ollenkaan nii... Heti paikalla tulee sitten *kiroaminen*.
- S2: Erkki, *kenelle sinä olet eniten kiroillut* tai ollut vihainen nyt viime viikkoina?
- M: Enköhän minä ole ollut tasaisesti jokkaiselle. (...) Ehkä se...ehkä *Mattiin on...ja Lauraan* on tietenkin enämpi kohistunut.

4.2.2 Analyysiyksikkö ja sen rakentuminen

Tässä tutkimuksessa analyysiyksiköllä tarkoitetaan tekstistä erotettua keskustelun osaa, johon varsinainen analyysi kohdistetaan. Tutkimuksen analyysiyksikkönä on *episodi*. Episodilla tarkoitetaan keskustelujaksoa, joka on erotettu muusta keskustelusta puheena olevan teeman tai muun keskustelua rajaavan semanttisen tai vuorovaikutuksellisen ilmiön perusteella (esimerkiksi keskustelujakso, jossa perheenjäsen itkee, tai työryhmän toimintatavassa tapahtuva muutos).

Episodi rakentuu *lausumista*. Lausuma muodostuu siitä, mitä puhuja sanoo ja ilmaisee sanattomasti puheenvuorossaan. Lausumia tarkastellaan suhteessa toisten puhujien lausumiin. Puhujan vaihtuminen erottaa eri lausumat toisistaan.

Lausuman määrittämisessä tulee vaikeuksia lähinnä vain keskustelun osallistujien mahdollisen päällepuhumisen takia. Lausuma rajautuu itse keskustelussa.

Episodi sen sijaan ei ole keskustelun osallistujien vuorovaikutuksen rakenteellinen osa, vaan se on tutkijan tekemä erottelu tekstiaineistossa.

Dialogi on lausumien vaihtoa, jossa puhekuppanit ovat vastavuoroisessa suhteessa toisiinsa. Markovan (1990a) mukaan dialogin yksikkönä on kolmiaskelinen prosessi, joka käsittää aloitteen, vastauksen ja palautteen. Dialogissa lausuma voi samanaikaisesti odottaa vastausta (aloite) ja kommentoida edellä sanottua (vastaus tai palaute). Palaute on puhujan vastaus omaan lausumaansa puhekuppaniltaan saamaansa vastaukseen, ja se voi puolestaan toimia aloitteena, johon puhekuppani vastaa omalla lausumallaan, jolloin dialogi jatkuu. Aloite, vastaus ja palaute voivat ulkoisesti rajautua kolmen eri lausuman muodostamaksi vuorovaikutuskokonaisuudeksi, tai niiden raja voi kulkea lausuman sisällä, kun puhuja lausumansa aikana muuttaa semanttista suhdettaan keskusteluun, esimerkiksi vaihtaa puheenaihetta.

Lausumien sisällöllinen yhteys toisiinsa määrittää keskustelun *teeman* eli sen mistä puhutaan (puheenaiheen). Teema käynnistää dialogin ja suuntaa ja säätelee keskustelua (Keravuori, 1988). Dialogisessa keskustelussa puhuja pyrkii ylläpitämään teemaa ja tuomaan sen käsittelyyn omia näkökulmiaan kytkeytyen edeltävän puhujan lausumaan (Bergmann, 1990). Teeman vaihtumiset ovat analyysissä mielenkiinnon kohteena.

4.3 Tutkimuksen luotettavuuden arviointi

Tutkimuksen tieteellisyyden ensisijainen kriteeri on *luotettavuus*. Arvioidessaan tutkimuksen luotettavuutta (trustworthiness) tutkijan vastattavana on Lincolnin ja Guban (1985, 290) mukaan perinteisesti ollut neljä kysymystä, jotka koskevat "totuusarvoa" ("truth value"), sovellettavuutta (applicability), pysyvyyttä (consistency) ja neutraalisuutta (neutrality). Perinteisessä empiirisessä tutkimuksessa näitä luotettavuuden osatekijöitä vastaavia arviointikriteerejä ovat sisäinen validiteetti, ulkoinen validiteetti, reliabiliteetti ja objektiivisuus. Samat osatekijät liittyvät myös kvalitatiiviseen tutkimukseen, mutta Lincoln ja Guba (1985) esittävät niiden arvioimiseksi kriteerejä, jotka on määritelty toisin (Tynjälä, 1991).

Tutkimuksen totuusarvo kuvaa havaintojen vastaavuutta tutkittavan todellisuuden kanssa. Perinteisen tutkimuksen perustana on käsitys yhdestä objektiivisesta todellisuudesta, jota tutkimuksen tulosten on vastattava. Kvalitatiivisen ("naturalistisen") tutkimuksen lähtökohtana on Lincolnin ja Guban (1985) mukaan oletus todellisuuden konstruktivisuudesta ja monista mahdollisista todellisuuksista ("multiple realities"). Osoittaakseen tutkimuksen totuusarvon tutkijan on osoitettava, että tutkimushavainnot ja tulkinnat ovat uskottavia rekonstruktioita alkuperäisistä todellisuuskonstruktiosta. Lincoln ja Guba (1985, 296) käyttävät tästä sisäistä validiteettia vastaavasta totuusarvon kriteeristä nimitystä '*credibility*', uskottavuus.

Tulosten sovellettavuutta toisiin konteksteihin ja ihmisiin pyritään kvantitatiivisessa tutkimuksessa varmistamaan satunnaisotannalla, ja sen osoittamiseksi käytetään tilastollisia testejä. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa Lincoln ja Guba käyttävät sovellettavuuden kriteerinä tulosten siirrettävyyttä (*transferability*). Siirrettävyys riippuu alkuperäisen tutkimusympäristön ja sovellusympäristön samankaltaisuudesta.

desta. Sovellettavuuden arvioimiseksi tarvitaan tietoa näistä molemmista konteksteista. Siirrettävyyttä koskevien johtopäätösten tekemisessä vastuu on myös tutkimuksen soveltajalla. Tutkijan tehtävänä on kuvata aineistonsa ja analyysinsä niin hyvin, että lukija voi arvioida tutkimustulosten soveltamista toisessa kontekstissa.

Pysyvyys on tutkimuksen luotettavuuden osatekijä, joka tarkoittaa tulosten toistettavuutta samoilla henkilöillä samoissa olosuhteissa. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa reliabiliteettia on arvioitu uusintamittauksen avulla. Lincoln ja Guba (1985, 299) käyttävät käsitettä '*dependability*' kuvaamaan kriteeriä, jolla kvalitatiivisessa tutkimuksessa voidaan arvioida tulosten samana pysyvyyttä. Tämä käsite on reliabiliteettia laajempi. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa itse tutkimuskohteena on muuttuva konstruktio (esimerkiksi keskustelu). Tutkimuksen toistaminen perinteisessä mielessä on mahdotonta, koska tutkimuksen kuluessa tapahtuu muutoksia sekä olosuhteissa, tutkimuskohteessa että tutkijassa.

Neutraalisuus tarkoittaa tutkimuksen riippumattomuutta tutkijaan liittyvistä subjektiivisista tekijöistä. Lincolnin ja Guban esittämä kvantitatiivisen tutkimuksen objektiivisuutta vastaava neutraalisuuden arviointikriteeri on vahvistettavuus (*confirmability*). Siinä painopiste on siirretty tutkijan ominaisuuksista aineiston ominaisuuksiin. Vahvistettavuus koskee sitä, voidaanko samasta aineistosta päätyä eri menetelmillä samankaltaisiin johtopäätöksiin. Tutkimuksen tulokset vahvistetaan eri analyysikeinoja ja mahdollisesti ulkopuolista tarkastajaa käyttämällä.

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuudesta on käyty tieteellistä keskustelua myös perheterapiatutkimuksen yhteydessä. Tässä keskustelussa voidaan erottaa kvalitatiivisen tutkimuksen prioriteettia kannattavat tutkijat (Atkinson, Heath & Chenail, 1991), kvantitatiivisten menetelmien kannattajat (Cavell & Snyder, 1991) sekä tutkijat, joiden mielestä kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus täydentävät toisiaan (Moon, Dillon & Sprenkle, 1990, 1991; Sells, Smith & Sprenkle, 1995). Atkinson, Heath ja Chenail (1991) ovat sitä mieltä, että riippumatta siitä kuinka systemaattista menetelmää kvalitatiivinen tutkija käyttää, hän ei voi vakuuttaa tutkimustulostensa luotettavuutta. Heidän mukaansa tutkimuksen luotettavuuden arviointi on viime kädessä tutkimuksen hyödyntäjien (consumers of the research) tehtävänä. Moon, Dillon ja Sprenkle (1991) puolestaan korostavat yksityisen tutkijan vastuuta tutkimustulosten tarkkuuden ja luotettavuuden varmistamisessa. He tähdentävät perheterapeuttisen tutkimustiedon pätevyyden osoittamisen olevan vuorovaikutuksellinen prosessi, joka tapahtuu yksityisen tutkijan, tutkijayhteisön ja perheterapeuttisen yhteisön välillä.

Tutkimuksen luotettavuuden intersubjektiiviseen arviointiin on kiinnitetty erityistä huomiota (Tynjälä, 1991). Kommunikatiivinen validointi (Kvale, 1989) korostaa tutkimuksen lukijoiden ja tiedeyhteisön keskustelun osuutta luotettavuuden arvioinnissa. Tulosten esittämisessä on tärkeää, että tutkija on perustellut hyvin johtopäätöksensä ja että analyysiprosessi on julkisesti toisten tutkijoiden tarkastettavissa (Ehrnrooth, 1990). Tutkimusraportilta edellytetään, että lukija kykenee seuraamaan tutkimuksen kulkua ja tutkijan päättelyä sekä arvioimaan analyysia. Mäkelän (1990) mukaan analyysin on oltava toisen tutkijan toistettavissa siten, että luokittelu- ja tulkintasäännöt on esitetty niin yksiselitteisesti, että hän voi niitä soveltamalla päätyä periaatteessa samoihin tuloksiin.

Tässä tutkimuksessa tutkijalla on hoitokokouskeskusteluja analysoidessaan ollut käytettävissään näiden keskustelujen äänimateriaali, joka on transkriboitu

kirjoitetuksi tekstiksi. Lisäksi tutkija on voinut tarkkailla myös tilanteen semiotiikkaa videonauhalla. Hoitokokousten videotallenteita yhä uudelleen havainnoimalla transkriboitua tekstiä on voitu verrata videoituun aineistoon. Vaikka tutkija ei ole ollut osallistujana mukana puhetilanteissa eikä ole voinut jakaa keskustelun semiootista kontekstia, hänen kaikki havaintonsa perustuvat siihen, mitä hoitokokouskeskustelussa tapahtuu. Niissä yhteyksissä joissa tutkija tekee keskustelijoiden sisäisiin ajatteluprosesseihin tai keskinäisen ymmärryksen muodostumiseen kohdistuvia päätelmiä, ne perustuvat keskustelun lausuma-aineistoon. Tämä on sopusoinnussa sosiaalisen konstruktionismin sekä Bakhtinin ja Vygotskyn teorioiden kanssa: merkitykset muodostuvat kielellisesti keskustelijoiden välillä ja sisäisen puheen rakentuminen ja kehitys pohjautuu yksilön sosiaalisen vuorovaikutuksen tapahtumiin. **Tutkija ei tutki niinkään yksilöiden sisäistä psykodynaamiikkaa, vaan sitä mitä he sanovat ja viestivät toisilleen.** Tämä ei merkitse sitä, että psykodynaamiikka olisi sulkeistettu, vaan *päähuomio* on kohdistettu keskustelun osanottajien keskinäiseen dialogiin. Tutkijan etuna on se, että hän on voinut analyysiprosessin aikana käydä läpi saman dialogin niin monta kertaa kuin on katsonut tarpeelliseksi. Perheterapeuttisesta koulutuksesta ja kokemuksesta on ollut suuri hyöty tutkimusprosessin kaikissa vaiheissa. Edellä kuvatut perusteet ovat tärkeitä näkökohtia määriteltäessä tutkimuksen uskottavuutta (credibility).

Tutkimustulosten siirrettävyys on ongelma, kun sovellusympäristö muuttuu. Tässä tutkimuksessa on selvitetty nimenomaan hoitokokouskeskustelujen aikana tapahtuvia kielen kehityksen ilmiöitä. Lisäpiirteinä tutkimusasetelmassa on ollut hoitokokousten tapahtuminen erityistason perheterapiakoulutuksen työhöjauantilanteina. Tutkimus valaisee Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin perhekeskeiseen psykiatriseen hoitomalliin liittyviä vuorovaikutustapahtumia, ja on mahdollista, ettei analyysi ole sovellettavissa erilaisessa hoitokulttuurissa (esimerkiksi hoitomalli, johon ei kuulu työryhmän refleктоiva keskustelu). Vasta analyysin toistaminen hoitokulttuuriltaan erilaisessa kontekstissa voi tuoda vastauksen tutkimustulosten siirrettävyyteen tältä osin.

Tutkimuksessa on kuitenkin ollut mahdollista tarkastella tulosten siirrettävyyttä toiseen kontekstiin saman hoitomallin puitteissa. Tutkimusaineistoksi on valittu kolme erilaista hoitokontekstia (avohoitoon ja sairaalahoitoon kuuluvat tapaukset sekä sairaalan ja avohoidon rajalla tapahtuva vastaanottokokous). Näiden tapausten hoitokokousten osallistujat ovat eri henkilöitä, ja potilaiden diagnoosit ovat erilaisia. Tapaukset ovat perheterapiakoulutuksen kolmen eri työhöjauusryhmän kliiniseen opetukseen kuuluvia hoitokokouksia. Samaa analyysimallia on sovellettu ongelmaan ja terapeuttilta systeemiltään erilaisissa keskustelutilanteissa.

Hoitokokouskeskustelu on jatkuva muutosprosessi, johon sopii hyvin vertaus siitä, ettei ole mahdollista astua samaan virtaan kahdesti (Lincoln & Guba, 1985, 299). Tästä huolimatta tutkimusaineistossa voidaan odottaa olevan myös pysyvyyttä. Kun tutkimuksen kohteena on muuttuva ilmiö, samana toistuvan löytäminen on analyysissä yhtä tärkeää kuin erojen havaitseminen (esimerkiksi erilaiset diskurssit). Analyysi on myös prosessi, jonka aikana muutoksia tapahtuu niin tutkijassa kuin menetelmässäkin. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta analyysin on kuitenkin oltava riittävän pysyvä sekä saman havaintoaineiston sisällä että eri havaintoaineistojen välillä. Tutustumalla huolellisesti keskustelun ja analyysiprosessin etenemiseen on mahdollista arvioida tutkimusta siltä kannalta, mitä Lincoln ja Guba tarkoittavat

termillä 'dependability'. Tämä luotettavuuden kriteeri tulee täytetyksi myös, mikäli tutkimuksen uskottavuus (credibility) voidaan osoittaa (Lincoln & Guba, 1985, 316).

Tutkimuksen vahvistettavuutta on tarkasteltu siten, että tutkimuksen kohteena olleissa hoitokokouksissa työnohjaajina toimineet perheterapeutit, joilla on kaikilla nykyisin vaativan erityistason perheterapiakoulutus, ovat tutustuneet tutkimusmateriaaliin ja voineet vahvistaa sen havainnot ja johtopäätökset. Viime kädessä tutkijan oma monivuotinen perheterapiakokemus ja vaativan erityistason perheterapiakoulutus on tutkimuksen luotettavuuden takeena.

5 TULOKSET

5.1 Tulosten esittämistapa

Tulokset esitetään tutkimuskysymysten mukaisesti jäsenneltyinä. Hoitokokouskeskustelujen analyysi on toteutettu siten, että tekstiotteita seuraavat tutkijan kommentit ja tulkinta dialogisen analyysin käsitemallin pohjalta. Ne tekstin osat tai tulkinnat, joita tutkija haluaa painottaa, on kirjoitettu kursivilla.

Tapaukset muodostuvat avohoidon tapauksesta (tapausnumero 1), johon kuuluu seitsemän hoitokokousta (järjestysnumerot 1-7), kaksi hoitokokousta (järjestysnumerot 1-2) käsittävästä sairaalahoidon tapauksesta (tapausnumero 2), ja yhdestä vastaanottokokouksesta muodostuvasta kriisihoidon tapauksesta (tapausnumero 3).

Tekstiotteiden edellä on suluissa ensin tapauksen numero, sitten tapaukseen kuuluvan hoitokokouksen järjestysnumero ja otteen rivinumerot tietokoneen tekstitiedostossa.

Jokaisen lausuman edellä on puheenvuoron esittäjää ilmaiseva koodi. Tekstissä esiintyvät nimet ovat salanimiä. Tekstiä on muutettu niiltä osin kuin se on ollut välttämätöntä henkilöiden turnistamisen estämiseksi.

Transkriboinnissa on käytetty seuraavia merkintätapoja:

(...) tekstin poisjätö

() teksti, josta ei ole saatu selvää (epäselvä puhe)

(hiljaa) puheen paralingvistiikkaa koskeva kommentti

(heiluttaa käsiään) esimerkki sanattomasta viestinnästä

(T1:lle) esimerkki lausuman kohdentamisesta

(5 s.) tauon pituus

sisennys ilmaisee päällepuhunutta

kireä on ollut tunnelma tutkijan tekemä tekstin painotus

K1, K2 kouluttajaa ilmaiseva koodi
 T1, T2, T3 työryhmän jäsentä ilmaiseva koodi
 S1, S2, S3, S4 seurantaryhmän jäsentä ilmaiseva koodi
 M, N, L1 avohoitotapauksen mies ja vaimo sekä tytär
 I, Ä isä ja äiti sairaalahoidon ja kriisihoidon tapauksessa
 P potilas sairaalahoidon ja kriisihoidon tapauksessa
 S potilaan sisko sairaalahoidon tapauksessa
 V potilaan veli sairaalahoidon tapauksessa
 M1 mielenterveyskeskuksen työntekijä kriisihoidon tapauksessa

5.2 Tapausten kuvaus

Avohoidon tapaus

Tutkimuksen avohoitotapauksessa perheeseen kuuluvat mies (M), vaimo (N) ja kolme lasta, joista keskusteluihin osallistuu viisivuotias tytär (L1). Perheen isä on ollut mielenterveystoimiston asiakkaana useiden vuosien ajan. Hänen psykiatrisena diagnoosinaan on rajatila. Perhetapaamisia ei ole ollut aikaisemmin.

Perheen hoitoprosessista on videoitu ja analysoitu seitsemän hoitokokouskeskustelua, jotka ovat olleet noin yhden vuoden aikana. Hoitava työryhmä on muodostunut kolmesta perheterapeutiksi opiskelevasta työntekijästä (T1, T2 ja T3), jotka ovat olleet mukana perheen koko hoitoprosessin ajan. Seurantaryhmässä oli kahden kouluttajan (K1 ja K2) lisäksi neljä koulutettavaa (S1, S2, S3 ja S4). Ensimmäisessä hoitokokouksessa alkuhaastattelun suoritti toinen kouluttajista (K1).

Seurantaryhmä saattoi olla puhelimitse yhteydessä hoitavaan työryhmään hoitokokouksen aikana. Seurantahuone oli ns. terapiatalon alakerrassa, josta on puhelinyhteys yläkerrassa olevaan terapiahuoneeseen. Seurantaryhmän jäsenet toimivat myös refleктоivana ryhmänä, joka vieraili terapiahuoneessa käyden meta-keskustelua hoitokokouskeskustelusta perheen ja hoitavan työryhmän jäsenten kuunnellussa.

Sairalahoidon tapaus

Sairalahoidon tapauksen hoitoprosessissa tutkimusaineistoon kuuluu kaksi hoitokokousta, joista ensimmäinen on perheen aikuisen pojan (P) sairaalahoidon aikana ja jälkimmäinen tapaaminen neljä kuukautta uloskirjoituksen jälkeen. Potilaan diagnoosina on skitsofrenia. Ensimmäinen hoitokokous pidetään viisi päivää potilaan osastolle tulon jälkeen. Hänen omahoitajansa on sopinut perhetapaamisen perheterapiakoulutuksen yhteyteen. Hoitokokouksessa ovat potilaan lisäksi perheestä mukana isä (I), äiti (Ä) ja veli (V). Toisessa työnohjaustilanteessa hoitokokouksessa ovat potilaan omaisista mukana vanhempien lisäksi sisar (S) ja sisaren vauva. Työryhmän muodostavat koulutusryhmästä T1, T2 ja T3. Ensimmäisen hoitokokouksen päät-

teeksi työryhmä käy seurantaryhmän luona neuvottelemassa perheelle annettavan palautteen.

Kriisihoidon tapaus

Kriisihoidon tapauksen muodostaa vastaanottokokous, joka pidetään sen jälkeen kun mielenterveyskeskuksen työryhmä on ehdottanut seisemäntoistavuotiaan pojan (P) mielisairaalahoitoa. Vastaanottokokouksessa päädytään kuitenkin osastohoidon sijasta kotona tapahtuvaan kriisihoitoon. Potilas on parin vuoden ajan kärsinyt jännitys- ja pelkotiloista.

Työryhmän muodostavat T1, joka on poliklinikan sairaanhoitaja, T2, joka on mielenterveyshoitaja sairaalan osastolta ja T3, joka on mielenterveyskeskuksen sairaanhoitaja. Perheenjäsenistä ovat P:n lisäksi mukana isä (I) ja äiti (Ä). Lähettävän tahon edustajana on kokouksessa mielenterveyskeskuksen työntekijä (M1). Seurantahuoneessa on neljä koulutettavaa ja kaksi kouluttajaa. Hoitokokouksen aikana seurantaryhmästä käy kolme koulutettavaa (S1, S2 ja S3) refleктоivana ryhmänä hoitokokoushuoneessa.

5.3 Kytkeytyminen työryhmän toiminnassa

5.3.1 Asiakkaiden lähtökohtien huomioiminen kytkeytymisessä

Avohoidon tapauksen ensimmäisessä hoitokokouksessa kouluttaja (K1) haastattelee perhettä. Hoitokokouksen ensimmäinen dialogi käydään K1:n ja perheenisän (M) välillä.

(1.1.1-8)

K1: Sinikka jo vähän kertoi meille siitä, että tuota minkä takia... Hänhän se oikeastaan oli esittänyt, että...

M: Joo, hän se sitä esitti. Kävin hänen vastaanotollaan.

K1: Joo. Miten te nyt haluaisitte tämän keskustelun käyttä? Mitä on semmosia asioita, mitä teillä on mielessä, mistä haluaisitte puhua?
(7s.) (Puolisot katsovat toisiinsa.)

M: Heh...

K1:n ja M:n kielellinen kytkeytyminen tapahtuu keskustelussa, jonka teema muodostuu heidän jakamastaan tiedosta lääkäri X:n ja M:n mielenterveystoimistossa käymän keskustelun sisällöstä. K1:n ensimmäisessä lausumassaan sanomat lauseet ovat epätäydellisiä, eikä tilanteen ulkopuolinen kuulija voi vielä niiden perusteella ymmärtää, mitä K1 tarkoittaa. Keskustelukontekstiin sisältyvän yhteisen tiedon perusteella M kuitenkin nopeasti oivaltaa terapeutin olevan kertomassa, että heidän yhteisesti tuntemansa lääkäri, Sinikka, on kertonut M:n käyneen hänen vastaanotollaan mielenterveystoimistossa ja ehdottanut perhetapaamista perheterapiakoulutuksen yh-

teydessä. M on kokenut mielenterveyspalvelujen käyttäjä, jolle kielellinen kytkeytyminen psykiatriseen haastattelutilanteeseen ei tuota vaikeuksia.

K1:n ensimmäinen lausuma suuntautuu kahtaalle: se on keskustelunavaus asiakkaiden (asiakasperheen jäsenten) kanssa ollen samalla viittaus toisessa yhteydessä käytyyn mutta nykyisen tilanteen kannalta olennaiseen keskusteluun. M vahvistaa lausumassaan K1:n lausumaan sisältyvää informaatiota. K1:n toinen lausuma alkaa M:n lausumaan kohdistuvalla palautteella ("Joo"). Kun dialogia tarkastellaan prosessina, joka muodostuu aloitteen, vastauksen ja palautteen muodostamista yksiköistä (Markova, 1990a), dialogiyksikön raja kulkee tässä tapauksessa lausuman sisällä, sillä K1 tekee lausumassaan samalla aloitteen uuden teeman käsittelemiseksi. Aloitteen saama vastaus on aluksi hetken epäröinti.

(1.1.9-27)

N: Mun täytyy sanoa, että *minä olen vähän kuin Ö aapisen laidalla. Mä en oikein tiedä, että mikä oli tämän keskustelun tarkoitus.* Mä en ole niinku... Mä en muista, että oletko sinä selittänyt, mutta minä vain ajattelin, että meidän pitää tulla porukalla jutteleen. Että olis mukava, että jos minäkin tulisin. Ja että se on minulle aivan sama. *Että minä olen vähän niinkuin odottanut, että pikkusen aikasempaa ehkä.* Mutta minä olen ajatellut, että en minä nyt ainakaan änkeämään ala, että jos ei mittään.

K1: Aha.

M: Ehkäpä se on tämä tämänhetkinen tilanne ja sitten vähän tulevaisuutta etteenpäin, että mikä se on... Mikä se tulee olemaan minun kohdalla tämä tulevaisuus? *Jatkuuko tämä työkyvyttömyyseläke, vai siirrynkö minä työelämään vai...* (K1: Joo.) *Ehkä se on kaikista suurin ongelma tällä hetkellä, joka tuo sitten epävarmuutta nytten.*

K1 on siirtynyt keskustelussa nopeasti uuteen teemaan kysyen perheenjäseniltä yhteisesti, kuinka he haluaisivat keskustelun käyttä. Tämä on hyvin avoin vuoropuhelun aloitus, jolla terapeutti antaa perheelle mahdollisuuden määrätä keskustelun suunnan.

N katkaisee K1:n kysymystä seuranneen lyhyen hiljaisuuden ja epäröinnin. Ensimmäisessä lausumassaan N ei vielä vastaa K1:n kysymykseen keskustelun aiheesta, vaan hän etenee ikäänkuin jälkijunassa. Hän kytkeytyy keskusteluun pohtimalla omaa asemaansa ja keskustelun tarkoitusta. Tämä johtuu todennäköisesti siitä, että *K1 ei ole kytkeytynyt N:ään huomioimalla hänen ensikertalaisuuttaan miehensä hoitotilanteissa.* N:n ääni keskustelussa on maallikon ääni hoitokontekstissa ("olen vähän kuin Ö aapisen laidalla. Mä en oikein tiedä, että mikä oli tämän keskustelun tarkoitus."). N:lle psykiatrinen hoitotilanne on uusi kokemus, joka edustaa vierasta diskurssia. M sen sijaan on mielenterveyspalvelujen käytössä vanha konkari. Hoitokokous on hänen avohoitoprosessinsa jatkoa. Kytkeytymisessä osapuolten henkilökohtaiset lähtökohdat (esimerkiksi tässä tapauksessa M:n kokeneisuus ja N:n kokemattomuus psykiatristen hoitotilanteiden suhteen) määräävät kielellisen systeemin muodostumista (nyt N:n on käytettävä aikaa oman läsnäolonsa perustelemiseen).

M vastaa K1:n kysymykseen keskustelun käyttämisestä ja määrittelee selkeästi oman dilemmansa. K1:n ääni ongelmanmäärittelyssä edustaa hänen kannaltaan tällä hetkellä ilmeisen keskeistä elämän epävarmuutta kuvaavaa diskurssia: "Jatkuuko tämä työkyvyttömyyseläke, vai siirrynkö minä työelämään vai...".

(1.1.28-68)

- K1: Sinä tuota esitit Salmelle, että hän tulisi mukaan tänne kanssa?
 M: No, se sovittiin Sinikan kanssa sillai, että jos tuota me ei katsota tarpeelliseksi tulla, niin me ilmoitetaan ja perutaan tää. (K1: Joo.) Mutta koska Salme halus matkaan, niin...
 K1: Joo. *Mitä hän vastas, kun sinä sanoit, että mentäskö käymään siellä?*
 M: No juuri noilla sanoilla, mitä hän äsken sanoit, että hän on odottanut jo vähän aikaisemmin.
 K1: Joo. *Mistä lähtien?* Onko sulla Erkki tullut jotain kuvaa siitä, mistä lähtien Salme olisi odottanut sitä, että...
 M: Ehkä jo siinä vaiheessa, kun minä jäin eläkkeelle.
 K1: No, se oli milloin?
 M: Hetki... Milloin se oli? -87? Neljä vuotta sitten? 88-han minä jäin eläkkeelle? (Katsoo vaimoonsa)
 N: (Nyökkää) Joo.
 M: 88...joo...88...ja huhtikuun loppuun on tämä eläke.
 K1: (N:lle) Oliko se sulla silloin mielessä, että ois..?
 N: Minä olen ajatellut sillä tavalla, että niinkö...tämmönen ongelmake on...niinku Erkillä on...*niin minun mielestä se on niinku koko perheen ongelma.* (K1: Jaa.) Että ...en minä tiedä nyt sillä tavalla. Kyllä se tietenkin sitten jossakin vaiheessa on lastenkin. Mutta en minä tiedä nyt sitten vielä, että miten niinkun Sirpa on... mutta Laura ja Matti... (K1: Mm.) Mutta minä kuitenkin, että ollaan me kuitenkin kaksi aikuista ihmistä. Ja meidän pitää suunnitella yhdessä tulevaisuutta ja tehdä... Että ei siinä kumpikaan pysty yksin sitä... (K1: Joo.) Eikä sitten taas niinku, että jos ajatellaan, että ois toivoa paremmasta tilanteesta...terveydellisestä tilanteesta Erkilläkin, niin kyllä minä ainakin...minä ainakin toivon, että hänellä ois niinku mahdollisuuksia kuitenkin. *Että jos se siitä on kiinni, että mitä minä teen, niin kyllä minä niinko haluan olla mukana siinä.*

K1 alkaa lausumissaan kytkeä N:ää mukaan keskusteluun. Hän ei aluksi tee sitä kysymällä suoraan N:ltä, vaan sen sijaan hän kyselee aviomieheltä, millä tavalla päätös yhteisestä osallistumisesta hoitokokoukseen on puolisoiden välillä syntynyt. Keskustelu etenee dialogisesti siten, että K1 kytkeytyy haastattelussaan M:n vastauksiin esittäen vastauksiin pohjautuvia uusia kysymyksiä.

Dialogissaan M:n kanssa K1 ottaa huomioon N:n ensimmäisessä puheenvuorossa esille tulleen näkökulman, että N olisi halunnut osallistua miehensä hoitokeskusteluihin jo aikaisemmin. K1:n ja M:n keskinäiseen dialogiin tulee kolmantena osapuolena N:n ääni, jossa ilmenee N:n näkökulma. Erkki liittyy keskusteluun sitten oman 'sanansa': eläketeeaman, josta hän on ilmoittanut haluavansa erityisesti puhua.

K1:n ensimmäisessä N:lle suunnatussa kysymyksessä ("Oliko se sulla silloin mielessä, että ois..?") voidaan havaita kaikuja sekä N:n äänestä ("minä olen vähän niinkun odottanut, että pikkusen aikaisempaa ehkä") että M:n äänestä ("ehkä jo siinä vaiheessa, kun minä jäin eläkkeelle"). N ei vastaa suoranaisesti K1:n kysymykseen, vaan perustelee lausumassaan edelleen läsnäoloaan hoitokokouksessa. Hän sanoo selvästi haluavansa olla mukana aviomiehensä hoidossa. Samalla hän sanoo, että heidän tulevaisuutensa on yhteinen ja että he tarvitsevat toistensa tukea. N näkee M:n ongelman koko perheen ongelmana. N ottaa puheeksi myös lapset ja kytkee näin heitä kielellisesti perheen ongelmaan. Salmen lausumassa ilmenee merkityssysteemi, jossa M:n ongelmaa tarkastellaan varsin perhekeskeisesti, minkä perusteella pari- ja perheterapialle on hyvät edellytykset.

(1.1.69-124)

- K1: Mm. Kuulostiko tuo mitä Erkki sanoi tähän keskustelun aiheeseen (L1 kolistelee lelulaatikkoa) ()
- N: On tietenkin. Tottakai se on meillä varmaan niinkun aina... Vaikkei se nyt jatkuvasti, siitä ei puhuta, mutta ...kuitenkin sillä tavalla, että onhan se aina niinkun taka-alalla. (K1: Joo.) Niin...että monia asioita se jo ratkaisee valmiiksi, ilman että meidän niinkö tarvis ratkasta sitä.
- K1: Mhm. Mitä sinä tarkoitat?
- N: Sillä tavalla, että niinkö että ei voi esimerkiksi... Ei ole semmosta ihan sataprosenttista varmuutta siitä tulevaisuudesta, että onko tämä tilanne nyt jatkuva vai miten on. Että minkälaiset mahdollisuudet on, että Erkki pääsis palaamaan työelämään. Että me niinkun yhdessä oltas, koska minä näen niinkun sen, että...että se ei niinkun pelkästään hyvä ole Erkille itelleen, että hän ei pysty olemaan töissä. (K: Mm.) Koska se on rankkaa. Naiselle se on rankkaa...monelle naiselle, joka on kotona... se on rankkaa ja sitä pitää että sitä työmotivaatiota. Että pitää löytää joku juju siitä hommasta, että siitä saa niinkun semmosen tyydytyksen siitä työstä, mitä tekkee. Niin että ei se ainakaan helpommin käy miehelle. (K1: Mm.) Vaikka niinkö Erkkikin tekee kaikkea, mitä siellä...mitä niinku kotona pitää tehdä. Kaikki kotityöt ja tuollai. Ei siellä työt lopu. Jotenkin siinä on niinkuin... Tai sitten pitäs löytää joku muu...joku harrastus tai semmonen, joka niinku siirtäs pois siitä. (K1: Mm.)
- M: Mie olen päinvastoin siirtänyt nämä harrastukset. Mullahan oli harrastuksia, mutta minä siirsin ne syrjään.
(Tämän jälkeen M alkaa kertoa yksityiskohtaisesti, kuinka hän on ollut mukana erilaisissa toiminnoissa, mutta luopunut niistä.)
- K1: Milloin sinä luovuit niistä (...) ja harrastuksista?
- M: Se tapahtui (...)
- K1: Jo ennenkuin jäit eläkkeelle?

K1 palaa uudelleen keskustelun aihetta koskevaan teemaan kysyen N:n mielipidettä M:n esittämään aiheeseen (pohdintaan työkyvyttömyyseläkkeen jatkamisesta tai siirtymisestä työelämään). K1:n kysymys on dialogisessa yhteydessä M:n aiempaan lausumaan. Vastauksessaan N toteaa M:n esille ottaman ongelman tärkeyden perheen elämässä. Puheenvuorossaan N tarkastelee M:n esittämää ongelmaa omasta näkökulmastaan (N:n ääni) diskurssissa, jossa pelkän kotonaolon arvioidaan olevan sekä naisen että varsinkin miehen kannalta "rankkaa".

K1:n kytkeytyminen molempiin puolisoihin on mahdollistanut keskustelun syntymisen *yhteisestä teemasta*: perheen tulevaisuuden epävarmuudesta, kun ei ole tietoa siitä, jatkuuko isän eläke vai palaako hän työelämään. Tämä ongelma muodostaa hoitokokouskeskustelun pääteeman, jonka puitteissa voidaan käydä dialogia eri alateemoista, joissa ongelmaa lähestytään eri näkökulmista.

Terapeutin tehtävänä tässä vaiheessa on pitää dialogia yllä ja kohdistaa kysymyksillään keskustelua terapeuttisesti siten, että työryhmä voisi saada tietoa ja ymmärrystä perheen elämästä.

5.3.2 Työryhmän sulautuminen perheen merkityssysteemiin

Avohoidon tapauksen toisessa hoitokokouksessa kouluttaja ei ole enää mukana terapiahuoneessa. Työryhmä on muuten sama kuin ensimmäisessä hoitokokouksessa.

(Keskustelu on alkanut M:n kuvauksella perheen joulukiireistä)

(1.2.14-35)

- T1: (...) Että niinkö tosiaan monenlaista ja moneen paikkaan ehtiä. Mutta miten tuota... Miten me nyt käytettäs tämä aika...nyttten tämä vajaa tunti? Miten te haluaisitte, että..?
- M: No tuo eläkeasia. Kuitenkin siellä hakemus on nyt sisällä. Se on joulun edellä tehty. (Lääkäri X) on kirjoittanut sen hakemuksen...lääkärintodistuksen. (T1: Mm.) Ja ne on... Se asia on vireillä nyt.
- T1: Et se tuntuu, että se on niinku...
- M: Se on...se on ainakin niin kauan kuin päätös tulee, että..mikä se päätös sitten.
- N: Niin, no epävarmuus...
- M: Se epävarmuus kestää sinne asti, kun päätös...
- T1: Just joo.
- M: (Huokaa) Että sitä ei... Sitten nyt tässä Salme on vaihtamassa eri alalle työhön. Että siinäkin on semmonen ...(...)
- T2: Kokonaan eri alalle?
(Tämän jälkeen seuraa pitkä keskustelu N:n suunnitelmista työpaikan vaihtamiseksi.)

(1.2.248-269)

(T3 on kysynyt vanhemmilta ovatko he puhuneet lasten kanssa äidin työpaikasta.)

- M: (...) ja (Sirpa) oli semmonen apean näkönen, niin minä kysyin, että no onko kaverien kanssa mennä huonosti. Se sano, että ei. No johtuuko se siitä, että äiti on töissä? Joo, että kun äiti on aina töissä. Että me nukutaan jo, kun äiti tulee ja... Sillä lailla ne tenavat usein.
- N: Tai ainakin sanoa enempi suoraan. Se on ehkä vattakipua ollu tai muuta, mitä silloin ennen. Mutta nyt se niinko alkaa sanomaan. Monesti multakin kysyy, että miksi se sitten sinun pitää aina lähteä sillä lailla...taas mennä ja... Että se on niinku sitä voi olla... Ehkä se on justiin sekin, että on ne kaksi lähtöä päivässä, niin se on liian paljon.
- T1: (L1:lle) Sirpa.
- L1: Mm.
- T1: Mitä sinä ajattelet, jos äiti ois säännöllisesti työssä?
- T2: Ois aina illan kotona.
- L1: Ei tarttis...aina niin myöhään lähtä töihin ja myöhällä tulla, kun olis... (7s.) (T1 nyökyttelee)
- T3: Ja Matilla on ne jääkiekkohommelit sitten aina iltasella?
(Tämän jälkeen käydään edelleen keskustelua äidin työssäkäymisestä ja pojan jääkiekkoharrastuksesta.)

