

**KESKUSTELUN RAKENTUMINEN JA DIALOGISUUS
KAHDEN PSYKOOSIPOTILAAN AVOIMEN DIALOGIN
MALLIN MUKAISISSA HOITOKOKOUKSISSA**

Henna Kivimäki
Hanna-Leena Kämäräinen
Pro gradu-tutkielma
Jyväskylän yliopisto
Psykologian laitos
Syksy 2003

TIIVISTELMÄ

Keskustelun rakentuminen ja dialogisuus kahden psykoosipotilaan avoimen dialogin mallin mukaisissa hoitokokouksissa

Tekijät: Henna Kivimäki ja Hanna-Leena Kämäräinen

Ohjaaja: Jaakko Seikkula

Psykologian pro gradu-tutkielma

Marraskuu 2003

Jyväskylän yliopisto

61 sivua

Tässä tutkimuksessa tarkastelimme keskustelun dialogisuutta avoimen dialogin mallin mukaisissa hoitokokouksissa. Erityisesti kiinnitimme huomiota siihen, miten eri henkilöt vaikuttavat dialogin rakentumiseen hoitokokouksessa, ja onko keskustelu dialogista tarkastelemissamme episodeissa. Toinen tutkimuksemme tavoitteista oli tarkastella, soveltuuko käyttämämme analyysimenetelmä dialogisuuden analysointiin. Tutkimuksemme aineistona on kahden ensimmäistä kertaa psykoottiseen kriisiin joutuneen nuoren miehen hoitoprosessien aikana videoidut hoitokokouskeskustelut. Hoitokokousnauhat ovat osa Akuutin psykoosin integroitu hoito - projektin aineistoa. Aineistolähtöisyys oli keskeistä tutkimuksessamme ja tutkimusmenetelmämme tarkentui tutkimusprosessin myötä. Käytetyssä analysointimallissa keskustelun rakentumista ja dialogisuutta tarkasteltiin valituista episodeista. Tarkastelimme myös narratiivisten prosessien yhteyttä keskustelun dialogisuuteen. Tutkimuksessa havaittiin, että keskustelun dialogisuudessa ei ollut määrällisiä eroja tarkastelemiemme tapausten välillä, mutta joitakin laadullisia eroja oli havaittavissa. Tietyllä narratiivisella prosessityypillä ei havaittu olevan yhteyttä keskustelun dialogisuuteen. Kuitenkin episodeissa, joissa keskustelu ei ollut dialogista, puheen narratiivinen prosessityyppi oli useammin eksternaalinen kuin internaalinen tai refleksiivinen. Tutkimuskysymyksien ulkopuolisena havaintona molempien tapauksien hoitokokouskeskusteluista nousivat esiin narratiivit, joita aloimme nimittää sairaskertomuksiksi.

avainsanat: *akuutti psykoosi, dialogin analyysi, dialoginen keskustelu, narratiiviset prosessityypit, sairaskertomus-narratiivit*

SISÄLTÖ

1. JOHDANTO	1
1.1. Psykoosin määrittelystä	2
1.2. Avoimen dialogin hoitomallin kehittyminen.....	3
1.3. Avoimen dialogin hoitomallin periaatteet	5
1.4. Hoitokokous hoidon perustapahtumana	7
1.5. Dialoginen työskentelytapa	8
1.6. Tutkimustuloksia avoimen dialogin hoitomallista.....	9
2. MENETELMÄ JA AINEISTON ANALYYSI	12
2.1. Tutkimuksen aineisto	12
2.2. Aineiston analyysi	13
3. TULOKSET	21
3.1. Janin ja Laurin sairaskertomukset	21
3.2. Yleiskuva hoitokokouskeskusteluista: määrän ja teeman dominanssit	25
3.3. Dialogisuuden analyysi.....	26
3.3.1. Vuorovaikutuksen dominanssien jakautuminen hoitokokouksissa	26
3.3.2. Dialogisuuden toteutuminen.....	29
3.4. Narratiiviset prosessityypit	36
3.5. Keskustelun dialogisuus ja narratiiviset prosessityypit	41
4. POHDINTA	48
LÄHTEET	57

