

**HOITOPROSESSIN KIELI PSYKOOSIPOTILAAN PERHE-
KESKEISESSÄ HOIDOSSA AVOIMEN DIALOGIN HOITO-
MALLISSA**

Teija Mattila
Piia Rantakokko
Pro gradu
Jyväskylän yliopisto
Psykologian laitos
Kevät 2003

ABSTRAKTI

Hoitoprosessin kieli psykoosipotilaan perhekeskeisessä hoidossa avoimen dialogin hoitomallissa

Tekijät: Teija Mattila ja Piia Rantakokko

Ohjaaja: Jaakko Seikkula

Psykologian pro gradu –tutkielma

Tammikuu 2003

Jyväskylän yliopisto

34 sivua

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin hoitokokouskielen rakentumista psykoosipotilaan perhekeskeisessä hoidossa avoimen dialogin hoitomallissa. Tutkimuksen aineisto koostuu yhden ensi kertaa psykoottiseen kriisiin joutuneen nuoren miehen yhdeksästä hoitokokouksesta sekä kaksi vuotta hoidon aloittamisesta tehdystä seuranta-aastattelusta. Tutkittu tapaus on Akuutin psykoosin integroitu hoito –projektin aineistosta. Käytetyssä analysointimallissa jaettiin transkriboitu teksti sisältöalueisiin, joiden sisällä määriteltiin puheen dominanssit. Tutkimuksessa tarkasteltiin myös narratiivisia prosesseja potilaan puheesta. Lisäksi tarkastelun kohteena olivat hoitoprosessin etenemisen kannalta merkittävät kohdat eli käännekohdat. Tutkimuksessa havaittiin, että käytetty analysointimalli ei tuonut esille avoimen dialogin mukaisen kriisiluonteisen hoitoprosessin etenemistä. Siitä saatiin enemmän tietoa käännekohtien tarkastelulla.

Avainsanat: *akuutti psykoosi, avoin dialogi, hoitoprosessi, hoitoprosessin käännekohdat*

JOHDANTO

Tässä tutkimuksessa tarkastelemme hoitoprosessin rakentumista psykoosipotilaan perhekeskeisessä hoidossa. Erityisesti tarkastelemme sitä, kuinka hoitokokouksien kieli rakentuu. Tarkastelemme hoitoprosessia ja sen erityispiirteitä kokonaisuutena. Tutkimassamme tapauksessa perhekeskeinen hoito on toteutettu avoimen dialogin periaattein. Hoitokokouksen ja avoimen dialogin hoitomallin määrittelemme myöhemmin.

Avoimen dialogin lähestymistapa on kehittynyt osana Suomessa toteutettua pitkäaikaista psykoosipotilaiden hoidon kehittämistyötä. Alun perin Turussa alkanutta skitsofreniaprojektia seurasivat monet sekä valtakunnallisella tasolla että paikallisesti toteutetut psykoosin hoidon kehittämisprojektit (Alanen, 1993). Akuutin psykoosin integroitu hoito –projekti (API) täydensi Turun projektin ja Valtakunnallisen skitsofreniaprojektin hoidollisia periaatteita. Tarkoituksena oli tutkia myös mahdollisuuksia yhdistää eri hoitomuotoja psykoosin hoidossa. API –projekti toteutettiin kuudessa hoitoyksikössä ympäri Suomen. Näihin kuului myös Keroputaan sairaala, josta tutkimusaineistomme on peräisin (Aaltonen, Koffert, Ahonen & Lehtinen, 2000).

Tarpeenmukaisen hoidon periaatteet ovat syntyneet osana Turun projektia. Tarpeenmukaisuus tarkoittaa sitä, että potilaan ja hänen lähipiirinsä todelliset ja muuttuvat tarpeet huomioidaan joustavasti ja yksilöllisesti. Hoitoa tulee ohjata psykoterapeuttinen asenne, joka tarkoittaa sekä potilaan elämäntilanteen ymmärtämistä kokonaisuudessaan että hoitohenkilökunnan kykyä tarkkailla omia tunteitaan ja reaktioitaan. Erilaiset terapeutit tulee yhdistää siten, että ne tukevat toisiaan ja muodostavat toimivan kokonaisuuden potilaan hoidossa. Hoitoa tulee ajatella myös prosessina, joka reagoi jatkuvasti uusiin terapeuttisiin tarpeisiin (Räkköläinen, Lehtinen & Alanen, 1991). Valtakunnallinen skitsofreniaprojekti tarkensi tarpeenmukaisen hoidon periaatteita muun muassa suosittamalla moniammatillisten psykoosityöryhmien käyttöä akuutin kriisin hoidossa (Aaltonen ym., 2000). Työryhmä kootaan potilaskohtaisesti siten, että se voi mahdollisimman hyvin vastata potilaan ja hänen perheensä tarpeisiin. Työryhmän voivat muodostaa esimerkiksi lääkäri, erikoissairaanhoitaja ja psykologi. Sama hoitava työryhmä mahdollistaa hoidon psykologisen jatkuvuuden, vaikka työryhmän kokoonpano vaihtelisikin eri tapaamiskerroilla (Aaltonen, 1999; Seikkula & Haarakangas, 1999).

Tutkimassamme tapauksessa käytetty avoimen dialogin hoitomalli perustuu tarpeenmukaisen hoidon periaatteille, niitä edelleen kehittäen. Hoitomallissa on tärkeää hoidon nopea aloittaminen. Lisäksi hoitokokoukset järjestetään sosiaalisen verkoston läsnäollessa ja jos mahdollista potilaan kotona. Tarkoituksena on myös, että sama työryhmä on vastuussa potilaasta hoidon alusta loppuun (Seikkula, 2002; Seikkula, Alakare & Aaltonen, 2001a; Seikkula, Alakare & Aaltonen, 2001b). Hoitokokouksessa keskustelun aiheet syntyvät kussakin tilanteessa esille nousevista asioista, ei siten että työryhmä olisi ennalta suunnitellut tapaamisen kulkua (Aaltonen ym., 2000).

Avoimen dialogin pyrkimys on muodostaa dialogi, joka syntyy yhdessä työryhmän, potilaan sekä hänen sosiaalisen verkostonsa kanssa. Hoitokokouksissa pyritään moniäänisyyteen siten, että erilaiset ja jopa keskenään ristiriitaiset äänet voivat tulla esille. Myös psykoottinen puhe, eli sellainen puhe, jossa potilas puhuu omista hallusinaatioistaan, on ääni muiden joukossa (Seikkula, 2002). Psykoottinen puhe voidaan käsittää potilaan reaktiona johonkin keskustelussa esille nousseeseen teemaan, joka on hänelle liian vaikea käsitellä (Seikkula ym., 1995). Avoimen dialogin hoitomallissa psykoosi yleensäkin käsitetään ihmisen reaktiona vaikeaan elämäntilanteeseen, jossa hänen kokemuksensa eivät saa sanallista muotoa. Sanattomat kokemukset voivat siten tulla esille harhoina (Haarakangas & Seikkula, 1999).

Hoitokokous on foorumi, jossa hoitopäätökset tehdään yhdessä työryhmän, potilaan ja hänen perheensä kanssa keskustellen eri vaihtoehtoista ja näkökulmista. Lääkityksestä, hoidon jatkumisesta, mahdollisesta sairaalaan tulosta ja muista hoitoa koskevista asioista keskustellaan yhdessä kaikkien läsnäolijoiden kesken. Hoitokokouksissa yhdistyy terapeuttinen vuorovaikutus, hoidon seuranta ja eri hoitomuotojen integrointi (Seikkula ym., 2001a). Hoitokokouksissa pyritään aktivoimaan potilaan sosiaalista verkostoa toimimaan muutoksen toteuttajana. Sosiaalisella verkostolla tarkoitetaan niitä vuorovaikutussuhteita, joiden kautta yksilöllinen identiteetti ylläpidetään. Sosiaalinen verkosto on yksikkö, jossa ihmisen sosiaaliset suhteet kullakin hetkellä ilmenevät (Seikkula, 1991).

Avoimen dialogin hoitomallin perhekeskeisyys on yhdistävä tekijä perinteisiin perheterapeuttisiin hoitomalleihin. Keskeinen ero on kuitenkin siinä, että avoimen dialogin hoitomallissa pyritään luomaan tila, jossa kaikkien osapuolten on mahdollista osallistua avoimeen keskusteluun, kun taas perinteisissä perheterapeuttisissa hoitomalleissa työskentely on terapeuttijohtoisempaa (Seikkula ym., 1995; Seikkula ym., 2001a). Avoimen

dialogin erityispiirre on myös sen kriisiluonne. Avoimessa dialogissa hoidon pituutta ei määritellä ennakoon, vaan se määräytyy hoitoprosessin edetessä. Perinteisissä perheterapeuttisissa malleissa sen sijaan sovitaan ennalta hoidon suunniteltu pituus ja hoitopaamisten tiheys. Avoimessa dialogissa hoitokokous pyritään järjestämään heti, kun tarvetta siihen ilmenee. Hoidon kriisiluonteeseen liittyyvistä asioista avoimen dialogin hoitokokouksissa enemmän esillä kuin perinteisissä perheterapioissa. Näiden avoimen dialogin kriisiluonteeseen liittyvien erityispiirteiden vuoksi siihen ei voida täysin soveltaa samoja tutkimusmenetelmiä kuin perinteisten perheterapioiden tutkimukseen.

Keroputaan sairaalassa, jossa käytetään avoimen dialogin hoitomallia, sovelletaan perhekeskeistä ajattelua koko hoito-organisaatioon. Keroputaalla on toteutettu koko henkilökunnan kattava erityistason psykoterapeuttinen koulutus, ja jatkuvan kouluttamisen ja tutkimuksen periaate on myös omaksuttu osaksi sairaalan käytäntöä. Tunnetuksi on tullut niin sanottu Keroputaan malli, jossa tärkeää on varhainen hoitointerventio potilaalle ja hänen sosiaaliselle verkostolleen (Keränen, 2001). Keroputaalla hoito pyritään toteuttamaan avohoitona ja ilman neuroleptilääkitystä. Yhteistyö avohoidon ja sairaalan henkilökunnan välillä on olennainen osa Keroputaan hoitokäytäntöä (Aaltonen ym., 2000). Potilaskohtaisesti muodostetut työryhmät mahdollistavat avohoidon ja sairaalahoidon välisen joustavuuden (Haarakangas, 1997; Seikkula ym., 2001a).

Tutkimuksemme aineisto on koottu Keroputaan sairaalassa, osana API –projektia. Kyseessä on nuori mies, joka on joutunut ensimmäistä kertaa akuuttiin psykoottiseen kriisiin. Aineisto muodostuu yhdeksästä varsinaisesta hoitokokouksesta ja kahden vuoden seurantahaastattelusta. Hoitokokousten kokoonpano vaihtelee, mutta pääasiassa kokouksissa on mukana potilaan lisäksi myös osa hänen perhettään sekä kolmihenkinen työryhmä.

Dialogisella lähestymistavalla on monia yhtymäkohtia narratiivisuuteen. Sekä avoin dialogi että narratiivinen perheterapia jakavat sosiaalisen konstruktionismin käsityksen terapiasta kertomuksien luomisena (Seikkula, 2002). Sosiaalinen konstruktionismi ja narratiivisuus ovat tutkimuksemme taustalla vaikuttavia suuntauksia. Narratiivinen lähestymistapa vaikutti myös tutkimusaineiston valintaan siten, että päätimme tutkia yhden psykoosipotilaan elämäntarinan muotoutumista hoitokokouskeskusteluissa hoitoprosessin alusta loppuun. Hoffmanin (1990) mukaan sosiaalisessa konstruktionismissa merkitykset itsestämme ja maailmasta nousevat sosiaalisesta vuorovaikutuksesta. Psy-

koottisen ihmisen ajatellaan käyttävän erilaista kieltä kuin muiden, minkä vuoksi hänellä on myös erilainen suhde todellisuuteen (Holma, 1999a). Sosiaalisen konstruktionismin mukaisille terapiasuuntauksille on yhteistä näkemys terapiasta keskusteluna, jonka lopputulokset syntyvät yhteisesti jaetun ymmärryksen pohjalta (Hoffman, 1990).