(1.2.411-422)

- T2: Voisko se harrastus olla joku...joku semmonen, mikä esimerkiksi tois sitä...sen mitä päivätyöstä menettää nyt taloudellisesti...että siitä vois taloudellisestikin hyötyä siitä harrastuksesta?
- M: Enpä minä usko. Kyllä tämä...harrastukset tahtoo olla semmosia, että ne viepi paremminkin sitä rahhaa (naurahtaa), että...
- T1: (Puhuu T2:lle) Mutta musta on toi niinko mahtava tuo urheiluhomma sillä tavalla, että kun siinä voi olla nytten Sirpa ja Matti...varmaan... Mulla tulee mieleen, että Laurakin on vähän kiinnostunut, että se niinkö yhdistää kaikkia...

M:n otettua puheeksi N:n suunnitelmat työpaikan vaihtamisesta T2 reagoi M:n aloitteeseen ja keskustelu käynnistyy tästä teemasta. Keskusteluteema on lähtöisin asiakkaiden puheesta, mutta teemaa ei ole vuoropuhelussa sovittu, sillä työryhmä ei tarkenna puolisoilta, haluavatko he keskustella hoitokokouksessa nimenomaan N:n työpaikan vaihtamisesta. T3 suuntaa keskustelua myös toiseen perheen elämän välittömään kokemuspiiriin kuuluvaan asiaan: pojan urheiluharrastukseen. Näihin kahteen teemaan käytetään yli 21 minuuttia hoitokokouskeskustelun alusta.

Hoitokokouskeskustelu on pääasiallisesti *indikatiivista* puhetta (luku 2.4.6). N kertoo yksityiskohtaisesti työasioistaan, niihin liittyvistä kiireistä, uuden työpaikan eduista jne. M kertoo pojan urheiluharrastuksesta ja sen vaikutuksesta perheessä. Keskusteluteema vaihtelee äidin työn ja pojan urheilun välillä. Tällaisessa indikatiivisessa keskustelussa tapahtumien ja havaintojen kuvaileminen on oleellisempaa kuin näiden asioiden merkitysten tarkastelu. Kuitenkin N:n lausumassa, jossa hän pohtii L1:n ilmaisutapaa, on mahdollista havaita symbolista suhdetta lausuman teemaan ("Se on ehkä vattakipua ollu tai muuta, mitä silloin ennen. Mutta nyt se niinko alkaa sanomaan"). N:n lausuma on moniääninen sisältäessään viittauksen L1:n sanoihin ("Monesti multakin kysyy, että miksi se sitten sinun pitää aina lähteä sillä lailla"), omaa tulkintaa ("Ehkä se on justin sekin, että on ne kaksi lähtöä päivässä, niin se on liian paljon") ja mahdollisesti edellisessä hoitokokouksessa käydyin keskustelun (ks. luku 5.5.3) *psykologista ääntä* (K1:n ja muun työryhmän käymä pohdiskelu perheen tavasta ilmaista tunteitaan turvautumalla oireiden kieleen). Työryhmä ei kuitenkaan nyt reagoi N:n lausuman psykologiseen ääneen vaan pitää yllä indikatiivisella kieli-alueella tapahtuvaa keskustelua.

Työryhmä toimii perheen kieli-alueella, jossa tarkasteltavana ovat konkreettiset käytännön asiat (erityisesti äidin työpaikka ja pojan urheiluharrastus). Työryhmän ja perheen dialogissa perheen elämän todellisuus rakentuu tässä vaiheessa perheen indikatiivisessa merkityssystemissä. Kytkeydyttyään perheen kieli-alueelle työryhmä näyttää joutuneen sen vangiksi. Työryhmän jäsenet osallistuvat keskusteluun *perheen merkityssystemin sisällä*, perheen diskurssissa, jolloin he eivät kykene tuomaan keskusteluun riittävästi erilaisuutta, vaan keskustelu jatkuu perheelle tuttuun teemojen ja merkitysten toistamisesta. Terapeuttisesta systeemistä on muodostunut keskustelukerho, jonka vuorovaikutus on vanhaa toistavaa ja samansuuntaista. Myöhemmin seurantaryhmä kuvaakin keskustelun sävyä leppoiseksi "rupatteluksi" (ks. luku 5.6.7).

5.3.3 Työryhmän ja perheen merkityssystemien erillisyydet

Sairaalahoidon tapauksessa ensimmäinen hoitokokous alkaa kättelyllä, jonka jälkeen T1 kertoo hoitokokouksen kontekstista ja kaikki mukanaolijat vielä esittäytyvät.

(2.1.39-60)

- T1: (...) No niin. Voitasko me pohtia sitä, että mitenkä on tähän tilanteeseen tultu? Että ollaan keskustelemassa asioista.
- Ä: Niin, sairastuminenhan Pentillä tapahtui yli kahdeksan vuotta sitten (...) Että siitä on niin kauan. Se on ollut sitä kotona-sairaala-kotona-sairaala... Nyt on viimeksi ollut vähän yli kaksi vuotta kotona.

- P: Puolitoista vuotta...jotain vuosi kuusi kuukautta olin kotona. Nyt sitten lähin ensimmäistä kertaa vapaaehtoisesti sairaalaan. Muuten on ollut pakkolähetteellä.
- T1: (...) No tuota niin... Miksi sinä lähit sairaalaan?
- P: No mää... Me siitä keskusteltiin tässä ko oltiin... Niin mää...tuota...mulla pelkoja oli.
- Ä: Ei me huomattu lauantaina mitään erikoista. Pentti kävi saunassa isän kanssa ja...jäi kattoon omaan huoneeseen televisiota. Mentiin nukkumaan, ja sitten hän tuli puol kakstoista ja sanoi, että isä lähde viemään häntä sairaalaan. Ettei hän sanonut sen kummempaa. Ihan rauhallisesti...

T1 aloittaa keskustelun ehdottamalla pohdintaa siitä, "miten on tähän tilanteeseen tultu". Äiti vastaa T1:lle lausumalla, joka kääntää keskustelun teeman P:n sairaushistoriaan ("sairastuminenhan Pentillä tapahtui yli kahdeksan vuotta sitten"). Äiti kytkeytyy keskusteluun *sairausdiskurssin* tasolla.

Alkudialogin perusteella äidillä on dominanssi informaation välittämisessä perhesysteemin ulkopuolelle, ja P:n ääni tulee esille P:n korjatessa äidin hänestä antamaa tietoa. Äidin lausumissa ilmenee merkityssysteemi, jossa P:ta tarkastellaan potilaana, jonka elämään kuuluvat toistuvat mielisairaalahoidot. P:n ei ole tarvinnut sanoa "sen kummempaa", kun isä kokemuksensa perusteella on tiennyt, kuinka on toimittava.

T1:n kysyessä P:ltä itseltään, miksi hän lähti sairaalaan, P vastaa lausumalla, johon sisältyy sekä vuorovaikutuksellista että semanttista tietoa ("Me siitä keskusteltiin tässä ko oltiin" ja "mulla pelkoja oli").

(2.1.61-142)

- T2: Kenen kanssa sie keskustelit?
- P: Missä?
- T2: Sinä sanoit äsken...
- Ä: Niin me keskusteltiin tässä näin.
- I: Tässä keskusteltiin.
- Ä: Isä kysyi, että...
- I: Ei kun mulle tuli se vaan mieleen siinä...siinä tilanteessa. Minä olin nukkumassa jo...ja minä heräsin siinä ja...sitten niin tuota... Meillä ei ollut... Pentti toimi niinku noin suht normaalisti. Ettei ollut mitään...mutta oli vähän niinkun kireen olonen ja...tämmönen hermostunut pikkusen ja...ja tuota... Minä ajattelin, ettei se nyt kovin vakavaa voi olla ja...ja tuota... Vein hänet sitten ensin poliklinikalle. Kun en tiennyt sitä, että mihin viedään. Ja poliklinikalla ne sitten neuvoi tähän kaupunginsairaalaan...sairaalaan tuota vastaanotolle...johon me sitten menttiin. Siellä oli lääkäri ja sairaanhoitaja vastaanottamassa.
- T2: Anteeksi, että minä vielä tarkentasin tätä. Kun sinä sanoit, että te keskustelitte... (Osoittaa äitiä sormella.)
- Ä: Niin tässä äsken.
- T2: Siis tässä ennenkuin me tulimme paikalle?
- Ä: Niin. Isä kysyi, että miltä sinusta oikein tuntuu. (Äiti viittaa kädellään ensin isään ja sitten P:hen.)
- I: Niin, että mikä siinä sitten on se tunne...tunne.
- Ä: Niin Pena sanoi, että häntä pelottaa.
- I: Pelkotilat.
- T2: Joo. Te keskustelitte nyt?
- Ä: Niin.
- T2: Keskustelitteko te silloin myös?
- I: J oo. Kyllä hän silloinkin tuli. Että isä on semmonen tunne, että jotakin on olemassa.

- T2: Muuttuiko se teidän käsityksenne jotenkin...siitä, että mitä silloin tapahtui...nyt kun te keskustelitte?
- I: Ei.
- Ä: Ei.
- I: Ei...kyllä se ihan samalla tavalla. Se vaan siinä oli esillä, kun...minä vein hänet sinne lääkäriin...lääkäriin tuota...juttusille, niin... Siinä se lääkäri...lääkäri oli siinä mukana siinä keskustelussa, ja hän kyseli Pentiltä muutamia asioita...asioita siinä. Niitä tunnetiloihin liittyviä ja tämmösiä ja...
- T2: Keskustelitteko te silloin...kun lääkäri oli läsnä?
- I: Joo. Lääkäri...
- T2: Ahaa. Ja poikkesiko tämä keskustelu nyt jotenkin tässä, kun tässä ei ollut ketään henkilökuntaa mukana siitä keskustelusta?
- I: Ei...ei...ei mitään semmosta.
- T2: No tuota... Miten te oikein keskustelette? Voisitteko te...kertoa vähän siitä?
- I: Minä kyselin Pentiltä äsken, että miltä... Että mikä oli se tunne...tunnetila, että...tuota... Pystyykö hän selvittämään, että mikä tunnetila siinä oli...silloin kun hän...hän rupes tänne...pyrkiin tänne hoitoon? (T2: Joo.) Ja hän selvitti sen...sen...sillä tavalla...aivan noin ymmärrettävästi, että ei hällä muita oo...muuta kuin pelkotila...olemassa.
- T2: Mm. Ymmärsitkö sie...(viittaa veljeen)...minkälainen se...
- I: Niin tämä? (viittaa V:hen)
- T2: ...P:n pelko on?
- V: Niin mitä?
- T2: Ymmärsitkö sie sen pelkotilan?
- V: Mää en oo nüinko kotona asunut oikeastaan pitkään aikaan.
- T2: Minä ajattelin sitä, että tämän keskustelun perusteella, kun te nyt tässä...
- V: Kyllä mä...sen sillai ymmärsin tietenkin, että... Mitä on joutunut seuraamaan Penttiä ja muutenkin. Että kyllä sillä nüinko pelkotiloja aivan selvästi on...olemassa... ja nüinko jännitys...nüinko semmosista arkipäivän asioista.
- T2: Mhm. Ootteko te aikaisemmin... Ootko sie ollut mukana semmosessa...keskustelussa, jossa on puhuttu näistä Pentin pelkotiloista? Oliko se ihan ensimmäinen kerta, kun sie olit?
- V: (Nyökyttelee) Joo...joo.
- Ä: Paavo käy hyvin paljon kotona noin viikottain. Niin hän on Pentin kanssa paljon kotona tekemisissä.
(Tämän jälkeen T1 ja T2 keräävät tietoja perheenjäsenistä. Pääasiallisesti äiti kertoo perheen lapsista.)

T2 kiinnostuu P:n lausuman vuorovaikutuksellisesta tiedosta ("Me siitä keskusteltiin tässä ko oltiin"), joka liittyy keskusteluun siitä, kun "mulla pelkoja oli". Ilmenee, että perheen istuessa odottamassa hoitokokouksen alkua isä oli kysellyt P:ltä, että "mikä tunnetila siinä oli", kun P oli pyrkimässä hoitoon. Vastaava keskustelu oli käyty lähettävän lääkärin ja P:n välillä. Isä sanoo lääkärin kyselleen P:ltä "tunnetiloihin" liittyviä asioita. Isän puheessa "tunnetiloista" mahdollisesti on kuultavissa nimenomaan lääkärin puheen psykologinen ääni.

T2 yrittää käynnistää keskustelua keskusteluista. Tämä edellyttäisi merkitysten irrottamista välittömästi tilanneyhteydestään. Perheen kieli on kuitenkin tässä vaiheessa tilannekohtaisiin konteksteihin sidottua indikatiivista puhetta. Esimerkiksi kysymykseen siitä, kuinka he keskustelevat, isä vastaa kertomalla, mitä he olivat puhuneet hoitokokousta edeltäneessä keskustelutilanteessa. Perheen kielen sairausdiskurssi (P:n kuvaaminen potilaana) ja T2:n pyrkimys vuorovaikutukselliseen diskurssiin ("Miten te oikein keskustelette?") eivät kytkeydy keskenään, vaikka T2:n lausumassa ne osittain yhdistyvätkin ("Ootko sie ollut mukana semmoses-

sa...keskustelussa, jossa on puhuttu näistä Pentin pelkotiloista?"). Työryhmä siirtyy harkkimaan tietoja perheenjäsenistä.

5.3.4 Työryhmän semanttinen dominanssi kytkeytymisessä

Myös kriisihoidon tapauksen vastaanottokokouksessa perheen ja työryhmän kytkeytyminen tapahtuu merkityssysteemeiltään toisistaan eroavissa diskursseissa:

(3.1.33-56)

- T1: Pitäs varmaan ensiksi pohtia, että miten te ootta tulleet tänne. Se tieto minulla on, että sieltä mielenterveystoimistosta on oltu yhteydessä poliklinikalle ja ... On tuota ollut semmoinen sairaalaantuloarviointi. Minä uskon...tai minä olen saanut sen kuvan... Varmaan tässä keskustelun aikana mietitään, että mitä muita mahdollisuuksia on.
- Ä: (Hiljaisella äänellä) Niin tuota... Anssillahan on ollut aivan semmosia paniikinomaisia juttuja. Se on ollut hirveän raskasta tämä kaikki. Kun näkee, että sillä on hätä ja ahdistunut tollai. Sitä olen miettinyt, että pitäskö sen päästä johonkin...johonkin sisälle vai...vai mitä sen kanssa?
- T1: Millä lailla... Minä vielä, että me ei tietä niinkö teidän historiaa. Miten te asutte ja ketä teillä on kotona?
- T2: Ketä teidän perheeseen kuuluu? Onko Anssi ainoa poika, vai onko teillä muita lapsia?
- I: Pojista on ainoa. Kaksi tyttöä.
- T2: Minkäs ikäisiä tyttöjä?
- I: Tytöt on yli kahenkymmenen molemmat. Toinen on poissa kotoa, mutta toinen vielä aina silloin tällön käypi kuitenkin. Taikka niinkö pitää kotia pesäpaikkana, mutta on paljon poissa.

Jo T1:n alkupuheenvuorossa on kuultavissa poliklinikan kriisityöntekijän ääni T1:n ottaessa heti kantaa sairaalaantuloon: "Varmaan tässä keskustelun aikana mietitään, että mitä muita mahdollisuuksia on".

T1:n ensimmäiseen lausumaan sisältyy myös aloite puhumiseksi siitä, miten perhe on tullut tähän tilanteeseen. Äiti vastaa kertoen perheen huolenaiheen: "Anssillahan on ollut aivan semmosia paniikinomaisia juttuja". Hän kytkeytyy T1:n aloittamaan keskusteluun diskurssissa, jota luonnehtii hätä ja epä tietoisuus P:n oireista ("pitäskö sen päästä johonkin...johonkin sisälle vai...vai mitä sen kanssa?").

Työryhmä ei jatka dialogia äidin aloittaman teeman pohjalta. T1 ja T2 toimivat dominoivasti ja monologisesti siinä mielessä, että he eivät vastaa äidin lausumaan, jossa hän puhuu poikansa paniikista ja pohtii, mitä P:lle pitäisi tehdä. *T1 ja T2 pyrkivät laajentamaan keskustelun aluetta äidin oirekeskeisestä teemasta perhekeskeiseen suuntaan.* Työryhmän ja perheen kielellinen kytkeytyminen näyttää tapahtuvan vuorovaikutuksessa, jossa terapeutit määräävät dialogin teeman (työryhmän semanttinen dominanssi).

Keskustelun alussa terapeutit ovat tilanteessa, jossa he eivät tiedä perheen asioista vielä mitään. Työryhmä synnyttää dialogia perhekeskeisen lähtökohtansa mukaisesti alkaen kysellä, ketä perheeseen kuuluu. Perheellä on tiedollinen dominanssi, mutta työryhmä on ottanut hoitokokouksen vuorovaikutuksellisesti ja semanttisesti hallintaansa.

5.3.5 Kytkeytyminen avohoidon työntekijään ja ongelman luoman systeemin tarkastelu

Kriisihoidon tapauksessa vastaanottokokouksessa on mukana myös mielenterveyskeskuksen työntekijä (M1). Työryhmä ei ole keskustelun alussa huomioinut häntä, ja M1 on istunut koko ajan kädet puuskassa rinnalla.

(3.1.234-295)

T2: (M1:lle) Sulla oli Marita jottain. Minä vähän tässä.. Sinä aiot jotain kysyä, mutta me päälle...

M1: Anneli.

T2: Anneli.

M1: (Edelleen kädet puuskassa) Minä varmaan unohdin sen kysymyksen jo, mut tuota... Tässä oli paljon samanlaisia asioita, kun mitä on mtt:ssä juteltu. Että Anssi on senkin takia vähän kyllästynyt, että...ehkä pikkasen saman toistoa.

T2: Jaa.

T3: Tietenkin kun eri ihmiset on kyselemässä.

M1: Joo.

T2: (Työryhmälle) Mutta olisko sitten nyt hyvä niinko pohtia sitä, että mistä he on yrittäneet niinko aikasemmin saada apua, vai mitä..?

T1: Tai miksi juuri on täällä.

T2: Niin.

T1: Niin. Että mikä juuri on saanut, että Lahtisen perhe on tullut tänne, että... Se tieto, mikä minulla oli niinko mtt...mielenterveystoimistosta...että Lahtisen perhe on ollut hyvin monessa paikassa niinko hoidossa...tai ha-jottautunut. On mielenterveystoimistoa ollut...ja tuota siellä on ollut paljon eri työntekijöitä.

T2: Kertooohan se sitäkin, että on niinko suuri hätä. Kun haetaan apua joka puolelta.

T1: Semmonen hajanaisuus...ja sitten tässä... Meillä oli tieto, että Mikkosen Marita tulee. (T2: Niin.) Ei ollutkaan Mikkosen Marita kun Ahosen Anneli.

T2: Ai jaa.

T1: Että tuota... Että se jotenkin kuvaa... Että kuka tässä nyt on tekemisissä...tai tavallaan hoitavana työryhmänä Lahtisen perheelle?

T2: Millon niinko ens kerran on haettu Anssin tilanteeseen apua sitten? Millon tuota niinko ens kerran on käyty? Ja kuka on käynyt?

Ä: Nyt...tämän aikana?

T2: Tämän nykyisen ongelman tiimoilta. Kuka on ens kerran ottanut...alkanut olemaan niin paljon huolissaan, että hakee apua siihen? Oliko se semmonen paniikitunnelma vai mi..?

Ä: Joo.

T2: Paniikitunnelma?

Ä: Mehän ollaan Anssin kanssa men...siis aivan...ko on niin hätä. Ei voi ottaa niitä aikojakaan.

M1: (Puhuu katsoen perhettä. Kädet yhä puuskassa.) Joo. Se kävi niin, että te tulitte päivystyskäynnille silloin joskus pari viikkoa sitten. Siinä oli minun lisäksi toinen työntekijä sitten, joka otti teidät ja...(Ä: Mm.) ja sitten kai teillä oli hoitokokous sen jälkeen. Me vietiin teidät vähän isompaan ryhmään...ko näytti, että näitä vaikeuksia on aika tavalla, niin... Sitten päätettiin jatkosta sillä tavalla, että siinä on semmonen hoitoryhmä. Ja sitten sovittiin sillä tavalla, että...että Anssin äiti rupeais käymään sairaanhoitajalla...ja sitten Anssi ...etsii itselleen miesterapeuttia. Sitä ei heti kylläkään löytynyt. Ja sitten...teille kai sovittiin joku aikakin Teija Tuppuraisen kanssa, mutta... Mutta sitten... Taikka te tulitte niinko aikasemmin jo. Ja tuota... Sitten oli taas eri henkilöt päivystyksessä. Että tää on yksi syy, että tää on aika tavalla levinyt tämä asia.

Työryhmä on laiminlyönyt kielellisen kytkeytymisen M1:een, joka on vastaanottokoukussa mielenterveyskeskuksen edustajana. *Työryhmä ei ole huomionnut M1:tä ottamalla puheeksi hänen osuuttaan perheen hoitosysteemissä.* M1 istuu sohvilla jäykässä asennossa ja kädet ristissä rinnalla. Hänen ruumiin kielensä välittää vaikutelman defensiivisestä asenteesta tilanteeseen. M1:n asemaa hoitokokouksessa kuvaa hyvin se, että T2 puhuttelee häntä toiseksi henkilöksi.

M1:n ulkopuolisuus ja kytkeytymättömyys hoitokokouksen dialogiseen prosessiin tulee esille kritiikkinä keskustelua kohtaan, kun työryhmä lopulta huomioi hänet. M1 sanoo keskustelun olleen toistoa mielenterveystoimistossa puhutusta. Mahdollisesti M1 myös projisioi oman tunteensa P:hen sanoessaan P:n olevan kyllästynyt, koska keskustelu on entisen toistoa. Toisin sanoen M1:n lausuman ilmaisu P:n kyllästymisestä edustaisikin M1:n omaa ääntä eikä P:n ääntä.

T1 määrittelee perheen ja hoitojärjestelmän kytkeytymisessä muodostuvan rajajärjestelmän rakentumisen vaikeuden kuvaavan perheen hoidon hajanaisuutta. T2 sanoo avun hakemisen eri tahoilta ilmentävän perheen hätää. T1:n ja T2:n äänet kytkeytyvät keskinäisessä reflektioivassa keskustelussa yhteiseksi diskurssiksi, jossa korostuu ongelman luoman systeemin (Anderson & Goolishian, 1988) tarkastelu: "Millon niinko ens kerran on haettu Anssin tilanteeseen apua sitten? (...) Tämän nykyisen ongelman tiimoilta. Kuka on ens kerran ottanut...alkanut olemaan niin paljon huolissaan, että hakee apua siihen?". Työryhmän kielellinen kytkeytyminen ongelmaan tapahtuu T2:n viitatessa lausumassaan äidin ensimmäisen lausuman ilmaukseen, että P:llä on ollut "pariikinomaisia juttuja", ja kysyessä oliko perheellä "semmonen paniikkitunnelma" lähdetessä hakemaan apua. M1:n ääni voi tässä vaiheessa päästä esille, kun M1 alkaa kertoa mielenterveystoimiston osuudesta perheen hoidossa. M1:n kertomuksesta ilmenee, että hyvin monet työntekijät ovat tulleet osaksi ongelman luomaa systeemiä. Mielenterveystoimistossa P:n asia on siirtynyt työntekijältä ja työryhmältä toiselle, jolloin ongelman määrittelyyn osallistuneiden henkilöiden määrä on kasvanut, mutta heillä ei ole ollut mahdollisuutta jakaa huoltansa ja pohtia tilannetta yhteisessä hoitokokouksessa.

5.3.6 Työryhmän jäsenen tunnekokemus kytkeytymistä määräävänä tekijänä

Sairaalahoidon tapauksen toisessa hoitokokouksessa T3 (potilaan omahoitaja osasto-hoitajaksolla) kytkeytyy keskusteluun kertomalla niistä tunteista, joita P:n näkeminen ja katsominen keskustelun aikana on hänessä herättänyt:

(2.2.254-260)

T3: No mulla... Minä olen niin kauheen tyytyväinen tästä... Kun minä näen ja katon Penttiä noin niinko sillai, että tuntuu niin...tuntuu jotenkin niin kauheen tasapainoiselta ja... Muutenkin koko tämä tilanne tuntuu niin kauheen hyvältä, että tässä on vähän niinkun... En oikein tiedä, että pitäskö aukasta suutansa ja sanoa jotakin. (...)

(2.2.321-349)

- T3: Mulle tulee mieleen, että Pentti ja Eila on jotenkin semmosia... Kun minä en oo sinua nähnyt...ennen tuntenut. Teissä on kauheen paljon samanlaista. Te hymyilette ja nauratte ja...ootte iloisia. (P:n sisko ja äiti nauravat) Penttiä oon oppinut vasta tuntemaan...aika läheisestikin silloin justiin sairaalaolon aikaan. Tuntuu niin mahtavalta se, että...on tuota niin sukulaisia, jotka on lähellä. Jotenkin niin samanlaisia.
- S: Mm.
- T1: Vai ootteko te samanlaisia? Vai onko se vain Vesan (T3) mielikuva?
- T3: Niin...minun mielikuva tulee semmonen, että...että joskus...joskus...
- I: Kyllä se...
- T3: sairaalassaoloaikana tuli se, että Pentti on kauheen yksinäinen...ja semmonen... Se mua niinkö sillä lailla huolestutti. Minä en tiennyt sillä lailla... Ihan alussa en tiennyt perheestä...niinku mitään. (Ä: Niin joo.) Tuli semmonen kauhee yksinäisyys ja semmonen... Mullekin tuli tarve tukea Penttiä oikein erityisesti...ja semmonen...
- Ä: Niin varmastihan se oli sillai yksin siinä sairautessaan. (T3: Mm.) Tuota ainahan me on oltu niinku... Ainakin mulla on semmonen tunne, että lapset haluaa olla niinku yhdessä...silloin kun näkee toisiaan.
- I: Kyllä siinä tuota...eroja...eroja löytyy.
- Ä: Tietenkin niitä perheessä löytyy.
- I: Niin. Eila on tämmönen...ulospäinsuuntautuva. (S nauraa.)...enempi kuin Pentti. Se on... Lähempänä Eilaa olis Jaakko, joka on tämmönen...tämmönen ulospäinsuuntautuva.

T3:n tavasta kytkeytyä keskusteluun ja olla dialogissa perheenjäsenten kanssa voidaan tehdä joitakin häntä itseään koskevia päätelmiä. T3:n ensimmäinen lausuma perustuu hänen tilanteen visuaalisen ja ei-verbaalisen hahmottamisen pohjalta luomaansa emotionaaliseen vaikutelmaan eikä niinkään siihen, mitä on puhuttu. T3:n käyttämät ilmaukset "olen niin kauheen tyytyväinen", "tuntuu jotenkin niin kauheen tasapainoiselta" ja "tuntuu niin kauheen hyvältä" ovat syntyneet T3:n merkityssysteemissä ja viittaavat T3:n tunnetiloihin.

T3:n havainnot ovat tunnepitoisia luonnehdintoja, jotka mahdollisesti kertovat enemmän T3:sta kuin perheestä. T3:n sanoessa perheelle P:ssä ja S:ssä (sisko) olevan "kauheen paljon samanlaista" T1 kommentoi kysymällä ovatko he samanlaisia vai onko se vain T3:n mielikuva. T3:n kytkeytyminen keskusteluun ja hoitoprosessiin on tapahtunut hänen psyykkisen rakenteensa mukaisella tavalla. T3 toteaa itse P:n osastohoidon aikana tulleen "semmonen kauhee yksinäisyys" ja "tarve tukea (P:tä) oikein erityisesti".

T3:n mielikuvilla on täysi oikeutus tulla osaksi hoitokokouksen moniäänisyyttä ja dialogista prosessia. Koska ne perustuvat T3:n subjektiivisiin tunnekokemuksiin, terapeutin ammattitaito edellyttää, ettei niitä esitetä perheelle objektiivisina toetuksina. Työryhmän keskinäisessä reflektoinnissa ne voisivat muodostua mielenkiintoisiksi ääniksi moniäänisessä keskustelussa ja muut työryhmän jäsenet voisivat vastata niihin omasta näkökulmastaan. T3 puhuu kuitenkin suoraan perheelle. Perheenjäsenet menettävät näin mahdollisuuden kuunnella työryhmän keskustelua ja käydä samalla omaa sisäistä reflektiotaan.

5.4 Työryhmän toiminta dialogisuuden luomisessa

5.4.1 Dialogin synnyttäminen perheen kielialueella

Avohoidon tapauksen seitsemännessä hoitokokouksessa työryhmän jäsenet kytkeytyvät perheeseen samalla kielialueella, missä perhe on tottunut hoitokokouskeskusteluissa liikkumaan. Työryhmä avaa keskustelun puhumalla kiireistään. Kiire on ollut asiakasperheen kielessä yksi yleisimmistä keskusteluteemoista. Nyt työryhmä ikäänkuin omistaa itselleen kiirediskurssin:

(1.7.1-58)

- T1: (Istuu paikalleen) Meillä on ollut niin *kiireinen ja hässäkkä aamupäivä*, että aivan mahoton.
- T3: Sen takia ollaan tässä nyt vähän myöhässä sitten.
(6s.)
- M: Joo, kyllä tässä *on ollut kiireitä meillä jo monta viikkoa*.
(14s.)
- T3: Mitä ne kiireet...aiheuttavat sulle? (...) Minkälaisia *tunnelmia*?
- M: No, aika *kireä on ollut tunnelma*. Liian paljon tulee tuota noita harrastuksia...ja menoja. Että alkaa olemaan (Naurahtaa) joka illalle joku meno. sitä on liian paljon sillon. Sitten...vie niin kireäksi sitten koko perheen olotilan, kun jokkaisella on jonnekin meno. Saattaa olla, että kolme neljä on ehkä yhelle illalle, jos vain tuota niin pystys porukan hajottamaan sillailla.
- T3: *Kellä se tunnelma on kirein?*
- M: No kyllä se *mulla* tietenkin on ollut aika lailla...*kireää*.
- T3: *Miten se Salme näkyy se...että Erkin tunnelma on kireä?*
- N: No tuota niin... Ei me niinko loppujen lopuksi sillai ...oikeastaan voi sanoa, että pinnaa on juuri minkään vertaa. Että siitä sen huomaa. Äkkiä on mitta täynnä. Oikeastaan äkimpää kuin se kerkiää varmasti täytyäkään. Tavallaan että se ei ole niinko...justiin että niinko... Sitten kun hermostuu ja *raivostuu* jostakin, niin ei se välttämättä se tilanne ole ollut ollenkaan semmonen joka ...niinko aiheuttaa sen. Se voi olla niin pienestä asiasta.
- S1: Mitä tuota niin *Erkki tekee, kun Erkki raivostuu?*
- M: No kyllä minulle on nyt muutaman päivän huomautettu siitä...
- N: Joo...nyt sulla on...sitä kun kaikki niinku tavallaan kärsii siitä. Lapsetkin kärsii sillai, että nekään ei tykkää siitä. Kun ne huomaa sen, että se on niinko täysin tehotonta, jos *joka toinen sana on saatanan perkele* tai jotakin muuta, että...että heti paikalla niinku niinku että... Kun tulee joku semmonen asia, joka ei ole niinku mennyt hyvin... Niin se on niinku ilmeisesti ensimmäinen, joka niinku tulee ennen ennenkuin niinku Erkki ajattelee ollenkaan nii... Heti paikalla tulee sitten *kiroaminen*.
- S1: Erkki, *kenelle sinä olet eniten kiroillut* tai ollut vihainen nyt viime viikkoina?
- M: Enköhän minä ole ollut tasaisesti jokkaiselle. Minä käsittäisin, että minä olen tasaisesti tietenkin vihannut jokkaista ja ollut jokkaiselle vihainen, mutta... Se että kelle se kohistuu, niin sitä minun on... Ehkä se...*ehkä Mattiin on...ja Lauraan on* tietenkin enämpi kohistunut.
- N: Lauraan.
- M: Lauraan tie...Lauraan...kohistunut enämpi.
- N: Koska Lau...sie Lauralta olet odottanut paljon. Oikeastaan minusta tuntuu... Sinä paljon enemmän ootat Lauralta kuin Matilta.

(1.7.80-88)

T3: Mitä se Laura sitten tekkee, kun sinä kiroilet?

M: Tuputtaa vastaan...koko ajan. Se on koko ajan...

L1: Väittää vastaan.

M: Niin. Väittää vastaan koko ajan.

N: Niin. Vie ruokalautasen ja Aku Ankan mennessään ja menee sinne. Sitä juuri minä vihaan, että ruokapöydässä luetaan jotakin saakelin...Reginaa ja mitä...(...)

T1:n ensimmäinen lausuma hoitokokouksessa on käynnistänyt dialogisen prosessin, jossa keskustelun yleisenä teemana on kiire. Vuoropuhelu etenee *dialogisesti* siten, että puheenvuorot kytkeytyvät toinen toisiinsa kunkin lausuman rakentuessa sitä edeltävän lausuman pohjalle ja samalla edellyttäen puhekumppanien välitöntä vastausta. Puhujat toistavat lausumassaan edellisen puhujan käyttämiä ilmauksia. Lausumissa on läsnä molempien puhekumppanien ääni: Esimerkiksi M:n annettua T1:lle palautetta, että perheellä "on ollut kiireitä jo monta viikkoa" T3 tekee aloitteen kiireen vaikutusten pohtimiseksi kysymällä M:ltä "minkälaisia tunnelmia" kiireet aiheuttavat hänelle. M vastaa lausumalla, johon sisältyy toteamus, että "aika kireä on ollut tunnelma". T3 reagoi M:n ilmaukseen tunnelman kireydestä kysymällä, että "kellä se tunnelma on kirein?", johon M vastaa toteamalla hänellä itsellään olleen "aika lailla ...kireää". Tällä tavalla dialogi on koko ajan kaksiaäänistä eli lausumiin sisältyy myös sen puhujan ääni, jonka lausumaan se on vastaus. Vuorovaikutuksellinen dominanssi (ks. luku 2.4.3) on kuitenkin työryhmällä, eli keskustelu on *dialogista haastattelua*: työryhmän jäsenet tekevät kysymyksiä, jotka pohjautuvat perheenjäsenten vastauksiin.

Työryhmän jäsenet suuntaavat keskustelua terapeuttisesti *sirkulaaristen kysymysten* (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin & Prata, 1980; Tomm, 1988) avulla, jolloin keskustelun tema laajenee henkilökohtaisista kiireen tuntemuksista systeemisesti käsittämään kiireen vaikutukset perheenjäsenten keskinäisissä suhteissa. Työryhmä selvittää sirkulaarisilla kysymyksillä perhesysteemin vuorovaikutuskehän. Työryhmä saa selville, että kiireet aiheuttavat kireyttä eniten M:lle, mikä ilmenee kiroilemisena. M on kiroillut eniten perheen vanhimmalle tyttärelle, joka vastaa M:n kiroiluun väittämällä vastaan ja menemällä ovet paukkuen omaan huoneeseensa. Isä tulee vielä vihaisemmaksi tyttärensä reaktioista isän aggressiivisiin viesteihin.

5.4.2 Dialogin synnyttäminen perheen monologisessa diskurssissa

Sairaalahoidon tapauksessa vanhempien osallistumisessa keskusteluun ilmenee toistuvasti *monologinen suhde* toisten perheenjäsenten kielelliseen autonomiaan (P=potilas, V=Paavo-veli):

(2.1.167-171)

T2: Mitäs Paavo tekee?

Ä: Paavo on töissä kirjapainossa.

V: Kirjapainossa.

T2: Mitä hän tekee siellä?

V: Latoja.

I: Latoja.

V:n ammattia koskevasta lyhyestä dialogista ilmenee, että asiakasperheen kommunikaatiolle näyttää olevan ominaista, että vanhemmat pyrkivät vastaamaan lastensa puolesta. Perheen ja terapeutin keskinäisessä vuoropuhelussa tämä vaikuttaa siten, että terapeutti kohdistaa V:n työtehtäviä koskevan kysymyksen äidille.

(2.1.185-232)

- T1: Käyttäkö te yleensä paljon näiden lastenne tykönä ja ..?
 Ä: Kyllä...joo. (...) Meidän lapset pittää hirveän paljon yhteyttä toisiinsa...sisarukset.
 T1: Mites Pentti...käytkö sinä?
 Ä: Pentti ei ole uskaltanut käydä edes ulkona.
 I: Minun kanssani semmosta kirkon lenkkiä tekee...kolmen kilometrin. Kirkon ympäri...ja takaisin. Kerran pari kuussa.
 T1: Mikset sinä Pentti uskalla?
 P: En minä uskalla näyttäytyä siellä ulkona.
 T1: Mikset?
 P: En minä tiä.
 T1: Onko sulle tapahtunut joskus jotakin?
 P: On tapahtunut. Minä oon kato... Kun se psykoosi yllättää tuota...kesken tuota ulkoilulenkin. Niin silloinkin tapahtui, että minä pyörällä ajoin semmoseen kiviröykkiöön ja...menin semmoseen paska-altaaseen tipahdin ja...
 Ä: Edellisellä kerralla, kun joutui sairaalaan.
 P: Pelkään sitä sekavuustilaa (Näyttää kädellään.), että se yllättää kesken kävelemisen.
 T1: Joo.
 T2: Kuinkas siinä sitten kävi, kun sinä putosit paska-altaaseen?
 Ä: Sinne se pyörä jäi ja...mies kömpi.
 P: Silmälasit...silmälasit jäi kans sinne.
 T2: Jaa. No, entäs sitten?
 P: He heh.
 Ä: Sitten vietiin mielisairaalaan.
 P: Joo sitten.
 T2: Kuka vei?
 Ä: Isä ja...vävy oli.
 T2: Meniks sä ite kotia vai?
 Äiti: Joo.
 I: Ei kun tuota... Me veimme hänet sinne...mielisairaalaan.
 T2: Joo mut minä ajattelin vain sitä, että kun hän on noussut siitä altaasta...niin mitä sen jälkeen tapahtui?
 I: (Isä vastaa T2:n kysymykseen hyvin seikkaperäisellä kuvauksella P:n mielisairaalaan viemiseen johtaneesta tapahtumasarjasta. Isän alkaessa puhua P on painautunut kumaraan.)...() Ja hän hyppäs pyörän selkään ja lähti ajamaan...ajamaan tuota...katua eteenpäin noin... (T2 nostaa sormensa.) Niin?
 T2: Voisko tuota...Pentti kertoa siitä?
 P: (Nostaa päänsä.) Ja sitten minä tuota ajoin sitä pyörällä lujasti suoraan. Aidassa oli rako. Niin minä sen... siitä raon läpi ajoin suoraan sinne kiviröykkiöön ja...
 Ä: Se meni tänne. (Näyttää kädellään.) Meidän pihaan käännytään tuota... Aita on näin. Niin...no isä voi piirtää sen tuonne. (Isä on noussut tuoliltaan ja menee huoneessa olevan ns. fläppitaulun luo piirtämään.)
 I: (Isä jatkaa kertomustaan havainnollistaen sitä piirtämällä.)...() Hän törmäs tuossa...tuossa tuota...kiveen ja pyörä lähti... Se meni rikki pyörä siinä samalla. Lensi ja se meni pää edellä tähän, jossa on syvyyttä noin kahesta puolesta kolmeen metriin. (...)