1. JOHDANTO

Pro gradu-tutkielmassamme tarkastelemme keskustelun dialogisuutta avoimen dialogin mallin mukaisissa hoitokokouksissa. Erityisesti kiinnitämme huomiota siihen, miten eri henkilöt vaikuttavat dialogin rakentumiseen hoitokokouksessa ja onko keskustelu tarkastelemissamme episodeissa dialogista. Dialogisuus on keskeinen periaate avoimen dialogin hoitomallissa ja sen tutkimiseksi on kehitetty analysointimenetelmiä (esim. Haarakangas, 1997; Majasaari & Tolvanen, 2001; Mattila & Rantakokko, 2003; Seikkula, 2002b). Omassa tutkimuksessamme sovellamme osia edellä mainituissa tutkimuksissa käytetyistä menetelmistä. Toinen tutkimuksemme tavoitteista on tarkastella, soveltuuko käyttämämme analyysimenetelmä dialogisuuden analysointiin.

Tutustuimme tutkimuksemme aihepiiriin tehdessämme projektiopintoja laitoksemme kliinisen psykologian sektorille. Silloin perehdyimme myös ensi kertaa avoimen dialogin mallin mukaisiin hoitokokouksiin. Avoimen dialogin hoitomalli on vaikeiden psykiatristen kriisien hoitoon tarkoitettu perhekeskeinen lähestymistapa, jota on kehitetty Länsi-Pohjan (Kemi-Tornio) alueella 1980-luvulta lähtien (Seikkula, Alakare & Aaltonen, 2001a). Tässä mallissa hoito aloitetaan vuorokauden kuluessa ensimmäisestä yhteydenotosta ja potilaan perhe sekä muu sosiaalinen verkosto on mukana koko hoitoprosessin ajan. Hoito mukautetaan yksilöllisesti jokaisen potilaan tarpeisiin ja pyritään toteuttamaan mahdollisuuksien mukaan kotona. Psykologista jatkuvuutta ja luottamusta korostetaan muodostamalla sairaalan ja avohoidon henkilökunnasta integroituja työryhmiä, jotka keskittyvät luomaan dialogia perheen ja potilaan kanssa.

1.1. Psykoosin määrittelystä

Tutkimuksemme aineisto muodostuu kahden akuuttiin psykoottiseen kriisiin joutuneen nuoren miehen hoitokokouskeskusteluista. Lönnqvistin ja Honkosen (1999) mukaan psykoottinen henkilö määrittelee ja tulkitsee ulkoista todellisuutta selkeästi muista ihmisistä poikkeavalla tavalla. Psykoottisen henkilön havainto- ja päättelytoiminta sekä ajatusprosessit eivät toimi normaalisti. He jatkavat, että kapeimmillaan psykoosi voidaan määritellä selvien harhaluulojen tai aistiharhojen ilmenemiseksi henkilön tiedostamatta niiden patologista luonnetta. Psykoosista puhutaan oireyhtymänä, kun sillä on tietty ajallinen kesto ja kun se tarkkarajaisesti täyttää kullekin psykoottistasoiselle häiriölle sovitut diagnoosikriteerit. Yung ja Jackson (1999) toteavat Haasiin ja Sweeneyhin viitaten, että yleisesti psykoosin katsotaan alkavan silloin, kun ensimmäiset psykoottiset oireet, kuten aistiharhat ja harhaluulot, ilmenevät.

Tutkimuksemme laajemman viitekehyksen, sosiaalisen konstruktionismin näkökulman mukaan todellisuus syntyy sosiaalisen vuorovaikutuksen kautta ja välittyy kielen avulla (Hoffman, 1992). Hoffman toteaa, että sosiaalinen konstruktionismi näkee kaiken tiedon kehittyvän ihmisten välisessä tilassa, yhteisessä maailmassamme. Andersonin ja Goolishianin (1988) mukaan ymmärrys syntyy sosiaalisen vuorovaikutuksen ja dialogin avulla. Tämä yhteisesti syntyvä ymmärrys muuttuu ja uudistuu kaiken aikaa ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa (Anderson & Goolishian, 1992; Hoffman, 1992). Ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa ja kommunikaatiossa syntyy myös yksilön käsitys identiteetistään (Hoffman, 1992).