Seikkulan (2001) mukaan sosiaalista konstruktionismia on kritisoitu objektiivisen todellisuuden kieltävästä näkemyksestä. Vaikka osa sosiaalisen konstruktionismin kannattajista katsoo todellisuuden rakentuvan kielen välityksellä kieltäen reaalisen todellisuuden, nämä radikaalit näkemykset eivät kuitenkaan tule esille käytännön terapiatyössä. Kysymys objektiivisen todellisuuden olemassaolosta on terapiatyöskentelyn kannalta epäolennainen. Tärkeää on se, millaisia merkityksiä ihmiset antavat kokemuksilleen ja miten eri ihmisten kokemukset eroavat. Avoimen dialogin hoitomallissa ihmisten puhe omista kokemuksistaan on keskustelun lähtökohtana.

Narratiivisessa lähestymistavassa merkityksen rakentamisen peruseriaatteena on tarinan luominen. Narratiivi luodaan ja ylläpidetään sosiaalisessa kontekstissa. Myös identiteetti ja toimijuus rakentuvat dialogissa toisten kanssa (Holma & Aaltonen, 1998). Psykoosissa ihmisen oma kertomus itsestään on romahtanut (Holma & Aaltonen, 1995). Henkilöllä on vaikeuksia muodostaa narratiivia elämästään ja tämän vuoksi hänen kokemuksensa ovat usein esinarratiivisessa muodossa. Tällöin uusien, vaihtoehtoisten narratiivien kehittyminen estyy (Holma & Aaltonen, 1997). Potilaan monologinen prosessi korvautuu, kun terapiassa dialogissa toisten kanssa luodaan hänen elämästään yhtenäinen kertomus (Holma & Aaltonen, 1995). Smithin (1997) mukaan perinteisissä terapiamalleissa terapeutin ennakkooavistukset voivat rajoittaa terapiassa käsiteltäviä asioita. Näin asiakkaan ääni ei pääse esille. Ennako-oletusten varmistelun sijasta terapeutin asenteena tulisi olla avoin uteliaisuus. Näin käsiteltäviksi tulevat ne asiat, jotka asiakas kokee tärkeiksi. Narratiivisessa terapiassa ajatellaan, että kaikki tieto riippuu kunkin henkilökohtaisesta näkökulmasta. Terapeutillakaan ei siis ole objektiivista totuutta hallussaan.

Seikkulan (2002) mukaan narratiivisessa perheterapiassa ajatellaan, että terapeutin tehtävänä on kertoa uudelleen potilaan ongelmaan kietoutunut tarina, kun taas avoimessa dialogissa kertomus luodaan yhdessä kaikkien hoitokokoukseen osallistuvien kesken. Holman (1999b) mukaan narratiivisuuden hermeneuttis-dialogisen suuntauksen mukaan terapeutti on yksi osapuoli dialogisessa prosessissa. Keskustelussa luodaan tila yhteisel-

le maailman hahmottamiselle. Näiltä osin narratiivisen lähestymistavan voidaan katsoa tulevan lähelle avoimen dialogin hoitomallia.

Olemme tarkastelleet tutkimusaineistoamme diskurssianalyttisin menetelmin. Diskurssianalyysi tutkimusmenetelmänä soveltuu ääni- tai videonauhoista tehtyjen litte-
rointien ja erilaisten tekstien analysoimiseen. Terapiatutkimuksessa sitä käytetään on-
gelmasysteemien kielelliseen analysointiin, eli tutkitaan sitä, mitä ongelmasysteemit
ovat, miten ne muodostuvat keskustelussa ja miten niitä voidaan kielen kautta purkaa
(Jokinen, Suoninen & Wahlström, 2000).

Wahlströmin (1992) mukaan diskurssilla tarkoitetaan yhteisössä vakiintunutta puhe-
ja kirjoitustapaa. Diskurssi määrää sitä, minkä merkityksen teot ja lausumat saavat, sekä
miten, mistä ja kuka voi puhua. Diskurssianalyttisessä lähestymistavassa psykoterapeu-
tinen keskustelu nähdään eräänlaisena väliaineena, jossa muutoksen ajatellaan ta-
pahtuvan, ei niinkään muutoksen välineenä. Psykoterapeuttinen muutos on nähtävissä
suoraan keskustelun muuttumisena.

Oire tai ongelma rakentuu kielen välityksellä (Wahlström, 1992). Oirekeskeisessä
puhekäytännössä potilaan elämää on alkanut hallita monologinen diskurssi, joka määrit-
telee potilaan sairaaksi tai epäonnistuneeksi. Hoitokokouksissa oirekeskeinen diskurssi,
joka on usein potilaan ja hänen perheensä tapa hahmottaa tilannetta, voi muuttua dis-
kurssiksi, joka tarkastelee oiretta enemmän perheen vuorovaikutussuhteiden näkökul-
masta (Haarakangas, 1997). Seikkulan (1991) mukaan terapeuttiset ongelmat saavat
syntynsä kielen kautta. Vuorovaikutussysteemit syntyvät ongelman ympärille, ei niin,
että systeemit itsessään muodostaisivat ongelmia.

Haarakangas (1997) käyttää kytkeytymisen käsitettä tilanteesta, jossa ihmiset sovit-
tavat yhteen käyttäytymistään sosiaalisissa ja kielellisissä tilanteissa. Työryhmän tulee
kytkettyä, ei kuitenkaan sulautua, asiakkaiden puhekäytäntöihin siten, että siirtyminen
kontekstisidonnaisesta (indikatiivinen) kielestä kontekstista riippumattomaan (symboli-
nen) kieleen tulee mahdolliseksi. Dialogissa potilaan indikatiivinen kieli voi muuttua
symboliseksi, jonka kautta voidaan pohtia asioiden välisiä suhteita ja luoda uusia yhte-
yksiä. Seikkulan ym. (1995) mukaan asiakkaan ilmaisuissa pitäytyminen on hoitokoko-
uksen dialogisuuden edellytys. Samaan asiaan viittaa myös Andersen (1995) puhues-
saan keskustelun riittävästä erilaisuudesta ja toisaalta riittävästä samankaltaisuudesta.
Hän tuo esille sen, että on tarkkailtava kysymysten ja toteamusten vaikutusta toisiin
ihmisiin ja sopeutettava oma toiminta toisilta tulevan palautteen mukaan.

Dialogi on vastavuoroista keskustelua, jossa toinen reagoi toisen lausumiin. Monologissa puhuja ei odota välitöntä palautetta tai reagointia muilta keskustelijoilta, vaan pyrkii hallitsemaan vuorovaikutusta. Perinteisesti tällainen tilanne on esimerkiksi lääkärin haastattellessa potilasta, jolloin lääkäri pyrkii vain omien diagnostisten hypoteesiensa todentamiseen tai hylkäämiseen (Haarakangas, 1997; Markova, 1990a; Seikkula ym., 1995). Vuorovaikutuksen tarkastelu on yksi osa analysointimallia, jota käytämme tutkimuksessamme.

Käytämme tutkimuksessamme analyysimenetelmää, joka ei vielä ole vakiintunut yleiseen käyttöön. Menetelmä on kehitetty projektiopinnoissa lukuvuonna 1999-2000. Majasaari ja Tolvanen (2001) kehittivät menetelmää edelleen omaa pro gradu –työtään varten. Mallin pohjana on Per Linellin Initiative-Response (IR) –analyysi, joka tarkastelee keskustelun dominointia sekä Lynne Anguksen Narrative Processes Coding System (NPCS) -malli, joka tarkastelee keskustelun narratiivisia tasoja. Tässä tutkimuksessa tarkastelemme analysointimallin soveltuvuutta avoimen dialogin mukaisen hoitoprosessin tarkasteluun.

Analyysimalli on kolmivaiheinen. Ensin määritellään keskustelussa esille tulevat sisältöalueet (Angus, Levitt & Hardtke, 1999; Linell, 1998). Sisältöalueen käsite tarkoittaa samaa kuin Anguksen ja Hardtken aihealueen käsite ja Linellin episodin käsite. Seuraavaksi sisältöalueen sisällä määritellään IR-analyysia (initiative–response) soveltaen määrän, teeman ja vuorovaikutuksen dominanssit. Määrän dominanssi määräytyy sille, joka puhuu eniten, teeman dominanssi sille, joka ottaa esille sisältöalueen hallitsevan teeman ja vuorovaikutuksen dominanssi sille, joka kontrolloi eniten muiden keskustelua ja välttää itse kontrolloiduksi tulemistä (Linell, 1990). Markova (1990b) ymmärtää keskustelun kolmivaiheisena prosessina, jossa yhden henkilön aloite ja toisen vastaus siihen synnyttävät yhdessä keskustelun kolmannen osion. Tällä tavoin ajateltuna lausahduksella, joka on erotettu ympäristöstään, ei enää ole samaa merkitystä kuin alkuperäisessä kontekstissään. Majasaari ja Tolvanen (2001) ovat käyttäneet Markovan ajatuksia tarkentaessaan vuorovaikutuksen dominanssin määritelmää. He tarkastelivat keskustelun dynaamisuutta eli sitä, miten konteksti ja aiemmat puheenvuorot vaikuttavat uusien puheenvuorojen syntyyn.

Kolmanneksi tarkastellaan narratiivisia prosessityyppejä NPCS –mallin pohjalta. Lähtökohtana on keskustelun narratiivinen luonne. Malli pyrkii ottamaan huomioon aiempia tutkimuksia paremmin puheen erilaiset tasot. NPCS –mallin avulla tarkastel-

laan puheen jakautumista eksternaaliseen, internaaliseen ja refleksiiviseen prosessiin. Eksternaalinen prosessityyppi sisältää kuvailevaa puhetta tapahtumista, internaalinen prosessityyppi sisältää puhetta henkilökohtaisista tunteista ja reaktioista ja refleksiivinen prosessityyppi sisältää puhetta, jossa elämäntapahtumia peilataan refleksiivisesti ja saadaan näin uutta ymmärrystä tapahtumien kulusta (Angus & Hardtke, 1994; Angus, Levitt & Hardtke, 1999). Angus ja Hardtke (1994) tutkivat puheen prosessityyppien esiintymistä ja muuttumista terapian kuluessa. He huomasivat, että hyvin päättyneissä terapioissa refleksiivisen puheen osuus kasvoi huomattavasti enemmän terapian loppua kohden kuin huonosti päättyneissä terapioissa. Lisäksi hyvin päättyneissä terapioissa oli yleensäkin enemmän refleksiivistä puhetta kuin huonosti päättyneissä terapioissa, kun taas huonosti päättyneissä terapioissa oli enemmän internaalista ja eksternaalista puhe-
ta.

NPCS –mallin on todettu soveltuvan myös perheterapiakeskustelujen analysointiin, vaikka se alun perin onkin kehitetty yksilöterapiakeskustelujen analysointia varten (Laitila, Aaltonen, Wahlström & Angus, 2001). Kuten aiemmin kävi ilmi, avoimen dialogin kriisiluonteen vuoksi perinteisten perheterapioiden tutkimusmenetelmät eivät sellaisenaan ole sovellettavissa avoimen dialogin mukaisen hoitoprosessin tutkimiseen. Näin ollen NPCS –mallin soveltaminen avoimen dialogin mukaisen perhekeskeisen hoitoprosessin tutkimiseen ei anna täysin vertailukelpoista tietoa.