Hoitokokouksessa on kehittynyt dialoginen prosessi, jonka kuluessa P ottaa itse esille psyykkiset vaikeutensa. Hän vastaa T1:n kysymykseen sisarusten luona käymisestä sanomalla, ettei "ole uskaltanut käydä missään". Teema käynnistää dialogin,

johon osallistuvat P, äiti, isä sekä T1 ja T2. Vanhempien ääni keskustelussa on P:n avuttomuutta alleviivaava suhtautuminen, mikä ilmenee myös heidän vastaamisessaan P:n puolesta terapeutin kysymyksiin. T1 ylläpitää teemaa alkaen esittää P:lle kysymyksiä hänen ulkoilupelostaan. T1:n kysyessä miksi P ei uskalla käydä ulkona, P vastaa, ettei hän tiedä. Dialogi voisi päättyä tähän, ellei T1 vastaisi Pentin lausumaan uudella kysymyksellä: "Onko sulle tapahtunut joskus jotakin?" T1:n tulkinnassa P:n käyttäytyminen saa merkityksen, joka *vaatii vastausta ja dialogin jatkamista*. Dialoginen prosessi jatkuu P:n vastatessa T1:n kysymykseen ja kertoessa mielisairaalarieissuun johtaneesta pyöräseikkailustaan, kun psykoosi pääsi "yllättämään". T2 pitäytyy myös teemassa ja vaatii tarkennuksia kertomukseen.

T2:n kysyessä tapahtumasarjan jatkoa isä aloittaa vaikuttavan monologin, jossa hän kuvaa P:n toimintaa hyvin yksityiskohtaisessa sairausdiskurssissa. Vanhempien merkityssysteemissä P vaikuttaa olevan enemmän oman elämänsä kertomuksen objekti kuin subjekti. P:n sairaushistoriassa kuuluu kantavana isän *monologinen ääni*, ja P vaipuu kumaraan kuunnellessaan isän puhetta. Hoitokokouksen kielessä ei ole vielä tavoiteltu polyfonisuutta, jossa myös P:n ääni voisi tasavertaisena tulla kuuluksi ja jossa P:n toimintaa voitaisiin tarkastella uusissa ja positiivisissa merkitysyhteyksissä.

(2.1.433-451)

- T1: Onks Pentti koskaan... Asuks sie koskaan yksin siinä teidän talossa? Kun vanhemmat aika paljon reissaa, niin
 Ä: Niin, mut kun hän... Me ei oo reissattu muuta kuin silloin kun Pentti on ollut sairaalassa.
 T1: Ahaa.
 Ä: Jotenkin meistä on tuntunut, että jomman kumman pitää olla kotona silloin...ettei... Vaikka ihan hyvä ois tietysti jättää yksin, mutta...
 T1: Mitä silloin vois tapahtua, jos Pentti jäis yksin?
 Ä: Niin...että kun on tämmösiä tilanteita...on ollut... niinkun se pyörällä ajaminenkin ja tämmösiä. Ja sitten se kerran aikaisemmin...se kun hän pyörällä ajoi sinne lyhtypylvääseen ja...
 P: Joo. (Menee kumaraan asentoon.)
 Ä: sairaalaan vietiin. Ja sieltä poliisit vei. Kaikkea tämmöstä on sattunut...kun psykoosi yllättää. Jotenkin on tullut sen verran araksi, että aina on niinko toinen ollut kotona ja toinen on matkustanut.

P on toistuvasti vaipunut kumaraan tuolissa isän tai äidin kertoessa tilanteista, joiden seurauksena P on toimitettu mielisairaalaan. P näyttää ikäänkuin nujertuvan kuunnellessaan epäonnistumisistaan konkreettisissa elämäntilanteissa, kun hän on ajanut polkupyörällä kerran "paska-altaaseen" ja kerran lyhtypylvääseen "psykoosin yllätettyä" hänet. Perheen kokemus näistä tapahtumista on luonut *yhteisen merkityssysteemin*, jonka pohjalta vanhemmat ennakoivat P:n yksinjäämisen olevan riski, jota he eivät uskalla ottaa. P:n elämän dialogisuuden katoaminen ilmenee vanhempien kertomuksessa *monologisena äänenä, jossa ei ole uskoa P:n selviytymiskykyyn*.

5.4.3 Dialogin laajentaminen terapeuttien kielialueelle

Sairaalahoidon tapauksen ensimmäisessä hoitokokouksessa esiintyy kaksi pääteemaa, joista muodostuu tavallaan kaksi erilaista kertomusta tai diskurssia, joissa kuvataan perheen elämää: 1) kertomukset tilanteista, kun P on joutunut lähtemään

mielisairaalaan; 2) kertomukset lasten kotoa lähdöistä, ammatin hankkimisesta ja perheen perustamisesta. Näiden kertomusten muodostumisessa ilmenevät *perheen ja työryhmän erilaiset merkityssysteemit*. Työryhmän jäsenet pyrkivät tarkastelemaan P:n elämää perheen vuorovaikutussuhteiden kontekstissa ja erityisesti suhteessa sisarus-ten kotoa lähtemisiin, kun taas vanhempien diskurssissa P:n elämä on ollut toistuvasti mielisairaalaan lähtemistä. Isällä on paljon puhuttavaa *sairausdiskurssissa*. Äiti puolestaan on ollut tärkein tiedonantaja terapeuttien kysellessä perheen lapsista ja heidän kotoa lähdöistään.

(2.1.375-432)

- T1: No tuntuuko sinusta Paavo, että kun sinä olit viimesenä, joka on lähtenyt...että se on aika kivutonta ollut se kaikkien lähteminen...kotoa? Miten sinä näkisit?
- V: Kyllä se ihan...tuntu luonnolliselta, kun oli työpaikka ja asunto...tai sai asunnon. Kyllä se ihan...
- T1: Mites isä ja äiti, kun...teillä on kuitenkin monta lasta ollut...ja ne on vissiin aika peräkkäin kuitenkin?
- Ä: Niin on.
- T1: Ja kaikki on sitten peräkkäin...melko peräkkäin lähteneetkin, niin eikös se ole ollut kauhee hiljasuus sitten?
- I: Onhan meillä yks ollut.
- Ä: Onhan meillä Pentti.
- T1: Niin. Miksei Pentti ole lähtenyt. (Ä: Mm.) Mikä sinua on estänyt lähtemästä?
- P: No minä olin...
- Ä: Kyllähän Pentillä tietenkin kaikki suunnitelmat oli lähteä, mutta... Sairaus sen esti.
- P: No...minä en oikein tiennyt, mihin minä olisin lähtenyt. Mulla meni ne opiskelut vähän pieleen ja... Töitä rupesin tekemään paljon. Nekin loppui sitten ja... Eka kertaa sairaslomille ja sitten heti suoraa eläkkeelle. Sitten minä olen kyllä suunnitellut aina... Paljon minulla on ollut suunnitelmia, mutta ne on jäänyt tuota aina ...tekemättä.
- T1: Mihin ne jää?
- P: Ne jää tekemättä. Että minä en toteuta niitä...toteuta niitä.
- T1: No mikset sinä toteuta?
- P: Minä suunnittelen aina vaan suurempia ja suurempia...
- T1: Mikä sinua sitten estää toteuttamasta niitä?
- P: En minä tiä. Se että...se ehkä estää sitä...että että ... En minä osaa sanoa.
- T1: Mm.
- T3: Jotenkin tuntuu vaan niinko tuokin...Pentin lähteminen sinne...lääkäriksi valmistuminen...niin sehän on valtavan vaativa suorite. Sillai että siinä joutuu varmaan aika lailla tiukoille. Se käsitys, mikä minulla on...
- Ä: Niin. Ja sehän oli niin kunnianhimoinen. Se pyrki sekä kauppakorkeaan että lääketieteelliseen. Pääsi molempiin. Ettei tiennyt kumpaan lähtee. Mielti vähän aikaa. Meni lääketieteelliseen. Mutta nyt se on sitä jahkaillut, että jos sittenkin olis pitänyt mennä kauppakorkeaan. (Naurahtaa)
- T1: Minkä takia sinun mielestä Pentti ei ole päässyt kotoa lähtemään minnekään?
- Ä: Niin en minä tiä. Minusta...minä niinkö tuon sairauden syyksi sen... Että hän jotenkin kärsii siitä...turvattomuudesta ja pelosta ja... Kun hän suunnittelee aina yksin asumista. Milloin yksiöön, milloin omakotitaloon, milloin mitäkin. Se loppuu siihen, 'etten minä pysty kuitenkaan yksin asumaan'.

T1 on aloittanut dialogin lasten kotoa lähdöistä. T1:n lausumista on implisiittisenä johdettavissa ajatus siitä, että lasten kotoa lähtö on perheessä kriisi: "eikös se ollut kauhee hiljasuus sitten?". T1:n lausuma on monologinen siinä mielessä, että siinä oletetaan jo valmiiksi vastaus, joka perustuu T1:n subjektiiviseen merkityssysteemi-

miin, jonka merkityksiä ei ole synnytetty yhteisessä dialogissa. Kysymys voi mahdollisesti kuitenkin *kontekstissaan toimia dialogisesti* provosoiden keskustelua.

T1:n kysyessä P:tä, mikä on estänyt häntä lähtemästä, äiti auttaa P:tä vastamalla hänen puolestaan: sairaus on äidin mielestä estänyt P:n lähtemisen. Haastattelukontekstissa äiti toimii sellaisessa diskurssissa, joka suojelee P:tä tilanteelta, jossa hänen olisi otettava vastuu toiminnastaan voimatta vedota sairauteen. Myös omahoitaja T3, joka ei ole osallistunut keskusteluun, tulee nyt äidin tavoin P:n avuksi, kun P ei osaa sanoa T1:lle, mikä häntä on estänyt toteuttamasta suunnitelmiaan.

T1 pitää kiinni aloittamastaan teemasta ja ylläpitää teemaan liittyvää dialogia P:n ja äidin kanssa. T1 pitäytyy P:tä haastatellessaan dialogisesti hänen vastauksiinsa ja muodostaa niiden pohjalta uusia kysymyksiä, jotka vaativat P:tä perustelevaan omaa toimintaansa.

5.4.4 Moniäänisyyden luominen dialogissa perheen kanssa

Avohoitotapauksen ensimmäisessä hoitokokouksessa kouluttaja (K1) haastattelee perhettä. Perheen äiti (N) on kertomassa kuinka hän saattoi miehensä (M) opiskeluaikana nähdä tämän kasvoista, että M oli terve:

(1.1.468-585)

- N: (...) että Erkistä tuli niinkö kauhean semmonen virkeä ja hirveän terve yksinkertaisesti. (...) ei siis mitään sairauksia... Ei oksettanut...ei ollut ripulia. Kättäkään ei kauheasti särkenyt. (...) ja kyllä sen niinku näki naamasta, että oli terve.
- K1: Mistä kohti siitä?
- N: Silmien ympäriltä. (...) Minä olen monesti nytkin kattonut sitä...sillai vielä sitä (...)-kuvaa. Että siitä niinkö näkee...että se ei vielä siinä ole se viimeinen vuosi. Vaikka se oli rankka, niin se ei vielä näkynyt siinä kuvassa. (K1: Jaa.) Siitä näkee niinkö... Siinä sen näkee, niinkö mitä minä tarkotan sillä, että oli parempi.
- K1: Miten hänellä on erilainen naama kuin tässä?
- N: Huomattavasti väsyneempi ja... (...) Minä näen sen tilanteen... Niin minä niinkö kotonakin sitä eri lailla...
- K1: Näkeekö muut kuin sinä sen...kasvoista?
- N: Ei...
- M: Irma...kyllä sen...
- K1: Irma on? Kuka hän...
- N: Se on meidän perhetuttu.
(...)
- K1: Mm...mm. Te ootta Irman kanssa puhuneet sitten siitä?
- M: Joo. Paljonkin. Paljonkin keskusteltu.
- K1: Mitenkä hän sen sanoisi, jos hän olisi tässä paikalla?
- N: Minkä?
- K1: Että millä tavalla sen huomaa sen eron Erkin kasvoista nyt ja silloin kun hän oli vielä terve?
(...)
- N: Minusta tuntuu, että se aika paljon samallai sanoisi. (...) Tai en minä sitä välttämättä osaa niinku sanoa. Se niinkö ajattelee vielä enemmän. (K1: Jaa.) Sillä tavalla, että se sillai... Mää sanoin, että jos on...ihminen on väsynyt kasvoiltaan niinko...sairaana, väsyneen näköinen ...silmän ympäriltä. Niin se osais sen paremmin sanoa sillai, että se on osuvammin sanottu...mitä Irma sanoisi. (...) ...se on muuttaman kerran niinkö pudottanut oikein hyvin maanpinnalle minutkin, että... Aivan kolina kävi. Mutta tuota sinänsä se kuitenkin oli ihan terveellistä, kun siitä selvisi.

- K1: Miten Sirpa tuota sinä...? Näetkö sinä, että onko isä väsynyt?
 L1: ()
 K1: Kun sinä katsot isän kasvoja, niin huomaatko sinä, että onko se väsynyt vai onko se terveen näköinen vai?
 L1: Väsynyt.
 K1: Väsynyt on. Jaa. No entä silloin kun se on terveen näköinen? Minkä näköinen sitten on isän kasvot?
 L1: Iloinen.
 K1: Jaa. Mistä sinä huomaat? Suusta vai silmistä vai?
 L1: ilmistä.
 K1: No mitä sinä luulet, että Laura ja Matti siihen sanos? Huomaako ne jos isä on väsynyt?
 L1: Ei.
 K1: Ei kumpikaan?
 L1: Ei.
 K1: Jaa. Miksikähän se niin? Ooksä eniten isän kanssa sitten?
 L1: Olen.
 K1: Jaa.
 L1: Äiti on illat töissä. Ja sitten aamulla joskus, kun se tulee myöhään yöllä...kun...
 K1: Jaa. Ja sinä näet eniten isää sitten. Jaa. No onko koskaan isä pirteä sitten?
 L1: On. Silloin kun on tullut saunasta.
 Vanhemmat nauravat.)
 K1: Jaa. Silloin on erilainen kasvot? (...) No minkä näköinen se isä on, kun on tullut saunasta...silloin kun on pirteän näköinen?
 L1: Iloinen.

N on tuonut perheen diskurssiin uuden äänen siinä mielessä, että hän tarkastelee M:n olemuksessa opiskeluaikana tapahtunutta positiivista muutosta, kun M:stä "tuli niinkö kauhean semmonen virkeä ja hirveän terve yksinkertaisesti". K1 kiinnostuu N:n lausumaan sisältyvästä havainnosta, joka mahdollisesti luo uutta merkitystä keskusteluun: "...kyllä sen niinku näki naamasta, että oli terve". K1 alkaa synnyttämään dialogia M:n kasvoista ja siitä, miten M:n läheiset ihmiset ovat huomanneet eron M:n kasvoissa, kun hän näyttää sairaalta ja kun hän näyttää terveeltä. Keskusteluun syntyy moniäänisyyttä, kun N kertoo, mitä perhetuttu Irma sanoisi M:n kasvoista ja kun K1 alkaa haastatella L1:tä siitä, huomaako hän, onko isä väsynyt vai terveen näköinen. Tekemällä riittävän konkreettisia kysymyksiä K1 saa tietoa viisivuotiaan L1:n havainnoista. L1:n ääni dialogissa on, että isä on iloisen näköinen "kun on tullut saunasta". K1 tekee L1:lle myös sirkulaarisen kysymyksen siitä, huomaavatko hänen siskonsa ja veljensä, jos isä on väsynyt. L1:n lausumien mukaan lapsista vain hän huomaa isän väsymyksen, koska hän on eniten isän kanssa, sillä "äiti on illat töissä".

5.4.5 Monologinen ja dialoginen suhde eri äänien välillä

Kriisihoidon tapauksen vastaanottokokouksen lopulla T1 ja T2 alkavat puhua keskenään siitä, "että mitä vaihtoehtoja vois olla (...) perheen auttamiseksi?". T3 ehdottaa heille kysymistä mielenterveystoimiston työntekijältä (M1):

(3.1.1001-1051)

M1: (Puhuu äidille.) Niin eikö me sitten kuitenkin sovittu, että sä jatkat Mikkosen Maritan (Ä: Joo.) luona ja... Anssi kävitkö sinä siellä Mäkisen Jukan luona?

P: En käynyt.

M1: Et käynyt?

P: Se on vähän turhan aikasin.

M1: Oliko siinä suunniteltu, että Anssi rupeais käymään terapiassa Jukka Mäkisen luona perheneuvolassa? Olis tänä päivänä ollut se ensimmäinen istunto. (P: Mm.) Että tämä on niinko suunniteltu, ja sitten tosiaan... Ilmeisesti mtt:n aloitteesta oli tämä...tämä kokous. Ja tosiaan niin Marita Mikkonen ei päässyt tulemaan, niin minä oon sitten täällä. (T1: Joo.) (T2: Joo.) Ja tuota niin... Sitten se, että mitä nyt kun isä lähtee Turkuun ja... Jääkö Anssi sitten (katsoo äitiin)... Asuuko sinun luona vai...Keroputaalla vai? Jossakin vaiheessa oli puhetta myöskin (X:n sairaalan) nuoriso-osastosta. Siitä nyt ei sitten tullutkaan mitään.

T2: Miten niinkö te..? Mitä mieltä äiti on siitä, että Anssi tulee asumaan...tämä aika?

Ä: No tuota... Minä olen sitä kyllä miettinyt. Jos minä ...olen vielä ens viikon sairaalomalla, niin... Voitas me Anssin kanssa olla...olla yhdessä. Taikka minä... Sitten taas sitä, että jos Anssi on...sinne asuntoon tulee, niin ... Jos minä olen töissä, niin... Sitä on kyllä hirviän masentavaa olla yksin...koko ajan huolissaan. Mutta tuota ... Mie en näkis sitä, että Anssi yksin jäis sinne asumaan.

I: (Korjaa asentoaan.) Yksin siellä...

M1: Mites se on se nuorisokotivaihtoehto? Siitä oli yhteen aikaan puhetta. Että onko se kokonaan niinko laskettu pois?

I: Eihän Anssi siellä haluais...

Ä: Sehän oli niin pitkään. Siinä oli joku... Että sieltä olis tullu mukaan joku kans.

M1: Tarkotan sitä...

T2: Mitä mieltä Anssi on?

T1: Minä ajattelin kans, että mitä mieltä Anssi on? (P:lle) Mikä sinusta on paras vaihtoehto? Kun isä lähtee tuota...sinne Turkuun viikoksi?
(6s.)

P: Se on kyllä vaikea minun nähdä, mitä...

T1: Joku sinun pitää asettaa nyt kuiteskin parhaaksi.

P: Jos minä sitten sinne nelososastolle.

T1: Mielisairaalaan?

P: Täällähän niitä häiriöitä yleensä hoidetaan sitten, jos... Ainakin terveystieteiden keskuksessa oli puhetta ()
(10s.)

(3.1.1112-1121)

T1: (T2:lle) Kyllä minusta niinko tulee ihan, että varmasti se parempi vaihtoehto on Anssille, että äiti hoitaa kuin että tulla hullujen huoneelle...mielisairaalaan. (T2: Mm.) (...) ..jotenkin aivan tuntuu päättömältä (T2: Joo.) ...ihan hullulta ratkaisulta ottaa Anssi mielisairaalaan. Joku vaihtoehto varmasti löytyy.

Työryhmän ja M1:n välillä ilmenee selkeä kaksikielisyys. M1 tuo esille lausumisissaan mielenterveystoimiston ääntä vedoten siihen, mitä on "sovittu" tai "suunniteltu". P:n suhteen on sovittu yksilöterapiakeskustelujen aloittamisesta perheneuvolassa. Äidille on sovittu keskustelut sairaanhoitajan kanssa. Mielenterveystoimistossa on pohdittu lähinnä eri laitospaihtoehtoja P:n hoitopaikaksi nykyisessä kriisitilanteessa. Työryhmä on selvästi erilaisella hoitolinjalla kuin M1. T1 ja T2 näyttävät pyrkivän hoitoratkaisuun, jossa P:tä ja perhettä kuultaisiin, mutta jossa sairaalahoidolta voitaisiin välttyä. Perhe on kahden kielen ristitulella. M1 puhuu diskurssissa, joka on tässä tapauksessa ominaista hänen edustamansa organisaation ammattikielelle. T1 ja T2 puhuvat diskurssissa, jossa voidaan kuulla avohoitoa ja perhekeskeisyyttä ensisi-

jaisena pitävän kriisiryhmän ääni. Nämä äänet eivät tunnu pääsevän dialogiin keskenään. T1 ja T2 kysyvät P:n mielipidettä, mutta eivät tyydy hänen esittämäänsä ratkaisuun, koska heidän hoitoidologiassa mielisairaala ei ole oikea paikka seitsemäntoistavuotiaan nuoren kriisihoidolle. Työryhmän keskustelu P:n hoidon järjestämisestä tapahtuu kriisihoidon diskurssissa, jossa "tuntuu ihan hullulta ratkaisulta ottaa Anssi mielisairaalaan".

Moniäänisyydestään huolimatta keskustelusta ei ole muodostunut polyfonista tapahtumaa, jossa kaikkien osanottajien äänet pääsisivät samanarvoisina kuuluville. Työryhmän kahden jäsenen (T1 ja T2) ääni on tässä keskustelussa dominoiva varsinkin suhteessa mielenterveystoimiston ääneen, jota M1 edustaa. Työryhmässä T1 ja T2 ovat kytkeytyneet kahdenkeskiseksi kielelliseksi systeemiksi, joka käy reflektivoivaa keskustelua keskenään T3:n jäädessä heihin nähden ulkopuoliseksi.

(3.1.1182-1196)

T2: (Äidille) ...Jos nyt tämä asia järjestyy näin, että sie saisit sairauslomaa. Voisit olla Anssin tukena. Niin sitten se, että...ett kuitenkin sullakin on vaikeeta. Kun Anssilla on vaikeeta, niin sulla on vaikeeta ja... Että saatko sie tukea sitten Teijalta (mtt:n sairaanhoitaja) ja Anssi käy Jukan (perheneuvolan terapeutti) luona, vai? Voitasko me käydä kotona tai? (...)

Ä: (...) Minä käyn... Me ollaan sovittu... ainakin joka toinen päivä siellä. (T2: Joo.) (T1: Joo.) Ja Anssi alkaa käymään kans. Kyllä en minäkään haluais Anssia tänne. Jos vain mahdollista.

(3.1.1229-1248)

T1: (T2:lle) Toisaalta mie kyllä ajattelen, vaikka nyt kuiteskin tuota...äiti käy mielen terveystoimistossa ja Anssi käy tuota...siellä kasvatusneuvolassa. Niin olis aivan paikallaan ihan yhdessä Anssia ja äitiä tavata, kun isä on poissa. Saadaan tukea sinne kotiinkin. (T2: Joo.) Ett semmonen...mulla ainakin on semmonen käsitys, että yhteistapaaminen auttaa yhtä paljon kuin erikseen tapaaminen. (T2: Mm.) No tietenkin meillä on erilaiset näkemykset. (6s.) En minä osaa sanoa. Aivan sillä lailla jotenkin tuntuu, että kun tässä on tämmöset asiat jo sovittu. Että onko se semmosta, että me taas mennään ja tavataan ...tehdään toisenlaisia sopimuksia. Tai mitä sinä luulet Anneli, että oliko siellä mielenterveystoimistossa sitten toivomus...tai ajatus, että mahdollisesti täältä tulis sitten perhehoito? Äidin hoito teiltä ja kasvatusneuvolasta Anssille ja perhehoito...tämän koulutusryhmän kautta?

M1: Lähinnä siellä oli minun käsittääkseni puhe vaan tästä yhestä kerrasta, mutta jos harkitaan, että jatko on mahdollista, niin sitten tietenkin.

Hoitokokouskeskustelussa päädytään dialogiseen ja terapeuttiselta kannalta ilmeisen onnistuneeseen lopputulokseen. Työryhmän jäsenet kunnioittavat mielenterveyskeskuksessa jo tehtyjä hoitosopimuksia. Perhe, työryhmä ja mielenterveystoimiston työntekijä pääsevät yhteiseen sopimukseen, jossa perheen kriisihoito ja mielenterveystoimistossa sovittu hoito voidaan koordinoita toisiaan tukevaksi järjestyksi.

5.4.6 Työryhmän jäsenen monologinen toiminta

Avohoidon tapauksen hoitoprosessin aikana T2 tekee kaksi hyvin spontaania interventiota keskustelematta niistä ensin muiden työryhmän jäsenten kanssa.

(1.4.380-429)

- M: Nyttenhän ne ainakin hyppivät seinille. (...) Meillä nyt kyllä tosiaan lasten kanssa meillä on semmonen vaihe menossa taas, että nyt leikitään, että kuka siinä voiton ...kuka vetää pitemmän korren. Se on...se on tuskaisaa aikaa niitten kanssa nyt.
- T2: Minä en tiä. Minä tässä koko ajan pohdiskelen semmosta, että minä niin haluaisin, että te istuisitte vierekkäin. Tuntusko pahalta, jos..?

M on lausumassaan aloittanut uuden teeman, jota ei ole aikaisemmin käsitelty: hän on viitannut kasvatuksellisiin ongelmiin. M sanoo lasten kanssa olevan nyt "tuskaisa aikaa". M:n ääni ja keskusteluteema jää huomiotta, kun T2 sanoo pohdiskelevansa, että hän haluaisi puolisojen istuvan vierekkäin. T2:n interventio on monologinen sillä tavalla, ettei se kytkeydy siihen, mitä edellä on puhuttu eikä siinä kuunnella M:n edellistä lausumaa, joka sisältää perheelle mahdollisesti hyvin tärkeän teeman.

(1.7.668-720)

- S2: (M:lle) Haluaisitko sinä Erkki sitten useammin, että teillä ois näitä yhteisiä...keskustelutilanteita?
- M: En minä tiä.
- S2:... tai yhdessä...
- T2: (Ponnahtaa tuolissaan.) Hei, ma aattelin tuossa! Anteeksi, kun minä keskeytin (S2: Mm.) ...mut nyt kun puhutaan äitin ja isän yhteisistä asioista, niin menisitkö Sirpa tuohon tuoliin istumaan. (Osoittaa äidin vieressä olevaa tuolia. M ja N istuvat vierekkäin ja L1 on mennyt isän syliin.) Tuohon äitin viereen, kun aikuisilla on niinko aikuisten asioita. Menisiks siihen istuun?
- (7s.)
- T2: Jooko?
- (4s.)
- T2: Äitillä ja isällä on joskus aikaa...
- N: (L1:lle) Tule tähän istumaan. (Liikuttaa vieressään olevaa tuolia.) Tule.
- T2: niinkö keskinäisiinkin kanssakäymisiin.
(L1 menee isän sylistä tuolille äidin viereen.)
- T2: Hyvä. Mahtavaa. Jutellaan vähän aikaa ihan aikuisten asioista. Jooohan? Tuliksulla paha mieli nytten? Ei tartte olla paha mieli...kun joskus isällä ja äitillä on semmosia ihan aikuisten asioitakin. (L1 peittää kasvonsa käsillään.) Ja sitten on joskus tuota niin niin...lapset mukana.
(L1 alkaa itkeä.)
- (9s.)
- T2: Mitä te juttelitte. Joskus tuota niin niin on sellanen, että pystyy jutteleen kahes-taan. (T2 nojautuu tuolissaan taaksepäin.)
- T3: (T2:lle) Minä aattelin, että ois ollu ihan... Erkki, jos sie sanosit, että mitä sie aatteilisit siitä, että miksi Sirpa nyt itkee?
- M: Ei saanu olla minun sylissä. Mm. Tule isän syliin... tule.
(L1 itkee edelleen.)
- T3: Mitä sie Salme ajattelet?
- N: No sepä oli niinko yllättävä tilanne, koska sitä ei niinku...tavallaan, että ei varmaan... Onko koskaan käynyt semmosta tilannetta, että olisi kielletty istumasta sylissä tai...semmosta. (S2: Mm.) Se on hirveän paljon niinko sillai... Pittää olla hirveän liki...paljon olla sylissä ja...pitää hyvänä.
- S2: Sun sylissä vai Erkin sylissä?
- N: Sen sylissä kenestä puhutaan. (S2: Jaa.) (L1 menee äidin syliin.) Yleensä.
- S2: Niinkö?
- M: Mm. Niin se on.

- N: Kyllä minusta se on ihan...niinko... Tai sitten sen sylissä, joka on enempi pois-sa...sillai. Kumpi enempi mennee, niin sen syliin enempi mennään sitten sillon... tai vähemmän näkkee.
(L1 on äidin sylissä kädet äidin kaulan ympärillä ja nyyhkyttää.)

T2:n yllättävä kehotus L1:n siirtymisestä pois isän sylistä äidin vieressä olevaan tuoliin, "kun aikuisilla on niinko aikuisten asioita" on *vastoin perheen toimintatapaa*, minkä äiti tuo esille todetessaan, että L1:tä ei ole koskaan kielletty istumasta sylissä. T2:n yrittäessä saada L1 toimimaan eri tavalla kuin hän on kotona tottunut toimimaan, L1 alkaa itkeä.

T2:n interventio liittyyne perheterapiakoulutuksen teorioiden omaksumisprosessiin (struktuurallinen perheterapia). T2 ei ole kuitenkaan neuvotellut interventiostaan työryhmän muiden jäsenten kanssa, joten hän toimii monologisesti, omassa merkityssysteemissään syntyneen idean ohjaamana.

(1.7.820-830)

- T1: Niin, ja Erkki selitti, että niinkö tuolla (...) jos hänestä puhutaan, niin tulee hänen...
T2: Mutta Salme sanoi sitten, että Sirpa kyllä menee pois, jos se käsklee. Käskisitkö sinä vielä Sirpaa nytten?
L1: (Äidille) En mene pois. (Takertuu tiukemmin äitiin.)
M: Ei se mene.
T2: Entä jos te yhdessä puhusitte, että vois istua tuossa vähän aikaa. Kun aikuisten asioista puhutaan.
(Äiti maanittelee L:tä toimimaan niin kuin T2 on toivonut, mutta vastauksena L1 takertuu tiiviimmin äitiinsä.)

(1.7.848-856)

- N: Sinä voit istua minun vieressä tässä tuolissa. (Lempeällä äänellä) Tekisitkö nyt, niinkö pyydetään? (Tiukemmin) Miksi sie et halua istua tuossa tuolissa? Miksi, pikku Sirpa? No?
L1: (Alkaa itkeä ja tarttuu äitiä kaulasta.) Minä en halua.
M: Anna olla sen.
(21s.)
(M vaihtaa teemaa alkaen puhua eläkeasiastaan.)

T2 yrittää vielä uudelleen muuttaa perheen suhderakenteita pyytäessään vanhempia puhumaan L1:lle, että hän menisi pois sylistä istumaan tuolille. *L1:n käyttäytyminen (vanhempiensa sylissä istuminen) on muuttunut ongelmaksi T2:lle, mutta se ei ole sitä vanhemmille.* L1:n alkaessa uudelleen itkeä M kehottaa vaimoan lopettamaan L1:n suostuttelun. Seuraa huomattavan pitkä, 21 sekunnin tauko keskustelussa. Työryhmän toiminnan ja perheen toiminnan kielelliselle kytkeytymiselle ei ole T2:n merkityssysteemissä semanttisia edellytyksiä. T2:n monologinen toiminta perheen merkityssysteemiin kytkeytymättömällä tavalla on johtanut tässä tilanteessa hoitokokouksen dialogisen prosessin keskeytymiseen.

5.4.7 Dialogin ylläpitäminen vaikeasta teemasta

Dialogin ylläpitäminen voi vaikeutua, mikäli keskusteluteema on liian ahdistava perheelle tai mahdollisesti jollekin työryhmän jäsenelle.

(1.1.863-887)

- K1: Kummasta se oli se huoli silloin alkuaikana isompi... Laurasta vai Erkistä?

- M: Minähän kuule olin töissä silloin vielä. (...)
 N: Aika...aika sillä lailla...sillä lailla että päivä kerrallaan. Kyllä se Laurasta kuitenkin oli sillä tavalla. Se oli semmmonen...niin semmmonen (L1 menee äidin syliin.)...iso juttu...kun ensinnäkään koskaan ei ole vauvaa hoitanut ja sillä tavalla pikkuvauvaa. Ja kaikki on niinku uutta, että koti vasta niinku... (L1:lle) Mitä? Mene käymään vessassa. Mene käymään siinä.
 M: Kaikki piti perustaa ihan...
 N: Niin ja sitten oli sairas lapsi ja rahaa ei ollu erityisemmin paljon. Ruokaa oli kuitenkin.
 K1: Joo.
 N: Se oli vähän semmmonen...
 K1: Kova paine.
 N: Niin.
 T1: *Mie palaisin vielä siihen, kun se Erkki sanoi, että hän on poikia jalkapallossa matkassa. Että meneekö sulla paljon aikaa sitten? Pystytkö sinä viikossa vielä irrottaa aikaa kuinka paljon sinne jalkapallon pariin nykyisin?*

Hoitokokouksessa on puhuttu perheen elämänvaiheesta, jolloin tytär oli vaikeasti sairas. Vanhempien lausumissa on keskusteluun syntynyt emotionaalisesti koskettavia merkityksiä ("kaikki niinku uutta, että koti vasta"; "sitten oli sairas lapsi ja rahaa ei ollu erityisemmin paljon"). K1 voi todeta perheellä olleen kovan paineen. Tässä vaiheessa T1 vaihtaa yhtäkkisesti puheenaihetta. Hän alkaa kyselemään M:ltä aivan eri asiasta: M:n mukanaolosta pojan urheiluharrastuksessa. T1:n kytkeytyminen dialogiin voimakkaasti tunteita stimuloivassa keskustelun vaiheessa tapahtuu siten, että hän *siirtää puheen ahdistavalta kielialueelta neutraaliin teemaan.*

(1.1.905-973)

- K1: Mhm. Miten silloin pikkusena? Olitko sinä silloin mukana...silloin kun oli tämä Lauran sydänsairaus?
 M: Eei. Poikahan on tuota... Niin mitä?
 K1: Niin olitko silloin lasten kanssa menossa ja tämmösissä harrastuksissa?
 M: En oikeastaan ollut kyllä missään. (...) ...kun minä opiskelin silloin. (...)
 K1: Miten se Laura sitten silloin sinä aikana voi, kun Erkki oli opiskelemassa ja meni hyvin?
 N: (Äidillä on pitkä puheenvuoro Lauran sairaudesta ja siitä toipumisesta sekä tyttären nykyisistä oireista, jotka huolestuttavat äitiä.)

K1 palauttaa puheen takaisin koskettamaan Lauran sydänsairautta. Hän tekee sen dialogisesti liittämällä sairausteeman T1:n puheeksiottamaan harrastusteemaan. K1 kysyy, oliko isä mukana lasten harrastuksissa silloin, kun tyttärellä oli sydänsairaus. Näin K1 lausumassaan *kunnioittaa työtoverinsa keskusteluteemaa, vaikka palauttaakin puheen aikaisempaan aiheeseen.* K1 muotoilee lausumansa sillä tavalla, että vanhemmat voivat puhua tyttärensä sairaudesta. K1:n annettua mahdollisuuden puhua Laurasta osoittautuu, että äidille on tärkeää saada puhua Laurasta tuntemastaan huolesta.

(2.2.793-839)

- T1: Huolettiko sua Pentti silloin, kun isä ja äiti oli siellä ulkomailla, että mitenkä ne...selviää siitä matkasta ja jaksavat sen reissun ja..?
 P: Minähän soitin aina. Minä otin selvää, että onko äitillä ollut kohtauksia ja...
 Ä: (Naurahtaa)
 T1: Minkälaisia kohtauksia?
 P: Ne on semmosia niitä hartiakipuja.
 Ä: Mulla on sepelvaltimotauti. Siitä tulee niitä kipuja ...semmosia niin.

- P: Se oli yllätys, että isällä oli tuota... Minä oon aina pitänyt sitä teräsvaarina.
 S: (Nauraa)
 I: Ei...ei se ollut sydänperänen. (Ä: Niin.) (Näyttää kädellään.) Se oli tuossa...tuossa tuota... Niinku santapaperilla olis vetänyt tuota... (P katsoo kelloaan.) tolla tavalla ja...ja tuota... Se ei ollut jatkuvaa, vaan se oli pätkittäistä. Minä sitten soitin lääkärille. (S:n sylissä oleva vauva saa kovan yskänkohtauksen.) Mulla alko käsi niinku puutua...jännitin. (Vauva yskii kovasti.)
 I: Oho!
 Ä: No!
 I: Käsi alkoi puutua, niin minä soitin sitten lääkärille. Juttelin sille. (Vauva alkaa karjahtelemaan.) Sanoin, että mitä tehdään. Se sanoi, että ei muuta kuin taksiin ja polille ja siellä sitten... (Vauva äänтелеe voimakkaasti koko ajan S:n sylissä.) Se soitti sinne polille. Ne rupes heti tutkiin, että mikä siinä on. Sitten parin päivän päästä selvis, ettei se oire ole sydänperäistä. Verestä ei löytynyt entsyymiä eikä mitään, että se olis sydänkohtaus. (T1: Mm.) (Näyttää kädellään.) Se on tossa joku semmonen...niinku rinnan kohdalla. Tutkitaan parin viikon päästä. (Vauva äänтелеe äitinsä sylissä voimakkaasti.)
 T1: (Vauvalle) Sulla olis varmaan kans sanas sanottavana ..tähän tilaisuuteen.
 S: Niin tuosta Penan kotonaolosta niin. Pena niinko tottuu siihen passaukseen. Sille laitetaan kaikkea. Sen ei tarvi niinku tehdä mitään. Sitä minä niinko, että Pena osallistus enemmän niinko kotitöihin. (I: Joo-o.) Koska se pystyy, jos se vaan viittä. (Nauraen.) Aikaa sillä on kyllä.