Sosiaalisen konstruktionismin näkökulmasta psykoosi voidaan nähdä tapana selvittää yksilön elämän järkyttävistä tapahtumista, joille ei ole olemassa muuta kieltä kuin psykoottiset oireet (Seikkula, Alakare & Aaltonen, 2001a). Holman (1999) mukaan psykoottisen henkilön ajattelun tai havainnoinnin ei voida sanoa olevan vääristynyt, hän vain käyttää erilaista kieltä ja samalla muodostaa erilaisen suhteen todellisuuteen kuin muut. Psykoottiseen kriisiin sisältyy terapeutin mahdollisuus, jossa sanaton kokemus voi tulla sanotuksi, kuulluksi ja yhdessä jaetuksi (Haarakangas & Seikkula, 1999a). Avoin dialogi, jossa ei ole ennalta suunniteltuja teemoja tai yhtä ainoaa oikeaa ratkaisua, voidaan nähdä yhtenä keinona selviytyä psykoottisesta kriisistä (Seikkula ym., 2001a). Avoimen dialogin avulla pyritään luomaan uusi kieli, jonka avulla voidaan ku-

vata vaikeita tapahtumia yksilön elämässä. Haarakankaan ja Seikkulan (1999a) mukaan tavoitteena on yhteisen ymmärryksen löytyminen psykoottiselle käyttäytymiselle. Psykoosin syitä ei etsitä psykologisten tai sosiaalisten rakenteiden puutteista, vaan ”syitä” voidaan etsiä tämänhetkisessä keskustelussa. Psykoottiset ilmaiset syntyvät, kun keskustellaan asioista, joihin sisältyy samanlaista vaikeaa kokemusta kuin alkuperäiseen, järkyttävään kokemukseen. Psykoottiset harhat ovat asiakkaalle hyvin todellisia, ja ne selittyvät asiakkaan elämäkokemuksista ja tavasta merkityksellistä asioita (Haarakangas, 1999). Psykoottinen puhe voidaan nähdä yhtenä äänenä muiden äänien joukossa keskustelussa, ja sitä ei tulisi kyseenalaistaa eikä nimetä sairauden oireeksi, ellei asiakas itse tee niin (Seikkula ym., 2001a; Seikkula & Haarakangas, 1999b).

Narratiivisen näkemyksen mukaan yksilön kokemus on jäsentynyt kertomuksellisen muodon avulla (McLeod, 1997). Nämä kertomukset muodostuvat sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. Holma (1999) toteaa, että yksilön kokemuksille täytyy löytää riittävän yhtenäinen kertomuksellinen jäsenys, jotta ne voidaan jättää osaksi menneisyyttä. Narratiivisesta näkökulmasta osa psykoottiseen kriisiin joutuneen henkilön kokemuksesta jää jäsentymättä kertomukseksi. Psykoottinen henkilö yrittää aktiivisesti luoda jäsenys-tä kokemuksilleen, mutta jos hänen ympäristönsä ei tarjoa riittäviä kertomuksellisia mahdollisuuksia, kokemusten jäsentäminen kertomukseksi ei onnistu (Holma & Aaltonen, 1997). Aaltonen, Vartiainen, Kalliokoski ja Riikonen (1994) esittävät, että akuutissa psykoosissa yksilön kertomukset itsestä voivat olla romahtaneita, jolloin ne eivät ole riittävän yhtenäisiä, jotta kertomukset voisivat luoda yhteyksiä elämäntapahtumien välille ja jäsentää niitä. Heidän mukaansa riittävän yhtenäisen kertomuksen muodostuminen itsestä näyttäisi olevan tärkeää psykoosista paranemisen kannalta

1.2. Avoimen dialogin hoitomallin kehittyminen

Länsi-Pohjan alueella, Keroputaan sairaalassa, alkoi perhekeskeisen hoitomallin kehittäminen 1980-luvun alussa aloitetun perheterapiakoulutuksen myötä (Haarakangas, 1997). Perhekeskeisyyteen kuuluu, että perhe otetaan mukaan hoitoon ja sen suunnitteluun mahdollisimman varhain (Aaltonen, Koffert, Ahonen & Lehtinen, 2000). He osallistuvat hoitoon liittyviin toimiin ja päätöksiin koko hoitoprosessin ajan.