Tässä tutkimuksessa tarkastelemme prosessityyppien muuttumista pelkästään potilaan puheessa. Tähän ratkaisuun päädyimme, koska meitä kiinnosti erityisesti potilaan puheen muuttuminen hoitoprosessin edetessä. Toinen ratkaisuun vaikuttanut tekijä oli hoitokokouksien kokoonpanojen vaihtelu. Potilas itse oli ainoa, joka oli paikalla kaikissa hoitokokouksissa. Koska tarkastelimme prosessityyppien muuttumista vain potilaan puheessa, tulokset eivät ole suoraan verrattavissa Anguksen ja Hardtken (1994) tutkimustuloksiin.

Viimeisenä vaiheena tutkimusprosessissamme tarkastelemme hoitoprosessin käännekohtia. Ajatus hoitoprosessia kuvaavista käännekohdista syntyi tarpeesta kuvata hoitoprosessin etenemistä. Määrittelimme käännekohdan sellaiseksi kohdaksi keskustelua, jossa syntyy uutta ymmärrystä ja luodaan uusia merkityksiä kokemuksille. Seikkulan ja Haarakankaan (1999) mukaan hoitokokouksessa syntyy uusia merkityksiä asioille, kun kokemuksia jaetaan yhteisesti.

TUTKIMUSONGELMAT

1. Miten puheen prosessityypit muuttuvat potilaan puheessa
 - a) hoitokokouksen loppua kohden
 - b) hoitokokousten määrän lisääntyessä?
2. Muuttuuko perheen ja työntekijöiden puheen dominointi hoitokokousten määrän lisääntyessä?
3. Voiko keskustelusta hahmottaa hoitoprosessin käännekohtia ja käännekohtia kuvaavia tekijöitä?
4. Kuinka käyttämämme analysointimalli soveltuu hoitokokouskielen analysointiin?

MENETELMÄ

Tutkimuksen aineisto

Tutkimuksemme aineisto on osa valtakunnallisen Akuutin psykoosin integroitu hoito – projektin (API) aineistoa. API –projektissa ovat mukana Stakes sekä Jyväskylän ja Turun yliopistot. Projekti aloitettiin vuonna 1992. Tutkimukseen kuuluu kuusi yksikköä ympäri maata. Aineistomme on Länsi-Pohjan tutkimusyksiköstä, johon kuuluu Keroputaan sairaala ja Kemin mielenterveystoimisto (Aaltonen ym., 2000). Länsi-Pohjan tutkimusyksikön erityispiirteenä on neuroleptilääkityksen minimointi (Alakare, 1999). API –projektin Länsi-Pohjan tutkimusaineisto muodostui 1.4.1992 – 31.3.1997 aikana esiintulleista skitsofreniatyyppisistä psykooseista, jotka täyttivät DSM-III-R –kriteerit. Lopullinen aineisto koostui 78 potilastapauksesta (Seikkula ym., 2001b).

Aineistomme sisältää yhden psykoottiseen kriisiin joutuneen nuoren miehen yhdeksän hoitokokousta ja hänen seurantakäyntinsä, joka oli kahden vuoden kuluttua hoidon aloittamisesta. Seurantakokous ei ole osa varsinaista hoitoprosessia, mutta otimme sen mukaan tarkasteluun, koska se antaa tärkeää lisäinformaatiota hoitoprosessin kulusta. Tuloksissa käsittelemme seurantakokousta usein hoitoprosessista erillisenä kokonaisuutena. Kutsumme potilasta jatkossa ”Harriksi”. Harrin hoitotulos on luokiteltu hyväksi.

Hoitokokouksien kokoonpano vaihtelee siten, että potilaan vanhemmat ovat mukana vain hoidon alussa ja potilas itse on ainoa kaikissa hoitokokouksissa mukana ollut. Työntekijöiden lukumäärä vaihtelee myös hoitokokouksesta toiseen, kuitenkin siten, että kolmihenkinen työryhmän muodostavat lääkäri, psykologi ja osastonhoitaja. Kahdessa ensimmäisessä hoitokokouksessa on mukana neljäskin työntekijä. Seurantakeskustelussa ovat mukana lääkäri ja potilas.

Hoitokokoukset oli videoitu ja ne siirrettiin ääninauhoille. Saimme kaksi ensimmäistä hoitokokousta valmiiksi transkriboituina. Ne olivat osa Majasaaren ja Tolvasen (2001) pro gradu –tutkielman aineistoa. Loput kahdeksan hoitokokousta transkriboimme ääninauhoilta. Transkriboitua tekstiä on kokonaisuudessaan 218 sivua (Times New Roman, 12p, riviväli 1). Transkriboidussa tekstissä käytimme hakasulkuja päällekkäisen puhumisen merkinä, jolloin [tarkoittaa päällekkäisen puheen alkukohtaa ja] loppukohtaa. Puheen tauot merkittiin siten, että alle kolmen sekunnin tauko on merkitty su-

luilla () ja pitempien taukojen kohdalla sulkuihin on merkitty sekuntimäärä. Näiltä osin käytimme olemassa olevia suosituksia transkriboinneista (Jokinen & Suoninen, 2000). Henkilöiden nimet on muutettu ja paikannimet poistettu potilasturvan säilyttämiseksi.

Analyysimenetelmä

Käytämme tutkimuksessamme analyysimenetelmää, joka on alun perin kehitetty professori Jarl Wahlströmin ja Jaakko Seikkulan johtamissa projektiopinnoissa lukuvuonna 1999-2000. Toinen kirjoittajista (P.R.) oli mukana näissä projektiopinnoissa. Majasaari ja Tolvanen (2001) ovat edelleen kehittäneet kyseistä menetelmää omaa pro gradu -tutkimustaan varten. Analyysimenetelmä ei ole vielä vakiintunut yleiseen käyttöön. Menetelmän pohjalla olevat Linellin IR –analyysi ja Anguksen NPCS –malli sen sijaan ovat jo vakiintuneita terapiakeskustelujen analyysimenetelmiä. Emme käyttäneet Linellin ja Anguksen analysointimalleja koko laajuudessaan, vaan käytimme tutkimuksessamme vain heidän yleisiä käsitteitään.

Transkriboidun tekstin analyysi lähtee käyttämässämme analyysimallissa liikkeelle sisältöalueiden määrittämisestä. Anguksen ja Hardtken (1994) mukaan aihealue vaihtuu puheen teemojen vaihtuessa. Usein merkinä voi olla pitkä tauko puheessa, jonkun tiivistelmä jo puhutusta tai terapeutin uutta aihetta käsittelevä kysymys. Linellin (1998) episodin määritelmä liikkuu samoilla linjoilla. Hänen mukaansa episodi on rajattu osa keskustelua, jolla on alku ja loppu. Episodissa käsitellään yleensä yhtä tiettyä aihetta. Olemme korvanneet aihealueen ja episodin käsitteet sisältöalueen käsitteellä, joka pitää sisällään molemmat määritelmät.

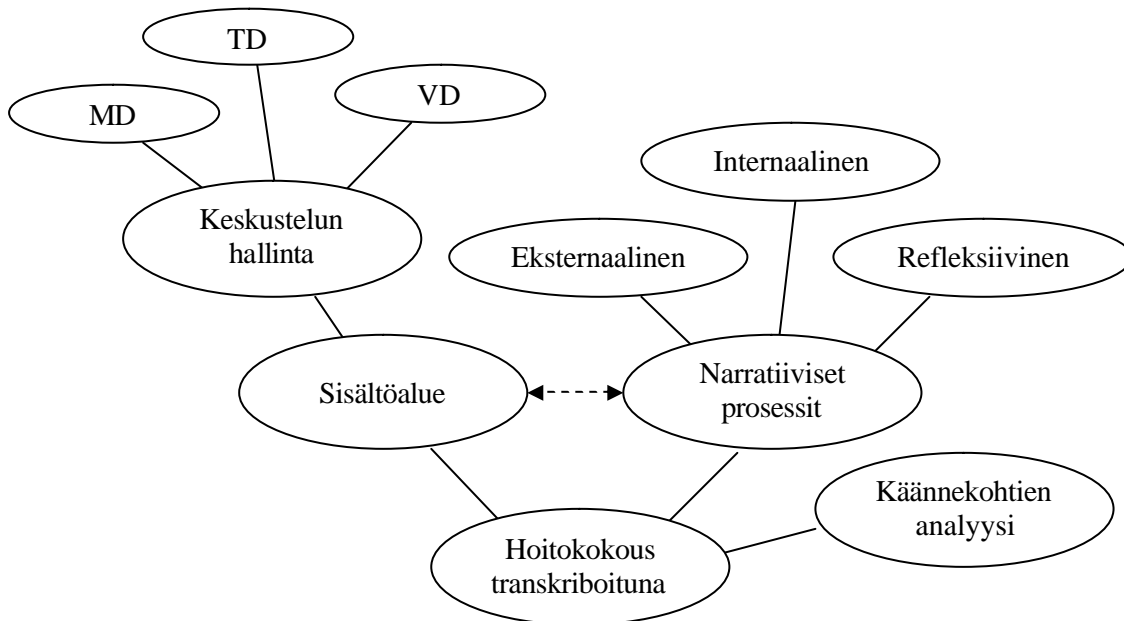
Analyysimenetelmässä määritellään seuraavaksi sisältöalueiden sisällä puheen dominanssit. Määrän dominanssi määräytyy sille, jolla on sisältöalueen sisällä eniten puheenvuoroja. Määrän dominanssi kertoo siis puhuttujen puheenvuorojen määrän, ei puheen määrää. Teeman dominanssi määräytyy sille, joka tekee aloitteen sisältöalueen hallitsevasta keskusteluteemasta. Vuorovaikutuksen dominanssi määräytyy sille, joka kontrolloi eniten keskustelua ja välttää itse kontrolloiduksi tulemisen (Linell, 1990). Majasaari ja Tolvanen (2001) konkretisoivat vuorovaikutuksen dominanssin käsitettä kehittämällä koodijärjestelmän, jonka avulla puheenvuoroja pystytään analysoimaan tarkasti. Puheenvuoro saa plusmerkin (+), jos se on aloite, johon tulee myöhemmin vas-

taus. Miinusmerkki (-) annetaan puheenvuorolle, joka vastaa aloitteeseen. Nollamerkki (0) tulee sellaisessa tapauksessa, kun puheenvuoro on aloite, johon ei tule reagoitua toisten taholta, vaan se jää keskustelussa irralliseksi. Miinusmerkki suluissa tulee silloin, kun puheenvuoro on lyhyt myöntely tai hymähdys, esimerkiksi 'Mmm' tai 'Hmm'.

Analyysissä seuraava vaihe on puheen prosessityyppien määrittely (Angus & Hardtke, 1994; Angus, Levitt & Hardtke, 1999). Puhe on eksternaalista silloin, kun se kertoo kuvitelluista tai todellisista asioista, jotka ovat menneitä, nykyisiä tai tulevia. Internaali- nen puhe pitää sisällään kertomista omakohtaisista kokemuksista tai tunteista. Reflek- siivinen puhe taas on menneiden, nykyisten tai tulevien tapahtumien analysointia tai pohdintaa, jonka seurauksena voi syntyä uutta ymmärrystä tai uusia näkökulmia asioi- hin. Prosessityypit eivät ole riippuvaisia sisältöalueiden rajoista, vaikka Angus määritte- leekin aihealueen. Narratiiviset prosessit voivat jatkua sisältöalueiden rajojen yli.

Kuva 1 esittää analyysin vaiheet kaaviona. Transkriboitu hoitokokous on jaettu sisäl- töalueisiin, joiden sisällä puheen dominanssit on määritelty. Narratiiviset prosessit ja käännekohdat on määritelty suoraan transkriboidusta tekstistä.