S:n ja hänen kahdeksankuukautisen lapsensa välillä näyttää vallitsevan erikoinen dialoginen yhteys. Isän puhuessa sydänoireistaan vauva alkaa reagoida voimakkaasti S:n sylissä. Vauvan yskiminen ja voimakas äänteleminen on mahdollisesti tässä tilanteessa tavallaan diskurssia, jossa kuuluu hänen äitinsä ääni keskustelun teemaan. Joka tapauksessa läsnäolijoiden huomio kiinnittyy vauvaan. S vaihtaa teemaa alkaen puhua veljensä osallistumisesta kotitöihin. Samalla S alkaa jälleen nauraa ja vauva lopettaa metelöimisen.

5.5 Työryhmän toiminta semanttisten muutosten aikaansaamiseksi

5.5.1 Positiivisten merkitysten luominen sairausdiskurssiin

Avohoidon tapauksen ensimmäisessä hoitokokouksessa kouluttaja (K1) kysyy asiakasperheen isän (M) eläkkeellään syytä, kun keskustelua on käyty noin 20 minuuttia:

(1.1.407-435)

M: (...)...jäin ensimmäisen kerran eläkkeelle.

K1: Mhm. Samaan aikaan kun lähdit opiskelemaan?

M: Niin. Samaan aikaan.

K1: No oliko se syy silloin eläkkeelle jäämiselle sama kuin nyt?

M: Oli. Ihan sama.

K1: No mikä se syy on sitten?

M: Se on psyykinen ahdistuneisuus, rajatila...niinkun se hienosti määritellään. (Naurahtaa) (K1: Jaa.) Ahdistuneisuus, masentuneisuus, ihmispelko, jännittyneisyys.

K1: Jaa.

- N: Se oli ihme, että se ei estänyt sinua siitä opiskelusta, mutta sulla oli vissiin niin kunnianhimoiset tavoitteet tai semmoset. Ja sinä asetit itsellesi niin hirveen semmosia vaativia...
- M: Mutta ei kai sitä paljon niiden vuosien aikana ollutkaan muuta kuin sitä opiskelua.
- N: No ei. Mutta kuitenkin se oli sillä tavalla, että aivan niinku suurinpiirtein näytti, että ihminen elää kuin viimeistä päivää ja sitten aivan siis...kaikki vai-vat...kaikki fyysiset ja psyykkiset vaivat ois kaikki poispyyhkäisty sen...mitä se oli...kolme vuotta se oli.
- M: Kolme vuotta joo.
- N: Se oli ihmeellistä aikaa.
- K1: Mhm.

M:n vastauksessa K1:n kysymykseen eläkkeelle jäämisen syystä on läsnä 'vieras sana', joka edustaa *psykiatrista ääntä*: M tuntee hyvin psykiatrisen diagnoosinsa ja oireisiin liittyvän sanaston. M:n psykiatriset oireet eivät ole nousseet kuitenkaan hoitokokouskeskustelua ohjaavaksi teemaksi. Vaimo alkaa puhua miehensä kunnianhimoisista tavoitteista ja suuntaa keskustelua M:n myönteisiin voimavaroihin, kun hän jaksoi opiskella kaikki vaivansa ikäänkuin unohtaen. N:n esittämä näkökulma on uusi ääni, jota ei ole ilmaistu sairausdiskurssissa. *Se synnyttää keskusteluun uutta, positiivista merkitystä.*

(1.1.436-458)

- M: Sitten se...
- N: Sitten se varmaankin... Sitten se alkoi niinku mennä yli, ettei enää riitä voimat. Sitten menee 'piuh'.
- M: Se viimeinen vuosi...
- N: Sitten alkaa tulla kaikki. Tulee psyykkiset ja fyysisetkin sairaudet. Nämä on ihan käsi kädessä.
- K1: Mhm.
- M: Se oli se viimeinen vuosi jo ihan kauhea opiskeluvuosi. Kyllä se oli niin, että ne viimeiset loppotentit niin ...kolmeen asti. Viimeinen kuukausi kolmeen asti yötä luin ja aamulla seitsemältä nousin kahvin keittoon ja minä siis... Ei kai sitä enää jaksanut välittää, miten ne tentit menee, kunhan ne vain läpi menee. Kun tiesi, että hyvät paperit kuitenkin saa...kun siihen asti oli hyvin. Ettei niillä niinko loppotentteillä ollu... Ei sitä jaksanut keskittyä. Se oli ihan kauhea se viimeinen vuosi. (N: Mm.) Ei sitä jaksanut.
- K1: Mut sehän kuulostaa, että sulla on sitten aika paljon tuommosia henkisiä voimavaroja, jos sinä kolmeen asti voit lukea ja seitsemältä jo nousta kahvia keittämään.
- M: No se oli pakko.

K1 tekee positiivisen uudelleenmäärittelyn M:n psyykkisistä ominaisuuksista. Ahdistuneisuudesta, masennuksesta ja jännitysoireista kärsivän potilaan sijaan astuu tässä diskurssissa henkilö, jolla on runsaasti henkisiä voimavaroja, joiden avulla hän jaksaa opiskella, vaikka yöunet jäävät neljään tuntiin. N:n ja terapeutin äänet ovat tuoneet hoitokokouksen kielelliseen prosessiin uusia merkityksiä, jotka mahdollisesti johtavat *uuden merkityssysteemin muodostumiseen* keskustelussa. Tässä diskurssissa (jota voidaan nimittää voimavaradiskurssiksi) M:n elämää tarkastellaan myönteisissä merkitysyhteyksissä.

(1.1.974-996)

- K1: Teillä on kuitenkin viime vuosina tapahtunut paljon. Että tuota...sinä menit ensin töihin ja...
- N: Joo. Laura koki sen muuten aika vaikeasti. (...) Se otti tavallaan niinko minun roolin. Sitten se alkoi niinko... Se oli kauheasti...se oli...tuputti ja järjesteli, ja sen piti olla emäntänä sillä tavalla jotenkin niinko... Kyllä se oli, että se itkeskeli...itkeskeli, että kun sinä et ole koskaan kotona. (K1: Jaa.) Et koskaan kotona. Saatanhan minä olla päivällä, mutta eihän se sitä tiennyt, kun se oli koulussa. (...)
- K1: Jaa. Se oli Lauralle sitten tärkeä asia, että isä jäi kotia.
- M: Joo.
- N: On se varmasti.

N on kertonut perheen vanhimman tyttären vaikeasta reagoinnista äidin vuorotöihin. K1 liittyy lausumassaan teeman M:n eläkkeelläolosta tähän merkitysyhteyteen: "Se oli Lauralle sitten tärkeä asia, että isä jäi kotia". Vanhemmat ovat samaa mieltä, ja M:n eläkkeelläolo on keskustelussa näin saanut myönteisen merkityksen.

5.5.2 Työryhmän ääni perheen sairausdiskurssissa

Avohoidon tapauksen ensimmäisessä hoitokokouksessa M:n äänessä on semanttisesti hallitsevana hänen elämänsä ilmiöiden tarkastelu kielteisissä merkitysyhteyksissä. M:n puhe suuntaa keskustelua vuorovaikutukseksi, jolle on ominaista sairausdiskurssi (M puhuu "vioistaan"):

(1.1.717-765)

- M: (...) Sitten mulla on *nuita muitakin vikoja*. (M kertoo monista leikkauksista, joita hänelle on tehty.) (...) Minua on vissiin 7-8 kertaa leikeltä. että alkaa kaikennäköisiä muitakin vikoja sitten olemaan kuin mitä psyykkiseltä puolelta.
- K1: Mistä ne viat on tullu?
- M: Ne on kai lähinnä synnynnäisiä. (K1: Jaa.) Synnynnäisiä vikoja. Niitä on. (Kertoo vioista.) (...)
- M: Minun paras kaveri kuoli (kertoo ystävänsä tapaturmaisesta kuolemasta)...Se oli varmaan yksi tekijä, joka laukaisi sitten sen...

Työryhmän ääni keskustelussa tulee esille K1:n liittäessä sairausdiskurssiin parisuhdeteeman ja kytkiessä N:n mukaan dialogiin:

(1.1.777-831)

- K1: No tuota sinä et tiennyt näistä Erkin kokemuksista mitään...ystävän menetyksestä ja tämmösistä? (...)
- N: Silloin kun on menty naimisiin, niin olen minä tiennyt.
- M: Olet... Kyllä me keskusteltiin kaikki asiat.
- N: Kyllä minä niinkö tiesin, että Erkillä on nämä lääkkeet. (K1: Jaa.) Ja tämä...että on me niinkö puhuttu niistä sillon ihan...oikeastaan niinkö ihan seurustelun alkuvaiheessa. (N kertoo seurustelun alkuaajoista, jolloin he olivat muuttaneet nopeasti yhteen asumaan.) (...)
- K1: Miten se tuota se aika siitä tähän? Niin tuota...miten se... Onko Salme jotenkin muuttunut? (...)
- M: (...) Salmesta on tullut paljon määrätietoisempi. Varsinkin sen jälkeen, kun hän on töihin mennyt. (K1: Jaa.) (...) Kaikesta voi sanoa, että määrätietoisempi.

Työryhmän ääni tuo sairauskeskeiseen puheeseen uutta merkitystä, kun K1 kysyy M:lta, onko hänen vaimonsa muuttunut seurustelun alkuaajoista. Keskusteluteema on nyt M:n "vikojen" sijasta parisuhteessa, ja M:n lausumassa tulee esille hänen havaintonsa vaimonsa muuttumisesta määrätietoisemmaksi.

5.5.3 Työryhmän äänen ja asiakkaiden äänen dialoginen vuorovaikutus

Avohoidon tapauksen ensimmäisessä hoitokokouksessa kouluttaja (K1) on haastatellut perhettä ja todennut lausumassaan, että perheelle on "viime vuosina tapahtunut paljon". Kun hoitokokous on kestänyt 47 minuuttia, T2 kääntyy K1:n puoleen ja heidän välilleen syntyy reflektiivinen keskustelu:

(1.1.997-1017)

T2: (K1:lle) Mie kans ajattelen ihan, että... (K1: Mm.) (Elehtii käsillään.) Kun kuuntelee, niin todella on ollut *paljon semmosia muutoksia ja vaikeita asioita* ja nyt niinku... (M:lle) Te... (K1:lle) isä on ollut yhteydessä moneen ja nyt sitten niinku sillai, että kotona just paljon... Että niinko hirveesti perheessä on muuttunut asioita. (K1: Mm. Mm.) Ihan...saa ihmetellä, että kuinka kaikki ovat jaksaneet. (Nojautuu tuolissa eteenpäin.)

K1: Kaikki tuota se perusta mille niinko...että rakennettiin se elämä silloin kun se kaikki alkoi, että tuota... He sanoivat, Erkki ja Salme, että jo alusta lähtien oli esimerkiksi tiedossa ne Erkin ongelmat, mitä on ollut ja syö lääkkeitä. Ja tuota niinku ne tuli mukaan siihen perheeseen ja että niinku sitten kun syntyi lapsia, niin Salme jäi hoitamaan niitä, mutta nyt niinku kaikki tämä on muuttunutkin toisin päin.

T2: Niin on. Joo.

K1: Salmesta on tullut päättäväisempi.

Reflektoinnissaan T2 ja K1 luovat merkitystä M:n ja N:n kertomuksen pohjalta perheen elämään. T2:n ääni dialogissa on, että perheen elämässä on ollut "paljon semmosia muutoksia ja vaikeita asioita" tai "niinko hirveesti perheessä on muuttunut asioita". T2:n lausuma kytkeytyy toisaalta puolisojen lausumiin ja toisaalta K1:n aikaisemman lausuman (974) havaintoon, että perheessä on "viime vuosina tapahtunut paljon". K1 vastaa T2:lle omilla havainnoillaan, jotka perustuvat tarkasti siihen, mitä M ja N ovat lausumissaan todenneet, mutta johon K1 voi lisätä oman äänensä painottamalla joitakin asioita ("jo alusta lähtien oli esimerkiksi tiedossa ne Erkin ongelmat, mitä on ollu ja syö lääkkeitä" ja "kun syntyi lapsia niin Salme jäi hoitamaan niitä, mutta nyt niinku kaikki tämä on muuttunutkin toisin päin"). K1 kytkeytyy dialogisesti myös M:n aikaisempaan lausumaan (827), jossa hän on sanonut vaimostaan tulleen töihinmenon jälkeen "paljon määrätietoisempi".

(1.1.1018-1077)

N: Kyllä niinko Laurasta näkyy vielä, että se on hirveän semmonen...äkkiä tuntee turvattomuutta.

M: Joo niin on.

N: (...) Että ei sais oikeastaan niinko tapahtua kovinkaan mitään *muutoksia...mitään muutoksia*. (...) Niin kuitenkin sillä tavalla, että se hirveän äkkiä niinkö näkyy siitä heti. Se saattaa pelätä...saada ahdistuskohtauksia, kun se...tarpeeksi niinku...

K1: Entä nyt kun oli kuukausi sitten tulossa se, että sinä menet töihin. Mitä hän sitten sanoi?

N: (Katsoo miestänsä.) Minusta tuntuu, että meillä oli pieni pariikki.

- M: Niin tais olla. Se vain tuntuu, että siinä oli paniikkia. Matilla on paniikkia vieläkin.
- N: Joo. Sitten alkoi valittaa. Yksi puhui vatsakipuja. Sitten...joo. Taidettiin olla kaikki paniikissa.
- M: Sirpalla oli vatsakipuja.
- N: Joo. Minusta tuntuu, että se *taisi olla koko perheen paniikki*. (...) Minusta tuntuu, että niinko lapsetkin varmaan ajatteli, että kestääkö he. (K1: Joo.) Ja että keestetäänkö me nyt sitten se, että tulee taas tämä näin. Ja sitten kestääkö tämä kauan...että pitää kuljettaa hoidossa. Ja voi ettäkö mulla käy mahaan kipeää ja...
- T3: Puhuitteko te siitä kotona, että..?
(...)
- N: Puhuttiin sillä tavalla aina kun saatiin niitä kiinni. Mutta niillähän oli aina vauhti kova siinä vaiheessa, kun ... (...) Ei ne niinkö halua puhua. Varsinkin jos ne tietää, että on semmosesta vakavasta asiasta kuten esimerkiksi töistä...töihinmenosta tai muusta tämmösestä *koko perheeseen liittyvästä muutoksesta* kysymys, niin eivät kauhean mielellään halua pysähtyä juttelemaan. (...) (Sirpa kipua äidin syliin.)

N kytkeytyy T2:n ja K1:n reflektoinnissa perheen elämän tapahtumille muodostuneisiin uusiin merkityksiin ("niinko hirveesti perheessä on muuttunut asioita...saa ihmetellä, että kuinka kaikki ovat jaksaneet"). Hän kertoo kuinka tytär pelkää muutoksia ja saattaa saada ahdistuskohtauksia. N:n lausumassa on havaittavissa työryhmän ääni hänen kertoessaan "koko perheeseen liittyvästä muutoksesta" ja siitä, että "se taisi olla koko perheen paniikki" ja "lapsetkin varmaan ajatteli, että kestääkö he". Hoitokokouskeskustelussa on tapahtunut semanttinen muutos, kun huoli M:stä on laajentunut käsittämään koko perheen siten, että enää ei puhuta M:n ongelmasta vaan vanhempien yhteisestä huolesta lapsistaan.

(1.1.1095-1136)

- K1: No, onko se tuota Matti terve sitten kuitenkin?
- M: Matilla on allergia. (...) Jos ei sitä nyt hoideta, niin se puhkeaa astmaksi sitten. (...)
- N: (...) Se oli ne ahdistuskohtaukset viime kesänä. Jokaiselle jotakin riittää melkein. Että siinä mielessä on kohta melko tasapuolisesti jaettu...kaikenlaisia juttuja. (...)
- K1: (...) Mulla vain tulee mieleen semmonen ajatus, että kun se sairaus on niin paljon mukana jokaisen elämässä niinko väistämättä kuitenkin teidän perheen elämässä... Niin jos ei niinku olis niitä sairauksia, minkä kautta asioita tuodaan näin paljon esille... Miten te sitten ne ratkaisitte tämmöset ongelmat ja uudet haasteet ja ristiriidat, mitä tulee jatkuvasti elämässä?
- M: Ei sitä voi ajatellakaan sillä tavalla. Ei sitä ole... En minä ainakaan ole osannut siihen terveen rooliin... sillä lailla niinkö ajatellakaan, että miltä tuntus olla terve.

K1:n ääni luo keskusteluun uuden merkityssysteemin, jossa sairaudet ovat perheelle kieli, jonka kautta asioita tuodaan esille. K1 on yhdistänyt dialogisella tavalla oman pohdintansa perheen sairausdiskurssiin, ja hän kysyy, miten perhe ratkaisisi ristiriitansa, ellei sillä olisi sairauksia. K1:n kysymys johdattelee M:n kannalta *potentiaaliseen diskurssiin*, uuteen tapaan merkityksellistää ja tarkastella asioita, joka ei ole vielä mahdollista ilman terapeuttien apua ("En minä ainakaan ole osannut (...) sillä lailla niinkö ajatellakaan, että miltä tuntus olla terve").

5.5.4 Indikatiivinen ja symbolinen merkitysalue perheen ja työryhmän dialogissa

Avohoidon tapauksen toisessa hoitokokouksessa on noin kahdenkymmenen minuutin ajan käsitelty perheen toiminnan indikatiivista puolta. Keskustelun teemoina ovat olleet äidin työssäkäynti ja perheen urheiluharrastus. Sairausdiskurssi on myös perheelle tuttua kielialuetta, ja M on alkanut puhua vatsaoireistaan:

(1.2.452-491)

- M: ...Se minua vaan vaivaa, että tuota niin... Nyt minulle tehtiin se vatsalaukun tähystys. Sieltä löytyi semmosta pientä ärtymystä. Ja jotain pohjukaissuolessa jotain pientä ärtymystä. Mutta minä... Niinku viimeksi puhuttiin siitä, että minä aamulla oksennan kaiken ulos. Että onko se osittain sitten *henkistä pahoinvointia?*
 (...)
 (...)
 T2: Miten sinä sanoit? Sinä sanoit niin jännästi tuossa, että johtuuko se..?
 M: Onko se henkistä pahoinvointia?
 T2: Miten sinä ajattelet? Oisko sulla syytä siihen, että se ois henkistä pahoinvointia?
 (...)
 M: Niin. Mietin vain tuota... Ainakin minä oon hirveä jännittämään. (...)

Perheen ja työryhmän dialogissa on löytynyt määritelmä, joka voi toimia linkkinä *perheen oireita kuvaavan kielen (indikatiivinen diskurssi) ja työryhmän oireille selittävästä kontekstista hakevan kielen (symbolinen diskurssi) välillä*: vatsaoireet henkisenä pahoinvointina. Tämä on se kielialue, jolla terapeuttisissa keskusteluissa usein työskennellään. M:n puheessa on viite työryhmän edustamasta psykologisesta äänestä, joka tarkastelee oireita psykologisessa merkitysyhteydessä. T2 reagoi M:n psykologiseen ääneen.

(1.3.103-164)

- M: Se on ollut tuo Salmen kurkku pelkkää allergiaa. Ne on eilen maalanneet. (...)
 T1: Se on se pöly.
 (...)
 N: (Kuiskaa) ...Oli koko ajan sitä pölyä.
 M: (...) Sullehan alkoi se kurkkukipu silloin viime viikonvaihteessa, kun te maalasitte sitä. Ja nyt on vielä pajun kukinta alkanut, niin sekin voi olla. Se on pelkkää allergiaa.
 T1: Niin, sitä on pajun kukkia ilmassa.
 M: Se on pelkkää allergiaa.
 (...)
 T3: Sehän on varmasti tuo Salmen kurkkukipu sitten tommosta ilmeisesti allergiaperäistä. Mutta jos kuviteltas, että siinä oiskin joku psyykkinen syy. Mitä te arvelette, että minkälaista syytä siihen vois olla?
 M: Sitähän on pari kolme kertaa vuodessa. Eikö olekin? Enämpikin.
 N: (Kuiskaten) Silloin kun se menee normaalisti tollai ääni, niin se menee kesken lauseen. Kurkku ei ole kuitenkaan kipeä, mutta nyt minulla on kurkku tulehtunut, että se on ihan punanen. (...)
 T3: Niin se varmasti on. Mutta jos edelleen vielä kuviteltas semmosta, että jos ois joku semmonen mahdollisesti semmonen psyykkinen syy, niin onko teillä ajatusta, mikä se vois olla?
 M: En minä kyllä osaa sanoa mitään. Olisko väsymys. (N:lle) Väsynyt?
 N: (Pudistaa päätään.)
 M: En meinannut millään saada maanantai-iltana kymmenenkään aikaan kotiin sieltä...

Avohoidon tapauksen kolmannessa hoitokokouksessa N voi puhua vain kuiskamalla. M:n lausumissa toistuu näkemys, että N:n kurkkukipu on "pelkkää allergiaa". T3:n lausumassa on läsnä M:n ääni T3:n korostaessa kurkkukivun allergiaperäisyyttä, mutta hän yrittää tuoda dialogiin mukaan oman merkityssysteeminsä pyytäänsään puolisoita kuvittelemaan psyykkistä syytä N:n kurkkukipuun. He eivät kuitenkaan kykene irrottautumaan indikatiivisista ajatteluyhteyksistä symboliselle ajattelun tasolle, jota psyykkisten syiden kuvitteleminen edellyttäisi. M palauttaa puheen teeman vaimon ylitöihin.

Perheen ja työryhmän keskustelu tapahtuu *perheen kielen merkityssysteemissä*, johon T3 yrittää tuoda psykologisen äänen mukaan. Dialogi ei toteudu polyfonisena vuoropuheluna, sillä työryhmä on myötäillyt lausumissaan perheen diskurssia eikä T3:n 'vieras sana' saa vastakaikua M:n ja N:n osallistumisessa dialogiin.

(1.3.484-517)

- T1: Mulla tuli mieleen, että onko...onko muita...Erkki muita semmosia asioita...asioita...että tulee niinku teillä...teillä. Että se niin...et voi kertoa...tai et kerro...suojellaksesi Salmea esimerkiksi? (...)
- M: On tietenkin. Menneinä vuosina ja nykyvuosina oli ainakin nuo raha-asiat. Kyllä minä yritän hoitaa ne sillä lailla yksin, että suojelisin Salmea, että Salmen työkyky ja kaikki muu säilyisi ennallaan, ettei tuota... Kyllä minä yritän ne hoitaa...hoitaa tuota niin...
- T1: Sinä tykkäät, että ne on sun *päänsärky*?
- M: Niin. Ne on minun *päänsärky*.
- T1: No onko...onko Salmella tämmösiä asioita? (6s.) Että ...onko semmosia asioita jotain...että sinä et halua Erkin *päänvaivaksi*? Että sinä ennen vaan funtsit mielessä itte...vaikka ne on yhteisiä asioita.
- N: (Kuiskaa) Vissiin ainoa on ollu...ainoa mitä minä en ollut sanonut...ja joka nyt vasta tuli ilmi, niin oli se kuulo.
- M: Niin se kuulo. Joo...joo. Et ollut siitä puhunut.
- N: (Kuiskaa) Se oli sen takia, että minä ajattelin, että kyllä se riittää, kun minun *päästä särkee* siitä asiasta, että kun siinä ei mitään sen kummempaa tarvi. Että se on ihan turha kasvattaa jotakin huolten määrää jollakin ole-tuksella tai epäilyllä.
- M: Joo. Kuulo on heikentynyt toisesta korvasta Salmella.

T1 kytkeytyy perheen indikatiiviseen puheeseen diskurssissa, jossa perheen vuorovaikutussuhteet ovat refleksiivisen tarkastelun (Tomm, 1988) kohteena: Onko asioita, joista M ei kerro vaimolleen suojellakseen häntä? M:n toiminta perheessä saa myönteisen merkityksen aviopuolisojen suhteen kannalta: M sanoo pyrkineensä suojelemaan vaimoaan myös huolehtimalla perheen raha-asioista, jotta vaimon työkyky säilyisi. T1:n kytkeytyminen perheen diskurssiin terapeutisessa merkityssysteemissä tapahtuu perheen kielialueella, mikä ilmenee konkreettisesti T1:n käyttämässä ruumiilliseen oireeseen viittaavassa metaforassa: T1 nimittää M:n kantaakseen ottamaa huolta raha-asioista M:n "päänsärkyksi". Hän myös kysyy, onko N:llä vastaavia asioita, joita vaimo ei halua miehensä "päänvaivaksi". N sanoo, ettei ole halunnut kertoa miehelleen kuulonsa huonontumisesta ajatellen, että riittää kun hänen itsensä "päästä särkee" siitä asiasta.

Myös ensimmäisessä hoitokokouksessa K2 käyttää ruumiilliseen tuntemukseen viittaavaa metaforaa seurantaryhmän refleктоivassa keskustelussa:

(1.1.1313-1326)

K2: (...) Ja nyt sitten lopussa tulikin semmoinen, että *kauhean puristava tunne*, että onko tämä perhe *hirveen puristuksissa* sisältäpäin ensinnäkin, että on kaikki... Erkki on niin paljon huolehtinut kodista ja lapsista ja kaikki on niin yhteistä, että oikeastaan kuulosti, että kaikilla on *hirveä paine*...lapsilla ja Salmella ja Erkillä siitä, että jos tuota nyt koko tilanne muuttuu... () Että onko heillä minkäänlaista mahdollisuutta nyt ite päättää asioistaan? Ihan taloudelliset asiat voi tulla vastaan heitä. (...) Jotenkin tuntu semmoinen, että *hirveä puristuskin* siihen...tähän perheeseen kohdistuu.
(...)

(1.1.1339-1341)

M: No sitä nyt kyllä on (...) tällä hetkellä velkaa, että *kyllä siinä tuota niin puristuksissa ollaan*, kun sitä kuukausittain maksetaan pankkiin (...).

K2:n pohtiessa reflektiivisesti hoitokokouskeskustelun seuraamisen hänessä herättämiä vaikutelmia, hän mainitsee omasta "puristavasta tunteestaan" ja miettii, onko perhe "hirveen puristuksissa". K2:n lausumassa symbolinen diskurssi on dialogisessa suhteessa perheen kielelle ominaiseen indikatiiviseen diskurssiin hänen verratessaan omaa tunnettaan perheen elämäntilanteeseen ja M:n vastatessa hänelle, että "kyllä siinä (...) puristuksissa ollaan, kun (velkaa) kuukausittain maksetaan pankkiin".

5.5.5 Potentiaalisen diskurssin mahdollisuuksien kehittyminen

Avohoidon tapauksessa T2 kysyy kuudennen hoitokokouksen lopulla puolisojen mielipidettä hoitokokouskeskusteluista:

(1.6.1040-1118)

M: (...) Kyllä sais se vähän enempi raapasta tuolta syvemmältä...joskus. Sillon alakuunhan se raapasi aika syvältä. Nyttenkin on... Joitakin semmosia asioita ehkä ois, jotka...*sais raapasta syvemmältä.* (6s.) Menee tämä keskustelu sitten niin semmoseksi pintapuoliseksi, että onko siitä sitten enää...
(...)

N: Äskön me, silloin kun te olitte tuolla alhaalla, me puhuttiin siitä. Sitten minä kysyin Erkiltä, että tuota että tuntusko sinusta... Onko nyt jotakin...onko sinusta jotakin asiaa, mistä haluaisit puhua...*semmosta*, josta ei ole puhuttu? Siinä niinkö minä ajattelin *semmosta*, että ... Jotenkin tuli semmoinen niin kepeä...*semmonen*...jollakin lailla *semmonen keveä olo*. Minä ajattelin, että se voi olla, että on *jotakin semmosta*, joka ei ois ehkä niin keveäkään. *Jotakin...just jotakin vähän syvemmällä.* Jotakin että ko... Jotenkin minusta tuntuu, että niinkö Erkkikään ei välttämättä niin...täällä kun jutellaan, niin välttämättä kyllä sano ihan...jotenkin minusta tuntuu...ihan puhu sitä mitä se niinkö ajattelee tai tavallaan sillai... (...)

M: Ei mutta silloin nousee aggressiot liian paljon pintaan, jos minä tuota niin alan puhumaan kaikki mitä mulle tulee mieleen.

N: Niin.

M: Niin sitä minä pelekään juuri, että...

T1: Onks se paha?

M: No on. On kai se toisaalta. Toisaalta kai se on paha.

(M kertoo sanovansa kotona joskus harkitusti sellaista, josta jälkeenpäin tulee paha mieli. T1 sanoo pitävänsä hyvänä, jos saa sanottua asiat suoraan.)

N: (...) Että onhan se niinku rehellisyyttä.

T1: Koska se esimerkiksi tänne kun tullaan...täällä ollaan...niin on yks justiin semmonen...semmonen missä pitäis voida sanoa.

- T3: Ja sitten se mahdollisuus täällä ois siihenkin, että käsiteltäs sitä pahaa oloa, joka siitä mahdollisesti tulee.
 N: Niin.

T2:n aloitteesta M ja N arvioivat hoitokokouskeskusteluja. Se edellyttää indikatiivisen ajattelun sijaan reflektiivistä suhdetta omiin tuntemuksiin. M käyttää hyvin konkreettista tuntoaistimukseen liittyvää metaforaa ("sais se vähän enämpi raapasta tuolta syvemältä") vastatessaan T2:lle. N merkityksellistää keskustelukontekstin käyttämällä painoon liittyvää metaforaa ("keveä olo") ja yhtyen M:n diskurssiin ("just jotakin syvemältä").

Puolisoja pohdituttaa keskustelun "keveys". Tässä merkitysyhteydessä "keveys" ilmaisee arvoarvostelmallista suhdetta kohteeseensa. Kuten Kundera (1985) pohtii teoksessaan *Olemisen sietämätön keveys* sitä, oliko antiikin Parmenides oikeassa vastatessaan, että keveys on positiivista ja paino negatiivista, myös N toivoo keskusteluilta "jotakin semmosta, joka ei ois ehkä niin keveäkään".

Puolisojen kritiikki antaa aiheen olettaa, että M:n ja N:n on mahdollista osallistua keskusteluun *potentiaalisen diskurssin* alueella, mikäli työryhmä luo sille sopivan kontekstin. M:n kohdalla vaikea mutta mahdollinen diskurssi liittyy keskusteluun vuorovaikutustilanteissa heräävistä vihamielisistä tunteista. M sanoo pelkäävänsä, että "nousee aggressiot liian paljon pintaan", jos hän alkaa puhumaan avoimesti siitä, mitä ajattelee. M:n ja N:n toivomus "syvemälle" menemisestä keskusteluissa ilmentää pyrkimystä, joka luo *edellytyksiä terapeuttisille muutoksille perheen vuorovaikutussuhteissa*. Työryhmä painottaa, että hoitokokous on sopiva foorumi, jossa "pahaa oloa" aiheuttavista vaikeista asioista voidaan puhua.

5.5.6 Sanattoman diskurssin käyttö työryhmän toiminnassa

Avohoidon tapauksen neljännessä hoitokokouksessa T2 tekee keskustelun kulkuun nähden yllättävän intervention, jossa hän pyytää puolisoita menemään istumaan vierekkäin:

(1.4.391-422)

- T: Minä en tiä. Minä tässä koko ajan pohdiskelen semmosta, että minä niin haluaisin, että te istuisitte vierekkäin. Tuntusko pahalta, jos..?
 N: (Nauraa) Ei, ei... Kato mää, mulla on yks syy, miksi minä istuin tähän.
 T2: No?
 N: Minä en halua istua keskellä?
 T2: Keskellä?
 N: Niin tavallaan sillai. Minä muistan, kun mulla jäi nimittäin kerran silloin ensimmäisestä kerrasta mulle jäi mieleen, kun minä istuin tähän...(Osoittaa tyhjää tuolia keskellä.) niin minä tunsin istuvani tavallaan väärällä paikalla, koska Erkki niinku vetäytyi tällä lai... (Vetää tuoliaan taaksepäin.) näin taaksepäin...minun taakse ja minä en halunnu sitä. Erkki viimeksi istui tässä näin.
 M: (Nauraa) Ei mutta kun meillä vuoteessakin tämmönen näin...kun me nukummekin. (N nauraa.)
 T2: No se täytyy... (Kääntyy työryhmän puoleen.) Voitasko me mitenkään muuttaa sitä nyt. (Nauraa)
 S4: Siirtäkää niitä tuoleja erilleen.
 (N siirtyy istumaan tyhjälle tuolille miehensä viereen.)

- N: Minä en halua, että Erkki piiloutuu minun taakse. (...) Minä haluan sillä tavalla... (...) Minä sanoin Erkkille, kun me lähetettiin, että minä istuin väärässä paikassa. Että minä en halua niinko istua sinun... Kun minä muutenkin melkein aina suuna ja päänä. Minä istuin vielä keskellä. Että toinen voi ihan rauhassa olla...

Ehdottamalla N:lle istumista miehensä viereen T2 on tehnyt puolisojen keskinäisiä suhteita koskevan väliintulon. T2 pyrkii toiminnallaan ohjaamaan puolisojen vuorovaikutusta haluamaansa suuntaan ("haluaisin, että te istuisitte vierekkäin"). T2 ei perustele ehdotustaan eikä se liity dialogisesti käytyyn keskusteluun, vaan se on syntynyt T2:n sisäisessä dialogissa ("tässä koko ajan pohdiskelen semmosta..."). T2:n intervention viesti jää sanattomalle tasolle. Läsnäolijat voivat merkityksellistää sen sisäisessä reflektiossaan viestiksi siitä, että puolisojen suhde kaipaa muutosta (esimerkiksi lähentymistä).

Sanattomaan viestintään perustuva terapeutin väliintulo on diskurssia, joka luo merkitysyhteyden puolisojen keskinäisestä asemasta tuoleilla istumassa heidän keskinäiseen suhteeseensa. N ilmaisee tämän sanomalla, että hän ei halua M:n "piiloutuvan" hänen taakseen eikä halua "istua keskellä", koska hän on "muutenkin melkein aina suuna ja päänä". T2:n interventio on (monologisuudestaan huolimatta) vaikuttanut niin, että N voi ottaa nyt puheeksi kokemuksensa parisuhteestaan. Dialogi parisuhteesta on kuitenkin vielä tilannekohtaiseen kokemukseen liittyvää indikaatiivista puhetta.

5.5.7 Ongelman merkityksen muuttuminen hoitoprosessin aikana

Avohoidon hoitoprosessin aikana hoitokokouskeskustelut ovat muuttuneet semanttisesti siten, että perheen ongelmien käsittely sairastamiseen liittyvissä merkitysyhteyksissä (sairausdiskurssi) on vähentynyt ja tilalle on tullut esimerkiksi kasvatusongelmien käsittely:

(1.5.1-72)

T2: Mitä kuuluu?

M: (Katsoo hymähtäen vaimoan.) Joo. Mitäpä sitä. Kaikkeahan sitä kuuluu.

N: (Hymyilee) Mm.

M: Meillä on vähän ollut ongelmia tämän pojan, Matin suhteen. Persketti, mulla meinaa mennä hermot ja meneekin kyllä useamman kerran viikossa. Nuori herra meinaa vähän ()...kaikki kumartaa hänelle.

T2: Kerro vähän lisää.

M: No, kaikissa harrastuksissa. Eihän se ole kotonakkaan enää ollenkaan. (...) Kyllä...joka pikkuasiassa sen huomaa, että hä...hänelle pitäs ku...kumartaa ja hänen...mittojensa mukaan tanssia...joka asiassa.

(...)

N: Se tarvii niin, se tarvii semmoset rajat, että se...se toppaa se juoksu. Koska se on tukka putkella. (...)

Viidennessä hoitokokouksessa M:n aloitteesta teemaksi muodostuu vanhempien vaikeudet murrosikäisen poikansa kasvatuksessa eikä M:n sairastamisesta puhuta enää mitään. Perheen ongelmien käsittely tapahtuu nyt sairausdiskurssin sijaan diskurssissa, jota luonnehtii M:n ärtymys ("Persketti, mulla meinaa mennä hermot ja meneekin kyllä useamman kerran viikossa") pojan käyttäytymisestä. N:n ääni tässä

diskurssissa on miestään tukeva: "se tarvii semmoset rajat, että se...se toppaa se juoksu".
Kuudennessa hoitokokouksessa puhutaan edelleen perheen elämän kiireisyydestä ja "tukka putkella menosta" (kiirediskurssi):

(1.6.203-243)

- N: (...) meillä on vähän semmosta tukka putkella menoa, että niinku eilenkin... (...) ja sen piti olla muka vapaapäivä. (...)
- M: Raskaampia ne on, jos on vapaa päivä. (N: Niin.) Ainakin mulle on mitä työpäivät. (Naurattaa)
- T2: Miks Erkki?
- M: No helekkari. Se oikein hiki valui, kun piti.. (N nauraa.) On niin paljon töitä. Piti siivouksella alottaa. Hikihän siinä tuli heti aamulla.
- N: Sinä hermostuit jo valmiiksi. Apua, hänellä on niin paljon tekemistä, että me ei millään keretä illaksi.
- M: Mulla tuli kertakaikkiaan paniikki.
(...)
- T2: Kerro, miltä tuntui, kun tuli paniikki?
- M: Oksentamaan minä juoksin heti.
- T2: No?
- M: Joo. Se maha heti reagoi siihen, että...jos paniikki tulee. (T2: Joo.) Niin se on. (...) Kyllä se tuli heti välittömästi, että kyllä...
- T1: No helpottiko se?
- M: Iltapäivällä helpotti sitten, kun... Minä lähin sitten vähän ilta...urheiluhommiin.