Länsi-Pohjassa hoidon perustaksi muodostuivat hoitokokoukset (Haarakangas, 2002a). Hoitokokouskäytäntöön vaikuttivat erityisesti Turun skitsofreniaprojektin (ks. Alanen, 1993) kokemukset (Haarakangas, 1997, 2002b). Alasen (1993) mukaan Turun pitkäaikaisen kehitystyön tuloksena ovat syntyneet skitsofrenian piiriin kuuluvien psykoosien tarpeenmukaisen hoidon periaatteet, jotka ovat: 1) Terapeuttiset toiminnot suunnitellaan ja toteutetaan joustavasti jokaisessa tapauksessa yksilöllisesti, niin että ne parhaiten kohdistuisivat sekä potilaan että hänen lähimpään vuorovaikutusverkostoonsa kuuluvien ihmisten todettuihin ja muuttuviin hoidollisiin tarpeisiin. 2) Tutkimusta ja hoitoa luonnehtii psykoterapeuttinen asenne. 3) Erilaisten terapeuttisten toimintojen tulee tukea toisiaan, ei vaikuttaa toisiaan vastaan. 4) Hoidon prosessiluonne on selvästi ymmärretty ja säilytetty.

Haarakankaan (2002b) mukaan Keroputaan sairaalassa kehittyi nopeasti sairaalahoidon vaihtoehdoksi kriisityömenetelmä, jossa hoito yritettiin ensisijaisesti järjestää potilaan kotona ja hänen lähiverkostonsa pyrittiin ottamaan mukaan hoitoprosessiin. Hoidossa korostettiin sen nopeaa aloittamista, hoidon psykologista jatkuvuutta sekä eri hoitomuotojen yhdistämistä Valtakunnallisen skitsofreniaprojektin (1981-1987) suositusten (Lääkintöhallitus, 1988) mukaisesti.

Akuutin psykoosin integroitu hoito- projekti toteutettiin vuosina 1992-1998 kudessa, erilaisia hoitoympäristöjä ja -kulttuureja edustavissa psykiatrisissa hoitokeskuksissa ympäri Suomea (Aaltonen, Koffert, Ahonen & Lehtinen, 2000). Keroputaan sairaala Torniossa, josta tutkimuksemme analysoitavat tapaukset ovat, oli yksi näistä keskuksista. Keskuksat pyrkivät soveltamaan tarpeenmukaisen hoidon periaatteita (Alanen, 1993) työskentelytavoissaan ensi kertaa psykoosin vuoksi hoitoon tulleiden potilaiden kanssa (Seikkula, Aaltonen & Alakare, 1999). Projektin tärkeimpinä tavoitteina oli akuutin psykoosin hoidon kehittäminen sekä aikaisempaa tarkemman tiedon saaminen eri hoitomuotojen integroinnista psykoosipotilaan hoidossa (Aaltonen ym., 2000). Tutkimusprojektin löydösten pohdinnassa päädyttiin kahteen uuteen tarpeenmukaisen hoidon periaatteeseen, horisontaaliseen asiantuntijuuteen sekä rituaalien purkautumiseen ja avoimeen dialogiin.

Aaltosen, Koffertin, Ahosen ja Lehtisen (2000) mukaan horisontaalisessa asiantuntijuudessa pyritään ylittämään eri asiantuntemusten väliset rajat. Keroputaalla huomattiin projektin myötä, että erityisesti uusien potilaiden kohdalla erilaiset kuntouttavat terapiamuodot, kuten taide- ja toimintaterapia, vaikuttivat hyvältä ratkaisulta muun hoidon ohessa. Rituaalien purkautumisella ja avoimella dialogilla tarkoitetaan sitä, että asi-

antuntijuus voi parhaiten toteutua ympäristössä, jossa potilaan valinnanvapaus on suurimmillaan ja hoidon rituaalinen valta vähäisimmillään, esimerkiksi potilaan kotona. Länsi- Pohjan sairaanhoitopiirin alueella potilaan koti onkin tavallisin tapaamispaikka ja hoitoprosessissa korostetaan avointa, moniäänistä keskustelua hoitotyöryhmän ja asiakkaan sekä hänen perheensä kanssa.