KUVA 1 Analyysimenetelmän keskeiset käsitteet ja analyysin kulku



Menetelmäopetus

Majasaari ja Tolvanen opettivat meille edellä kuvatun menetelmän. Olimme kuitenkin tutustuneet Anguksen ja Linellin teorioihin ja käsitteisiin jo ennen varsinaista opetustilannetta. Kokonaisuudessaan opetustilanne kesti neljä tuntia, joista kaksi jälkimmäistä harjoittelimme itsenäisesti menetelmän käyttöä. Opetustilanne alkoi analyysikäsitteiden läpikäymisellä ja selventämisellä. Majasaari ja Tolvanen selvensivät mm. puheen prosessityyppien määrittelyä. Opettamisen jälkeen analysoimme itsenäisesti kaksi Majasaaren valitsemaa tekstinpätkää heidän aineistostaan. Kahden tekstinpätkän pituus oli yhteensä noin 7 sivua ja noin 180 puheenvuoroa. Tämän jälkeen kävimme koodaukset yhdessä läpi.

Verrattaessa Majasaaren ja Tolvasen aineiston koodaukseen yhteneväisyys oli hyvä. Sisältöalueiden kohdalla koodauksissa oli eriävyyttä ainoastaan yhden pienen alueen merkinnässä. Majasaari ja Tolvanen olivat jakaneet tämän alueen kolmeen osaan, kun taas meillä se oli yhtenä kokonaisuutena. Johtuen tämän alueen erilaisesta merkitsemisestä, eroavuutta tuli myös määrän ja teeman dominanssin merkintään kolmen sisältöalueen kohdalla yhdestätoista sisältöalueesta. Vuorovaikutuksen dominanssin määrittelyssä yhteneväisyys Majasaaren ja Tolvasen koodauksiin oli 83%. Menetelmä oli siis omaksuttavissa siihen etukäteen tutustumalla ja kahden tunnin menetelmäopetuksella.

Analyysin kulku

Analyysiprosessimme lähti liikkeelle siten, että merkitsimme transkriboitujen hoitokousten tulosteversoihin sisältöalueet ja prosessityypit sekä kunkin sisältöalueen sisälle määrän, teeman ja vuorovaikutuksen dominanssit. Vuorovaikutuksen dominanssien merkitsemisessä käytimme Majasaaren ja Tolvasen (2001) kehittämää merkkijärjestelmää. Analysoimme aineiston merkitsemällä käsin transkripteihin sisältöalueet, prosessikoodit ja dominanssit. Sisältöalueen rajan merkitsimme kahdella vinoviivalla (/). Prosessikoodeista käytimme lyhenteitä E (eksternaalinen), I (internaalinen) ja R (refleksiivinen) ja dominansseista lyhenteitä MD (määrän dominanssi), TD (teeman dominanssi) ja VD (vuorovaikutuksen dominanssi).

Analysoituamme itsenäisesti transkriboimamme hoitokokoukset, vaihdoimme niitä keskenämme ja analysoimme toistemme hoitokokoukset. Yhdessä keskustellen kävimme läpi kohdat, joissa merkinnöissä oli eriäväisyyttä. Eriävät kohdat olivat usein tulkinanvaraisia ja yksimielisyys syntyi keskustelujen kautta. Eniten eriävyyttä tuli vuorovaikutuksen dominanssin määräytymisestä. Jonkin verran keskustelua syntyi myös refleksiivisen puheen määrittelemisestä. Huomasimme, että työntekijöiden keskinäinen reflektio ei aina täytä refleksiivisen puheen kriteereitä.

Viimeisenä vaiheena etsimme tekstistä mahdollisia terapian käännekohtia. Seikkulan ja Haarakankaan (1999) mukaan hoitokokouksissa jaetaan yhdessä kokemuksia ja luodaan näille kokemuksille sanoja. Näin syntyy uusia merkityksiä ja uutta ymmärrystä. Ajattelimme käännekohdan olevan sellaisen kohdan tekstiä, jossa syntyy yhteisesti jaettuja uusia merkityksiä ja ymmärrystä kokemuksista sekä kielellinen ilmaisu kokemuksille. Tarkastelimme näitä kohtia erillisinä, sisältöalueista riippumattomina kokonaisuuksina.

Käännekohtia etsiessämme emme kiinnittäneet huomiota aiemmin tekemiimme koodausmerkintöihin. Etsimme ensin käännekohtia transkriboimistamme hoitokokouksista ja sen jälkeen keskustelimme yhdessä mahdollisista käännekohdista. Käännekohdaksi hyväksyttiin vain sellainen kohta, jonka molemmat luokittelivat käännekohdaksi. Tarkastelimme käännekohtia kahdesta näkökulmasta. Toisaalta kuvasimme käännekohtia koodausmenetelmän käsittein eli määrittelemällä puheen dominanssit ja prosessikoodit. Toisaalta kuvasimme käännekohtia hoitoprosessin näkökulmasta. Tällöin tarkastelimme käännekohtia sellaisena keskusteluna, joka vie hoitoprosessia eteenpäin. Käännekohta ei ole pelkästään yksittäinen puheenvuoro, vaan sellainen keskustelun kohta, jossa syntyy yhteisesti jaettua ymmärrystä.

TULOKSET

Harrin hoito tapahtui perhekeskeisissä keskusteluissa potilaan kotona syksyllä 1992. Hoitokokouksia oli kaikkiaan yhdeksän kappaletta ja sen lisäksi Harri jatkoi yksilökeskusteluja työryhmään kuuluneen psykologin kanssa seuraavan kevään 1993. Harrin hoito on luokiteltu onnistuneeksi. Kahden vuoden seuranta haastattelussa kävi ilmi, että Harri on pystynyt palaamaan itsenäiseen elämään ja jatkamaan opintojaan.

Harri on nelilapsisen perheen keskimäinen poika. Hänellä on isovelji, nuorempi sisko ja pikkuveli. Hoitoon hakeutuminen tapahtui vanhempien toimesta syksyllä 1992. Tähän mennessä Harrin harhanäyt olivat jatkuneet jo kaksi vuotta. Hoitoon tullessaan Harri asui kotona yhdessä nuorempien sisarustensa kanssa. Vanhemmat olivat toisella paikkakunnalla perheen isän työtehtävien vuoksi.

Harrin hoito toteutettiin ilman neuroleptilääkitystä. Tämä oli osa API -projektin alueellisia erityispiirteitä. Länsi-Pohjan alue oli yksi niistä, joissa neuroleptilääkitystä pyrittiin alkuvaiheessa välttämään (Alakare, 1999).

Prosessityyppien muuttuminen potilaan puheessa

Prosessityyppien muuttuminen hoitokokouksen loppua kohden

Jaoimme hoitokokoukset kolmeen osaan sisältöalueiden lukumäärän perusteella. Näin pystyimme tutkimaan prosessityyppien muuttumista hoitokokousten sisällä. Laskimme puheen prosessityyppien prosentiosuudet siten, että tarkastelimme Harrin puhetta puheenvuoroittain ja laskimme kuinka monta prosenttia Harrin puheenvuoroista oli eksternaalista, internaalista ja refleksiivistä puhetta. Olemme valinneet esimerkit 1, 2 ja 3 havainnollistamaan prosessityyppien koodausta.

ESIMERKKI 1 Eksternaalinen puhe, viides hoitokokous.

H: Tavallaanhan tuo minun homma mitä minä oon yrittänyt tehdä, en minä oo tätä yrittänyt laskea tätä juttua että mikä tämä on. (3) Tätä tämä kaaos justsiinsa[..

L: Joo.]

H: tämä tämä eihän tämä tavallaan mejjän osastolla vielä tässä yliopistolla, minun se on niinkö matematiikan osaston kursseja mutta (3), justiinsa tästä minä oon yrittäny la skeskella sitä.

L: Tätä.

PS: [Siitä.

H: Niin,] niin. Minä oon sitä mieltä että siitä päätyy [semmoseen.

L: Niin siis] juuri niistä kuvista vai siitä mitä sie tarkoitat?

H: Tästä kuvasta esimerkiksi, tästä esimerkiksi tästä kuvasta minä oon tätä yrittäny laskea että miten tästä voidaan laskea. Minä oon sitä mieltä että siitä vielä päätyy semmoseen tulokseen että kaks on yhtä suuri ku yks.

Taulukosta 1 nähdään, että eksternaalisen puheen osuudet eivät muutu säännönmukaisesti hoitokokouksen loppua kohden. Esimerkiksi toisessa hoitokokouksessa ja seurantokokouksessa eksternaalisen puheen osuus vähenee hoitokokouksen loppua kohden, kun taas seitsemännessä hoitokokouksessa eksternaalisen puheen osuus vähenee hoitokokouksen keskiosassa ja kasvaa taas loppua kohden.

TAULUKKO 1 Eksternaalisen puheen osuus

	alkuosa	Keskiosa	Loppuosa
1.	85 %	82 %	100 %
2.	83 %	76 %	70 %
3.	55 %	83 %	87 %
4.	100 %	86 %	88 %
5.	87 %	84 %	69 %
6.	71 %	55 %	94 %
7.	64 %	19 %	63 %
8.	86 %	69 %	52 %
9.	89 %	82 %	87 %
10.	90 %	34 %	34 %

ESIMERKKI 2 Internaalin puhe, kuudes hoitokokous

H: Eikö sitä aina intoutuu aivan hulluna vaahtuaa sitte, mutta en tiiä, jotenki tuntuu että oikeen helevetin hienosti alkaa kaikki opinnot saatana muutama vuosi mennee niin siinä tullee joku aivan ihmeellinen shokki sitte saatana, yhtäkkiä huomaa että eihän minusta välttämättä tuu perkele mittään saatana.

PS: Yhm

H: Kaks on yhtä suuri ku yks perkele, no siinä sitä ollaan saatana.

PS: Eiks se oo aikamoinen pettymys jos niinkun suurin toivein lähtee opiskelemaan ja huomaaki että ei [musta taidakaan tulla mittään?

H: Niin] () niin, yhtäkkiä että, se on semmoinen shokki, se on pettymys, se on semmoinen saatamanmoinen shokki ja semmoinen että kaikki lässähtää.

PS: Mm

H: Ja sitä iteki lässähtää [niinkö

PS: Kumpi] se, kumpi se tapahtu ensin, huomasiksää ensin että ei susta taidakaan tulla mittään vai niin tuota, ja sitten, sitten niinkun alko tulla näitä teorioita ja ajatuksia vai tuliko ensin ajatukset ja teorit ja sitte vielä päätit ettei susta tuukaan mittään, kummin päin?

H: En minä tiä, minussa on aina ollu semmosta, mikä helvetti se on, aina ollu taustalla semmoinen että no mikkään ei oo mittään että mikä [helevetti se.

PS: Millään ei oo] mittään arvo.

Internaalisen puheen osuuksien vaihtelussa ei ole myöskään havaittavissa säännönmu-
kaista vaihtelua. Esimerkiksi kahdeksannessa hoitokokouksessa ja seurantokokouksessa
internaalisen puheen osuus kasvaa huomattavasti hoitokokouksen loppua kohden ja
kuudennessa hoitokokouksessa internaalisen puheen osuus kasvaa hoitokokouksen kes-
kiosassa ja laskee loppua kohden (taulukko 2).

TAULUKKO 2 Internaalisen puheen osuus

	Alkuosa	Keskiosa	Loppuosa
1.	15 %	18 %	0 %
2.	0 %	12 %	12 %
3.	31 %	9 %	13 %
4.	0 %	14 %	2 %
5.	10 %	0 %	31 %
6.	5 %	32 %	6 %
7.	23 %	57 %	32 %
8.	6 %	20 %	48 %
9.	6 %	16 %	6 %
10.	6 %	59 %	62 %

ESIMERKKI 3 Refleksiivinen puhe, seurantakokous.

H: Unet vaan oli sitte kans niihin aikoihin aika ihmeellisiä ja sitte niitä yritti selitellä, mutta mulla on ne ihmeelliset unet kyllä vähä vähentyneetki taas.