Puolisot jakavat lausumissaan kiireisyyden perheen elämän ongelmana. Dialogissa on vahvasti esillä M:n kokemus siitä, että vaimon vapaapäivät ovat raskaampia kuin työpäivät ("Piti siivouksella alottaa. Hikihän siinä tuli heti aamulla."). M:n suhtautuminen näihin kotikiireisiin merkityksellistyy dialogissa siten, että M toteaa hänelle tulleen "kertakaikkiaan paniikki". Tässä yhteydessä M kuvaa jälleen indikatiivisella tasolla oireitaan ("oksentamaan minä juoksin heti") vastaamatta psykologisessa diskurssissa, kuten T2:n kysymys ("miltä tuntui, kun tuli paniikki") edellyttäisi. M liittää oireensa kuitenkin uusiin merkityssuhteisiin. Lausumassaan hän pitää oireita elimistönsä reagoitina paniikkiin, jota hän kokee joutuessaan aikataulun alaiseksi. *M:n puheessa oireilla ei ole enää psykiatrisen tai somaattisen sairauden merkitystä. Ne ovat kiireen aiheuttamia psykosomaattisia reaktioita.*

(1.7.977-1062)

- K1: Mitä Salme sinä sanot, onko ne vaikuttaneet jotenkin Erkin sairauteen tai terveyteen nämä keskustelut?
- N: On kyllä minun mielestä niinko. Sen takia niitä on koko ajan... Me on kuitenkin niinko koko ajan haluttukin jatkaa. Koska se on selvästi semmonen... Kyllä siinä varmasti niinko osa niistä...niistä paineista ja pahasta olostai tämmösestä on jäänyt siihen keskustelutilaisuuteen. (...) ...selvästi kuitenkin semmonen helpotunut olo sitten sen jälkeen, että... Että jotkut asiat on puhuttu. Jotkut semmoset asiat, mitkä on ollu jotenkin...justiin sillä hetkellä...että on vähän niinku ittekin rakennellu paineita siitä... jostakin asiasta joka on vaikka tulevaisuudessa. (...)
- K1: Tuota...olen tässä tuota... Monta kertaa sitten puhuttukin näitten keskustelujen jälkeen yhdessä, ja mulle ...mulle on tullu mieleen tämän syksyn aikana useamman kerran se, että...että tuota kun...verrattuna viime kevääseen... Viime keväänä Erkki esimerkiksi paljon puhui näistä sairauksistaan ja vaivoistaan, mutta tänä syksynä ei kuitenkaan. Mistä ajattelet sen johtuvan, että on käynyt näin, että...että tuota nyt Erkki puhuu kiukusta tai...
- N: Tuota niin...joo... Kyl just se...
- K1: tai pinnan kireydestä tai jostakin tämmösestä, mutta ei siitä sairaudesta?

- N: No se musta tuntuu, että se johtuu siitä, että se kiireys on tullut sinne tarkkailun tilalle, että...että tuota niin... Tosissaan jos loppus...loppus kiire... Niin ei tarttis minunkaan mielestä välttämättä loppua, mutta jos niinku vähenis... (...)
- K1: Mm. Mutta...voi olla että minä muistan väärin, mutta eiks viime keväänäkin... Erkkihän oli niissä urheilutouhuissa mukana ja silloinkin oli kuitenkin kiire. (N:Joo.) Mutta että siitä huolimatta hän silloin puhui näistä tuota...vaivoistaan ja...
- M: Mun... Minä silloin puhuin. Ja olis kai niistä vaivoista puhumista nytttenkin, mutta minä olen jollakin lailla kovettanut kuitenkin itteni, että ei niistä tartte aina olla keskustelemista...koska ne... Muistaakseni jossakin tilanteessa täällä...täällä tuota niin...viime keväänä... Olikohan se viimeinen kerta vai viimeistä edellinen kerta, kun käytiin...niin *sovittiin sillon, että jos lopetetaan niistä sairauksista puhuminen ja...*(Naurattaa) ja sen takia minä en ole niistä täällä puhunut.
- K1: Onks se vaikuttanut jotenkin sinun elämiseen, että olet lopettanut puhumisen siitä?
- M: Ehkä se jollakin lailla. (Katsoo vaimoan.) En tiä. En minä sillai tarkkaan oikein ole miettinyt.
- N: Ei niistä kovin hirveän paljon puhuta kotona.
- M: Ei niistä puhuta. Koska sinäkin sen olet tuonut julki, ettei minun tarvitse puhua. (N: Mm.) Niin eikä tartte aina valittaa.

Avohoidon tapauksen seitsemännessä hoitokokouksessa K1 toteaa havaintonaan, että M ei enää ole puhunut hoitokokouksissa sairauksistaan tai oireistaan, vaan nyt hän puhuu "kiukustaan tai pinnan kireydestä". M sanoo puolisojen päättäneen lopettaa sairauksista puhumisen. Sairauspuhe on vähentynyt myös kotona ("Ei niistä kovin hirveän paljon puhuta kotona"). N on todennut, että "varmasti niinko osa paineista ja pahasta olostai tämmösestä on jäänyt siihen keskustelutilanteeseen". Hoitokokouksessa puolisoilla on ollut mahdollisuus puhua perheen elämässä paineita aiheuttaneista asioista, mistä on ollut seurauksena "semmonen helpottunut olo". Puhuminen paineista ja pahasta olostai hoitokokouksissa on vaikuttanut puolisojen toiminnassa siten, että sairausdiskurssi on selvästi vähentynyt perheen vuorovaikutuksessa. Perheenjäsenet voivat ilmaista pahaa oloaan sanallisesti ilman välitöntä oireilua tai sairastamiseen liittyviä merkitysyhteyksiä. Jo toisessa hoitokokouksessa N totesi (luku 5.3.2), että perheen nuorin tytär (L1) oli vatsaoireilun sijaan alkanut ilmaista sanallisesti pettymystään äidin myöhäisistä työajoista: "Se on ehkä vattakippua ollu tai muuta, mitä silloin ennen. Mutta nyt se niinko alkaa sanomaan. Monesti multakin kysyy, että miksi se sitten sinun pitää aina lähteä sillä lailla...taas mennä ja..." (1. 2.254-258).

(1.7.1153-1207)

- K1: No tuota, onks ne niinkun muuttanut jotenkin sitten teidän kanssakäymistä nää keskustelut ja tää, että Erkin sairaudesta olette puhuneet vähemmän kotona ja täällä?
(...)
- N: Sen minä...minä oon ainakin niinku huomannut sen...että minä enemmän tiedostan sen, että meillä on liian vähän aikaa.
- M: Se on totta.
- K2: Siis aikaa mille?
- N: Keskinäiselle... (Viittaa kädellään mieheensä.)
- K2: Kahestaan?
- N: Niin, kahestaan olemiselle. Niin että sitä on peräti joskus yritetty niinku järjestääkin.

- M: Mm. Yritettiinhan sitä viime keväänä järjestää sitä, että joskus kahestaan päästäs lähtemään jonnekin.
- N: Kyllä se olikin aikamoinen ällistys. Pienonen shokki suorastaan.
- T1: Viime syksyn kotitehtävä?
- M: Niin se kotitehtävä, mutta sekin epäonnistui sitten, että ei sitäkään... (...)
- (M ja N toteavat, että yhteisen ajan tielle tuli aina jokin este: tavallisimmin lapset tai N:n työtilanne.)
- S3: Enkä minä enää yöllä jaksa keskustella. Minä oon kyllä niin iltauninen, että mie en kyllä yöllä jaksa keskustella. Se on aivan turha yrittää keskustella.
- K1: Mutta tuostahan tulee vain mieleen sellanen ajatus, että tuota... Että se on niin yllättävää, että pitäis ruveta kahdenkesken olemaan tai menemään. Ja se niin tuota sillonhan nää tämmöset kiireet ja sairaudet voi olla myös suojana sitä vastaan, ettei niinku tule... ettei joudu tällä tavalla yllättäviin tilanteisiin.
- (N: Mm.) Ja tuota sitten vielä kun sanoit, että teillä on näin kiinteä perhe, niin siinä hän lapsetkin saattas... tuota säikähtää, jos (N: Mm.) te kaksistaan olisitte. Sillä niinkun tuota...sillä sairaudella voi tulla perheen elämään niinkun sillä lailla myönteinenkin merkitys... muutokselta suojaava merkitys. Tai en minä tiedä, onko se myönteinen vai ei-myönteinen...kuitenkin niinku semmonen.

Hoitoprosessin arviointikeskustelussa N toteaa hoitokokouskeskustelujen vaikuttaneen siten, että hän tiedostaa puolisoilla olevan liian vähän aikaa toisilleen. M ei arvioi yhtä reflektiivisesti keskustelujen vaikutusta vaan ottaa esille työryhmän puolisoille hoitoprosessin aikana antaman kotitehtävän ja sen epäonnistumisen. Parisuhdeteema on edelleen vaikea aihe käsiteltäväksi dialogissa perheen kanssa. Hoitoprosessin aikana puoliset ovat työryhmän avulla kuitenkin voineet ainakin indikaatiivisesti tarkastella tätä heidän kannaltaan *potentiaalisen diskurssin aluetta*.

Hoitoprosessin kuluessa ongelma on saanut uusia merkityksiä ja muuttunut sillä tavalla, että M:n psykiatristen oireiden tarkastelun sijasta puhutaan nyt puolisojen "kahdestaan olemisesta". K1:n lausumassa tulee esille pyrkimys ymmärtää perheen elämäntapaa uudessa merkitysyhteydessä: "Että se on niin yllättävää, että pitäis ruveta kahdenkesken olemaan tai menemään. (...) sillonhan nää tämmöset kiireet ja sairaudet voi olla myös suojana sitä vastaan, ettei (...) joudu tällä tavalla yllättäviin tilanteisiin".

5.5.8 Dialoginen suhde ymmärtämisen edellytyksenä

(2.1.816-825)

- T2: (Hitaasti puhuen perheelle) Meille on tämän keskustelun kuluessa muodostunut semmonen kuva, että...että tuota ...teidän perheessä lapsista kukin on saanut tehdä itsenäisiä päätöksiä sen suhteen, että mihinkä ryhtyy. Ja Pentti on tehnyt sellaisen muiitten ratkaisusta poikkeavan itsenäisen päätöksen, että hän on...päätännyt luopua lupaavasta urastansa ja jäädä kotiin. Ja...se jää jotenkin askarruttamaan meidän mieltä, että mikä tehtävä Pentillä on...tai mikä merkitys sillä on, että hän on jäänyt kotiin.

Sairaalahoidon tapauksen ensimmäisen hoitokokouksen lopussa T2 kertoo perheelle palautteen, joka on muodostunut työryhmän käytyä konsultoimassa seurantaryhmää. Palaute on hoitosysteemin yritys ymmärtää ja määritellä perhesysteemin toimintaa. Perheen ja työryhmän keskinäisessä dialogissa hoitokokouksen aikana ei ole kuitenkaan tapahtunut sellaista kehitystä, josta olisi ollut seurauksena yhteisen ymmärryksen kehittymisen. Työryhmä toteaa palautteessaan, ettei myöskään terapeuteille ole syntynyt käsitystä siitä, mikä merkitys P:n kotiinjäamisellä on perhees-

sä. T2:n lausuma on syntynyt perheelle 'vieraan sanan' (perheterapeuttisen diskurs-
sin) muodostamassa merkityssystemissä ja siinä välittyy perheterapeuttinen ääni
("teidän perheessä lapsista kukin on saanut tehdä itsenäisiä päätöksiä" ja P:n kotiin-
jääminen on "muitten ratkaisusta poikkeava itsenäinen päätös" sekä ajatus Pentin
kotiinjäämisestä "tehtävänä").

(2.2.998-1014)

- T3: Se oli karmee kokemus se sairaalassaolo. Oli kaikki nämä eristysjutut ja kaikki.
Se oli niin totaalista se yksinäisyys, mitä mie ainakin kuvittelin Pentin tuntevan.
Tuntui pahalta.
- S: Kun minä silloin... Minä yritin soittaa. Kun minä soitin sulle...siihen Penan nume-
roon tänne silloin kun sinä olit... Että Pena oli ite toivonut, että ei soitettas silloin.
(...) Just sanoi, että mielellään ei soitettas...
- T3: Mm...mm. Pentti sanoi silloin kans...
- S: että hän haluaa olla vähän aikaa yksin.
- T3: Onks se sitten semmosta, jota niinko tarttee sillai, että pääsee kokoontumaan.
- S: Niin. Se voi olla.
- T3: Penttihan ite halus eristykseen. (S: Joo.) Siis sillai, että se oli ihan semmonen...
Mutta se oli kuitenkin karmeen tuntosta.

T3 puhuu diskurssissa, jossa P:n sairaalassaolo on "totaalista yksinäisyyttä" ja "kar-
mee kokemus". Koska T3 ei ole ollut dialogissa P:n kanssa hänen kokemuksistaan,
T3:n lausumat eivät tuo esille niinkään P:n ääntä kuin T3:n omaa merkityksenantoa.
T3 tulkitsee omasta merkityssystemistään P:n tuntoja. T3 olettaa P:n tunteneen
samalla tavalla kuin hän on tuntenut eläytyessään omahoitajana P:n tilanteeseen ("Se
oli niin totaalista se yksinäisyys, mitä mie ainakin kuvittelin Pentin tuntevan."). Ei ole
kuitenkaan varmaa, onko T3 ymmärtänyt P:n tilannetta, koska P ei ole dialogissa
kertonut, vastaavatko hänen kokemuksensa T3:n mielikuvia. Sitä paitsi keskustelus-
sa käy ilmi, että P on halunnut olla "vähän aikaa yksin" ja halunnut myös eris-
tyshuoneeseen. T3:n mielikuva P:n yksinäisyydestä ja lepositeissä olemisesta "kar-
meena" kokemuksena on syntynyt T3:n merkityssystemissä kohtaamatta P:n sanaa
siitä, mitä hän on kokenut. T3:n 'sana' (merkityksellistämisen tapa) on näinollen
enemmän monologinen kuin dialoginen sana.

5.6 Keskinäinen reflektointi työryhmän toiminnassa

5.6.1 Subjektivisten merkitysten hyödyntäminen reflektoinnissa

(1.6.352-384)

- T3: (T1:lle) Jussi, Erkki on varmaan niin tunnollinen, että haluaa tuota tehdä hommat
puoliksi, ettei jää toisten tehtäväksi, kun toinen...
- T1: Niin ja jos on sovittu, että hommat tehdään silloin ja siten, niin se tulee semmo-
nen... Se on petturimainen...(T2: Niin mut...) Joo, ett pettää...pettää, jos siitä pitää
lähteä johonkin tai lähtee johonkin.
- T2: Miten sie Jussi kuvittelisit, mitä vois tapahtua sitten, jos tuota niin niin... Erkki ei
tekis...tai huolehtis? (...)
- T1: Kyllä mulle tulis hirveen paha mieli ittelle, jos olisin vain enkä tekis...
- T2: Mitä sie Toini luulisit, että tapahtus?

- T3: Mie aattelen, että Salme vois väsyä liikaa.
 T1: Mulle tuli semmonen mielikuva, että niin... Mie tulisin itte niinku petty-
 mään...itte. Ja sitten mie rupeisin tiuskimaan. Se on miun kaunis tapa kotonakin.
 Mie rupeen tiuskimaan.
 T2: Mie vain mielikuvituksessani ajattelin, että uskaltaskohan sitä joskus kokkeilla
 semmosta, että aattelis vain, että...että no, hoitakoot hommat...kyllä ne joku hoi-
 taa. Se on hirveen rohkeeta tietenkä ja se...
 M: Ei mut...
 T2: on semmosta. Niin?
 M: Niin mutta kun...ne ne oottaa kuitenkin ne hommat kotona sitten.
 T2: Niin että ne ei kuitenkaan...
 M: Ei niitä pääse karkuun. Kyllä se on varma, että ei niistä pääse karkuun.

T3 on kääntynyt T1:n puoleen ja tuonut lausumassaan esiin omaa merkityksenanto-
 aan keskusteluun, jota on leimannut M:n elämäntilanteen tarkastelu 'kiirediskurssis-
 sa'. T3:n lausumassa ongelmaa (kiireet ja niistä aiheutuva paniikki) merkitykselliste-
 tään myönteisessä yhteydessä: M on "varmaan niin tunnollinen", ettei halua töiden
 jäävän toisten tehtäväksi. T3:n dialoginavaus käynnistää työryhmän refleктоivan
 keskustelun.

Keskinäisessä reflektoinnissaan työryhmän jäsenet hyödyntävät subjektiivisia
 merkityksiään ja mielikuviaan. Työryhmän jokaisen jäsenen äänet tulevat osaksi
 dialogista prosessia. T1 arvelee tekemättä jätettyjen töiden aiheuttavan tunteen siitä,
 että on pettänyt toista. T2 kytkeytyy dialogiin kysymällä T1:ltä, mitä hän kuvittelisi
 voivan tapahtua, jos P jättäisi työt tekemättä. T1:n vastaukseen sisältyy hyvin henki-
 lökohtainen ääni hänen sanoessaan, että "mulle tulis hirveen paha mieli itelle, jos
 olisin vain enkä tekis", ja että "mie rupeisin tiuskimaan". T3 vastaa T2:lle sanoen
 ajattelevansa, että M:n vaimo "vois väsyä liikaa". T2 pohtii uutta toimintamahdolli-
 suutta: "uskaltaskohan sitä joskus kokkeilla semmosta, että aattelis vain, että...että no,
 hoitakoot hommat". Tässä vaiheessa M kytkeytyy dialogiin vastaten T2:n aloitteen
 vasta-argumentilla: "ne oottaa kuitenkin ne hommat kotona sitten".

Työryhmän jäsenet ovat keskustelleet keskenään kunkin omassa merkityssys-
 teemissä kehittyneistä ajatuksista. Reflektointitilanne on antanut tilaisuuden eri
 äänien esille tuloon. Työryhmän jäsenten henkilökohtaiset merkitykset voivat tulla
 terapeutisesti vaikuttavaksi osaksi hoitoprosessia, ja asiakkaat voivat käyttää niitä
 sisäisessä reflektiossaan. Ilman reflektointia nämä merkitykset olisivat mahdollisesti
 jääneet muodostumatta ja sanomatta. Tässä tilanteessa reflektoinnissa ei kuitenkaan
 tapahdu sellaista dialogista kehitystä, että eri äänet pääsisivät vaikuttamaan vasta-
 vuoroisesti toinen toisiinsa ja tunkeutumaan vieraaseen lausumaan, jolloin dialogissa
 voisi yhteisesti syntyä uusia merkityksiä.

5.6.2 Yhteisen ymmärryksen luominen työryhmän keskinäisessä dialogissa

(1.1.1202-1245)

- K1: (Työryhmälle) Mulle rupes tulemaan tässä aivan lopussa mieleen se, että kun se
 tuota...se tuota opiskeluaika ilmeisesti oli semmosta niinkun kaikinpuolin aika
 outo tilanne. Silloin oli se Lauran leikkaus just ollut ja hän alkoi pikku hiljaa
 paranemaan. Ja Erkillä meni opinnoissa kaikki hyvin ja näytti, että...niinkuin hän
 itse sen sanoikin...että hän oli silloin terve. Kuulostaa, että se terve on heidän
 perheessä niinku epänormaalia. (T1: Joo.)
 Tai että nimenomaan sairaus on se, mikä on koko ajan, ja sitten kun tuli tilanne,
 että on terve, niin se on semmosta elämää, mihin ei olekaan itse asiassa mitään

- valmiuksia olemassa, vaan että se ois ollut... Oisko se ollut liian iso muutos siihen tilanteeseen, mikä on ennen ollut? Kaikki ois pitänyt rakentaa uudestaan.
- T2: Joo. Ja erilainen kuin sen hetkisen tilan mukaan.
- K1: Niin.
- T3: Että sillai, että vaikka se työkokeiluhan ois voinu mennä niinku sekin, että olis todettu, että Erkki ei pystykään tekemään sitä työtä. Mutta se kuitenkin () ...ois voinut tulla tämmönen, että onkin terve. Että siitä tuli paniikki koko perheelle.
- K1: Joo.
- T1: Niin ja sitten ilmeisesti, kun perhe on tottunut elämään sillä lailla. Että siinä tuli varmaan määrätynlainen turvattomuuden tunne: Nyt ei olekaan kotona ketään.
- K1: Joo.
- T2: Ne on olleet vaikeita tilanteita. Lapsen sairautta. Jonkun on täytynyt olla turvana siinä.
- K1: Tottakai. Silloinhan sitä tarvii paljon enemmän, kun on semmosta sairautta...että on joku turvana.
- T2: Se on ihan totta.
- T1: Ja lapsille aivan ihanaa, että on ollut joku kotona.
- K1: Joo. Niin on.
- T3: Se on varmaan perheen äidillekin hyvin raskasta aikaa.
- K1: Mm.
- T1: Ja perheelle varmasti raskasta.
- T3: Koko perheelle.
- T2: Mm.

K1 kertoo työryhmälle hoitokokouskeskustelun pohjalta kehittämäänsä ajatusta, että sairaus mahdollisesti on asiakasperheessä ikäänkuin normaali tilanne. K1:n lausumassa on läsnä perheen ääni hänen viitatessaan siihen, mitä M ja N ovat puhuneet. K1:n lausuman psykologinen ääni tulee esille hänen johtopäätöksessään, että "nimenomaan sairaus on se, mikä on koko ajan, ja sitten kun tuli tilanne, että on terve, niin se on semmosta elämää, mihin ei olekaan itse asiassa mitään valmiuksia olemassa". K1:n luoma uusi merkitys perheen sairastamisen historiaan on, että olla terve "on heidän perheessä niinku epänormaalia" ja mahdollisesti "liian iso muutos siihen tilanteeseen, mikä on ennen ollut".

K1:n merkityksenannossa on muodostunut perheen ääneen dialogisesti tukeutuva selitys, joka voi tehdä perheen sairausdiskurssia ymmärrettäväksi. Työryhmä alkaa rakentaa dialogiaan K1:n merkityssysteemin pohjalle. Työryhmän keskinäisessä dialogissa K1:n ääni alkaa ohjata työskentelyä yhteisen ymmärryksen saavuttamiseksi.

Työryhmän jäsenet luovat reflektoinnissaan perheen sairastamisen teemaan erilaisia merkityksiä. K1:n esittämä ja dialogissa ohjaavaksi mielikuvaksi muodostunut merkitys on, että terveenä oleminen on perheessä outo tilanne, johon ei ole olemassa vielä valmiuksia. T3 kytkeytyy K1:n ääneen sanoen, että M:lle ehdotettu työkokeilu olisi voinut tuoda tilanteen, "että onkin terve" ja "tuli paniikki koko perheelle". T1:n äänessä tulee teemaan se merkitys, että perhe on tottunut isän kotona olemiseen, ja ehdotus työkokeilusta (johon T3:n edellinen lausuma viittaa), aiheutti perheessä turvattomuuden tunnetta. T1:n lausuman pohjalta työryhmä tarkastelee M:n kotonaoloa merkitykseltään turvallisuutta perheelle tuovana asiana. T2:n ja K1:n lausumissa korostetaan vielä lapsen sairauden luomaa erityistä tarvetta siihen, "että on joku turvana". Työryhmän jäsenet voivat lopuksi jakaa tunnekokemusta siitä, että perheellä on ollut "raskasta aikaa".

(1.1.1654-1662)

T1: (K1:lle) Minulle tulee muuten mieleen, että se olis valtava...muutos tälle perheelle, jos Erkki menis töihin. (K1: Mm.) Että siihen varmasti pitää valmentautua kauhian hyvin.

K1: Ei se käy näin äkkiä.

T1: Niin. Ja koko perheen päästä valmentautumaan siihen.

K1: Niin varmasti. Vois olla hyvä, jos siihen voisi saada luvan. Todella rauhassa valmentautua.

T1:n ja K1:n lyhyt reflektointikatkelma osoittaa työryhmässä syntyneitä *yhteistä ymmärrystä*, keskinäisessä dialogissa yhteisesti jaettua merkityksenantoa (luku 2.5.8) siitä, että perheen isän töihinmeno olisi hyvin suuri muutos perheelle, ja siihen olisi saatava rauhassa valmentautua. K1:n lausumaan sisältyy myös hoitoprosessia suuntaava ehdotus siitä, että perheen tulisi "saada lupa" valmentautua "todella rauhassa" isän töihinmenoon.

5.6.3 Tunnekokemusten dialoginen jakaminen työryhmässä

Työryhmä keskustelee seurantaryhmän hoitokokouskeskustelua koskevista huomioista (mm. "Se paha olo ja semmonen suru ja masennus tai semmonen...se niinkö välitty meillekin tuonne ja meille tuli ihan fyysisesti paha olo myös tuolla."):

(3.1.844-870)

T1: Mulla on ollut kans koko ajan semmonen tunne, että täällä on niin hiljaa, että ei uskalla kenkääkään vaihtaa toisten... Semmonen tunne, että ihan niinkun räjähtää tai jotenkin.

(...)

T2: (T1:lle) Toisaalta nämä asiat on yleensä niin vahvoja ja semmosia vaikeita, että harvoin niitä silleen lujasti puhuu. Se on niin yleinen tämä tilanne.

T1: Mm. Ja sitten, että mitä he niinko sanoikin, että heille oli semmonen masennus tullut sinne, niin minusta tuntuu, että mekin ollaan oltu kauhean masentuneita ja justiin sen takia ollaan puhuttu niin kauhian hiljaa niinko ittekin.

T2: Niin. Ja jotenkin niinko tuntuu

T1: Varovaisesti.

T2: ...ja tuntuu, että aina niinkö tuli...Anssin sairaus ...tuli äidin sairaus...ja sitten tuli ihan lopussa isän selkä, joka on viime keväänä... Jotenkin, että kaikki niinkö samaan... (T1: Mm.) kaikki surut. Mutta Anssista niinkö se...että onko Anssi jotenkin niinkö kuitenkin vielä auttanutkin vielä äitiä ja isää siinä, että...että kun hällä on vaikeuksia eikä hän niinkö pysty lähteen kotoa taikka hän tarttee niinkö apua ja huolehtimista. Niin auttanut kuitenkin äitiä ja isää pysymään niinkö yhdessä? (...)

Seurantaryhmän reflektiivisten kommenttien kuunteleminen on tarjonnut työryhmälle mahdollisuuden meta-asemassa tarkastella sekä hoitokokouskeskustelua että hoitokokouksen koko semioottista ilmapiiriä. Hoitokokouksessa työryhmä on ollut mukana vastavuoroisessa kielellisessä prosessissa, jossa vaikeista asioista käydyn keskustelun herättämä emotionaalinen tunnelma on välittynyt voimakkaana sanatomassa viestinnässä. T1 ilmaisee tämän sanoessaan, että "mekin ollaan oltu kauhean masentuneita ja justiin sen takia ollaan puhuttu niin kauhian hiljaa niinko ittekin" ja että on ollut "semmonen tunne, että ihan niinku räjähtää".

Koska työryhmä on osa hoitokokouksen kielellistä systeemiä, työryhmän jäsenet voivat ottaa systeemin suhteet tarkastelun kohteeksi vain pohtimalla reflekti-

visesti sitä vuorovaikutusta, jossa he itse ovat mukana. T1 on ottanut itsereflektiossaan esille oman ruumiin kielensä äänen ("on niin hiljaa, että ei uskalla kenkääkään vaihtaa"). Jakamalla tunnekokemuksiaan ja tarkastelemalla sitä kautta omaa osuuttaan systeemissä työryhmän jäsenet voivat myös edistää ymmärryksen syntymistä perheen tilanteeseen.

(3.1.919-952)

T1: Mikä vois olla se pahin, mitä vois tapahtua?

P: Että minä (). Sitten se ois, että pahin ois semmonen kysymys, että äiti tappas itte itensä.

T1: Äiti tappas itte itensä?

P: Niin. Tai jos minä kuolisin, niin äiti tappas varmasti itensä.

T2: Mitä sinä ajattelet, miten se isään vaikuttas?

P: No isä kyllä jaksais. Ne vain pidettäis hautajaiset, kun minä kuolisin.
(9s.)

T2: (T1:lle) Jotenkin tulee niinko hirveän surullinen olo. (T1: Mm.) Niinko siitä, että...että jotenkin tämä huonompi vaihtoehto on niinko silleen kuviteltu niinko loppuun asti. (T1: Mm.) Anssilla on selvä käsitys, että jos hän kuolis, niin äitkin kuolis (T1: Mm.)... ja sais hautajaiset. Mutta että se tulevaisuus ja se paras vaihtoehto on epävarma. (T1: Mm.) ().

T1: (T2:lle) Joo. Jotenkin semmonen niin kauhean... Että niinko tässä perheessä on menetyksien... On tapahtunut ihan lyhyessä ajassa, että äiti on lähtenyt (...). On tapahtunut menetyksiä ja semmosen... Lapset on lähteneet pois kotoa. (...) Jotenkin semmonen menetyksien ryöppy, että... Kun minä jossakin vaiheessa puhuin, että kun äiti 'eli' kotona... Sit minä aloin miettimään, että miten minä tämmösiä. Minä lipsautin sen ajattelematta. Se vaan tuli. (T2: Joo.) Että jotenkin mulla... Siinä aloin miettimään, että onko siinä semmonen ihan kuoleman kautta menettämisen pelko. Semmonen totaalinen. Että tähän on kuiteskin semmonen tilanne nyt, että kaikki on...on kuiteskin niinko tunnesiteiltään ja ovat fyysisestikin lähellä toinen toistaan. Semmonen kuoleman pelko on ja totaalisen menettämisen pelko.

T2: (T2 alkaa kyselymään P:ltä, kuinka todennäköisenä hän pitää sitä, että voisi kuolla äkillisesti seitsemäntoistavuotiaana.)

P:n tulevaisuuden pessimismi, kuoleman pelko ja pelko äidin menettämisestä koskettavat emotionaalisesti työryhmää. T2 alkaa reflektiivisesti pohtia omia tunteitaan sanoen T1:lle, että P:n pessimismistä tulee "hirveän surullinen olo". Työryhmän ja P:n dialogissa syntynyt tunnetason kokemus auttaa työryhmää ymmärtämään P:n ja perheen elämäntilannetta. Tunnekokemus prosessoituu työryhmän keskinäisessä reflektioivassa pohdinnassa, jolloin T1 voi tarkastella perheen elämää uudessa merkitysyhteydessä. P:n oireet tulevat ymmärrettäviksi, kun niitä tarkastellaan perheen kokemien menetysten muodostamissa merkityssuhteissa. Työryhmä on saanut dialogisen kosketuksen P:n ääneen, jota näyttää hallitsevan kuoleman ja menetyksen pelko ("äiti tappas itte itensä"; "jos minä kuolisin, niin äiti tappas varmasti itensä"). T1 pohtii reflektiivisesti myös omaa lipsahdustaan, kun hän oli sanonut (475), että "kun äiti 'eli' vielä kotona". T1 sanoo tällöin alkaneensa miettimään, että "onko siinä semmonen ihan kuoleman kautta menettämisen pelko".

5.6.4 Työryhmän reflektointi potentiaalisen diskurssin edistäjänä

Seuraava katkelma on keskustelusta, jossa M on protestoinut vaimonsa viipymistä yömyöhään harrastustensa parissa:

(1.6.491-508)

- T2: Onko sulla koskaan ikävä tuota Salmea siellä?
 M: (Naurahtaa) No on tietenkin. On...sehän on selvä, että on se.
 T1: Ett jättäs hössötykset ja...
 N: Yöt on parasta inspiraatioaikaa. (Naurahtaa) Ihan luovimmillaan...
 T3: Ooks sä sanonut...ooks sä sanonut Salmelle, että sulla on ikävä häntä?
 M: Olen.
 N: Olet sanonut.
 M: Olen...olen.
 (N puhuu tyttärensä kanssa.)
 T3: Mitä se on Erkki tuo Salme sulle vastannut sillon?
 M: Mitähän se on vastannut. Että höpö höpö.
 N: "Joo joo joo. Mää tuun kohta."
 M: Niin.
 (...)

(1.6.521-570)

(N puristaa tytärtään rintaansa vasten.)

- T2: (Työryhmälle) Minusta tuota niin niin... Mulle tulee mieleen, että...että sii
 nä...siinä saattas joku mies tosissaan suuttua, että... (Naurahtaa) ...että tuota niin
 niin...jos vaimo kovin kauan aina ois ettäällä. Että on sitä niinko miehelläkin
 jottain oikeuksia. Mulle tulee vain tämmönen ajatus mieleen, että...niinkö ääret-
 tömän hienotunteisesti Erkki antaa Salmelle tilaa, kun tietää, että on päivätyö ja
 on iltatyö.
 T3: Niin. Hienotunteinen ja toisaalta kärsivällinen ja ymmärtäväinen.
 T2: Mm. Että naisen tarpeita silleen ottaa huomioon.
 (6s.)
 T2: (M:lle) Ooks sä koskaan suuttunut tuolle Salmelle?
 M: Minäkö?
 T2: Mm.
 M: Milloinkahan minä oon suuttunut? (Katsoo vaimoonsa.) Viime lauantaina vii-
 meksi. (N: Mm.) (M kertoo, kuinka hän suuttui vaimolle, kun ruoka ei ollut val-
 miina hänen tullessaan väsyneenä kotiin matkalta.)
 T2: Miltä se Salme tuntui, kun Erkki suuttui?
 N: No, minähän olin hir...niinkö...
 M: Loukkaantunut.
 N: ...loukkaantunut, että kun minä olin...minä olin tuota... Me oli tukka putkella
 Lauran kanssa juostu. (...)

Työryhmä liikkuu ilmeisen herkällä kielialueella perheen elämässä tehdessään puolisojen keskinäisiin suhteisiin liittyviä kysymyksiä. Tässä tilanteessa T2 kääntyy muun työryhmän puoleen ja ottaa lausumassaan esille puolisojen tunnesuhteet ja erityisesti suuttumuksen, mikä on ollut tähän mennessä vaikea keskusteluteema. Varsinkin M:n on ollut vaikea käsitellä verbaalisesti tunnesuhteitaan (symbolinen diskurssi) erillään tunnetilan välittömästä kokemisesta. Nyt T2 puhuu suuttumisesta hyväksyttävänä mahdollisuutena ("saattas joku mies tosissaan suuttua" ja antaa runsaasti positiivista merkitystä M:n suhteelle vaimoonsa ("hienotunteisesti Erkki antaa Salmelle tilaa"). T3 vastaa T2:lle esittämällä lisää positiivisia määrittelyjä ("kärsivällinen ja ymmärtäväinen"). Reflektointi ja sen jälkeen T2:n suora kysymys, onko M koskaan suuttunut vaimolleen, avaa dialogin, jossa voidaan puhua puolisojen vastavuoroisista tunteista (M:n suuttumus ja N:n loukkaantuneisuus). Tässä dialogissa molempien puolisojen äänet ovat edustettuina (M oli suuttunut, kun tuli nälkäisenä matkalta eikä ruoka ollut koto-na valmiina, ja N oli loukkaantunut M:n suuttumisesta, kun "me oli tukka putkella Lauran kanssa juostu").

5.6.5 Työryhmän reflektointi peilinä ja vuorovaikutusmallina

Avohoidon tapauksessa M on alkanut puhumaan vaikeuksista perheen pojan kasvatuksessa ("Persketti, mulla meinaa mennä hermot ja meneekin kyllä useamman kerran viikossa"). Dialogissa N on todennut pojan tarvitsevan "semmoset rajat, että se toppaa se juoksu". Hoitokokouksen aikana työryhmä alkaa käydä reflektointia keskustelua keskenään jakaen kasvatuskokemuksia:

(1.5.117-164)

- T2: (T1:lle) Onko sulla Jussi murrosikäisiä...tuota niin ...poikia?
 T1: Ei mulla enää oo, mutta mulla on ollu.
 T2: Kerro vähän kokemuksia, että miten se alkaa ne isän ja pojan kamppailut sitten, niinkun että poika niinku itsenäistyy ja alkaa sitä tillaa valtaan...tullee kingiksi.
 T1: En minä tiedä, miten se alkaa, mut sen minä tiedän, että minkälaista se on.
 T2: No?
 T1: Et kyllähän siinä on siis oma...oma veronsa. Jossakin vaiheessa tulee hyvinkin kärkeäksi, että isä ei pätkäkään ymmärrä: se on fossiili. (Nauraa)
 M: Joo. Idioottihan se on...idioottihan se on.
 T1: (T2:lle) Se että, kyll mun nähdäkseni...ainakin mulla oli, että kyllä mun piti karehtua siit ja topata...topata sitä menemistä.
 N: Kyllä ne vaa...tarvii sitä...niitä rajoja.
 M: Tarvii selevät rajat. Ne on niin epävarmoja.
 N: Mutta siinä se onkin, että kun ne saa... Että pittää siinä kuitenkin aika lailla olla semmonen tavallaan aika voimakas ja ehjä itte, että sitä jaksaa pittää ne rajat, ei ne pysy siinä...
 T1: (T2:lle) Se että, minkä minä ainakin totesin... Että itellä pitäs olla sillon, kun rupeaa sen nuorison kans keskustelemaan...niin pitäs olla...pystyyn olemaan tyyri kuin viilipyty ja saada se keskustelu pysymään järkevänä, ettei se mene siihen, että haukutaan toisia. Koska sieltä nousee sitten...nuorella miehellä uhma riittää kyllä...jos riittää vanhallaakin. Siinä tulee sit semmonen ...turhaa kärjistymistä.
 T2: Tarkoitatko Jussi sellaista, että ei niinko...pitäs niinkö silleen tunteita jyllään kuitenkaan kovasti siihen. Että sitähan on kuitenkin se, että siitä pikkupojasta alkaa tulleen niinko sellanen...
 T1: Niin...niin...ja koska siitä...ei siitä mihkään päästä. Nuorilla ne tunteet... Vanhempi pi... Vanhemman pitäs pystyä niitä hillittämään vähän... (T2: Ai joo.) ja saada pysymään se siis keskustelun tasolla. Ettei se mee mihkään ovien paiskomis-tasolle ja semmoselle. Mutta ei sille mitään maha, menee se joskus. (Naurua)
 T3: Eikö siinä kannattas pysyä niinkö kunkkuna ite?
 M: Näkyyhän tuo. Kyllä joskus tuntuu, että ovet tulee tosiaan karmineen sisälle, kun poika lähtee ulos. Lyö oikein tosissaan huoneiston ovet kiinni. Kyllä tuntuu, että ovet tulee karmineen sisälle.