L: Mikä siihen on auttanu tai muuttanu sen?

H: Ehkä mulla on tullut niin kaikkia muita virikkeitä nyten elämässä niin paljon että sitä ei elä enää semmosessa unimaailmassa ja tämmösessä niinkö eristyksissä. (1) Ko mie jotenki tuntuu että mää oon nyten löytäny niinkö semmosesta reaalisesta niinkö mielenkiintoa tämmösestä ihan käytännön elämästä ja tämmöstä uusia ystäviä ja semmosia sitä ei oo niin eristyksissä.

L: Joo.

H: Niin ehkä se justiinsa se energia menee nyten tämmösen niinkö normaalielämän seurantaan ja tämmöseen, sitä ei kuvittele kaiken näkösiä olemattomia.

Taulukosta 3 nähdään, että refleksiivisen puheen osuuksien vaihtelu on epäsäännöllistä. Esimerkiksi kolmannessa hoitokokouksessa refleksiivisen puheen osuus vähenee ja neljännessä hoitokokouksessa kasvaa hoitokokouksen loppua kohden.

TAULUKKO 3 Refleksiivisen puheen osuus

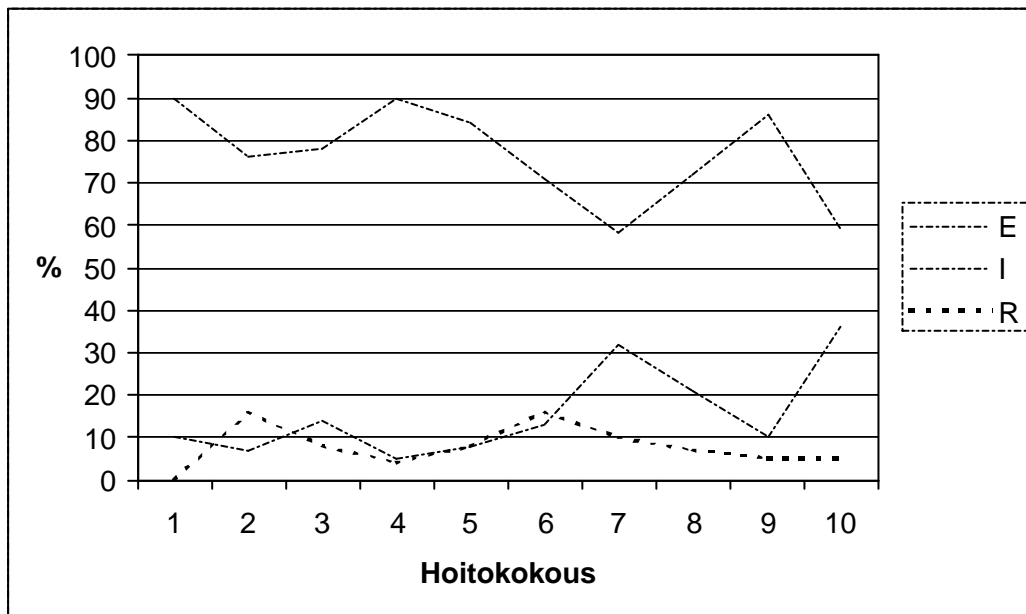
	Alkuosa	Keskiosa	Loppuosa
1.	0 %	0 %	0 %
2.	17 %	12 %	17 %
3.	14 %	8 %	0 %
4.	0 %	0 %	10 %
5.	3 %	16 %	0 %
6.	24 %	13 %	0 %
7.	13 %	24 %	4 %
8.	7 %	11 %	0 %
9.	5 %	3 %	7 %
10.	4 %	7 %	4 %

Prosessityyppien muuttuminen hoitokokousten määrän lisääntyessä

Taulukon 4 ja kuvan 2 mukaan eksternaalisen puheen osuus vähenee jonkin verran hoitokokousten määrän lisääntyessä. Internaalisen puheen osuus puolestaan lisääntyy hieman. Refleksiivisen puheen osuus ei muutu.

TAULUKKO 4 Puheen prosessityyppien osuudet hoitokokouksittain

	Eksternaalinen	Internaalinen	Refleksiivinen
1.	90 %	10 %	0 %
2.	76 %	7 %	16 %
3.	78 %	14 %	8 %
4.	90 %	5 %	4 %
5.	84 %	8 %	8 %
6.	71 %	13 %	16 %
7.	58 %	32 %	10 %
8.	72 %	21 %	7 %
9.	86 %	10 %	5 %
10.	59 %	36 %	5 %

KUVA 2 Puheen prosessityyppien osuudet hoitokokouksittain

Perheen ja työntekijöiden puheen dominointi hoitokokousten määrän lisääntyessä

Taulukoissa 5, 6 ja 7 työntekijät on huomioitu työryhmänä, jolle on laskettu yhteinen lukuarvo. Työntekijöille on kuitenkin laskettu myös henkilökohtaiset määrän, teeman ja vuorovaikutuksen dominanssien lukumäärät. Mikäli dominanssit jakautuivat kahden henkilön kesken, dominanssi on laskettu molemmille. Taulukoissa H tarkoittaa Harria eli potilasta, M Maritaa eli potilaan sisarta, Ä äitiä, I isää ja E Erkkiä eli potilaan veljeä. Taulukoista käy myös ilmi se, ketkä perheenjäsenistä ovat olleet paikalla kussakin hoitokokouksessa. Poissaolevan henkilön sarakkeessa on poikkiviiva.

Määrän dominanssi

Määrän dominanssi on laskettu henkilöittäin siten, että jokainen puheenvuoro on otettu huomioon. Määrän dominanssi on kussakin sisältöalueessa sillä henkilöllä, jolla on eniten puheenvuoroja. Taulukkoon 5 on merkitty henkilöiden määrän dominanssien lukumäärä kussakin hoitokokouksessa. Taulukosta 5 nähdään, että perhe dominoi keskustelua määrällisesti kahdeksassa hoitokokouksessa ja työntekijät kahdessa. Merkittävimmät erot olivat ensimmäisessä ja yhdeksännessä hoitokokouksessa, joissa perheenjäsenillä on huomattavasti useammin määrän dominanssi. Ensimmäisen hoitokokouksen kohdalla perheen suurta määrällistä dominointia selittänee osittain hoitokokouksen haastatteleva ja tilannetta selvittelevä luonne. Näin yhteen työryhmän esittämään kysymykseen saattoi vastata useampi perheenjäsen ja perheenjäsenet usein vielä kommentoivat toistensa vastauksia. Perheenjäsenistä Harri dominoi puhetta määrällisesti useimmin. Poikkeuksena on ainoastaan neljäs hoitokokous, jossa äidillä on yksi määrän dominanssi enemmän.

Viimeinen hoitokokous on seurantakokous, jossa paikalla ovat vain Harri ja hoitava lääkäri. Hoitokokous poikkeaa luonteeltaan muista kokouksista, mikä on huomioitava keskustelun dominointia tarkasteltaessa. Määrän dominanssi oli useimmissa sisältöalueissa jaettu ja niissä tilanteissa missä näin ei ollut, kyse oli vain yhden puheenvuoron erosta. Perheen ja työryhmän määrällisen dominanssin osuuksissa ei ole havaittavissa säännönmukaisuutta hoitokokousten määrän lisääntyessä (taulukko 5).

TAULUKKO 5 Määrän dominanssin jakautuminen perheenjäsenten ja työryhmän kesken hoitokokouksittain

	H	M	Ä	I	E	Perhe yht.	Työryhmä
1.	14	3	7	3	-	27	6
2.	10	1	6	-	2	18	12
3.	10	0	5	-	0	15	9
4.	3	0	4	-	0	7	12
5.	14	0	8	-	-	22	13
6.	8	1	-	-	-	9	6
7.	7	2	-	-	-	9	4
8.	12	3	-	-	-	15	16
9.	22	-	-	-	0	22	11
10.	21	-	-	-	-	21	20

Teeman dominanssi

Esimerkissä 4 henkilö, jolle on määritetty teeman dominanssi, on merkitty tekstiin alleviivauksella. Sisältöalueen vaihtuminen on osoitettu kahdella vinoviivalla.

ESIMERKKI 4 Teeman dominanssi, viides hoitokokous.

PS: telkkari voi olla mitä vaan ja mikä tahansa [voi olla mitä vaan.

H: Mutta ajatelk-...

L: Mutta] miten se Harri on vetäny semmosen. Kyllähän matemaattiset kaavat ja noin matemaatiikan ja tommoset kuitenkin on eri kun (2) [elämä. //

H: Minä voin] [pikkusen...

PS: Mmm, niin.]

H: kertoa siitä mistä minä oon saanu niinkö vaikutteita. Tämäki tietysti on ihan taas muuta asiaa. Mehän käytiin täällä, mehän käytiin pari vuotta sitten tällä matkalla[...

L: Joo.

PS: Mmm.]

H: ja minä oon saanu niinkö vaikutteita sieltä. Tämä on tietysti ihan niinkö mielikuvitusta tämä juttu, mitä minä nytten (epäselvä). Ssse tavallaan sivuaa sitä että minä oon niinkö ruokkinu tavallaan ittiä ja ajatuksia sillä. Tämä temppele tässä näin.

Teeman dominanssien lukumäärä on suurempi viidessä hoitokokouksessa perheellä ja neljässä työntekijöillä. Yhdessä hoitokokouksessa teeman dominanssien lukumäärä on sama. Harri dominoi teemaa perheenjäsenistä eniten. Poikkeuksena on ainoastaan kol-

mas hoitokokous, jossa perheenjäsenistä teemaa dominoi eniten äiti. Hoitokokouksien lukumäärän lisääntyessä ei ole havaittavissa säännöllistä teeman dominanssien jakautumisen vaihtelua perheen ja työntekijöiden välillä.

Kymmenennessä hoitokokouksessa, joka on seurantakokous, teeman dominanssi on selkeästi työntekijällä. Tämä selittyy sillä, että työntekijä esittää haastattelutyylisesti kysymyksiä eri teemoihin liittyen.

TAULUKKO 6 Teeman dominanssin jakautuminen perheenjäsenien ja työryhmän kesken hoitokokouksittain

	H	M	Ä	I	E	Perhe yht.	Työryhmä
1.	8	2	5	1	-	16	15
2.	5	4	4	-	0	13	13
3.	4	0	8	-	0	12	9
4.	4	0	1	-	1	6	13
5.	5	1	5	-	-	11	20
6.	9	0	-	-	-	9	5
7.	6	2	-	-	-	8	4
8.	13	3	-	-	-	16	10
9.	13	-	-	-	0	13	16
10.	5	-	-	-	-	5	21

Vuorovaikutuksen dominanssi

Esimerkkinä 5 on kokonainen sisältöalue, joka on keskimääräistä lyhyempi. Vuorovaikutuksen dominanssi määräytyy psykologille.

ESIMERKKI 5 Vuorovaikutuksen dominanssi, kolmas hoitokokous.

PS: Tuota, voisko vähän toiseen asiaan kuiteski niin saada kun tuota... Ku mua vähä vaivaa se että jos se tuota teidän isä koki sen ensimmäisen keskustelun niin repivänä niin haluaaks hän tulla nyt meidän kanssa perjantaina? +

Ä: No hän ei tuu perjantaina ainakaan mutta tuota periaatteessa hän sano että nää ei ehkä vie nämä perhekeskustelut että hän ei siinä mielessä, kyllä hän tulee ja hän sano että hänet ootte nähny ja tiätte mikä hän on että tuota () hän ei kuulemma mielellään lähe perhekes-, tämmöseen terapiaan --+

PS: Mmh. Ois hyvä olla tuota hänenki näkemyksiä ja kuulemassa --+

Ä: Niin (-)

H: [Niin ja ehkä se on justinsa -0

OH: Ja toisen mielipiteitä] ei kukaan muu voi tietää

--+

Ä: Niin, ei voikaan, niin, eikä sanoa että...

-

Taulukosta 7 näkyy, että vuorovaikutuksen dominanssien lukumäärä on yhdeksässä hoitokokouksessa suurempi työntekijöillä ja yhdessä perheellä. Ainoa hoitokokous, jossa perheenjäsenet dominoivat vuorovaikutusta on seitsemäs hoitokokous. Se on yksi kolmesta hoitokokouksesta, jossa on vain yksi työntekijä. Perheenjäsenistä Harrilla on eniten vuorovaikutuksen dominansseja. Alkupään hoitokokouksissa työryhmän vuorovaikutuksen dominanssien lukumäärään vaikuttanee hoitokokousten tilannetta selvittävä luonne. Sama ilmiö vaikuttaa todennäköisesti myös viimeisessä hoitokokouksessa.

Vuorovaikutuksen dominointi perheen ja työntekijöiden kesken muuttuu jonkin verran hoitokokousten määrän lisääntyessä. Alussa työntekijöiden vuorovaikutuksen dominointi on hieman selkeämpää. Loppua kohden (poikkeuksena seurantakokous) Harrin vuorovaikutuksen dominointi lisääntyy, mikä näkyy perheen vuorovaikutuksen dominoinnissa. Erot ovat kuitenkin pieniä (taulukko 7).

TAULUKKO 7 Vuorovaikutuksen dominanssin jakautuminen perheenjäsenten ja työryhmän kesken hoitokokouksittain

	H	M	Ä	I	E	Perhe yht.	Työryhmä
1.	7	0	3	1	-	11	22
2.	4	0	4	-	0	8	21
3.	5	0	4	-	0	9	12
4.	3	0	1	-	0	4	18
5.	4	0	5	-	-	9	31
6.	5	0	-	-	-	5	12
7.	8	1	-	-	-	9	5
8.	11	2	-	-	-	13	16
9.	12	-	-	-	0	12	20
10.	9	-	-	-	-	9	17

Hoitoprosessin käännekohtien hahmottaminen ja käännekohtia kuvaavat tekijät

Tekstin hahmottaminen pelkästään dominanssien ja prosessikoodien avulla ei tuo hoitoprosessin kulkua ja sen hyvää lopputulosta esille. Käännekohtien hahmottamisen avulla hoitoprosessin hyvä lopputulos sen sijaan nousee esille. Käännekohtien tarkastelu tuo keskustelun analyysiin uusia ulottuvuuksia.

Tekstistä löytyi yksitoista käännekohtaa. Niistä kolme on toisessa hoitokokouksessa, kuusi on kuudennessa hoitokokouksessa ja lisäksi kahdeksannessa ja yhdeksännessä hoitokokouksessa on yksi molemmissa. Yhteistä näille käännekohtille on se, että ne ovat joko työntekijöiden reflektointia (neljässä hoitokokouksessa) tai Harrin ja työntekijöiden yhteistä keskustelua (seitsemässä hoitokokouksessa).

Käännekohtista kahdeksassa on refleksiivinen prosessityyppi ja kolmessa internaalinen. Näin ollen refleksiivinen prosessityyppi on käännekohtissa hallitseva, mutta käännekohtat saattavat olla myös internaalista prosessityyppiä. Käännekohtista ei sen sijaan löytynyt eksternaalista prosessityyppiä. Niissä käännekohtissa, joissa työntekijät reflektoivat keskenään, määrän, teeman ja vuorovaikutuksen dominanssit ovat luonnollisesti työntekijöillä. Niissä käännekohtissa, joissa on työntekijät ja Harri, puheenvuorojen lukumäärä (määrän dominanssi) jakautui suunnilleen tasan työntekijöiden ja Harrin kesken. Teeman dominanssi on viisi kertaa Harrilla ja kaksi kertaa työntekijällä. Vuorovaikutuksen dominanssi on kaksi kertaa Harrilla, kaksi kertaa työntekijällä ja kolme kertaa jaettu Harrin ja työntekijän kesken.

Tarkasteltaessa Harrin hoitoprosessia käännekohtista käsin, nousivat toinen ja kuudes hoitokokous selvästi esiin. Kun käännekohtan ajatellaan olevan sellainen kohta, jossa syntyy uutta yhteistä ymmärrystä ja hoitoprosessi sitä kautta etenee, voi näiden kahden hoitokokouksen sanoa olleen erityisen onnistuneita. Toisessa ja kuudennessa hoitokokouksessa oli myös eniten potilaan refleksiivistä puhetta. Molemmissa hoitokokouksissa oli paikalla kolmen hengen työryhmä. Perheen kokoonpano vaihteli siten, että toisessa hoitokokouksessa olivat mukana potilas sekä hänen sisarensa, nuorempi veljensä ja äitinsä. Kuudennessa hoitokokouksessa olivat mukana vain potilas ja hänen sisarensa.

Toisessa hoitokokouksessa käännekohtien sisältöä hallitsee puhuminen Harrin matemaattisesta teoriasta, joka on täyttänyt hänen elämänsä. Keskustelua käydään siitä,

millaista Harrin elämä olisi ilman teorian ajattelua. Kuudennessa hoitokokouksessa käännekohtissa ei enää käsitellä Harrin teoriaa, vaan puhutaan siitä, millaista Harrin elämä olisi ilman psykoosia. Tässä on nähtävissä hoitoprosessin selvä eteneminen siten, että puhe on siirtynyt teorian kehittelyn abstraktilta tasolta lähemmäs konkreettista elämää ja sen realiteetteja. Harri alkaa ymmärtää sitä, mikä tehtävä psykoosilla on hänen elämässään. Kahdeksannen ja yhdeksannen hoitokokouksen käännekohtissa käsitellään molemmissa psykoottisesta maailmasta pois pääsemistä ja oman elämän aloittamista.

Valitsimme esimerkkikohdaksi (esimerkki 6) sellaisen käännekohdan, jossa on mukana Harri ja työntekijät. Käännekohta on refleksiivistä prosessityyppiä. Puheenvuorojen lukumäärä on suunnilleen sama, Harrilla yksitoista ja työntekijöillä kaksitoista. Teeman dominanssi on työntekijällä ja vuorovaikutuksen dominanssi on jaettu Harrin ja työntekijän kesken. Esimerkkikohdaksi valitussa tekstissä keskustellaan siitä, mitä tapahtuisi, jos Harrin harhaluulot jäisivät pois. Kyseisen kohdan tekee käännekohtaksi se, että Harri pohtii oivaltavasti, mikä vaikutus psykoosin loppumisella olisi hänen elämälleen. Hän toteaa, että toisaalta hänen elämästään katoaisi jännitys, mutta toisaalta säilyisi kosketus todellisuuteen. Esimerkissä merkintä x tarkoittaa sitä, että puheenvuoro jatkuu ja koodimerkintä tulee puheenvuoron loppuun.

ESIMERKKI 6 Käännekohta, kuudes hoitokokous.

PS: No mitä sää Harri ajattelet että mitä niille pitäis tehdä sitte niille [harhaluuloille] +
 H: Tuommosille] kohtauksille ja tuommosille? Se Pentti Arvola kirjotti tuon reseptin, tämän, mutta en minä tiä sitte, se väitti että ne näillä häviäis täältä, kyllähän niitä vois, voi kai niitä ruveta syömään mutta sitte () sitte tuota että onko se, ei kai ne välttämättä pahemmiksikaan mee, kaippa ne häviää sillä sitte kokonaan. Mutta sitte että () en tiä häviäkö sitä omasta elämästä sitte jotaki kans mutta niin ehkä se on [parempi -+
 L: Niin meinaaksää] että lääkkeitten kans häviää jotaki omasta elämästä? -+
 H: Niin -+
 L: Mitä sää luulet? -+
 H: Jotaki merkitystä () tai jotaki semmosta mahtavuutta, sitä on tavotellu tavallaan semmosta mahtavuutta -+
 L: Mitä sitte? Mitä sitte jos semmonen häviää? -+
 H: No ei kai se kovinkaan vaarallista oo, sitä vaan ite että saattaa palata takasi maan pinnalle (naurahtaa) [tippua jostaki pilvistä -+
 L: Mitä sitte jos] palataan takasi maan pinnalle? -+
 H: Sitte joutus alottaa ihan normaalin arkielämän semmosen että yks plus yks on kaks, sen kans elää -+
 PS: Mitä se semmonen sitte meinais? -+
 H: Se ois ihan normaalia opiskelua ja normaalia työtä, siinä ei ois mittään kummallista x
 L: Mm (-)
 H: Kaikki ois aivan täysin järjellistä ja ihan selvitetävissä, se ois ihan luonnollista ja semmosta, siinä ei ois mittään semmosia () [kissa on koira -+
 L: Mitä sää,] mitä sää häviäisit sitte? -+

H: Niin, siinä voi jonku verran hävitä tietysti ja jonku verran siinä voi voittaaki, siinä voi voittaa sen että ei tuu hulluksi lopullisesti, mutta senhän voi tietysti () en minä tiä sitte kannattaako sitä spekuloida enempi että mitä siinä vois sitte	--+
L: No sehän sitte, mää ainaki että Harri mietti sitä	x
H: Niin mää mietin sitä [että voiko siinä hävitä ja voittaa	-
L: Siinä on koko arkielämä että mitä siinä vois hävitä sitte]	--+
PS: Mm, sää sanoit että katoais jännitys	--+
L: Jännitys, mitä sitte?	--+
H: Ja kaikki semmonen eriskummallisuus ja semmonen että	--+
PS: Oisko se voitto vai tappio () jos häviäis eriskummallisuus ja muu?	--+
H. Siellä ois ehkä se, löytyis jonkulainen keskitie sitte	--+

Analysointimallin soveltuvuus hoitokokouskielen analysointiin

Käyttämämme analysointimalli soveltuu hoitokokouskielen analysointiin melko hyvin. Analysointimalliin perehtynyt pystyy käyttämään mallia hoitokokouskielen tarkastelussa. Analyysimallin avulla hoitokokous voidaan jakaa tarkasteltaviin yksiköihin, joista voidaan laskea tunnuslukuja aineistolle. Tällä analyysimenetelmällä ei kuitenkaan voida tavoittaa avoimen dialogin mukaisen hoitoprosessin erityisluonnetta.

Käyttämässämme analysointimallissa määrän dominanssi lasketaan puheenvuorojen lukumäärän perusteella. Tämä voi hieman kyseenalaistaa määrän dominanssin tarkkuutta, koska puheenvuorojen pituudet vaihtelevat huomattavasti. Puheenvuoroksi määritellään yksi sana tai hymähdys siinä missä kymmenen rivin puheenvuorokin. Tarkempi keino määrittää määrän dominanssi olisi laskea rivit tai yksittäiset sanat. Tutkimusongelmiamme kannalta määrän dominanssin määrittelyn tarkkuus oli kuitenkin riittävä.

Määrän, teeman ja vuorovaikutuksen dominanssien määrittelyssä tuli vastaan se, että ne saattoivat olla myös jaettu kahden eri henkilön kesken. Tämä toi tuloksiin jonkin verran laskennallista epätarkkuutta, koska dominanssin ollessa jaettu, se laskettiin molemmille.

POHDINTA

Tarkastelimme tutkimuksessamme yhden ensikertaa psykoosiin sairastuneen nuoren miehen hoitoprosessia. Analyysi toteutettiin Majasaaren ja Tolvasen (2001) pro gradu – työssään käyttämällä analyysimenetelmällä. Ensiksi tarkastelimme puheen prosessityyppien muuttumista potilaan puheessa. HavaitSIMME, ettei puheen prosessityyppien muuttumisessa ollut säännönmukaisuutta hoitokokousten loppua kohden eikä myöskään hoitokokousten määrän lisääntyessä.