Vanhemmuuden vaikeuksista murrosikäisten lasten kanssa puhuessaan työryhmä toimii perheen vertaisryhmänä ja ikäänkuin peilinä, jolloin M ja N voivat verrata omia kokemuksiaan siihen, mitä T1 kertoo vastatessaan T2:n kysymyksiin. T1:n ääni normalisoi asiakasperheen ongelmaa samalla kun hän puhuu kansanomaista ja konkreettista kieltä: ("että kyllä mun piti karehtua siit ja topata...topata sitä menemistä"). Työryhmän ja asiakasperheen merkityssysteemit kasvatuskysymyksessä ovat samankaltaisia (lapset tarvitsevat vanhempiansa asettamia rajoja), ja M:n ja N:n toiminta vanhempina saa tukea. Dialogista voidaan päätellä, että T1 ja M voivat merkityksellistää murrosikäisen pojan isän aseman yhteisessä diskurssissa (T1:n ja

M:n havainnot nuoren pojan suhtautumisesta isäänsä: "se on fossiili" ja "idioottihan se on"). T1:n ja T2:n reflektoinnissa tulee esille myös ääni, joka korostaa vanhemman vastuuta omasta toiminnastaan ("saada se keskustelu pysymään järkevänä, ettei se mene siihen, että haukutaan toisia").

5.6.6 Epävarmuuden jakaminen työryhmän reflektoinnissa

Seuraava keskustelu käydään työryhmän jäsenten kesken sen jälkeen, kun T1 on puhelimitse vastaanottanut seurantaryhmän ohjeet siitä, miten työryhmän kannattaisi jatkaa dialogia perheen kanssa:

(1.5.600-674)

- T1: Niin sieltä alakerrasta kehoitettiin meitä... (T3: Mm.) keskustelemaan keskenämme. Muistankohan mie nyt oikein?
- T2: No mietippä.
- T1: Keskustelemaan keskenään... (T3: Mm?) semmosesta asiasta, että niin...että heidän keskustelu Matin kanssa ja meidän keskustelu täällä tänä aikana, kun olemme heidät tunteneet... Ett onko ne...vaikuttaako ne toisiinsa? Joku tämmönen se oli.
- T2: Sanopa uusiksi. (Naurua) Minä en käsittänyt yhtään mittään. Minä en käsittänyt yhtään mittään. (T2 nojautuu tuolissaan T1:een päin.)
- T1: Siis että me tänä aikana, kun me oomme täällä tunteneet ja keskustelleet heidän kanssa... Ja heidän keskustelu kotona Matin kanssa näistä asioista niinkuin he ovat käyneet siellä... Niin jotain näistä muutoksista. Jotain tämmöstä ne käski...
- T2: Miten sinä ymmärsit, että tämmöstä meidän pitäis tehdä?
- T1: En minä ymmärtänytäkään. Sillähän se onkin niin hankalaa selvittää.
- T2: Ai niin. Mitenkäs sie Toini kuvittelisit tuon homman nyt?
- T1: Mut il...ilmei...ilmeisesti yksi on ainakin semmonen, että...se että niin...ett...ett onko heillä mahdollisuus keskustella tällai... Mun...mun mielestä me oomme siis pystyneet täällä heidän kanssa keskusteluun hirveen hyvin. (T2: Mm.) ...Ja niin niin... Ett pääseekö he kotona...perhepiirissä, onko heillä mahdollisuus päästä...
- T3: Tämän sorttiseen keskusteluun?
- T1: Niin. Keskustelemaan maltilla. Koska he molemmat on hyviä keskustelemaan. (T2: Mm.) Ett onko sitten, että siellä jotkut tunteet lyö yli, vai mikä siinä sitten on, että se huudetaan. Pitäskö meidänkin ruveta huutaan välillä? (Naurahtaa)
- T3: Täällä ei oo huudettu, kun on keskusteltu asioista.
- T1: Että se niin...
- T2: Oota, mie nyt ymmärsin silleen, että tuota niin... just siitä, että...ett kun ajattellee niinko puhumalla puhutaan asiat, ett se ei menis huutamiseen, niin hakisko se Matti niinko semmosta...niinko tavallaan isoa kaveria siihen, että tosiaan pystyisi ehkä... Eihän eihän sen ikäset pojat varmasti tunteista puhu, mutta ylipäätänsä niinko keskustelemaan, ettei...ei tarttis niinko heti niinku karehtua. Niinko tässä nyt on esimerkiksi puhuttu Matista, niin...niin ett eri tapoja millä tavalla toimii ja pitäis olla... Tä? Hoksasitko, mitä tarkotin? (Katsoo T3:a)
- T3: Kyllä jotakin vissiin.
(T1 ehdottaa, että he voisivat käydä kysymässä, mitä seurantaryhmä oli tarkoittanut. Työryhmä pohtii asiaa päättäen olla käymättä seurantaryhmän puheilla.)
- T1: Mut jospa me just oivallettiin jotakin, koska ne ei oo soittanut uudestaan.
- T3: Mm.
- T2: Joo.
- T3: Niin että mie ajattelin si... Tuossa tuli mieleen semmosta...että että se, että huudetaan ja karjutaankin siellä kotona, että onko se sit mikkään niin paha asia, vaikka huudetaan ja karjutaan, jos pysytään siinä, että mitä on niinko sanottu. Että kaheksalta tulet kotia.

(Työryhmä jatkaa keskinäistä keskusteluaan pohtien eri näkökulmista, kuinka vanhemmat voisivat toimia Matin kasvatuksessa.)

Yrittäessään kertoa muulle työryhmälle seurantaryhmältä saamiaan ohjeita T1 huomaakin, ettei ollut ymmärtänyt, mitä seurantaryhmä tarkoitti. Hämmäntävä tilanne kehittyy työryhmän jäsenten keskinäiseksi dialogiseksi prosessiksi, jossa he aluksi muodostavat yhteistä ymmärrystä siitä, miten seurantaryhmä oletettavasti oli halunnut heidän toimivan. Koulutettavat voivat jakaa yhteistä epävarmuuttaan onnistuneesti niin, että seurantaryhmään turvautumisen sijasta he keskustelevat keskenään yhdeksän minuuttia kasvatusteemasta perheen kuunnellessa.

5.6.7 Erillisen refleктоivan ryhmän monologinen toimintatapa

Avohoidon tapauksen kolmannen hoitokokouksen loppupuolella T1 ehdottaa seurantaryhmän mielipiteiden kuuntelemista:

(1.3.757-836)

T1: Erkki sanoi, että on kiire. Mulla on jotenkin semmonen mieli, että oisko tuolla refleктоivalla työryhmällä jotain sanomista?

T3: Pitäskö meidän kysyä, jos?

T1: Että haluttasko me kuulla, että mitä mieltä ne on?

M: Joo kiire meillä tosiaan on, että jos ne jotakin sanomista on...

T3: Kysytään, että onko niillä.

(...)

(Kolme seurantaryhmän jäsentä tulee terapiahuoneeseen.)

K2: Mitäs jos me tuota teidän (...) kanssa juteltas... juteltas yhdessä, että Salme ja Erkki ja Sirpa voivat kuunnella ja kattoa.

(Työryhmä järjestäytyy tuoleineen seurantaryhmän jäsenten kanssa piiriksi, selin perheeseen).

K2: Ihan tuossa äsken ainakin minä mietin ja oli semmonen tunne, että oletteko te..? Että kun te kysyitte täällä ylhäällä, että halutaanko me tulla edes ylös, niin oli ihan semmonen tunne, että tänne ei oikeastaan saisikaan tulla...häiritsemään.

T2: Miks teillä oli semmonen tunne?

K2: Semmonen tunne, että täällä on jotenkin semmonen tiivis ilmapiiri, johon ei saa tuolta alhaalta kosketusta. Koska ei kaikkea...läheskään kaikkea kuullutkaan.

S1: Toisaalta minusta näytti niin lupsakalta (...) keskustelulta (...) että miten semmoseen puuttuu. (...) Siinä rupattelivat.

(...)

T1: (...) Niin mikä on teidän mielipide siitä, että... että voiko se paljon auttaa Salmea ja Erkkiä, että on mahdollisuus rupatella?

K2: Mm. Minä oikeastaan haluaisin kysyä teiltä mieluummin sen kysymyksen, että mitä te ajattelette, että auttaako tämmönen...auttaako tämmönen *rupattelu* heitä? Auttaako tei...tätä tilannetta?

(...)

T3: Minä kyllä tykkään, että minusta se vois auttaa, kun Salme ja Erkki sanovat toisilleen semmosia asioita, joita he kahdestaan eivät ole...

Seurantaryhmän ja työryhmän reflektiivinen keskustelu hoitokokouskeskustelusta kestää 23 minuuttia. Keskustelussa seurantaryhmä edustaa hoitokokouksen terapeutiseen systeemiin nähden ulkopuolista ja suhteessa työryhmän toimintaan var-

sin kriittistä ääntä ("semmonen tunne, että tänne ei oikestaan saisikaan tulla...häiritsemään" ja "auttaako tämmönen rupattelu heitä"). Työryhmän lausumissa tulee esille omaa toimintaa puolustava ääni: ("sanovat toisilleen semmosia asioita, joita he kahdestaan eivät ole...").

(Seurantaryhmäläisten lähdettyä T3 kysyy perheeltä, että "haluatteko jotakin sanoa tästä?")

(1.3.1188-1233)

M: Sen minä haluan sanoa, että tässä alkaa kyllä pultti pettämään. Kun se menee tämmöseksi jaappaamiseksi ja jaappaamiseksi... Mulla tuli niin ristiriitainen olo, että (T1 yskii)...siinä suhteessa ei oikein näytä hyvältä (T1 yskii) tämän terapian jatkuvuus. Tietenkin ainakin yhen kerran voi käydä, mutta sitten täytyy jo alkaa miettimään.

T3: Osaatko nyt sanoa mittään niinko semmosta tarkempaa (T1 yskii)...että mikä sulla on nyt semmonen, mikä sai sinut ristiriitaisiin ajatuksiin?

M: Ee...se että meidät suljettiin kokonaan... Minäkin olisin halunnut siihen välikommentteja. Mutta meidät suljettiin kokonaan pois. Aivanko me oltas jotakin helvetin ...meitä ei ois olemassakaan. Ja me kuitenkin olemme tässä ja meidän asioista puhutaan siinä. (...)

(T2 ja T3 alkavat selittää työtapaa perheelle.)

T3: Mut toisaalta minulle tulee niinko semmonenkin olo nyt tässä, että sehän on sopimuksen paikka tuo... Että tämä tuihahan ei välttämättä tule tänne, jos me yhdessä päätetään, että se ei tule.

T2: Kyllä.

M: Joo. Ei ainakaan ens kerralla.

Seurantaryhmän kytkeytyminen perheen ja työryhmän muodostamaan terapeuttiiseen systeemiin on tapahtunut monologisesti siten, että perhe on suljettu pitkäksi aikaa ulkopuolisen kuuntelijan ja katselijan osaan neuvottelematta tästä järjestelystä perheenjäsenten kanssa. M:n maininta perheen kiireestä on jäänyt myös kuulematta. Työryhmän ja seurantaryhmän jäsenten suhde on koulutustilanteesta johtuen korostetun epäsymmetrinen erityisesti kouluttajan (K2) kritisoidessa työryhmän toimintaa.

Palautekeskustelussa M ilmaisee voimakkaasti suuttumuksensa ("nyt alkaa kyllä pultti pettään"), mihin työryhmä reagoi ryhtyen selittämään perheelle reflektivoivaa työtapaa. Työryhmä on valmis muuttamaan työtapaa siten, ettei seurantaryhmän väliintuloja enää käytettäisi. Seurantaryhmän osana on olla M:n suuttumuksen kohteena, mutta samalla työryhmän ja perheen keskinäinen kytkeytyminen vahvistuu ja hoitoprosessi voi jatkua.

5.6.8 Äänien erillisyyksien reflektioivan ryhmän keskustelussa

(3.1.771-808)

T1: (T2:lle) Jotenkin tuntuu, että tässä perheessä on kauhean paljon perussairauksia. Että ihan semmonen sairauksiin liittyvä masennus, joka...niinko kaikilla. Että isä on mennyt tutkimuksiin. Äitillä on tullut psyykkisiä ongelmia ja Anssilla on ongelmia ja vatsa... Jatkuva pelko.

(Tässä vaiheessa huoneeseen tulee seurantaryhmästä kolme koulutettavaa.)

S1: Saammeko tulla keskustelemaan vähän? (Ryhmä menee istumaan sivummalle pöydän ääreen.)

S1: (S2:lle ja S3:lle) No niin. Me ollaan seurattu...tuota...perheen tilannetta ja tälleen näin. Mulle on tullut semmonen mielikuva, että...perhe on eronnut, mutta sitten

kuitenkin tunnesiteillä vahvasti vielä kiinni toisissaan. Ja sitten jokaisella perheenjäsenellä on kuitenkin kova huoli toisistaan. Tämmönen huolenpito kuvastuu...kuvastuu ... Ihan niin paljon kuvastuu, että se on... Tämmösenä suruna ja masennuksena tulee, että...

- S2: Mulle tulee vähän samanlaisia ajatuksia mieleen. Ensinnäkin tuolla haittas kyllä mua hirveesti, että kuultiin niin huonosti ääntä. Että todellakin enemmän piti kiinnittää huomiota siihen, että miltä näyttää. Ja se todella näytti, että surua on perheessä. Ja sitten kuitenkin todella tämmöstä välittämistä ja...tämmöstä että ollaan yhdessä vaikka ollaan erillään.
- S3: Se paha olo ja semmonen suru ja masennus tai semmonen...se niinkö välitty meille tuonne ja meille tuli ihan fyysisesti paha olo myös tuolla. Ja mietittiin sitten semmosia kysymyksiä kuin mikä vois olla niinko pahinta, mitä tälle perheelle voi sattua.
- S1: Niin...ja mikä vois olla parasta, mikä perheelle vois sattua Ja sitten mulle tuli semmosia kysymyksiä tuossa matkan varrella mieleen, että...vielä tarkentaa...että kuka siinä kotona oikein on. (...) Ja mikä oikeastaan Anssin koti on? (...)

Toisessa huoneessa keskustelua seuraavan erillisen refleктоivan ryhmän käyttöön liittyy ajallinen viive, kun ryhmä siirtyy seurantahuoneesta terapiahuoneeseen. Tänä aikana dialogi on kriisihoidon tapauksessa muuttunut siten, että T1 on aloittamassa T2:n kanssa keskinäistä dialogia perheen sairauksista ("Että ihan semmonen sairaus-siin liittyvä masennus, joka...niinko kaikilla"). Seurantaryhmän jäsenten saapuessa huoneeseen tämä dialogi keskeytyy.

Refleктоivan ryhmän keskustelu ei tässä tapauksessa ole keskinäistä dialogia, jossa ryhmän jäsenet vastaisivat toistensa lausumiin, vaan refleктоinti jää lähinnä *peräkkäisiksi monologeiksi*. He kertovat toisilleen valmiiksi muotoilemiansa ajatuksia, joista he ovat puhuneet toisilleen jo seurantahuoneessa. *Merkitykset tuodaan tähän keskusteluun valmiina; niitä ei synnytetä yhteisessä dialogissa.*

5.7 Tulosten tarkastelu

Tämän tutkimuksen tavoitteena on kuvata perhekeskeistä psykiatrista hoitokokouskeskustelua dialogisena prosessina erityisesti työryhmän toiminnan näkökulmasta. Tutkimuksen teorian pohjalta on rakennettu dialogisen analyysin käsitelmä (luku 4.2.1), jota on sovellettu kolmen psykiatrisen hoidon tapauksen (avohoito, sairaalahoito ja vastaanottokokous) analyysissä. Tapausten analyysissä on tarkasteltu työryhmän ja asiakkaiden keskinäistä kytkeytymistä, keskustelun dialogisuuden ja polyfonisuuden toteutumista, uusien merkitysten muodostumista keskustelussa sekä työryhmän keskinäisen refleктоivan keskustelun vaikutusta hoitokokouskeskustelussa. Tulosanalyysin pohjalta haetaan vahvistusta viiteen hypoteesiin (luku 3). Tässä luvussa tarkastellaan tuloksia tutkimuskysymysten ja hypoteesien mukaisesti.

5.7.1 Keskinäinen kytkeytyminen

Tulokset antoivat vahvistusta tutkimuksen *ensimmäiselle hypoteesille*, jonka mukaan hoitokokouksen dialogisuuden kehitys edellyttää työryhmän jäseniltä sellaista kielellistä kytkeytymistä asiakkaiden sanaan (diskurssiin), jossa on mahdollista siirtyä joustavasti symboliselta merkitysalueelta indikatiiviseen ja päinvastoin. Tulokset esimerkiksi osoittivat, että työryhmä voi jäädä perheen kielialueen vangiksi. Avohoitotapauksessa koulutettavien terapeuttien kokemattomuus johti tilanteeseen, jossa keskustelu oli muuttunut terapeuttisesti hyödyttömäksi "rupatteluksi" (5.3.2). Työryhmä oli sulautunut keskustelussa perheen merkityssystemiin ja diskurssiin, jossa puhuttiin pelkästään perheen jokapäiväisestä elämänkontekstista indikatiivisissa merkitysyhteyksissään. Työryhmän ja perheen merkityssystemit voivat jäädä myös erillisiksi, jolloin työryhmä ja perhe puhuvat ikäänkuin eri kieltä eikä keskustelussa ole edellytyksiä uusien merkityksiä luovaan yhteiseen dialogiin. Sairaalahoiton tapauksessa perheenjäsenen ääntä hallitsi yhden perheenjäsenen elämän merkityksellistäminen sairausdiskurssissa, kun työryhmä pyrki kytkeytymään ja synnyttämään dialogia perheen kanssa diskurssissa, jossa tarkastelun kohteena olivat perheen vuorovaikutussuhteet (5.3.3).

Hoitokokouskeskustelun polyfoninen kehitys edellytti työryhmältä dialogisen suhteen luomista kaikkien hoitokokouksessa mukana olevien henkilöiden kanssa. Tämä merkitsi työryhmän jäsenten kytkeytymistä keskustelun eri ääniin ottamalla omilla lausumissaan huomioon osanottajien erilaiset mielipiteet (esim. 5.3.1, 5.4.4). Esimerkiksi vastaanottokokouksen keskustelussa työryhmä laiminlöi kytkeytymisen mielenterveyskeskuksen edustajaan (5.3.5). Keskustelussa työryhmä loi dialogista suhdetta perheeseen, mutta oli monologinen suhteessa mielenterveyskeskuksen ääneen. Myös työryhmän jäsenten keskinäinen kytkeytyminen oli tärkeää keskustelun dialogisuuden ja polyfonisen kehityksen kannalta. Työryhmän jäsenten merkityssystemien keskinäinen kytkeytymättömyys johti toiminnan erillisyyteen (esimerkiksi monologiset teeman vaihdot keskustelussa 5.4.6).

5.7.2 Dialogisuuden ja polyfonisuuden toteutuminen

Tutkimuksen *toinen hypoteesi* oletti dialogisuuden edellyttävän työryhmän jäseniltä, että he voivat irrottautua keskustelua edeltävistä merkityssystemeistään (äänistään) ja olla avoimina itse keskustelussa esille tuleville uusille merkityksenannoille. Tulostuloksissa hypoteesi sai vahvistusta. Työryhmän tai jonkun sen jäsenen antaessa omalle äänelleen keskustelussa ylivallan kaikki eivät tulleet kuulluiksi. Esimerkiksi työryhmän jäsenten hoitoideologian tai organisaation mukainen ääni saattoi olla hoitoprosessissa dominoivana (5.4.5). Terapeutin lausumat perustuivat myös joissakin tapauksissa pelkästään hänen omiin mielikuviinsa ilman yhteyttä ulkoiseen keskusteluun (5.3.6; 5.4.6).

Työryhmä synnytti dialogia asiakkaiden keskusteluun tuomien teemojen ja merkitysten pohjalta (asiakkaiden semanttinen dominanssi) ja asiakkaiden diskurssissa, mutta otti samalla lausumiinsa ääniä, jotka laajensivat diskurssia terapeuttien kielialueelle (esim. 5.4.1, 5.4.2, 5.4.3). Dialogissa työryhmä teki kysymyksiä, jotka perustuivat asiakkaiden lausumiin ja niihin sisältyviin ääniin, ja jotka edellyttivät vastausta ja vastaukset herättivät uusia kysymyksiä (dialoginen haastattelu; 5.4.1).

Teeman vaihtamiset olivat keskustelun dialogisuuden tai monologisuuden kannalta tärkeitä kohtia. Dialogisessa siirtymisessä teemasta toiseen uusi teema niveltä joustavasti keskusteluun. Tutkimusaineiston keskusteluissa esiintyvät monologiset teeman vaihtamiset saattoivat olla terapeutin taholta osoitus yliherkkyydestä tai reagoimattomuudesta suhteessa keskustelun semioottisiin vihjeisiin. Edellisestä tapauksesta oli esimerkkinä työryhmän jäsenen äkillinen puheenaiheen vaihtaminen voimakkaita tunteita stimuloivassa keskustelun vaiheessa (5.4.7). Semioottinen kuurous tai sokeus puolestaan oli reagoimattomuutta sosiaalisen dialogin viesteihin ja monologista pitäytymistä oman sisäisen puheen nostattamiin teemoihin (5.4.6). Dialogin tukahtuminen saattoi johtua puheenaiheen vaikeudesta tai ahdistavuudesta (5.4.7), mutta myös terapeutin toiminnasta, joka oli perheen toimintatapaan sopimattomaa (5.4.6). Seurantaryhmän monologisessa väliintulossa keskustelun dialoginen prosessi katkesi (5.6.8). Avohoidon hoitoprosessin aikana seurantaryhmän monologinen toimintatapa ja kytkeytymättömyys perheen kanssa aiheutti jopa terapeutin systeemin organisaatiota uhkaavan kriisin (5.6.7).

Tutkimuksen *kolmannen hypoteesin* mukaan polyfonisuus toteutuu silloin, kun yksi ääni (merkityssystemi) ei muodostu hallitsevaksi, vaan hoitokokouksen osallistujat sisällyttävät lausumiinsa myös vieraita sanoja siten, että eri äänet ovat dialogisessa vuorovaikutuksessa keskenään. Tämä hypoteesi liittyy läheisesti edelliseen ja sai myös tulosanalyysissa tukea. Terapeutin oli mahdollista luoda keskusteluun polyfonisuutta esimerkiksi sirkulaarisen kyselyn avulla kytkemällä dialogiin mukaan hoitokokouksen osanottajien ja heidän sosiaalisen verkostonsa jäsenten ääniä (5.4.4). Työryhmän semanttinen dominanssi (5.3.4) tai työryhmän jonkun jäsenen monologinen hallitsevuus (5.3.6) ehkäisivät keskustelun moniäänisyyden ja polyfonisuuden kehitystä. Perheterapiakouluttajan toimimisella työryhmässä koulutettavien kanssa oli kahtalainen vaikutus työryhmän keskinäisen polyfonisuuden kehittymiseen. Koulutettavat saattoivat myötäillä kouluttajan esittämiä ajatuksia, mutta kouluttajan dialoginen toiminta myös auttoi koulutettavia tuomaan esille omia näkemyksiään (5.6.2).

5.7.3 Uusien merkitysten muodostuminen

Tutkimuksen *neljäs hypoteesi* pohjautuu Andersonin ja Goolishianin (1988) esittämään käsitykseen terapiasta muutosprosessina, jossa dialogissa syntyvät uudet merkitykset johtavat ongelman häviämiseen kielen tasolla. Hypoteesin mukaan hoitokokouksien keskustelujen terapeuttisuutta voidaan edistää sellaisella kielellisellä kehityksellä, jossa psykiatriseksi ongelmaksi määritelty asia voi saada uusia määrittelyjä, joilla ei ole enää psykiatrisen ongelman merkitystä. Tämä hypoteesi sai tukea erityisesti avohoidon tapauksessa, jossa hoitoa seurattiin vuoden aikana seitsemässä hoitokokouksessa. Keskustelujen seurauksena puolisoit sanoivat päättäneensä lopettaa sairauksista puhumisen (5.5.7). Kiire ja kiukku olivat tulleet perheen teemoiksi somaattisten ja psykiatristen oireiden tai sairauksien tilalle, jolloin keskustelua ei enää käyty sairausdiskurssissa vaan perheen vuorovaikutussuhteita tarkastelevassa diskurssissa (esim. 5.4.1). Samalla keskinäisistä tunnesuhteista puhuminen tuli mahdolliseksi.

Analysoituissa tapauksissa työryhmän ja perheen merkityssystemien dialoginen suhde joko työryhmän ja perheen dialogissa tai työryhmän jäsenten lausumissa heidän keskinäisessä reflektoinnissaan synnytti uuden diskurssin, jossa psykiatrisia

oireita voitiin tarkastella perheen historian ja vuorovaikutussuhteiden kontekstissa. Keskustelun semanttisessa muutosprosessissa työryhmälle tuli mahdolliseksi merkityksellistää perheen elämäntapahtumia siten, että uudessa määrittelyssä oli läsnä sekä perheen ääni että työryhmän perheterapeuttinen ääni. Avohoidon tapauksessa: "Kuulostaa, että se terve on heidän perheessä niinku epänormaalia. Tai että nimenomaan sairaus on se mikä on koko ajan, ja sitten kun tuli tilanne, että on terve, niin se on semmosta elämää, mihin ei olekaan itse asiassa mitään valmiuksia olemassa.(...) Oisko se ollut liian iso muutos siihen tilanteeseen, mikä on ennen ollut". Sairaalahoidon tapauksessa: "...teidän perheessä lapsista kukin on saanut tehdä itsenäisiä päätöksiä sen suhteen, että mihinkä ryhtyy. Ja Pentti on tehnyt sellaisen muitten ratkaisusta poikkeavan itsenäisen päätöksen, että hän on...päätänyt luopua lupaavasta urastansa ja jäädä kotiin". Kriisihoidon tapauksessa: "...aloin miettimään, että onko siinä semmonen ihan kuoleman kautta menettämisen pelko. Semmonen totaalinen. Että tähän on kuiteskin semmonen tilanne nyt, että kaikki on...on kuiteskin niinko tunnesiteiltään ja ovat fyysisestikin lähellä toistaan. Semmonen kuoleman pelko on ja totaalisen menettämisen pelko".

Tulokset osoittivat, että hoitoprosessin kuluessa työryhmä voi synnyttää ja käydä keskenään dialogia asiakasperheen potentiaalisen diskurssin alueella ottaen käsiteltäväksi asioita, joista perhe ei ole vielä voinut puhua (tässä tapauksessa työryhmällä oli myös semanttinen dominanssi), mikä loi edellytyksiä terapeuttisille muutoksille asiakkaiden merkityssysteemissä. Esimerkiksi avohoidon tapauksessa asiakkaat kritisoivat hoitokokouskeskusteluja pinnallisuudesta ja keveydestä: "saisi raapaista syvemmältä" (5.5.5). Heidän kohdallaan tärkeäksi potentiaaliseksi diskurssiksi osoittautuivat teemat, joissa käsiteltiin vihamielisiä tunteita perheen keskinäis-suhteissa.

5.7.4 Työryhmän reflektointi terapeuttisena välineenä

Tulokset tukivat tutkimuksen *viidettä hypoteesia*, jonka mukaan hoitokokouskeskustelun kielellistä kehitystä ja terapeuttisuutta voidaan vahvistaa työtavalla, jossa työryhmän jäsenet tarkastelevat keskinäisessä dialogissaan merkityksiä, joita he ovat antaneet puheena oleville asioille (työryhmän reflektointi). Reflektointi oli työtapa, jonka avulla työryhmän jäsenten subjektiiviset merkitykset ja tunnekokemukset (heidän yksilölliset äänensä) oli mahdollista saada osaksi hoitokokouksen dialogista prosessia ja asiakkaiden sisäisen reflektion ainekseksi (esim. 5.6.1, 5.6.3, 5.5.3). Työryhmän jäsenten reflektointi muodosti asiakkaille semanttisen ja vuorovaikutuksellisen viitekehityksen (terapeuttisen äänen), johon heidän oli mahdollista suhteuttaa omia kokemuksiaan ja merkityssysteemiään, ja jolla saattoi olla terapeuttisia vaikutuksia esimerkiksi asiakkaiden kokemuksia normalisoivana äänenä (5.6.5).

Työryhmän työskentelyssä reflektointi oli dialoginen väline, joka auttoi työryhmää synnyttämään ja ylläpitämään dialogia teemoista, joista asiakkaiden oli vaikea puhua (esimerkiksi tunnesuhteet, sairauden pelko, kuolema). Työryhmän oli mahdollista reflektoinnillaan suodattaa perheen merkityssysteemissä vaikeat asiat ja psyykkisesti ahdistavat merkitykset perheelle helpommaksi käsitellä (5.6.3, 5.6.4).

Työryhmän kannalta reflektointi toimi menetelmänä, jonka avulla työryhmän jäsenet saattoivat dialogisesti tarkastella eri ääniä ja merkityksenantoja, mikä loi edellytyksiä yhteisen ymmärryksen kehittymiselle työryhmässä. Tässä prosessissa

oli mahdollista, että työryhmässä tietty ääni (määrittely) nousi semanttisesti hallitsevaksi ja keskustelua ohjaavaksi näkökulmaksi. Perheterapiakouluttajan toimiessa samassa työryhmässä koulutettavien kanssa hänen merkityksenannoillaan ja toiminnallaan oli erityinen painoarvo (esim. 5.6.2) työryhmän keskinäisen keskustelun kehityksessä. Reflektointi osoittautui kokemattomien terapeuttien toimintaa helpottavaksi menetelmäksi mahdollistaessaan yhteisen epävarmuuden jakamisen työryhmässä (5.6.6).

6 POHDINTA

6.1 Tutkimuksen paikka perhekeskeisen ja perheterapeuttisen tutkimuksen kentässä

Tutkimus on yhteydessä laajaan perhekeskeisesti suuntautuneeseen tutkimus- ja kehittämistoimintaan, jota suomalaisen psykiatrisen terveydenhuollon piirissä on harjoitettu. Kahden viime vuosikymmenen kuluessa on toteutettu kolme suurta tieteellistä projektia: Turun skitsofreniaprojekti, valtakunnallinen skitsofreniaprojekti ja akuutin psykoosin integroidun hoidon tutkimus- ja kehittämisprojekti. Paikallisesti on lisäksi meneillään Länsi-Pohjan mielenterveystyön tutkimus- ja kehittämisprojekti, johon tutkimus elimellisesti liittyy. Näiden projektien puitteissa on valmistunut useita perhekeskeiseen psykiatriseen hoitoon liittyviä väitöskirjatason tutkimuksia.

Tutkimus voidaan nähdä yleisesti osana perheterapeuttisen keskustelun tutkimusta. Suomessa Wahlström (1992) on aikaisemmin analysoinut perheterapeuttisia keskusteluja. Hänen tutkimuksensa kohdistui perheterapiaistuntojen aikana tapahtuvaan merkitysten muuttumiseen asiakkaiden ja terapeuttien puhekäytännöissä. Teoreettisella tasolla perheterapian ja perhekeskeisen työskentelyn kielellisiä ilmiöitä ja prosesseja ovat viime aikoina tarkastelleet monet tutkijat. Tutkimuksessa on havaittavissa erityisesti amerikkalaisten Andersonin ja Goolishianin ja norjalaisen Andersenin ääni. Anderson ja Goolishian (1988) ovat tarkastelleet terapeuttista systeemiä kielellisenä systeeminä, jossa tapahtuvien uusien merkitysten muodostumisen kautta ongelma vähitellen menettää merkitystään ongelmana ja häviää osanottajien kielellisestä vuorovaikutuksesta. Tutkimuksessa voitiin osoittaa Andersonin ja Goolishianin kuvaamia semanttisia muutoksia erityisesti pitkäkestoisen perhekeskeisen hoitoprosessin kuluessa. Andersenin (1987, 1991) kehittämää refleктоivan työryhmän toimintamallia voitiin tutkimuksessa tarkastella analysoimalla hoitokokousten työryhmän keskinäisiä keskusteluja ja seurantaryhmän

työnohjauksellisia interventioita. Tutkimuksen mukaan työryhmän refleктоiva keskustelu oli työtapa, jota työryhmä voi joustavasti toteuttaa hoitokokouksen aikana hoitokokouskeskustelun dialogisuutta ja terapeuttisuutta edistävällä tavalla. Erillisen refleктоivan työryhmän käytöllä sen sijaan osoittautui olevan hoitokokouskeskustelun dialogisen kulun kannalta myös epäedullisia vaikutuksia.

Tutkimuksessa tarkastellaan hoitokokouskeskustelua dialogisena prosessina ja tutkimusmenetelmänä on dialoginen analyysi. Hoitokokouksen dialogisen prosessin teoria rakentuu keskeisesti Bakhtinin ja Voloshinovin²³ sekä Vygotskyn teorioille. Perhekeskeisen psykiatrisen hoidon tutkimuksessa Seikkula (1993) on aikaisemmin tarkastellut terapiaa sekä Bakhtinin että Vygotskyn teorioiden näkökulmasta. Leiman (1995) on soveltanut vygotskylaista lähestymistapaa brittiläiseen objektisuhdeteoriaan psykoterapian tutkimuksessa. Perheterapeuttisia keskusteluja ei ole aikaisemmin systemaattisesti tutkittu bakhtinilaisen dialogisen teorian kannalta. Uutta on myös tutkimusta varten kehitetty dialogisen analyysin käsitelmä. Malli pohjautuu pääosiltaan Bakhtinin ja Voloshinovin näkemyksiin kielen dialogisuudesta. Se liittyy väljästi myös diskurssianalyttiseen teoriaan (diskurssin ja merkityssysteemin käsitteet) ja yleensä diskursiiviseen lähestymistapaan, jota erityisesti (Wahlström, 1992) on tarkastellut perheterapian kannalta.

6.2 Tutkimuksen toteutuminen ja luotettavuus

Tutkimuksen paikallisena ympäristönä on Länsi-Pohjan perhekeskeinen psykiatrisen hoitomalli ja sille ominainen toimintamuoto, hoitokokous. Hoitomallissa on luonteenomaista, että hoitoprosessista vastaa työryhmä, joka on mukana hoitokokouksissa aktiivisena osallistujana. Toinen erityispiirre on työryhmän toiminnalle ominainen keskinäinen refleктоiva keskustelu hoitokokouksessa. Nämä keskeiset toiminnalliset piirteet toteutuivat tutkimuksen kohteena olevissa hoitokokouksissa, mikä tukee arviota tutkimustulosten *siirrettävyydestä* koko hoitomallin kannalta. Analysoiduissa tapauksissa (kolmen eri perheen hoitokokouskeskustelut) potilaan diagnoosi ja hoitava työryhmä olivat erilaiset ja myös hoitokonteksti (avohoito, sairaalahoito, vastaanottokokous) oli erilainen. Tutkimustulokset olivat siirrettävissä hoitomallin puitteissa diagnoosista riippumatta eri terapeuttisten systeemien ja hoitokontekstien välillä. Kuitenkin on todettava, että tutkimusta tarvitaan vielä **hoitokokouskeskusteluista** psykoottisten potilaiden kohdalla sekä erilaisten hoitokontekstien (esim. kotikäynnit ja mielisairaalaosasto) vaikutuksesta hoitokokouksen kieleen.

Laadullisen tutkimuksen tulosten yleistettävyyttä pohtiessaan Peräkylä (1995, 48) on erottanut *distributiivisen* yleistettävyyden ja *mahdollisuuden* yleistettävyyden. Edellisellä hän tarkoittaa ”kohtuullista varmuutta siitä, että tutkimuksessa eritellyt asiantilat ovat samalla tavalla laajassa joukossa ihmisiä ja tilanteita”. Peräkylä ei usko distributiivisen yleistettävyyden olevan laadullisella tutkimusotteella saavutettavissa

23 Bakhtinin ja Voloshinovin teoreettisten näkemysten tutkiminen ja soveltaminen on 1980-luvulta alkaen ollut suorastaan muoti-ilmiö varsinkin kirjallisuudentutkimuksessa (Koivunen, Riikonen & Selenius, 1991).

sa. Mahdollisuuden yleistettävyyden osoittamiseksi tutkijan ei tarvitse olla huolissaan siitä, toimivatko ihmiset tulosten osoittamalla tavalla myös kaikissa muissa ympäristöissä. Jos tutkimuksella on selvitetty tietyssä ympäristössä toimiva vuoro-vaikutuksen malli ja eritelty sitä, miten malli tuotetaan, voidaan Peräkylän mukaan perustellusti väittää, että sama malli on *mahdollinen* suuressa joukossa muita ympäristöjä. API-projektin kokemukset osoittavat (Lehtinen ym, 1996), että Turun skitsofreniaprojektin pohjalta luotua hoitomallia on mahdollista käyttää erilaisissa hoitokulttuureissa. Tämä vahvistaa myös tutkimustulosten distributiivista yleistettävyyttä, koska Länsi-Pohjassa toteutettu hoitomalli pohjautuu Turussa kehitettyyn hoitokokouskäytäntöön.

Tutkimuksella haluttiin kehittää hoitokokouskeskustelun teoriaa ja selvittää, mitä hoitokokouksien aikana tapahtuu kielellisen systeemin eri osapuolien välillä, erityishuomion ollessa työryhmän ja perheen keskinäisessä kytkeytymisessä sekä työryhmän osuudessa keskustelun dialogisessa ja semanttisessa kehityksessä. Tutkimusaineisto muodostui tutkimustilanteen havainnoitavissa olevasta materiaalista, pääasiallisesti keskustelijoiden sanallisista lausumista. Tutkija on tehnyt tulkintansa ja johtopäätöksensä siihen havaintoaineistoon perustuen, joka on ollut hoitokokouksien osallistujien kuultavissa tai nähtävissä. Tämä vahvistaa arviota tutkimuksen *uskottavuudesta* (ks. luku 4.3).

Hoitokokouskeskustelujen analysointia varten kehitettiin tutkimuksen teorian pohjalta erityinen menetelmä, dialoginen analyysi. Analyysimenetelmässä painopiste on nimenomaan keskustelun dialogisen ja semanttisen kehityksen tarkastelussa (dialogin osanottajien merkityssysteemien tai äänien kytkeytyminen toisiinsa lausumissa, uuden diskurssin ilmaantuminen) eikä erityisten diskurssien etsimisessä tutkittavasta tekstistä. Dialogisen analyysin avulla oli mahdollista tarkastella sekä hoitokokouskeskusteluissa samanlaisina toistuvia ilmiöitä että hoitoprosessin aikana tapahtuvaa semanttista muutosta. Tämä analyysimenetelmän ominaisuus vahvistaa tutkimuksen luotettavuutta niin pysyvyyden arviointikriteerin (*'dependability'*) kuin siirrettävyydenkin osalta.