Majasaari ja Tolvanen (2001) käyttivät toisena tutkimustapauksenaan Harria. He huomasivat kahta ensimmäistä hoitokokousta tarkastellessaan, että eksternaalisen puheen osuus pysyi lähes samana, internaalisen puheen osuus väheni ja refleksiivisen puheen osuus lisääntyi. Majasaari ja Tolvanen tarkastelivat prosessityyppejä hoitokokouksissa yleensä, kun taas me tarkastelimme prosessityyppejä pelkästään potilaan puheessa. Kuitenkin saamamme tulokset kahden ensimmäisen hoitokokouksen osalta ovat samansuuntaiset (eksternaalinen 90% ja 76%, internaalinen 10% ja 7% ja refleksiivinen 0% ja 16%). Myöhemmissä hoitokokouksissa sen sijaan ei ole havaittavissa refleksiivisen puheen säännönmukaista lisääntymistä hoitoprosessin edetessä, vaan refleksiivisen puheen osuus vaihtelee hoitokokouksittain. Myöskään internaalinen puhe ei säännönmukaisesti vähene vaan ennemminkin kasvaa hoitokokousten määrän lisääntyessä. Eksternaalinen puhe on prosessityypeistä hallitsevin ja sen osuus vaihtelee hoitokokouksittain.

Tuloksemme koskien puheen prosessikoodien osuuksia eivät ole yhteneviä Anguksen ja Hardtken (1994) tuloksien kanssa. Lisäksi heidän tutkimuksessaan eksternaalisen puheen osuudet olivat yleensä huomattavasti pienempiä kuin meidän tutkimuksessamme. Huomionarvoista tässäkin on se, että Angus ja Hardtke tarkastelivat terapiakeskustelua kokonaisuutena, eivät potilaan puhetta erikseen. Avoimen dialogin hoitomallissa ajatellaan, että keskustelussa syntyy yhteinen kielialue. Näin ollen työntekijöiden reflektoidessa potilas ja perhe voivat käydä omaa sisäistä reflektiotaan (Haarakangas, 1999). Tutkimustuloksissamme tämä keskustelun ulottuvuus jää huomiotta. On mahdollista, että potilas käy omaa sisäistä keskusteluaan sinä aikana, kun työntekijät refleктоivat keskenään. Potilaan sisäinen dialogi jää tarkastelun ulkopuolelle, koska tarkastelimme vain potilaan puhetta.

Seikkulan (1999) mukaan psykoottinen potilas toistaa harhoissaan joitakin todellisia kokemuksiaan, joille hänellä ei ole sanoja. Tutkimuksessamme Harrin psykoottinen puhe ilmentää hänen kokemuksiaan peiteltyssä muodossa. Se on harhaisesta sävystään huolimatta usein myös refleksiivistä. Harrin puheessa on uusien näkökulmien etsimistä ja syvällistä elämäkokemusten pohdintaa.

Mielenkiintoinen lisätutkimuksen kohde olisi tarkastella puheen prosessityyppejä ja asiasisältöjä yhdessä, eli sitä, miten se mistä puhutaan vaikuttaa siihen miten puhutaan. Hoitokokouksien lopussa keskusteltiin usein pitkään käytännön asioista ja seuraavan hoitokokouksen järjestelyistä. Jäimme pohtimaan sitä, millainen vaikutus hoitokokouksien loppuvaiheiden käytännön asioiden selvittelyllä oli eksternaalisen prosessikoodin osuuteen hoitokokouksien loppuvaiheessa. Mielenkiintoista olisi ollut myös tarkastella perheen ja työryhmän kokoonpanojen suhdetta siihen, mistä keskustellaan ja miten.

Toinen tutkimuksemme tavoite oli tarkastella puheen dominoinnin muuttumista hoitokokousten määrän lisääntyessä. Käsittelimme työntekijöitä lopullisissa taulukoissa yhtenä ryhmänä, vaikka laskimme kullekin työntekijälle myös erilliset lukuarvot. Päädyimme tähän ratkaisuun osaksi siksi, että työntekijöiden kokoonpano hoitokokouksissa vaihteli huomattavasti. Näin ollen tulosten esittäminen työntekijät eritellen olisi ollut vaikeampaa. Toisaalta työntekijöiden käsitteleminen työryhmänä on perusteltua myös avoimen dialogin hoitoperiaatteiden valossa. Yksittäinen työntekijä erityisaloineen on osa moniammatillista tiimiä, joka synnyttää dialogia eri näkemysten välille. Tärkeintä on moniammatillisen tiimin yhteistyö, se miten jokaisen tiimin jäsenen erityisosaaminen tulee osaksi hoitotiimiä ja toimii potilaan ja hänen perheensä parhaaksi (Seikkula & Haarakangas, 1999).

Kahdeksassa hoitokokouksessa määrän dominanssien lukumäärä on Harrilla ja hänen perheenjäsenillään suurempi kuin työntekijöillä. Ainoastaan kahdessa hoitokokouksessa työntekijöillä on suurempi määrän dominanssin lukumäärä. Majasaaren ja Tolvasen (2001) pro gradu –työssä tulokset ovat hyvin samansuuntaisia. Määrän dominanssi on myös heidän tutkimuksessaan useammin perheenjäsenillä. Tutkimuksessamme määrän dominanssin vaihtelu ei liittynyt hoitoprosessin etenemiseen.

Seikkulan (2002) tutkimuksessa määrän dominanssi ei liittynyt hyvään tai huonoon hoitotulokseen. Meidän tutkimuksessamme, joka kuuluu hyvän hoitotuloksen hoitoprosesseihin, perheellä on määrän dominanssi kahdeksassa hoitokokouksessa, työntekijöillä

puolestaan kahdessa hoitokokouksessa. Keskimäärin perhe dominoi määrää 60%:ssa sisältöalueista.

Teeman dominanssien lukumäärä on tutkimuksessamme viidessä hoitokokouksessa suurempi perheellä ja neljässä hoitokokouksessa työntekijöillä. Yhdessä hoitokokouksessa teeman dominanssien lukumäärä on perheenjäsenillä ja työntekijöillä yhtä suuri. Majasaaren ja Tolvasen (2001) pro gradu –työssä teeman dominanssin jakautuminen on lähes samanlainen.

Seikkulan (2002) tutkimuksen mukaan hyvän hoitotuloksen hoitoprosesseissa pääosa teeman dominansseista on potilaalla ja hänen perheellään (70%). Meidän tutkimuksessamme potilas perheineen dominoi teemaa viidessä hoitokokouksessa kymmenestä. Yhdessä hoitokokouksessa perheenjäsenillä ja työntekijöillä on yhtä monta teeman dominanssia. Teeman dominanssi on potilaalla ja perheellä noin puolessa sisältöalueista (46%).

Tutkimuksessamme työntekijät dominoivat vuorovaikutusta yhdeksässä hoitokokouksessa ja perhe yhdessä. Majasaaren ja Tolvasen (2001) tulokset ovat tässä suhteessa lähes yhteneviä. Meidän aineistomme ainoa hoitokokous, jossa perheenjäsenet, käytännössä Harri, dominoivat vuorovaikutusta, on seitsemäs hoitokokous. Tässä hoitokokouksessa myös määrän ja teeman dominanssien lukumäärä on suurempi perheellä. Tässä yhteydessä on mielestämme aiheellista pohtia työntekijän vaikutusta hoitokokouksen kulkuun. Kyseisessä hoitokokouksessa on vain yksi työntekijä. Toisaalta myös kahdeksannessa ja kymmenennessä hoitokokouksessa on vain yksi työntekijä, mutta vuorovaikutuksen dominanssi on silti hänellä. Näin ollen työntekijöiden lukumäärällä sinällään ei välttämättä ole vaikutusta vuorovaikutuksen dominointiin. Sen sijaan pohdittavaksi jää, mikä merkitys työntekijöiden henkilökohtaisilla ominaisuuksilla on vuorovaikutuksen dominoinnissa.

Työntekijöiden määrällä on merkitystä silloin, kun tarkastellaan työntekijöiden keskinäisen reflektoinnin osuutta. Jos paikalla on vain yksi työntekijä, jää työntekijöiden keskinäisen reflektoinnin ja sitä kautta syntyvän uuden ymmärryksen mahdollisuus pois. Tämä tukee avoimen dialogin työryhmänä työskentelyn periaatetta.

Seikkulan (2002) tutkimuksen mukaan hyvän hoitotuloksen hoitoprosesseissa potilas ja perhe dominoivat vuorovaikutusta yli puolessa sisältöalueista, kun taas huonon hoitotuloksen tapauksissa perhe dominoi vuorovaikutusta huomattavasti harvemmissä sisältöalueissa (10-35%). Meidän tutkimuksessamme potilas ja perhe dominoivat vuorovai-

kutusta vain yhdessä hoitokokouksessa. Keskimäärin potilas ja perhe dominoivat vuorovaikutusta noin kolmasosassa sisältöalueista (34%).

Havaitsimme, että tutkimustapauksemme ei noudattanut hyvän hoitotuloksen ”sääntöjä”. Refleksiivisen puheen osuus ei lisääntynyt hoitoprosessin edetessä (vrt. Angus & Hardtke, 1994). Perhe ei myöskään dominoinut teemaa eikä vuorovaikutusta (vrt. Seikkula, 2002). Yhden hoitoprosessin tutkimisesta ei voida kuitenkaan tehdä yleistyksiä. Tutkimaamme hoitoprosessiin ovat voineet olla vaikuttamassa monet seikat. Avoimeksi kysymykseksi jää esimerkiksi työryhmän kokoonpanon vaihtelun merkitys. Samoin perheenjäsenten vaihteleva osallistuminen hoitokokouksiin voi olla vaikuttamassa hoitoprosessin muotoutumiseen. Hoitoprosessiin vaikuttava seikka on myös hoidon kriisiluonne. On ymmärrettävää, ettei refleksiivistä puhetta ole niissä jaksoissa, joissa käsitellään käytännön järjestelyjä, kuten seuraavaan tapaamiseen liittyviä asioita.

Kolmantena aiheena käsitelimme tutkimuksessamme hoitoprosessin käännekohtia ja niitä kuvaavia tekijöitä. Määrittelimme käännekohdan sellaiseksi tekstiksi, jossa syntyy uutta ymmärrystä ja uusia merkityksiä. Tarkastelimme käännekohtia ensinnäkin puheen dominoinnin ja narratiivisten prosessien näkökulmasta. Tämä tarkastelutapa ei antanut mielestämme riittävästi tietoa hoitoprosessin kulusta. Toiseksi tarkastelimme käännekohtia siitä näkökulmasta, löytyisikö niistä muita hoitoprosessin etenemistä kuvaavia tekijöitä.

Käännekohtia löytyi hoitokokouksista vaihtelevasti. Viidestä hoitokokouksesta käännekohtia ei löytynyt lainkaan. Seurantakokous poikkesi luonteeltaan varsinaisista hoitokokouksista, koska hoitoprosessin voi katsoa loppuneen jo ennen seurantakokousta. Tämän vuoksi emme etsineet siitä käännekohtia. Seurantakokouksessa on kuitenkin uuden ymmärryksen syntymistä ja uusia oivalluksia, jotka periaatteessa täyttävät käännekohdan kriteerit.

Käännekohtien perusteella erityisen onnistuneiksi osoittautuivat toinen ja kuudes hoitokokous. Toisessa hoitokokouksessa on kolme ja kuudennessa kuusi käännekohdan kriteerit täyttävää kokonaisuutta. Mielenkiintoinen havainto oli se, että refleksiivisen puheen osuus potilaan puheessa oli toisessa ja kuudennessa hoitokokouksessa suurin. Näin ollen voidaan ajatella, että vaikka refleksiivisen puheen osuus ei kasvanut hoitoprosessin loppua kohti, sen osuus käännekohtia sisältävissä hoitokokouksissa kertoo silti sen yhteydestä hoitoprosessin etenemiseen.