Työryhmän toimintaa oli tutkimuksessa mahdollista tarkastella monissa erilaisissa suhteissa: keskinäisenä refleктоivana keskusteluna, suhteessa perheeseen tai avohoidon toimipisteen edustajaan, suhteessa seurantaryhmään ja perheterapiakouluttajiin. Tutkimus antoi tietoa monien eri äänien dialogisesta tai monologisesta osallisuudesta hoitokokouksen ja työnohjaustilanteen kielellisessä systeemissä. Tutkimuksen puutteena on, että asiakkaan sosiaalisen verkoston henkilöiden osuus jäi hoitokokouskeskusteluissa pieneksi: perheenjäsenten ja työryhmän lisäksi muita asiakkaiden merkitykselliseen systeemiin (Imber-Black, 1988) kuuluvia henkilöitä ei ollut hoitokokouksissa mukana (lukuunottamatta mielenterveyskeskuksen edustajaa vastaanottokokouksessa). Erityisesti avohoidon ja sairaalahoidon sekä esimerkiksi sosiaaliviranomaisten äänien kytkeytyminen hoitokokouskeskustelussa on mielenkiintoinen tutkimusaihe. Koulutustilanteen takia tutkimuksessa korostui kouluttajien ja seurantaryhmän osallisuus työryhmän toiminnassa, mikä poikkeaa normaalista työskentelytavasta ja saattaa lukijan kannalta olla hämmentävää.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkija itse on tärkein tutkimusväline (Grönfors, 1985), joten hänen osuutensa tutkimuksen tuloksissa ja tulkinnoissa on otettava huomioon luotettavuuden tarkastelussa:

Tämä tutkimus tapahtui koulutuskontekstissa tutkijan toimiessa yhtenä perheterapiakouluttajana. Kouluttajan ominaisuudessa tutkija oli myös toisena työnohjaajana yhdessä kolmesta koulutusryhmästä. Analysoitaviin tapauksiin on valittu tutkijan koulutusryhmän hoitokokouskeskusteluista vastaanottokokous. Tutkija seurasi vastaanottokokouksen keskustelua seurantahuoneen TV-monitorista puuttumatta ja vaikuttamatta työnohjaajana terapiahuoneessa tapahtuvan keskustelun kulkuun. Tutkijan on ollut mahdollista tarkastella kaikkien kymmenen analyysiin valitun hoitokokouksen keskusteluaineistoja ulkopuolisesta asemasta olematta sitoutunut analysoitavien tapausten hoitoprosesseihin. Tutkimusanalyyseissa jokaista tekstiotetta voi luonnollisesti lukea monin tavoin ja tutkijan teoreettinen suuntautuneisuus ohjaa hänen lukutapaansa. Tässä tutkimuksessa lukijan käytettävissä on varsin runsas määrä suoria tekstiotteita keskusteluaineistosta, mikä mahdollistaa lukijalle tutkijan analyysin periaatteiden seuraamisen ja arvioinnin.

Bruyn (1966, 179-185) on esittänyt tutkijan subjektiivisen osuuden huomioimisen kannalta kuusi tekijää, jotka lisäävät tutkimuksen validiteettia. Mitä enemmän *aikaa* tutkija käyttää tutkittaviensa parissa, sitä täsmällisempää tietoa hänen on mahdollista saada heidän kokemuksistaan. Toiseksi paikkaulottuvuus antaa tutkijalle tietoa tutkittavien *fyysisestä maailmasta* osana heidän kokemuspäiriään. Tutkijan mahdollisuuksia arvioida tutkittavan yhteisön jäsenten kokemuksia lisää hänen havaintonsa tutkittavistaan *vaihtelevissa olosuhteissa*. Tiedon saamisessa ihmisten kulttuurista ja kokemusmaailmasta tutkijaa auttaa *läheisten suhteiden* muodostuminen hänen ja tutkittavien välille. Saadakseen pätevää tietoa tutkittaviensa kokemuksista tutkijan on ymmärrettävä heidän *kieltään*. Pyrkimys *yhteisymmärrykseen* ja tiedon vahvistamiseen tutkijan saamien tulosten ja tutkittavien kokemusten välillä lisää tutkimuksen pätevyyttä. Bruynin esittämien validiteettiperusteiden kannalta tutkijan etuna oli se, että hän on työssään tullut useiden vuosien aikana henkilökohtaisesti tuntemaan kaikki hoitokokouskeskusteluihin osallistuneet terapeutit. Monissa keskusteluissa ja yhteisissä hoitokokoustilanteissa tutkija on voinut tutustua heidän työtapaansa ja ajatuksiinsa. Tutkimuksessa mukana olevien perheiden osalta samaa mahdollisuutta ei ole ollut, mutta tutkija on voinut yhä uudelleen tutustua siihen aineistoon (hoitokokouskeskusteluiden videotallenteet ja transkriboitu teksti), johon hänen tulkintansa perustuvat. Tutkimuksessa mukana olleet henkilöt ovat samalta maantieteelliseltä alueelta ja samanlaisesta kulttuuripiiristä kuin tutkijakin, mikä auttaa heidän kielellisten merkitystensä ymmärtämisessä. Tulosten *vahvistettavuutta* lisäävät ne keskustelut, joita tutkija on käynyt tuloksista tutkimuksen kohteena olevien hoitokokousten työryhmän jäsenten ja työnohjaajina toimineiden perheterapeuttien kanssa. Näissä keskusteluissa tutkimustulokset ovat saaneet vahvistusta.

6.3 Perheterapeuttisen työryhmän dialoginen toimintamalli

Tutkimuksen tuloksia on tarkasteltu yhteenvedonomaaisesti luvussa 5.7. Tulokset antoivat vastauksia tutkimuskysymyksiin ja tukivat asetettuja hypoteeseja. Tutkimuksen tavoite hoitokokouskeskustelun kuvaamisessa dialogisena prosessina erityisesti työryhmän toiminnan kannalta toteutui. Dialoginen analyysi osoittautui toimi-

vaksi menetelmäksi hoitokokouskeskustelujen vuorovaikutuksellisten ja semanttisten tapahtumien tutkimuksessa. Tässä luvussa kehitellään tutkimuksen tulosten ja teorian pohjalta dialogista toimintamallia perheterapiaan ja hoitokokouksen työryhmän työskentelyyn.

6.3.1 Kytkeytyminen ja dialogisen suhteen luominen

Dialogisen suhteen luominen asiakkaisiin ja työryhmän toisiin jäseniin on työryhmän ensimmäinen terapeuttinen tehtävä hoitokokouksessa. Keskinäisen suhteen dialogisuus tekee merkitysten yhteisen jakamisen mahdolliseksi keskustelun osanottajien välillä. Dialogisen suhteen luomisen perusta on kytkeytyminen keskustelukumppaneihin heidän kielialueellaan. Työryhmän ja perheen suhteessa tämä tarkoittaa dialogia, jossa työryhmän jäsenet ottavat lausumissaan huomioon perheenjäsenien puheen teemat ja merkityksenannot ja tekevät kysymyksiä perheenjäsenien 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.

Hoidon aloitusvaiheessa on tavallista, että asiakasperheen ja työryhmän merkityssystemit ovat erillisiä. Perheen merkityksenannossa voi olla hallitsevana sairausdiskurssi, jossa asiakas tulee määritellyksi toiminnoissaan epäonnistuneeksi tai erilaisista oireista kärsiväksi potilaaksi. Tässä merkityssystemissä potilasta tarkastellaan oireiden ja sairastamisen näkökulmasta. Työryhmän toiminnan ohjenuorana on vuorovaikutuksellinen tai systeeminen diskurssi, jossa ongelmaa pyritään lähestymään perheen koko elämänympäristön näkökulmasta. Työryhmän on osallistuttava perheelle ominaiseen diskurssiin ennenkuin on mahdollista synnyttää keskustelua potentiaalisen diskurssin alueella, jossa tarkastelun kohteena voivat olla perheen merkityssystemissä vaikeat tai vielä ulottumattomissa olevat teemat. Asiakkaiden on ensin saatava puhua epävarmuudestaan, häädystä, vihaisuudesta tai neuvottomuudestaan, jotta he voisivat kuulla terapeuttien diskurssia ja sille ominaista psykologista tai perheterapeutista ääntä.

Puheen indikatiivisuus ja symbolisuus ovat ilmiöitä, joilla on merkitystä työryhmän ja perheen keskinäisen kytkeytymisen ja keskustelun terapeuttisuuden kannalta. Molemmat kielelliset tasot ovat läsnä aikuisen henkilön puheessa, ja dialogisen vuorovaikutuksen sujuvuus edellyttää joustavuutta indikatiivisen ja symbolisen puheen käytössä. Hoitokokouksessa on välttämätöntä käydä indikatiivisen tason keskustelua, mutta terapeuttinen muutosvoima on merkityssystemien rajat ylittävässä dialogissa, jossa asioita voidaan yhdessä pohdiskella symbolisella merkitysalueella.

Hoitokokouksessa indikatiivisuus ilmenee konkreettisten tapahtumien, oireiden ja toimintojen kuvailuna. Terapeuttien tehtävänä on pyrkiä synnyttämään myös symbolisen tason keskustelua, jossa tarkastellaan todellisuuden merkityksiä eikä niinkään todellisuutta sinänsä. Symbolisella tasolla voidaan indikatiivinen keskustelu kehittää indikatiivisen puheen teemojen reflektiiviseksi tarkasteluksi. Symbolisella merkitysten tasolla tapahtuva keskustelu ei ole mahdollista, mikäli sillä ei ole kosketusta asiakasperheen välittömään elämäntodellisuuteen.

Symbolinen diskurssi saattaa olla vaikeaa henkilöille, jotka ovat tottuneet elämään indikatiivisessa diskurssissa. Esimerkiksi sosiaalisiin vuorovaikutussuhteisiin liittyvien psyykkisten kokemusten tunnistaminen ja verbaalinen käsittely on vaikeaa tai mahdotonta, jos henkilöllä ei ole välineitä symbolista merkityksenantoa varten. Esimerkiksi vihan tunne tai loukkaantuminen jäävät epämääräisiksi pahan olon tuntemuksiksi, jos tunnekokemusta ei voida tarkastella ulkoisessa merkitysyhteydessään. Psyykkinen paha olo voidaan kokea ruumiillisena kipuna.

Symboliseen diskurssiin tottumattomien ja indikatiivisessa diskurssissa elävien asiakkaiden kanssa työskentelyssä on mahdollista, että terapeuttien ja asiakkaiden merkityssystemit jäävät erillisiksi eivätkä kohtaa terapeuttien lausumissa, jolloin myöskään yhteisten merkitysten muodostumista ei voi tapahtua. Toinen terapeutisesti epäedullinen mahdollisuus on, että keskustelua käydään vain asiakkaiden indikatiivisen diskurssin puitteissa ja ehdoilla, jolloin keskustelu on asiakkaiden kannalta entistä toistavaa. Hoitokokouskeskustelussa symbolista diskurssia on mahdollista edistää työryhmän reflektoinnin avulla. Symbolisessa merkityssystemissä tapahtuva mutta asiakkaiden indikatiiviseen diskurssiin kytkeytyvä työryhmän keskinäinen refleктоiva keskustelu voi avata asiakkaille symbolisia merkitysyhteyksiä ja heidän potentiaalisen diskurssinsa mahdollisuuksia.

Indikatiivinen kielialue on mahdollista kytkeä symbolisiin merkityksiin keskustelun terapeuttisuutta edistävällä tavalla. Mielenkiintoinen tutkimusalue on esimerkiksi se, missä määrin psykosomaattisesti oireilevien ja indikatiivista kieltä puhuvien asiakkaiden kanssa on mahdollista synnyttää uusia merkityksiä ja yhteistä ymmärrystä käyttämällä ruumiillisiin tuntemuksiin liittyviä metaforia. Perheenjäsenen keskinäisten suhteiden käsittely edellyttää sanallisella tasolla symbolista merkityksenantoa, mutta terapeutit voivat käyttää suhdeviestinnän dialogisena apukeinona myös kommunikaatiota, joka ei perustu sanoihin vaan merkityssuhteen konkreettiseen kokemiseen. Esimerkiksi perheenjäsenien keskinäisten istumapaikkojen muuttaminen hoitokokouksessa voi tilanteeseen sopivalla tavalla käytettynä olla tehokas terapeutin interventio.

6.3.2 Uusia merkityksiä synnyttävän dialogisen keskustelun luominen ja ylläpitäminen

Työryhmän toinen terapeutin tehtävä hoitokokouksessa on uusia merkityksiä ja yhteistä ymmärrystä synnyttävän keskustelun herättäminen ja ylläpitäminen. Työryhmän toiminnan tuloksena hoitokokouksesta voi muodostua polyfoninen vuorovaikutustilanne, jossa osanottajien ja heidän edustamiensa systeemien (perhe, sairaala, avohoidon toimipiste, jne) erilaiset äänet voivat päästä kuuluville ja osallistua keskinäiseen dialogiin ja yhteiseen merkitysten ja ymmärryksen luomiseen.

Tarkasteltaessa hoitokokouskeskustelua moniäänisenä dialogisena prosessina huomio on kiinnitettävä sekä kielellisen vuorovaikutuksen kulkuun että lausumissa ilmeneviin merkityksiin eli keskustelun semanttiseen tasoon.

Hoitokokouskeskustelun *vuorovaikutuksellisen etenemisen* tarkastelu on ennen kaikkea sosiaalisen dialogin tutkimista, jolloin tutkitaan keskustelun osanottajien toisilleen kohdistamia lausumia keskinäisessä vuorovaikutusyhteydessään. Ollessaan dialogisessa suhteessa toisiinsa lausumat ovat vastauksia aikaisemmin sanottuun ja samalla odottavat vastausta eli suuntautuvat siihen, mitä ei vielä ole sanottu.

Sosiaalisen dialogin erityistapaus hoitokokouksessa on työryhmän jäsenten keskinäinen refleктоiva keskustelu, joka sijoittuu ikäänkuin sosiaalisen dialogin ja sisäisen dialogin leikkauspintaan. Sisäiseen dialogiin ei ole muuta sisäänpääsyä kuin henkilön lausumat, joissa hän voi viitata siihen, mitä hän on ajatellut. Reflektionissa on keskeistä se, että työryhmän jäsenten vielä keskeneräiset ajatukset voisivat ääneen pohdittuina tulla sosiaalisesti jaetuiksi ja osaksi yhteistä merkitysten rakentamista. Työryhmän keskinäisessä keskustelussa on mahdollista jatkaa ja kehitellä terapeuttien itsereflektiota sosiaalisena reflektionina.

Hoitokokouskeskustelussa terapeutilta edellytetään dialogisuutta sekä suhteessa muiden osallistujien kommunikaatioon että itseensä. Kokemattomilla terapeuteilla saattaa olla vaikeuksia erottaa toisistaan omiin mielikuviansa ja sosiaaliseen dialogiin pohjautuvia päätelmiä. Terapeutin kannattaa kysyä itseltään, perustuvatko hänen ajatuksensa siihen, mitä keskustelussa on ilmennyt vai ovatko ne hänen omia kuvitelmiään.

Andersen (1991) on painottanut keskustelutilanteessa heränneiden epämuksuuden tuntemusten pohdinnan tärkeyttä terapeutin itsereflektionissa. Terapeutti on dialogissa myös oman ruumiinsa kanssa. Terapeutin ruumiin kieli voi toimia keskustelun emotionaalisten jännitteiden mittarina. Työryhmän reflektionissa nämä ruumiin tuntemukset on mahdollista ottaa puheeksi.

Hoitokokouskeskustelun *semanttisessa* tarkastelussa huomion kohteena on keskustelun moniäänisyys, joka ilmenee osanottajien lausumien erilaisena merkitysisältönä. Eri äänet tunkeutuvat myös vieraana sanana lausumien sisälle: asiakkaan ja terapeutin dialogissa terapeutin lausumassa voidaan kuulla samanaikaisesti terapeutin henkilökohtainen ääni ja hänen asiakkaansa ääni. Samalla terapeutti tuo kuululle omaksumaansa tai edustamaansa diskurssia ja siihen sisältyvää ääntä, esimerkiksi organisaationsa hoitoideologiaa.

Polyfonisuus voi toteutua, kun eri mielipiteet voivat dialogissa ja osanottajien lausumissa päästä samanarvoisina ja itsenäisinä ääнинä esille ja osallistua keskusteluun. Hoitokokouksen polyfonisuus lienee ideaali, jota on hyvin vaikea saavuttaa, sillä keskustelussa on yleensä aina mukana enemmän tai vähemmän monologisia ääniä.

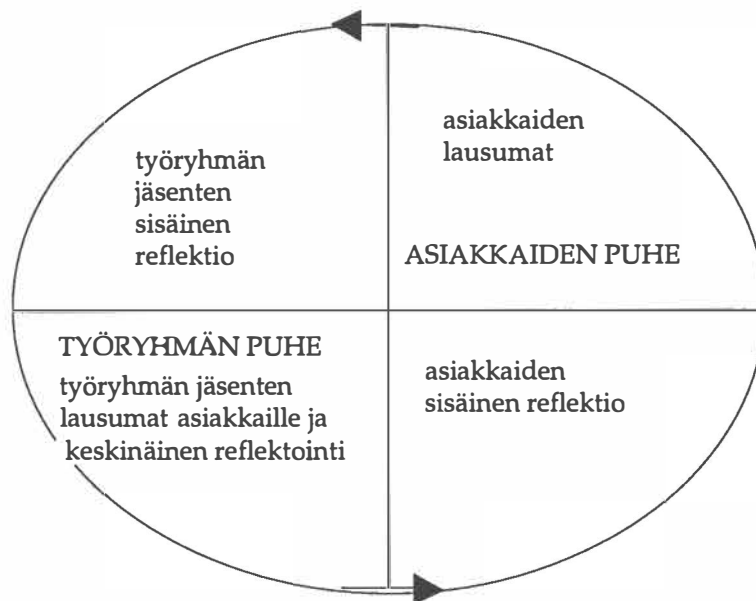
Keskustelun eri äänien dialoginen vuorovaikutus on tapahtuma, jossa äänet tulevat toisiaan vastaan ja vaikuttavat toinen toisiinsa. Osanottajien välille muodostuu jotain yhteisesti jaettua (Graumann, 1995). Dialogissa mikään ääni ei voi säilyä muuttumattomana. Wahlström (1992, 182) on todennut terapiaprosessin voivan rikastuttaa olemassa olevaa "merkitysten ekologiaa" ja terapeutin tehtävänä olevan edistää uusien merkitysten muodostumista.

Uusien ja terapeuttien merkitysten muodostumisen edistämiseksi työryhmä voi luoda ja käydä keskenään dialogia teemoista ja merkityksistä, joista puhuminen ilman terapeutteja on perheelle vielä mahdotonta, mutta joiden käsittely on terapeutisesti tarpeellista. Tavallinen potentiaalisen diskurssin alue on perheen tunnesuhteet, erityisesti vihamielisyyden tai surun tunteiden olemassaolo perheenjäsenten välisissä suhteissa.

Työryhmän keinona uusia merkityksiä ja yhteistä ymmärrystä luovan dialogin synnyttämiseksi on työryhmän keskinäinen refleктоiva keskustelu, jolloin perheenjäsenet voivat olla mukana terapeuttien heitä koskevassa keskustelussa kuuntelijan asemassa ja käydä omaa sisäistä reflektiotaan. Reflektioni on nimenomaan terapeut-

tien keskinäinen dialoginen suhde, joka edellyttää myös katsekontaktia heidän välillään, ts. puhuessaan kollegalleen terapeutti katsoo häneen eikä asiakkaisiin. Reflektoinnissa työryhmän jäsenten henkilökohtaiset konstruktiot asiakkaiden todellisuudesta, heidän äänensä, tulevat osaksi työryhmän yhteistä merkityksiä luovaa toimintaa, jossa asiakkaiden todellisuutta merkityksellistetään terapeuttisessa diskurssissa (esimerkiksi voimavarojen näkeminen potilaan toiminnassa). Reflektointi luo hoitokokouksen kielellisen systeemin sisälle terapeuttien keskinäisen kielellisen systeemin, jossa tapahtuvien semanttisten muutosten oletetaan vaikuttavan myös asiakkaiden systeemiin ja heidän tapansa merkityksellistää asioita.

Kuviossa 7 on havainnollistettu hoitokokouskeskustelun reflektiivinen kehä, joka muodostuu työryhmän kuunnellessa asiakkaiden puhetta (heidän lausumiaan) ja asiakkaiden kuunnellessa työryhmän jäsenten puhetta, joka perustuu asiakkaiden lausumiin. Kuunnellessaan asiakkaita työryhmän jäsenet käyvät sisäistä reflektiota asiakkaiden lausumien pohjalta ja keskinäisessä reflektoinnissa käsittelevät havaintojaan asiakkaiden kuunnellessa. Työryhmän jäsenten asiakkaille kohdistettujen lausumien tai keskinäisen reflektoinnin kuunteleminen toimii asiakkaiden sisäisen reflektion virikkeenä.



KUVIO 7 Hoitokokouksen reflektiivinen kehä.

6.4 Dialogisuus elämässä, tieteessä ja terapiassa

Psykiatria perustaa ihmisen mielenterveydellisten ongelmien tarkastelun ja hoidon edelleen vahvasti lääketieteelliseen sairausmalliin, mitä mm. Rauhala (1989, 1993) ja Laitinen (1994) ovat arvostelleet tieteenfilosofiselta pohjalta.

Tämän tutkimuksen ontologisena lähtökohtana on ollut, että ihminen on maailmassa toisten ihmisten kanssa ja hän todellistuu dialogisessa suhteessa maailmaan ja maailmalle antamiensa merkitysten kautta (Lehtovaara, 1994). Ns. mielenterveyden häiriöissä ajatellaan olevan kysymys *dialogisuuden häiriöistä*. Hoitoon tullut potilas on tilanteessa, jossa vuoropuhelu tai dialogin vastavuoroisuus on kadonnut hänen ihmissuhteistaan ja sisäisistä merkityssuhteistaan. Potilaan elämää on alkanut monologisesti hallita diskurssi, jossa hän itse tai hänen läheisensä määrittelevät hänet sairaaksi tai toiminnoissaan epäonnistuneeksi. Psykiatrisessa tutkimuksessa potilas saa diagnoosin, joka ohjaa hoitojärjestelmän suhtautumista häneen.

Potilaan diagnoosista riippumatta perhekeskeinen psykiatrinen hoito toteutuu hoitokokouskeskusteluina, joihin potilas ja hänen läheisen ihmissuhdeverkostonsa ja hoidosta vastaavan työryhmän jäsenet osallistuvat. Hoidon tavoitteena voidaan pitää *dialogisuuden palauttamista* potilaan sisäisen puheen merkityssuhteisiin ja hänen verkostosuhteisiinsa.

Psykoottisuus on dialogisuuden vakava häiriö, jolloin potilas on voinut kadottaa kykynsä tulla toimeen itsensä ja kanssaihmiensä kanssa siinä määrin, että hänet on toimitettu tahdosta riippumattomaan mielisairaalahoitoon. Psykoottisen potilaan hoito avoimeen dialogiin perustuvien perhe- ja verkostokeskeisten keskustelujen avulla (Seikkula ym, 1995) näyttää olevan mahdollista myös kotona ja jopa ilman neuroleptilääkitystä (Lehtinen ym, 1996) Suomessa toteutetun API-projektin tulosten perusteella.

Dialogisuutta voidaan tarkastella myös elämänfilosofisena kysymyksenä, kuten Buber (1993) tekee erottaessaan Minä-Sinä -suhteen ja Minä-Se -suhteen ihmisten kommunikaatiossa. Kun keskinäinen yhteys perustuu Minä-Sinä -suhteeseen, sille on ominaista vastavuoroisuus ja tasavertaisuus. Minä-Se -suhde sitävastoin on esineellistävää ja hyväksikäyttävää suhtautumista kanssaihmiisiin ja luontoon. Minän ja Sinän dialogisessa kohtaamisessa on olennaista toisen ihmisen yksilöllisyyden ja erilaisuuden kunnioittaminen (Laine, 1993). Suhteessa Minään toinen ihminen on Toinen. Sinä ei ole samaa kuin Minä, mikä merkitsee että toisen ihmisen maailma avautuu vain dialogin kautta (Varto, 1994). Myös Bakhtin (1984) korostaa, että ihminen ei voi tavoittaa toisen ihmisen aitoa elämää ja persoonaa muuten kuin dialogissa, jossa toinen ihminen avautuu hänelle ja vastaa itse kysymyksiin.

Dialogisessa kanssakäymisessä osapuolet tunnustavat toistensa erilaiset lähtökohdat, mutta pyrkivät rakentamaan välilleen yhteistä tilaa (Varto, 1994), jossa he kykenevät ymmärtämään toistensa merkityksiä ja synnyttämään yhteisiä merkityksiä. Dialogisuus edellyttää keskustelun osapuolilta joustavuutta ja avointa mieltä sekä kyselevää ja pohtivaa asennetta.

Bohm ja Peat (1992) korostavat dialogisuuden osuutta tieteen kehityksessä luovana voimana, joka mahdollistaa yhteyksien rakentamisen myös toisistaan paljon poikkeavien näkökantojen välille. Bohm ja Peat ovat fyysikkoja, ja he käsittelevät

kommunikaation katkeamista fysiikassa kvanttiteorian ja suhteellisuusteorian välillä. Heidän mielestään kommunikaation esteitä voisi purkaa käymällä keskustelua vapaan dialogin hengessä. "Jokaisen siihen osallistuvan tulisi säilyttää useita näkökantoja eräänlaisessa viritystilassa ja suoda muiden ideoille suunnilleen samanlaista huomiota kuin omilleen. Ketään ei vaadittaisi hyväksymään tai hylkäämään tiettyä näkökantaa; pikemminkin tulisi pyrkiä ymmärtämään niiden merkitys". Tämä Bohmin ja Peatin (1992, 98) näkemys vastaa Bakhtinin (1984) polyfonisuuden periaatetta.

Maailma on kokonaisuus, jossa osat ovat aina suhteessa johonkin laajempaan kontekstiin. Psykoterapiassa on mahdollista analysoida yksilön mielen rakentumista ja tarkastella yksilöä perheen vuorovaikutussuhteissa tai koko ihmissuhdeverkostossaan. Hoitavan työryhmän jäsenet kuuluvat osana potilaan sosiaaliseen kontekstiin. Potilaan, perheenjäsenten, sosiaalisen verkoston ja työryhmän erilaisten diskurssien ja äänien dialogisessa vuorovaikutuksessa on avain terapeuttiseen muutokseen.

SUMMARY

Introduction

This study is a part of the research and development project for mental health work in Western Lapland (Aaltonen, Seikkula & Lehtinen, 1997). The project is carried out in collaboration with the Department of Psychology of the University of Jyväskylä. Besides the scientific research of psychiatric treatment, the project includes the family therapy training program for mental health professionals both in inpatient and out-patient settings in the area.

The Western Lapland Project has a connection with three family-centred comprehensive projects carried out in Finland during the last two decades (Aaltonen et al, 1994): The Turku Project (Alanen et al, 1991), The National Schizophrenia Project (National Board of Health, 1988) and The Integrated Approach to the Treatment of Acute Psychosis Project (Lehtinen et al, 1996). In these projects the treatment of acute psychotic patients and their families has been investigated.

The study is based on the family and network oriented model for treatment of psychiatric patients developed at Keropudas Hospital in Tornio. The basic event of the model is a *treatment meeting* where the therapeutic team, the family and network members and other people involved in the problem can meet and converse about the problem. The team is organized need-adaptively so that the team members can come from both the hospital and a mental health clinic. The team is responsible for convening participants to the meetings and for maintaining the continuity and therapeuticality of the treatment process. The special feature of the model is the *reflective conversation between the team members* at some points of the meeting. The team discusses about the thoughts arisen from the conversation with the family while the family can listen to the conversation of the team.

The object of the study is the conversation in treatment meeting. The focus of special interest is the linguistic interaction between the team and family members and between the team members themselves.

The study was undertaken in connection with the family therapy training program. The treatment meetings examined are supervised situations included in the clinical education of the trainees.

The theoretical background of the study is a) the postmodernist approach in family therapy where the focus of interest is in conversation and linguistic processes during therapy sessions; b) the theories dealing with dialogism in language and communication. The theory of boundary system (Seikkula, 1991) is of great significance to the study because the treatment model is based on this theory. The idea that the therapeutic system is a problem dissolving system (Anderson & Goolishian, 1988) and the theory of the reflecting team (Andersen, 1987, 1991) have given important stimuli to the study. The study approaches the conversation in treatment meeting as a *dialogical process*. The theory of the study is constructed on concepts and theories of dialogical approach to language and communication. The theories and writings of Bakhtin (1981, 1984, 1986), Voloshinov (1973), Vygotsky (1981, 1992) and the study group, *The Dynamics of Dialogue* (Markova & Foppa, 1990, 1991) have been applied to the study.

Conceptual framework

An inevitable consequence of the network oriented treatment model is that there are many social languages (Bakhtin, 1981) represented in treatment meeting. The heterogeneity of languages in treatment meeting can be composed of languages which have developed in conversations in the context of the family, the hospital or a mental health clinic. The language of treatment meeting is generated in the mutual conversation between participants, and in this context new meanings can evolve.

Polyphony (Bakhtin, 1984) in treatment meeting comes true when the viewpoints presented in utterances of the participants can take part in conversation as equal and independent voices. Multivoicedness (Wertsch, 1991) of treatment meeting means different descriptions and interpretations of reality and different expressions of emotion.

Dialogicality of treatment meeting means that utterances of the participants are in dialogical relation to each other and take part in shared process of generating meanings. In dialogical conversation an utterance simultaneously is an answer to a preceding utterance and is expecting an answer. The utterances of all participants become heard and answered. The dialogy aims to create new meanings and shared understanding between speakers and their different voices.

The team, the family and other participants in treatment meeting couple with each other in language and form together a social system which is a linguistic system (Anderson & Goolishian, 1988). The *linguistic coupling* of persons or systems happens in the way that is structurally determined (Maturana, 1978). This means that the

participants begin conversation on the basis of the meanings and approaches that reflect their picture of reality.

The conversation in treatment meeting takes place in different *discourses* and *meaning systems* that characterize personal approaches to the matters talked about. In this study discourse means a relatively stable practice of expression which signifies reality in a particular way. For instance the clients can consider their life in such a way where phenomena have meanings connected to symptoms and illnesses (illness discourse). Meaning system refers to particular significations on grounds of which a discourse can be distinguished in utterances. Bakhtin (1981) has used the concept of discourse in describing a method of using words in utterances which is peculiar to the speaking subject. Dialogue becomes possible when the speakers listen to utterances of their interlocutors so that the standpoints of other persons (*alien word* or *another's word*) can penetrate into their *own word*. *Voice* is a term by Bakhtin (1981) used in this study when suggesting an aspect of a speaker's utterance that can be her or his own or represent ideas of some other person, group or system.

In *dialogical conversation* the meaning systems of the participants (for instance the team and the family) *couple with* each other and there can evolve a new discourse where the matters will have shared meanings. If the meaning systems are not coupled with each other the conversation is *monological*.

Language area consists of meaning systems and discourses peculiar to a subject of utterance, for instance descriptions, expressions and metaphors. When the utterances are constructed in *indicative* language area the meanings are connected to the direct and observable world of experience. In indicative discourse the persons usually describe concrete events, experiences and activities of their life. In *symbolic* language area speaking about the meanings of objects is more essential than describing these objects. The differentiation between indicative and symbolic language area is based on Vygotsky's theory of ontogenetic development of speech (Vygotsky, 1981; Wertsch, 1985).

In conversation of treatment meeting the participants strive for *understanding* of the problem and the meanings given to the problem by utterances of other participants. Understanding is continuous and changing dialogical process. *Shared understanding* means a language area or situation where the meanings are shared between the participants of conversation.

Problems

The aim of the study is to examine conversation in treatment meeting as a dialogical process especially from the viewpoint of the team. Based on the aim and the theory of the study four questions have been posed:

1. How does the coupling with the team and the clients happen in the conversation of treatment meeting?
3. How can the team promote evolving of new and therapeutical meanings in the conversation of treatment meeting?

4. How can the reflective discussion of the team members be used as a therapeutical means of treatment meeting?

For answering these questions five hypothesis have been derived from the theory of the study:

1. hypothesis. The development of dialogicality in treatment meeting requires that the members of the team couple with the discourse of the clients in such a way that it is possible to move flexibly from symbolic language area to indicative language area and vice versa.
2. hypothesis. In generating dialogicality the members of the team have to be able to disengage from their dominant meaning systems and voices and be open to new significations appearing in the conversation.
3. hypothesis. The conversation is polyphonic when no particular voice or meaning system becomes dominant and the participants in treatment meeting include in their utterances also alien words so that different voices are in dialogic relations to each other.
4. hypothesis. In dialogical process of treatment meeting conversations the therapeuticality can be promoted by semantic development where a psychiatric problem can get new definitions so that these definitions have no more meanings of a psychiatric problem.
5. hypothesis. The semantic and therapeutical development of treatment meeting can be strengthened by a working method where the members of the therapeutic team ponder their meanings reflectively in their mutual dialogue (the reflecting of the team).

Material and method

The study consists of 10 videotaped sessions that are supervised treatment meetings in family therapy training at Keropudas Hospital. There are three cases examined: 1) An outpatient treatment process consisting of seven treatment meetings during one year. The family members present were the husband and his wife and their five-year-old daughter. The man was diagnosed as border line. 2) Two treatment meetings in a treatment process of a schizophrenic man so that the first meeting was organized during the hospitalization. The family members present were the patient, his parents, a brother, a sister and her baby. 3) A crisis intervention case which consisted of an admission meeting on the boundary between the hospital and an outpatient treatment. The patient was a seventeen-year-old boy who suffered from panic-like fears. The patient, his divorced parents and a worker from the mental health clinic were present in the admission meeting. In every case the therapeutic team consisted of three therapists.

The three cases were supervised by different training groups. The teams in treatment meetings consisted of three family therapy trainees. Supervision was organized so that the other members of the training group (two trainers and four trainees) followed the session in another room by TV-monitor. They could make inter-

ventions by visiting the therapy room and working as a reflecting team according to the model Andersen (1987) has presented.

The videotaped conversations were transcribed and transferred to computer. The transcribed text consisted of 209 typewritten sheets. The texts of every case were first "raw analyzed" by reading the text through and dividing it into different units (*episodes*) on the basis of a semantic characteristic (a theme) or an interactional characteristic (e.g. an intervention of the team) of the conversation. After the raw analysis the text was compressed by removing material irrelevant in relation to the dialogical process in conversation.

An episode is the analysis unit of the study. Episode is made up of utterances (turns) of interlocutors. An utterance is considered in relation to other utterances. Markova (1990a) analyses dialogue as a three-step process which consists of the triad initiative, response and feedback.

The episodes of the text were grouped together according to the questions of the study. The cases were analysed by using a conceptual model constructed on the ground of the theory of the study and called *dialogical analysis*. The model is based on concepts traced from Bakhtin's (1981, 1984, 1986) and Voloshinov's (1973) theories of dialogism, on Maturana's (1978) concept of structural coupling, and on discourse analytic approach (the concepts of discourse and meaning system). Dialogical analysis considers the semantic development of conversation in regard to the dialogical interaction of the interlocutors.

Results

In analysing the cases the focus of interest was in considering the mutual coupling of the team and the clients, the development of dialogical and polyphonic conversation, the evolving of new meanings, and the therapeutical influences of reflective discussion of the team in conversation. The results of the analysis supported the hypotheses of the study.

The results supported the first hypothesis indicating for instance that the team can be captured by the indicative language area of the family. In outpatient case the inexperience of the trainees led to a situation where the conversation had changed to therapeutically useless chatting. The meaning systems of the team and of the family could also remain unconnected so that there was no chance of generating new and shared meanings in dialogue between therapists and clients.

In creating polyphonic conversation the team members had to be coupled with different voices in conversation by taking the viewpoints of all the participants into account in their utterances. In the admission meeting the team neglected the coupling with a worker of the mental health clinic. The team constructed dialogic relation with the family members but was monological in relation to the voice of the mental health clinic. The mutual coupling of the team members was also a matter of great importance to the dialogical and polyphonic development of conversation.

The results indicated that the therapists could give supremacy to their own voice (e.g. the voice of the treatment organization or treatment ideology) so that all

participants did not become heard. It was also possible that the utterances of a therapist were based on her or his inner images without connections with the outer conversation in treatment meeting. The second hypothesis of the study became supported by the results.

The team members generated dialogue on the ground of the topics and meanings of the clients (semantic dominance of the clients) and in the discourse of the clients but included simultaneously in their utterances voices that extended discourse into the therapeutical language area.

When a therapist changed theme in her or his utterance the new theme had to be connected dialogically with previous utterances in conversation. Monological changing of the theme could indicate a therapist's hypersensitivity to the semiotic phenomena in conversation (e.g. a dialogue about a theme which stimulates strong emotions) as happened when a trainee suddenly began to ask about an emotionally neutral theme. A therapist could also monologically hold to themes of her or his inner speech without hearing the themes of outer dialogue. The terminating of dialogue could be caused by the difficulty or emotional painfulness of the theme but also by the therapist's activity which did not fit in with the ways of action of the clients.

The results supported also the third hypothesis. Therapists could generate polyphony for instance by means of circular questioning so that, in their utterances, they coupled voices of the clients and of their social network with the dialogue. The semantic dominance of the team or the monological dominance of the voice of a team member could prevent the development of multivoicedness and polyphony in conversation.

The fourth hypothesis of the study based on the standpoint of Anderson and Goolishian (1988) that the therapy is a process of semantic change where new meanings are generated in dialogue so that the problem can dissolve. In the outpatient case the husband and wife said that they had decided to finish talking about illnesses which was due to the conversations in treatment meetings. Hurry and anger in family relations were new themes instead of somatic and psychiatric symptoms. The conversation had changed from an illness discourse to a discourse where the interrelations of the family were under consideration. In the cases analysed the dialogical relation between the meaning systems of the team and of the family in their mutual dialogue or in the utterances of the reflective discussion of the team created a new discourse where psychiatric symptoms could be considered in the context of the history and interrelations of the family. During the semantic development in conversation the team could signify life events of the family so that in the new definition were present both the voices of the family and the family therapeutic voice of the team.

The results indicated that during the treatment process the team can generate dialogue also in the area of the potential discourse of the family. Especially in their mutual reflective discussion the team members could consider issues that the clients could not talk about yet. In the outpatient case the clients criticized conversations for being superficial and light saying that "it ought to scratch deeper". In this case it turned out that talking about aggressive emotions in interrelations of the family was an important potential discourse.

The results supported the fifth hypothesis that the team can by reflective discussion promote the semantic and therapeutical development in treatment meeting. Reflecting was a working method with the help of which the subjective meanings and experiences (the personal voices) of the team members could become a part of the dialogical process of treatment meeting and material of the inner reflection of the clients. The reflecting of the team could be a semantic and interactional framework (a therapeutical voice) for the clients. The family members could compare their own experiences and meaning systems with the voices they could hear in reflecting of the team.

The reflective discussion was a dialogical means that could help the team to generate and maintain dialogue about the themes difficult for the clients to talk about (e.g. emotional interrelations, fear of illness, death). By reflecting the team could filter the issues that were difficult in the meaning system of the family so that they became easier to handle for the family.

From the viewpoint of the team, the reflective discussion was a method that helped the members of the team to consider dialogically different voices and significations. By means of reflecting, the development of shared understanding became possible in the team. In this semantic process of the team a particular voice (definition) could become a dominant viewpoint conducting of the dialogue. Especially when a trainer belonged to the therapy team with trainees his utterances and significations had a special weight. This fact did not, however, become an obstacle to dialogicality when all members of the team could openly present their own views and opinions. Reflective discussion could also be a means of sharing uncertainty in the team which helped especially the activity of inexperienced therapists.

Discussion

On the ground of the study it is possible to develop a dialogical action model for the therapy team. The first therapeutical task of the team is to create dialogical relation between the team and the clients and also between the team members themselves. The dialogicality of the mutual relations supports the possibilities of common sharing between participants. The basis of this dialogical relation is the coupling with the interlocutors in their language area. The therapists couple their own voices with the voices of the clients by including expressions and significations of the clients in their utterances and by pondering the issues from the viewpoints of the clients.

In the early phase of the therapy process it is usual that the meaning systems of the family and the team are separate and unconnected. In the significations of the family the illness discourse may have dominance and the client is defined as a person who has failed in her or his activities or as a patient who has different psychiatric symptoms. In this meaning system the patient is considered in regard to symptoms and illness. The guiding principle of the team is an interactional or systemic discourse where the problem is approached with the viewpoint towards the whole life sphere of the family. The team has to participate in the discourse which is peculiar to the family before it is possible to generate dialogue in the area of potential discourse

where the issues difficult or beyond reach of the family are the subject of conversation. The clients have to be allowed to speak about their distress, uncertainty or anger so that it could be possible for them to hear the discourse of the therapists and the psychological or family therapeutical voice.

The second therapeutical task of the team in treatment meeting is to create and maintain conversation which generates new meanings and shared understanding. The means of the team in this task is a reflective discussion between team members. When the team is reflecting, the members of the family can be listeners and simultaneously involved in their own self-reflection. The reflective conversation creates a mutual linguistic system of the therapists in the linguistic system of the treatment meeting and the changes in that system can influence also the clients system and the way the clients signify their reality.

In the figure 1 below there has been presented the reflective circle of treatment meeting. The circle represents the process when the team members are listening to the speech of the clients (their utterances) and when the clients are listening to the speech of the team members based on the utterances of the clients. When listening to the clients, the team members are reflecting in their inner speech the issues that are based on the utterances of the clients and in their mutual reflective discussion they are considering their observations and images while the clients are listening. Listening to the team utterances directed to the clients or listening to the team's mutual reflective discussion acts as a stimulus to the inner reflection of the clients.

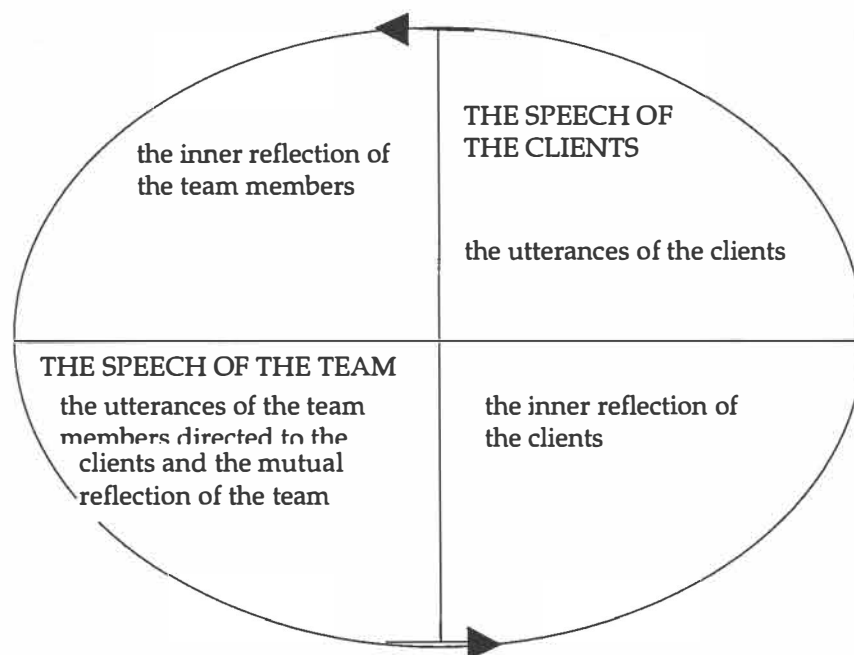


FIGURE 1 The reflective circle of treatment meeting.

LÄHTEET

- Aaltonen, J. 1982. Perhekeskeisen hoitoprosessin lähtökohdat psykiatrisessa avohoidossa. Turun yliopiston julkaisuja, sarja C, osa 35.
- Aaltonen, J. 1989. Perheterapian toteutuminen. *Perheterapia*, 5(2),4-7.
- Aaltonen, J., Hätönen, H. & Rinne, R. 1994. Suomalainen perheterapiakoulutus 1978-1994. Helsinki: SMS:n koulutus- ja perheterapiakeskus.
- Aaltonen, J., Karppinen, T., Lehtinen, V., Rökköläinen, V., Syvä lahti, E. & Vuorio, K. 1994. The Finnish model for family-centred treatment of acute psychosis. Paper presented at the 6th Family Therapy World Conference, 21.8.1994, Budapest.
- Aaltonen, J. & Seikkula, J. & Lehtinen, K. 1997. Comprehensive open-dialogue approach: The Western Lapland project. Unpublished manuscript.
- Alanen, Y. 1993. Skitsofrenia - syyt ja tarpeenmukainen hoito. Juva: WSOY.
- Alanen, Y., Anttinen, E., Kokkola, A., Lehtinen, K., Ojanen, M., Pylkkänen, K. & Rökköläinen, V. 1990. Treatment and rehabilitation of schizophrenic psychoses. The Finnish treatment model. *Nordic Journal of Psychiatry*, 44 (Suppl. 22).
- 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.
- Alanen, Y., Rökköläinen, V., Laakso, J., Rasimus, R. & Kaljonen, A. 1986. Towards need-specific treatment of schizophrenic psychoses. Heidelberg: Springer-Verlag.
- Amundson, J., Stewart, K. & Valentine, L. 1993. Temptations of power and certainty. *Journal of Marital and Family Therapy*, 19(2), 111-123.
- Andersen, T. 1987. The reflecting team. Dialogue and metadialogue in clinical Work. *Family Process*, 26, 415-428.
- Andersen, T. (Ed.) 1991. The reflecting team: Dialogues and dialogues about the dialogues. New York: Norton.
- Andersen, T. 1993. See and hear, and be seen and heard. In S. Friedman (Ed.) *The new language of change: Constructive collaboration in psychotherapy*. New York: Guilford, 303-322.
- Anderson, H. 1993. On a roller coaster: A collaborative language systems approach to therapy. In S. Friedman (Ed.) *The new language of change: Constructive collaboration in psychotherapy*. New York: Guilford, 323-344.
- Anderson, H. & Goolishian, H. 1988. Human systems as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family Process*, 27, 371-393.
- Anderson, H. & Goolishian, H. 1992. The client is the expert: a not-knowing approach to therapy. In S. McNamee & K. Gergen (Eds.) *Therapy as social construction*. London: Sage, 25-39.
- Anderson, H., Goolishian, H. & Winderman, L. 1986. Problem determined systems: Towards transformation in family therapy. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 5, 1-13.

- Andolfi, M. 1979. *Family therapy: An interactional approach*. New York: Plenum Press.
- Anttinen, E. 1983. Avohoidon ideologian kehitys. Teoksessa K. Achte, J. Suominen & T. Tamminen (toim.) *Seitsemän vuosikymmentä suomalaista psykiatria*. Suomen Psykiatriyhdistys, 217-227.
- Arnkil, E. 1991. Keitä muita tässä on mukana? Viisi artikkelia verkostoista. *Sosiaali- ja Terveystieteiden raportteja*, 23. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Aronsson, K. 1991. Facework and control in multi-party talk: a pediatric case study. In I. Markova & K. Foppa (Eds.) *Asymmetries in dialogue*. London: Harvester Wheatsheaf, 49-74
- Atkinson, B., Heath, A. & Chenail, R. 1991. Qualitative research and the legitimization of knowledge. *Journal of Marital and Family Therapy*, 17, 161-166.
- Bakhtin, M. 1981. *The dialogic imagination: Four Essays by M.M. Bakhtin*. Ed. M. Holquist, trans. C. Emerson & M. Holquist. Austin: University of Texas Press.
- Bakhtin, M. 1984. *Problems of Dostoevsky's poetics*. Ed. and trans. C. Emerson. Manchester University Press.
- Bakhtin, M. 1986. *Speech genres and other late essays*. Ed. C. Emerson & M. Holquist, trans. V. McGee. Austin: University of Texas Press.
- Barthes, R. 1967. *Elements of semiology*. Trans. A. Lavers & C. Smith. London: Jonathan Cape.
- Basaglia, F. 1972. *Kumous laitospaailmassa*. Suomentaja P. Peltonen. Helsinki: Tammi (Alkuteos julk. 1968).
- Berger, P. & Luckmann, T. 1966. *The social construction of reality. A treatise in the sociology of knowledge*. New York: Doubleday.
- Bergmann, J. 1991. On the local sensitivity of conversation. In I. Markova & K. Foppa (Eds.) *The dynamics of dialogue*. London: Harvester Wheatsheaf, 201-226.
- von Bertalanffy, L. 1968. *General system theory*. New York: George Braziller.
- Bogdan, J. 1984. Family organization as an ecology of ideas: An alternative to the reification of family systems. *Family Process*, 23, 375-388.
- Bohm, D. & Peat, D. 1992. *Tiede, järjestys ja luovuus*. Suomentaneet T. Seppälä, J. Jääskeläinen ja P. Pyykkänen. Helsinki: Gaudeamus. (Alkuteos *Science, Order and Creativity*, julk. 1987).
- Bruyn, S. 1966. *The human perspective in sociology: the methodology of participant observation*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Buber, M. 1993. *Minä ja Sinä*. Suomentaja J. Pietilä. Juva: WSOY (Alkuteos *Ich und Du* julk. 1923).
- Buczynska-Garewicz, H. 1983. Sign and dialogue. *American Journal of Semiotics*, 2 (1-2), 27-43.
- Burr, V. 1995. *An introduction to social constructionism*. London: Routledge.
- Cavell, T. & Snyder, D. 1991. Iconoclasm versus innovation: Building a science of family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 17, 167-171.
- Cecchin, G. 1987. Hypothesizing, circularity, and neutrality revisited: An invitation to curiosity. *Family Process*, 26, 405-413.
- Chubb, H. 1990. Looking at systems as process. *Family Process*, 29, 169-175.

- Cicourel, A. 1985. Doctor-patient discourse. In T. van Dijk (Ed.) *Handbook of discourse analysis, Vol 4*. London: Academic Press, 193-202.
- Clark, K. & Holquist, M. 1984. *Mikhail Bakhtin*. Cambridge: Belknap.
- Clarke, D. 1990. *Sources of semiotic: Readings with commentary from antiquity to the present*. Illinois: Southern Illinois University Press.
- Dell, P. 1982. Beyond homeostasis: Toward a concept of coherence. *Family Process*, 21, 21-41.
- Dell, P. 1985. Understanding Bateson and Maturana. Toward a biological foundation for the social sciences. *Journal of Marital and Family Therapy*, 11, 1-20.
- Dell, P. 1986. Why do we still call them "paradoxes"? *Family Process*, 25, 223-234.
- de Shazer, S. 1991. *Putting difference to work*. New York: Norton.
- de Shazer, S. & Molnar, A. 1984. Changing teams/changing families. *Family Process*, 23, 481-486.
- Efran, J., Germer, C. & Lukens, M. 1986. Contextualism and psychotherapy. In R. Rosnow & M. Georgoudi (Eds.) *Contextualism and understanding in behavioral science*. New York: Praeger, 169-186.
- Efran, J. & Lukens, M. 1985. The world according to Humberto Maturana. *The Family Therapy Networker*, 9 (3), 23-28, 72-75.
- Efran, J., Lukens, M. & Lukens, R. 1990. *Language, structure and change: Frameworks of meaning in psychotherapy*. New York: Norton.
- Ehmröoth, J. 1990. Intuitio ja analyysi. Teoksessa K. Mäkelä (toim.) *Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta*. Helsinki: Gaudeamus, 30-41.
- Emerson, C. 1983. The outer word and inner speech: Bakhtin, Vygotsky, and the internalization of language. *Critical Inquiry*, 10, 245-264.
- Eskola, J. 1983. Psykiatrinen terveydenhuolto - lainsäädännön ja julkisen toiminnan kehitys. Teoksessa K. Achte, J. Suominen & T. Tamminen (toim.) *Seitsemän vuosikymmentä suomalaista psykiatria*. Suomen Psykiatriyhdistys, 203-216.
- Fisher, S. 1984. Institutional authority and the structure of discourse. *Discourse Processes* 7, 201-224.
- Flaskas, C. & Humphreys, C. 1993. Theorizing about power: Intersecting the ideas of Foucault with the "problem" of power in family therapy. *Family Process*, 32, 35-47.
- Foucault, M. 1973. *The birth of the clinic. An archaeology of medical perception*. Trans. A. Sheridan. London: Tavistock.
- Foucault, M. 1980. *Power/knowledge. Selected interviews and other writings 1972-1977*. Ed. C. Gordon. Trans. C. Gordon, L. Marshall, J. Mepham & K. Soper. New York: Pantheon Books.
- Foucault, M. 1986. *The archaeology of knowledge*. Trans. A. Sheridan. London: Tavistock.
- Foucault, M. 1988. *Madness and civilization. A history of insanity in the age of reason*. Trans. R. Howard. New York: Random House.
- Gale, J. 1991. *Conversation analysis of therapeutic discourse: The pursuit of a therapeutic Agenda*. Norwood, NJ: Ablex.
- Gale, J. & Newfield, N. 1992. A conversation analysis of a solution-focused marital therapy session. *Journal of Marital and Family Therapy*, 18 (2), 153-165.

- Gergen, K. 1985. The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40, 266-275.
- Gergen, K. 1991. *The saturated self: Dilemmas of identity in contemporary life*. New York: Basic Books.
- Gergen, K. 1992. Toward a postmodern psychology. In S. Kvale (Ed.) *Psychology and postmodernism*. London: Sage, 31-57.
- Goetz, J. & LeCompte, M. 1984. *Ethnography and qualitative design in educational research*. Orlando: Academic Press.
- Goolishian, H. & Anderson, H. 1987. Language systems and therapy: An evolving idea. *Psychotherapy*, 24, 529-538.
- Goolishian, H. & Winderman, L. 1988. Constructivism, autopoiesis and problem determined systems. *Irish Journal of Psychology*, 9, 130-143.
- Graumann, C. 1990. Perspectival structure and dynamics in dialogues. In I. Markova & K. Foppa (Eds.) *The dynamics of dialogue*. London: Harvester Wheatsheaf, 105-126.
- Graumann, C. 1995. Commonality, mutuality, reciprocity: A conceptual introduction. In I. Markova, C. Graumann & K. Foppa (Eds.) *Mutualities in dialogue*. Cambridge: University Press, 1-24.
- Grönfors, M. 1985. *Kvalitatiiviset kenttätutkimusmenetelmät*. (2. painos). Juva: WSOY.
- Haarakangas, K. 1989. Kriisiryhmä auttaa ihmisen hädässä. *Mielenterveys*, 28 (4), 24-28.
- Haarakangas, K. 1993. Verkostoterapiasta verkoston vuoropuheluun: verkostojattelun kehitys terapiatyössä. *Perheterapia*, 9(4), 34-39.
- Haarakangas, K. & Keränen, J. 1990. Kriisissä on mahdollisuus ja verkostossa voima. *Suomen Lääkärilehti*, 31, 2768-2770.
- Hare-Mustin, R. 1994. Discourses in the mirrored room: a postmodern analysis of therapy. *Family Process*, 33, 19-35.
- ten Have, P. 1991. Talk and institution: A reconsideration of the "asymmetry" of doctor-patient interaction. In D. Boden & D.H. Zimmerman (Eds.) *Talk and social structure*. Cambridge: Polity Press, 138-163.
- Heikkinen, R-L. & Seikkula, J. 1995. Indikatiivinen ja symbolinen merkitysalue verkostokeskeisessä psykiatrisessa hoidossa. *Perheterapia*, 11(4), 24-29.
- Holma, J. & Aaltonen, J. 1995. The self-narrative and acute psychosis. *Contemporary Family Therapy*, 17(3), 307-316.
- Honkasalo, M-L. 1988. Oireiden ongelma - sosiaalilääketieteellinen tutkimus oireista, niiden esiintymisestä ja merkityksistä kahta tutkimusmenetelmää käyttäen. Helsingin yliopisto. *Kansanterveystieteen julkaisuja M: 101*.
- Imber-Black, E. 1988. *Families and larger systems. A family therapist's guide through the labyrinth*. New York: Guilford.
- Jokinen, A., Juhila, K. & Suoninen, E. 1993. *Diskurssianalyysin aakkoset*. Tampere: Vastapaino.
- Kannisto, H. 1986. Ymmärtäminen, kritiikki ja hermeneutiikka. Teoksessa I. Niiniluoto ja E. Saarinen (toim.) *Vuosisatamme filosofia*. Juva: WSOY, 145-243.
- Karjalainen, V. 1996. Verkoston lupaus. *Tutkimus aikuisasiakkaan palveluverkoston rakentumisesta*. *Stakes, Tutkimuksia 68*. Jyväskylä.
- Karlsson, F. 1994. *Yleinen kielitiede*. Helsinki: Yliopistopaino.

- Keravuori, K. 1988. Ymmärrätkö tarkoituksesi? Tutkimus diskurssi-irooleista ja -funktioista. Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran Toimituksia 477. Jyväskylä: Gummerus.
- Keränen, J. 1992. Avohoitoon ja sairaalahoitoon valikoituminen perhekeskeisessä psykiatrisessa hoitojärjestelmässä. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research, 93.
- Kilpinen, E. 1995. Mitä on semeiotiikka? *Synteesi*, 14(4), 2-21.
- Klefbeck, J., Hultkrantz-Jeppson, A., Marklund, K., Bergerhed, E. & Forsberg, G. 1988. Verkostoterapia - Ruotsin malli. Suomentaja A-L. Linnala. *Perheterapia*, 4 (2), 3-12.
- Koivunen, A. 1991. Narreja vai narraajia? -tekstit, yleisöt ja populaarikulttuurintutkijat. Teoksessa A. Koivunen, H. Riikonen & J. Selenius (toim.) *Bahtin-boomi! Turun yliopiston taiteiden tutkimuksen laitos, sarja A, nro 22*, 81-121.
- Koivunen, A., Riikonen, H & Selenius, J. (toim.) 1991. *Bahtin-boomi! Turun yliopiston taiteiden tutkimuksen laitos, sarja A, nro 22*.
- Korhonen, M. 1993. Kielen synty. Juva: WSOY.
- Kundera, M. 1985. Olemisen sietämätön keveys. Suomentaja K. Siraste. Porvoo: WSOY.
- Kundera, M. 1987. Romaanin taide. Suomentajat J. Blomstedt ja R. Stewen. Porvoo: WSOY.
- Kusch, M. 1986. Ymmärtämisen haaste. Jyväskylä: Pohjoinen.
- Kvale, S. 1989. To validate is to question. In S. Kvale (Ed.) *Issues of validity in qualitative research*. Lund: Studentlitteratur, 73-92.
- Laine, T. 1993. Aistisuus, kehollisuus ja dialogisuus. Ludwig Feuerbachin filosofian lähtökohtia ja niiden kehitysnäkymiä 1900-luvun antropologisesti suuntautuneessa fenomenologiassa. *Jyväskylä studies in education, psychology and social research*, 96.
- Laitila, A. & Wahlström, J. 1993. Kertomus, diskurssi ja keskustelu - Perheterapeuttinen näkökulma psykoterapioiden integraatioon. *Psykologia*, 28(6), 432-440.
- Laitinen, J. 1994. Lääketieteen mallit psykiatriassa - skitsofreniatieteenfilosofisessa katsannossa. *Turun yliopiston julkaisuja, sarja C, osa 105*.
- Lehtinen, K. 1993. Family therapy and schizophrenia in public mental health care. *Turun yliopiston julkaisuja D:106*.
- Lehtinen, K. & Räcköläinen, V. 1986. Akuutin psykoosin systeemianalyttinen hoito. Teoksessa V-P Avento (toim.), *Suomen psykiatriyhdistyksen syksyn 1985 koulutuspäivien luentojulkaisu*. Teema: Skitsofrenian hoidon laadun kehittäminen *Psychiatria Fennica* julkaisusarja 71, 79-91.
- Lehtinen, V., Aaltonen, J., Koffert, T., Räcköläinen, V., Syvälahti, E. & Vuorio, K. 1996. Integrated treatment model for first-contact patients with a schizophrenia-type psychosis: The Finnish API project. *Nordic Journal of Psychiatry*, 50 (4), 281-287.
- Lehtinen, V., Alanen, Y., Anttinen, E., Eerola, K., Lönnqvist, J., Pylkkänen, K. & Taipale V. 1989. *Sosiaalipsykiatria*. Helsinki: Tammi.

- Lehtovaara, J. 1994. Dialogisuus, reflektointi ja ihmisen maailmassa oleminen. Teoksessa J. Lehtovaara & R. Jaatinen (toim.) *Dialogissa - matkalla mahdollisuuteen*. Tampereen opettajankoulutuslaitoksen julkaisuja A/21, 213-234.
- Leiman, M. 1995. Integrating the Vygotskian theory of sign-mediated activity and the British object relations theory. University of Joensuu. *Publications in Social Sciences*, 20.
- Lincoln, Y. & Guba, E. 1985. *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills: Sage.
- Linell, P. 1982. The written language bias in linguistics. *Studies in Communication* 2. Linköping: Department of Communication Studies.
- Linell, P. 1990. The power of dialogue dynamics. In I. Markova & K. Foppa (Eds.) *The dynamics of dialogue*. London: Harvester Wheatsheaf, 147-177.
- Linell, P. & Luckmann, T. 1991. Asymmetries in dialogue: some conceptual preliminaries. In I. Markova & K. Foppa (Eds.) *Asymmetries in dialogue*. London: Harvester Wheatsheaf, 1-20.
- Luckmann, T. 1990. Social communication, dialogue and conversation. In I. Markova & K. Foppa (Eds.) *The dynamics of dialogue*. London: Harvester Wheatsheaf, 45-61.
- Lääkintöhallituksen työryhmä. 1977. *Psykiatrisen terveydenhuollon kehittäminen*. Helsinki.
- Lääkintöhallitus. 1987. *Skitsofreniaan sairastuneen hoito ja kun toutus*. Hoitomalli. Lääkintöhallituksen julkaisuja, 103. Helsinki.
- Lääkintöhallitus. 1988. *Skitsofreniaprojekti 1981-1987*. Skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallisen kehittämissuunnitelman loppuraportti. Lääkintöhallituksen opassarja nro 4. Helsinki.
- Macdonell, D. 1986. *Theories of discourse*. Oxford: Basil Blackwell.
- McNamee, S. 1992. Reconstructing identity: the communal construction of crisis. In S. McNamee & K. Gergen (Eds.) *Therapy as social construction*. London: Sage, 186-199.
- McNamee, S. & Gergen, K. (Eds.) 1992. *Therapy as social construction*. London: Sage.
- Markova, I. 1990a. A three-step process as an unit of analysis in dialogue. In I. Markova & K. Foppa (Eds.) *The dynamics of dialogue*. London: Harvester Wheatsheaf, 129-146.
- Markova, I. 1990b. Introduction. In I. Markova & K. Foppa (Eds.) *The dynamics of dialogue*. London: Harvester Wheatsheaf, 1-22.
- Markova, I. & Foppa, K. (Eds.) 1990. *The dynamics of dialogue*. London: Harvester Wheatsheaf.
- Markova, I. & Foppa K. (Eds.) 1991. *Asymmetries in dialogue*. London: Harvester & Wheatsheaf.
- Maturana, H. 1978. The biology of language: The epistemology of reality. In G. Miller & E. Lenneberg (Eds.) *Psychology and biology of language and thought*. New York: Academic Press, 27-63.
- Maturana, H. & Varela, F. 1980. *Autopoiesis and cognition: The realization of the living*. Boston: Reidel.
- Maturana, H. & Varela, F. 1987. *The tree of knowledge: The biological roots of human understanding*. Boston: New Science Library.

- Mielenterveystyön komitean mietintö. 1984. Komiteamietintö 1984: 17. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Mishler, E. 1984. The discourse of medicine: dialectics of medical interviews. Norwood, NJ: Ablex.
- Moon, S., Dillon, D. & Sprenkle, D. 1990. Family therapy and qualitative research. *Journal of Marital and Family Therapy*, 16, 357-373.
- Moon, S., Dillon, D. & Sprenkle, D. 1991. On balance and synergy: Family therapy and qualitative research revisited. *Journal of Marital and Family Therapy*, 17, 173-178.
- Mosher, L. & Burti, L. 1989. Community mental health. Principles and practice. New York: Norton.
- Mäkelä, K. 1990. Kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteet. Teoksessa K. Mäkelä (toim.) Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Helsinki: Gaudeamus, 42-61.
- National Board of Health. 1988. The Schizophrenia Project 1981-1987. Final report of the national programme for the study, treatment and rehabilitation of schizophrenic patients in Finland. (English summary). Series Handbooks no 4, Helsinki: National Board of Health.
- Nettleton, S. 1995. The sociology of health and illness. Cambridge: Polity Press.
- Nichols, M. 1987. The individual in the system. *The Family Therapy Networker*, 11, 33-38, 85.
- Niiniluoto, I. 1984. Johdatus tieteenfilosofiaan. Käsitteen- ja teorianmuodostus. (2. painos). Helsinki: Otava.
- Nöth, W. 1990. Handbook of semiotics. Bloomington: Indiana University Press.
- Ogden, C. & Richard, I. 1923. The meaning of meaning. London: Routledge.
- Ostwald, P. 1964. How the patient communicates about disease with the doctor. In T. Sebeok, A. Hayes & M. Bateson (Eds.) Approaches to semiotics. The Hague: Mouton, 11-34.
- Parker, I. 1992. Discourse dynamics. Critical analysis for social and individual psychology. London: Routledge.
- Parry, A. 1991. A universe of stories. *Family Process*, 30, 37-54.
- Peirce, C. 1932. Elements of logic. Collected Papers of Charles Sanders Peirce, Vol 2. Eds. C. Hartshorne & P. Weiss. Cambridge: Harvard University Press.
- Penn, P. & Frankfurt, M. 1994. Creating a participant text: writing, multiple voices, narrative multiplicity. *Family Process*, 33, 217-231.
- Peräkylä, A. 1992. The interview format in AIDS counselling. A study of questions and answers in the counselling practice in a London clinic. Ph.D. thesis at University of London. London: Goldsmiths' College.
- Peräkylä, A. 1995. Kvalitatiivisen tutkimuksen kohteet ja ihmis kuva. Teoksessa J. Leskinen (toim.) Laadullisen tutkimuksen risteysasemalla. Helsinki: Kuluttajatutkimuskeskus, 39-49.
- Pesonen, P. 1991. Dialogi ja tekstit. Bahtinin, Lotmanin ja Mintsin virikkeitä intertekstuaalisuuden tutkimiseen. Teoksessa A. Viikari (toim.) Intertekstuaalisuus - suuntia ja sovellutuksia. Helsinki: SKS, 31-58.
- Pihlajarinne, M-L. 1994. Nuoren sairastuminen skitsofreeniseen häiriöön. Perheterapeuttinen tarkastelutapa. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research 105.

- Pirrotta, S. & Cecchin, G. 1988. The Milan training program. In H. Liddle, D. Breunlin & R. Schwartz (Eds) *Handbook of family therapy training and supervision*. New York: Guilford, 38-61.
- Potter, J. & Wetherell, M. 1987. *Discourse and social psychology: Beyond attitudes and behaviour*. London: Sage.
- Raftery, J. 1992. Mental health services in transition: the United States and the United Kingdom. *British Journal of Psychiatry*, 161, 589-593.
- Ramirez, J. 1995. Skapande mening. En begreppsgenealogisk undersökning om rationalitet, vetenskap och planering. Stockholm: Nordplan.
- Rantala, V. 1994. Merkitys semiotiikassa. Teoksessa S. Heinämaa (toim.) *Merkitys. Filosofisia tutkimuksia Tampereen yliopistosta* 45, 161-175.
- Rauhala, L. 1989. Ihmisen ykseys ja moninaisuus. Helsinki: Sairaanhoidajien kehityssäätiö
- Rauhala, L. 1993. Eksistentiaalinen fenomenologia hermeneuttisen tieteenfilosofian menetelmänä. *Filosofisia tutkimuksia Tampereen yliopistosta* 41.
- Riikonen, E. 1992. Auttamistyön ongelmakäsitykset ja haastattelukäytännöt. Ongelmakielestä kompetenssikieleen. *Kuntotussäätiön tutkimuksia* 32. Helsinki.
- Rochester, S. & Martin, J. 1979. *Crazy talk. A study of the discourse of schizophrenic speakers*. New York: Plenum Press.
- Räkköläinen, V., Lehtinen, K. & Alanen Y. 1991. Need-adapted treatment of schizophrenic processes; the essential role of family-centered therapy meetings. *Contemporary Family Therapy*, 13, 573-582.
- Sairaalaliitto. 1988. *Kokemuksia uusien skitsofreniapotilaiden perhekeskeisestä hoidosta Suomessa*. Helsinki.
- Salo, M. 1996. Sietämisestä solidaarisuuteen. *Mielisairaalareformit Italiassa ja Suomessa*. Tampere: Vastapaino.
- Salokangas, R., Saarinen, S. & Stengård, E. 1996. Sairaala kotiutetut skitsofreniapotilaat (SKS-projekti) II: Aikatrenditutkimus vuosina 1982, 1986 ja 1990 kotiutettujen potilaiden kliinisen ja toiminnallisen tilan sekä hoito- ja tukipalveluiden käytön muutoksista. Helsinki: Psychiatria Fennica.
- Sarja, A. 1995. Dialogioppiminen ohjaustilanteissa. *Kasvatus*, 26(4), 311-321.
- de Saussure, F. 1983. *Course in general linguistics*. Ed. C. Bally & A. Sechehaye, trans. R. Harris. London: Duckworth.
- Seikkula, J. 1990. Perheen ja sairaalan rajajärjestelmä. Tutkimus perhekeskeisen hoidon aloituksesta sairaalassa. Helsinki: Sairaalaliitto.
- Seikkula, J. 1991. Perheen ja sairaalan rajajärjestelmä potilaan sosiaalisessa verkostossa. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research* 80.
- Seikkula, J. 1993. The aim of therapy is generating dialogue: Bakhtin and Vygotsky in family session. *Human Systems Journal*, 4, 33-48.
- 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. In S. Friedman (Ed.) *The*

- reflecting team in action. Collaborative practice in family therapy. New York: Guilford, 62-80.
- Sells, S., Smith, T. & Sprenkle, D. 1995. Integrating qualitative and quantitative research methods: a research model. *Family Process*, 34, 199-218.
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. & Prata, G. 1978. Paradox and counterparadox. New York: Jason Aronson.
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. & Prata, G. 1980. Hypothesizing-circularity-neutrality: Three guidelines for the conductor of the session. *Family Process*, 19, 3-12.
- Shotter, J. 1993a. Conversational realities. Constructing life through language. London: Sage.
- Shotter, J. 1993b. Cultural politics of everyday life. Social constructionism, rhetoric and knowing of the third kind. Buckingham: Open University Press.
- Speck, R. & Attneave, C. 1973. Family networks. New York: Pantheon Books.
- Stubbs, M. 1989. Discourse analysis: The sociolinguistics analysis of natural language. (4th printing.). Oxford: Basil Blackwell.
- Suomen asetuskokoelma. 1977. Laki mielisairaslain muuttamisesta. 521/23.6.1977. Helsinki.
- Suoninen, E. 1993. Kielen käytön vaihtelevuuden analysoiminen. Teoksessa A. Jokinen, K. Juhila & E. Suoninen (toim.) Diskurssianalyysin aakkoset. Tampere: Vastapaino, 48-74.
- Suoninen, E. 1995. Miten rakennamme kulttuurin virtaa? Diskurssianalyttisen tutkimusotteen lähtökohtia. Teoksessa J. Leskinen (toim.) Laadullisen tutkimuksen risteysasemalla. Helsinki: Kuluttajatutkimuskeskus, 91-102.
- Tarasti, E. 1990. Johdatusta semiotikkaan. Esseitä taiteen ja kulttuurin merkkijärjestelmistä. Helsinki: Gaudeamus.
- Thompson, J. 1994. Trends in the development of psychiatric services, 1844-1994. *Hospital and Community Psychiatry*, 45 (10), 987-992.
- Tiittula, L. 1992. Puhuva kieli: Suullisen viestinnän erityispiirteitä. Loimaa: Finn Lectura.
- Tomm, K. 1988. Interventiivinen haastattelu. Suom. lyh. A. Mattila. Mannerheimin Lastensuojeluliitto, L-sarja, 3.
- Towns, A. 1994. Asthma, power, and the therapeutic conversation. *Family Process*, 33, 161-174.
- Tuori, T. 1987. Naimisissa olevien skitsofreniapotilaiden systeeminen perheterapia. Turun yliopiston julkaisuja C: 62.
- Tuori, T. 1994. Skitsofrenian hoito kannattaa. Raportti skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallisen kehittämisohjelman 10-vuotis-arvioinnista. Stakes, Raportteja 143. Jyväskylä.
- Tynjälä, P. 1991. Kvalitatiivisten tutkimusmenetelmien luotettavuudesta. *Kasvatus*, 22 (5-6), 387-398.
- Uspenski, B. 1991. Komposition poetiikka. Taideteoksen sommittelun periaatteet. Suomentaja M-L Vainionpää-Palmgren. Orient Express (Alkuteos julk. 1970).
- Wahlström, J. 1992. Merkitysten muodostuminen ja muuttuminen perheterapeuttisessa keskustelussa. Diskurssianalyttinen tutkimus. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research* 94.

- Varela, F. 1989. Reflections on the circulation of concepts between a biology of cognition and systemic family therapy. *Family Process*, 28, 15-24.
- Varto, J. 1994. Filosofinen ihmiskäsitys ja toiseus. Teoksessa J. Lehtovaara & R. Jaatinen (toim.) *Dialogissa - matkalla mahdollisuuteen*. Tampereen opettajankolautuslaitoksen julkaisuja A/21, 83-113.
- Wertsch, J. 1985a. The semiotic mediation of mental life: L.S. Vygotsky and M.M. Bakhtin. In E. Mertz & R. Parmentier (Eds.) *Semiotic mediation*. London: Academic Press, 49-71.
- Wertsch, J. 1985b. *Vygotsky and the social formation of mind*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Wertsch, J. 1991. *Voices of the mind. A sociocultural approach to mediated action*. London: Harvester Wheatsheaf.
- White, M. & Epston, D. 1990. *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.
- Virtanen, H. 1986. Kokemuksia Turun psykiatristen sairaaloiden sisäänotto-poliklinikan toiminnasta. *Sairaala*, 8-9, 287-290.
- Virtanen, H. 1991. Vanhusten perhe- ja ympäristökeskeinen psykiatrinen hoito. *Turun yliopiston julkaisuja C*: 85.
- Voloshinov, V. 1973. *Marxism and the philosophy of language*. Trans. L. Matejka & I. Titunik. New York: Seminar Press.
- Voloshinov, V. 1983a. Discourse in life and discourse in poetry. Trans. J. Richmond. In A. Shukman (Ed.) *Bakhtin school papers*. Oxford: RPT, 5-30.
- Voloshinov, V. 1983b. Literary stylistics. In A. Shukman (Ed.) *Bakhtin school papers*. Oxford: RPT Publications, 93-152.
- Voloshinov, V. 1990. Kielen dialogisuus. *Marxismi ja kielifilosofia*. Suomentaja T. Laine. Tampere: Vastapaino (Alkuteos julk. 1929).
- Vuorio, K., Rökköläinen, V., Syvälahti, E., Hietala, J., Aaltonen, J., Katajamäki, J. & Lehtinen, V. 1993. Akuutin psykoosin integroitu hoito I. Alustavia havaintoja skitsofreniaryhmän psykoosien hoidosta ilman neuroleptilääkitystä Kupittaa sairaalassa 1989-92. *Suomen Lääkärilehti*, 48(6), 466-471.
- Vuorio, K., Rökköläinen, V., Syvälahti, E., Hietala, J., Aaltonen, J., Katajamäki, J. & Lehtinen, V. 1993. Akuutin psykoosin integroitu hoito II. Uusien skitsofreniaryhmän psykoositapausten ennuste ja hoitoa ohjaavat kliiniset tekijät. *Suomen Lääkärilehti*, 48 (7), 582-588.
- Vygotsky, L. 1981. The development of higher forms of attention in childhood. In J. Wertsch (trans & ed.) *The concept of activity in Soviet psychology*. New York: M.E.Sharpe, 189-240.
- Vygotsky, L. 1992. *Thought and language*. (6th printing). Trans. & ed. A. Kozulin. Cambridge, Ma: MIT (First Russian edition 1934).