Käännekohtien tarkastelu oli mielestämme tutkimuksen antoisin osa-alue. Se antoi selvyyttä analyysimenetelmällä saatuihin, osittain ristiriitaisiinkin tuloksiin hoitoprosessin onnistumisesta. Avoimen dialogin mukaisen kriisiluonteisen hoitoprosessin tarkastelu dominanssien ja narratiivisten prosessien kautta antoi tuloksia, jotka eivät olleet yhteydessä hoitoprosessin onnistuneeseen lopputulokseen. Näin ollen käännekohtien tarkastelu toi arvokasta lisätietoa hoitoprosessin etenemisestä.

Mielenkiintoinen lisätutkimuksen aihe olisi pohtia työryhmän yksittäisten jäsenten tapaa työskennellä ja sen vaikutusta käännekohtien syntymiseen. Se ei kuitenkaan ollut meidän tutkimusongelmiemme näkökulmasta aiheellinen tutkimuskohde. Huomasimme kuitenkin, että työntekijöiden keskinäinen reflektointi edesauttaa käännekohtien eli uusien näkökulmien ja uuden ymmärryksen syntymistä. Esimerkiksi kuudes hoitokokous, jossa on mukana kolme työntekijää, on luonteeltaan aivan erilainen kuin seitsemäs hoitokokous, jossa on vain yksi työntekijä.

Viimeiseksi tarkastelimme analyysimallin sopivuutta terapiakeskustelujen tutkimiseen. Analyysimalli soveltuu hyvin terapiakeskustelun tutkimiseen, koska se jakaa tekstin pienemmiksi osiksi, joita on helpompi tarkastella. Malli mahdollistaa myös erilaisten tunnuslukujen laskemisen, joiden avulla saadaan helposti vertailtavaa tietoa. Koska kyseessä on kuitenkin tekstianalyysi, ei voida luottaa pelkkiin tunnuslukuihin, vaan tunnusluvuista tehdyt päätelmät on alistettava viime kädessä tekstille. Huomasimme, että avoimen dialogin hoitomallin erityispiirteiden vuoksi tunnusluvut eivät tuoneet esille hyvää hoitotulosta. Tekstin jakaminen analysointimallin mukaisiin osiin häivyttää hoitoprosessin kokonaisuuden. Näin ollen käännekohtien tarkastelu analysointimallin ohella tuo tärkeää informaatiota hoitoprosessin kulusta.

Käytimme analyysissämme Majasaaren ja Tolvasen (2001) kehittämää vuorovaikutuksen dominanssin koodausmenetelmää. Lähdimme tarkastelemaan vuorovaikutuksen dominanssia siten, että laskimme jokaisen henkilön kohdalle lukuarvon sisältöalueittain. Miinusmerkki sai arvon -1 ja plusmerkki sai arvon +1. Muut merkit saivat laskennallisen arvon nolla. Miinukset ja plussat laskettiin yhteen henkilöittäin. HavaitSIMME kuitenkin, että näin saamamme lukuarvo vastasi harvoin tekstiä lukiessa syntynyttä vaikutelmaa siitä, kuka keskustelua milloinkin dominoi. Lukuarvo tarkasteltuna yhdessä käytettyjen puheenvuorojen määrän (määrän dominanssi) kanssa antoi enemmän informaatiota, mutta sekään ei aina ollut yksiselitteinen vuorovaikutuksen dominanssin määrittäjä. Epäselvissä tapauksissa tukeuduimme tekstistä saamaamme vaikutelmaan.

Tutkimuksesta saadut tulokset ovat osittain yllättäviä, sillä tutkimamme hoitoprosessi ei noudata niitä ennakko-oletuksia, joita hyvän hoitotuloksen hoitoprosesseista on esitetty. Käännekohtien analysoiminen toi kuitenkin uutta näkökulmaa tulosten tarkasteluun. Huomasimme, että pelkästään dominanssien ja puheen prosessikoodien tarkastelu ei anna riittävästi tietoa avoimen dialogin hoitomallin mukaisesti toteutetun kriisihoidon etenemisestä. Tutkimusprosessi oli kokonaisuudessaan mielenkiintoinen ja sen edetessä mieleen nousi paljon kysymyksiä, joista osa on jäänyt avoimiksi, myös mahdollisiksi jatkotutkimuksen kohteiksi.

LÄHTEET

- Aaltonen, J. (1999). *Hoitotapahtumaa ohjaava jaettu mielikuva psykoosipotilaan tarpeenmukaisessa hoidossa*. Esitelmä Psykodynaaminen psykoterapia ry:n vuosikokouksessa 12.3.1999.
- Aaltonen, J., Koffert, T., Ahonen, J. & Lehtinen, V. (2000). *Skitsofrenian tarpeenmukainen hoito on ryhmätyötä. Raportti akuutin psykoosin integroitu hoito –projektin tuottamista hoitoperiaatteista*. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Alakare, B. (1999). Neuroleptilääkitys ja dialoginen hoitomalli akuutin psykoosin hoidossa. Teoksessa K. Haarakangas & J. Seikkula (toim.) *Psykoosi – uuteen hoitokäytäntöön* (s.123-145). Tampere: Tammerpaino.
- Alanen, Y., O. (1993). *Skitsofrenia*. Porvoo, Helsinki, Juva: WSOY.
- Andersen, T. (1995). Reflecting Processes; acts of informing and forming. Teoksessa S. Friedman (toim.), *The reflective team in action: Collaborative practise in family therapy* (s. 11-37). New York: Guilford Press.
- Angus, L. & Hardtke, K. (1994). Narrative processes in psychotherapy. *Canadian Psychologist*, 35, 190-203.
- Angus, L., Levitt, H. & Hardtke, K. (1999). The narrative processes coding system: research applications and implications for psychotherapy practice. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 1255-1270.
- Haarakangas, K. (1997). *Hoitokokouksen äänet*. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä Studies of Education, Psychology and Social Research 130.
- Haarakangas, K. (1999). Perheterapeuttisen työryhmän dialoginen toimintamalli. Teoksessa K. Haarakangas & J. Seikkula (toim.). *Psykoosi – uuteen hoitokäytäntöön* (s. 187-195). Tampere: Tammerpaino.
- Haarakangas, K., Seikkula, J. (1999). Psykoosi dialogisena ongelmana. Teoksessa K. Haarakangas & J. Seikkula (toim.), *Psykoosi – uuteen hoitokäytäntöön* (s. 161-171). Tampere: Tammerpaino.
- Hoffman, L. (1990). Constructing realities: an art of lenses. *Family Process* 29(1).
- Holma, J. (1999a). Postmodernismi, narratiivisuus ja psykoosi. *Psykologia* 34, 322-328.
- Holma, J. (1999b). Psykoosi narratiivina. Teoksessa K. Haarakangas & J. Seikkula (toim.), *Psykoosi – uuteen hoitokäytäntöön* (s. 206-219). Tampere: Tammerpaino.

- Holma, J. & Aaltonen, J. (1995). The self-narrative and acute psychosis. *Contemporary Family Therapy* 17, 307-316.
- Holma, J. & Aaltonen, J. (1997). The sense of agency and the search for a narrative in acute psychosis. *Contemporary Family Therapy* 19, 467-477.
- Holma, J. & Aaltonen, J. (1998). Narrative understanding in acute psychosis. *Contemporary Family Therapy* 20, 253-263.
- Jokinen, A. & Suoninen E. (2000). Liite: Aineiston purkamisessa käytetyt erikoismerkit. Teoksessa A. Jokinen & E. Suoninen (toim.), *Auttamistyö keskusteluna*. Tampere: Vastapaino
- Jokinen, A., Suoninen, E. & Wahlström, J. (2000). Miten tavoittaa auttamistyön ydintä? Teoksessa A. Jokinen & E. Suoninen (toim.), *Auttamistyö keskusteluna* (s. 15-33). Tampere: Vastapaino.
- Keränen, J. (2001). Professori Jukka Aaltonen Keroputaan sairaalan isänä. Teoksessa R. Rinne & J. Seikkula (toim.), *Ja äkisti uusi aikakausi* (s. 18-21). Jyväskylä: Gummerus Oy.
- Laitila, A., Aaltonen, J., Wahlström, J. & Angus, L. (2001). Narrative process coding system in marital and family therapy: An intensive case analysis of the formation of a therapeutic system. *Contemporary Family Therapy* 23, 309-322.
- Linell, P. (1990). The power of dialogue dynamics. Teoksessa I. Markova & K. Foppa (toim.), *The Dynamics of Dialogue* (s. 147-177). Exeter: BPCC.
- Linell, P. (1998). *Approaching Dialogue. Talk, Interaction and Contexts in Dialogical Perspectives*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins Publishing Company.
- Majasaari, A.-K. & Tolvanen, A.-K. (2001). *Hoitokokouskielen rakentuminen ja dialogisuuden toteutuminen akuuttiin psykoottiseen kriisiin joutuneiden nuorten avoimen dialogin mallin mukaisessa hoidossa*. Jyväskylän yliopisto. Psykologian pro gradu – tutkielma.
- Markova, I. (1990a). Introduction. Teoksessa I. Markova & K. Foppa (toim.), *The Dynamics of Dialogue* (s. 1-22). Exeter: BPCC.
- Markova, I. (1990b). A three-step process as a unit of analysis in dialogue. Teoksessa I. Markova & K. Foppa (toim.), *The Dynamics of Dialogue* (s. 129-146). Exeter: BPCC.

- Räikköläinen, V., Lehtinen, K. & Alanen, Y., O. (1991). Need-adapted treatment of schizophrenic processes: the essential role of family-centered therapy meetings. *Contemporary Family Therapy* 13, 573-582.
- Seikkula, J. (1991). *Perheen ja sairaalan rajasysteemi potilaan sosiaalisessa verkostossa*. University of Jyväskylä. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research, 80.
- Seikkula, J. (1999). Kun laitoksesta tulee koti – pitkäaikaisen potilaan perhekeskeinen hoito. Teoksessa K. Haarakangas & J. Seikkula (toim.), *Psykoosi – uuteen hoitokäytäntöön* (s. 62-70). Tampere: Tammer-Paino.
- Seikkula, J. (2001). Realismi, relativismi ja sosiaalinen konstruktionismi. *Psykologia*, 36, 376-382.
- Seikkula, J. (2002). Open dialogues of good and poor outcomes for psychotic crises: examples from families with violence. *Journal of Marital and Family Therapy* 28, 263-274.
- Seikkula, J. & Haarakangas, K. (1999). Avoin dialogi akuutin psykoosin hoidon foorumina. Teoksessa K. Haarakangas & J. Seikkula (toim.), *Psykoosi – uuteen hoitokäytäntöön* (s. 172-186). Tampere: Tammer-Paino.
- Seikkula, J., Alakare, B. & Aaltonen, J. (2001a). Open dialogue in psychosis I: an introduction and case illustration. *Journal of Constructivist Psychology* 14, 247-265.
- Seikkula, J., Alakare, B. & Aaltonen, J. (2001b). Open dialogue in psychosis II: a comparison of good and poor outcome cases. *Journal of Constructivist Psychology* 14, 267-284.
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J. & Sutela, M. (1995). Treating Psychosis by means of open dialogue. Teoksessa S. Friedman (toim.), *The Reflective Team in Action* (s. 62-80). New York: Guilford Press.
- Smith, C. (1997). Comparing traditional therapies with narrative approaches. Teoksessa C. Smith & D. Nylund (toim.), *Narrative therapies with children and adolescents* (s. 1-52). New York: The Guilford Press.
- Wahlström, J. (1992). *Merkitysten muodostuminen ja muuttuminen perheterapeuttisessa keskustelussa*. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research, 94.