Suomessa keskeisimmäksi akuutin psykoosin hoitoa toteuttavaksi yksiköksi ovat muodostuneet psykoosityöryhmät (Aaltonen, Koffert, Ahonen & Lehtinen, 2000). Työryhmät ovat moniammatillisia ja niiden toiminta on laajentunut monissa paikoissa koskemaan myös muita vakavia akuutteja psykiatrisia kriisitilanteita. Länsi-Pohjan alueella toimivat liikkuvat kriisityöryhmät sekä Keroputaan sairaalan poliklinikkatyöryhmät vastaavat näitä psykoosityöryhmiä (Haarakangas, 1997).

1.3. Avoimen dialogin hoitomallin periaatteet

Useiden tutkimusprojektien sekä psykoterapiakoulutuksesta saadun tiedon pohjalta on Keroputaan sairaalassa kehitetty avoimen dialogin hoitomalli, jonka seitsemän pääperiaatetta ovat: 1) välitön apu, 2) sosiaalisen verkoston näkökulma, 3) joustavuus ja liikkuvuus, 4) vastuullisuus, 5) psykologinen jatkuvuus, 6) epävarmuuden sieto sekä 7) dialogisuus (Seikkula, Alakare & Aaltonen, 2001a; Seikkula & Haarakangas, 1999b).

Välittömällä avulla tarkoitetaan hädässä olevien ihmisten kohtaamista heti, yleensä vuorokauden sisällä yhteydenotosta ja sen tavoitteena on estää potilaan joutuminen sairaalahoitoon (Seikkula, Alakare & Aaltonen, 2001a; Seikkula & Haarakangas, 1999b). On tärkeää, että psykoottinen potilas osallistuu jo ensimmäisiin tapaamisiin, jolloin hän saa mahdollisuuden käsitellä psykoottisessa elämyksessään kokemuksia, joille ei ole vielä sanoja.

Sosiaalisen verkoston näkökulma huomioi ennen kaikkea tämän hetkiset ihmissuhteet, jotka nähdään hoidon voimavaroina (Seikkula & Haarakangas, 1999b). Potilaan perhe ja hänen muu sosiaalinen verkostonsa kutsutaan mukaan jo ensimmäisiin tapaamisiin (Seikkula, Alakare & Aaltonen, 2001a). Perhe on paitsi tärkeä hoidollinen voimavara myös työryhmän yhteistyökumppani (Haarakangas, 2002a).

Hoitava työryhmä sovittaa toimintansa potilaan ja hänen perheensä hoidon edessä muuttuviin tarpeisiin ja hoito pyritään järjestämään joustavasti niin ajan, paikan kuin

hoitomenetelmienkin suhteen (Seikkula & Haarakangas, 1999b). Tällä pyritään takaamaan joustavuuden ja liikkuvuuden periaatteen toteutuminen (Seikkula, Alakare & Aaltonen, 2001a). Vastuullisuuden periaatteella tarkoitetaan sitä, että työntekijä, johon otetaan yhteyttä, on vastuussa ensimmäisen tapaamisen järjestämisestä, ja hoitokokoukseen tuleva työryhmä ottaa vastuun tilanteesta kokonaisuutena (Seikkula & Haarakangas, 1999b).

Hoidon psykologinen jatkuvuus pyritään takaamaan siten, että hoitava työryhmä ottaa vastuun potilaan hoidosta niin pitkään kuin potilaan kannalta on tarpeen riippumatta hoitomuodosta ja -paikasta (Seikkula, Alakare & Aaltonen, 2001a). Psykologisen jatkuvuuden kannalta on tärkeää, että potilaan sosiaalinen verkosto osallistuu hoitokouksiin koko hoitoprosessin ajan.

Psykoottisessa kriisissä on aluksi tärkeää lisätä turvallisuutta niin, että potilas ja hänen perheensä voivat sietää epävarmuutta, jota ongelman ratkaisemattomuus aiheuttaa (Seikkula & Haarakangas, 1999b). Turvallisuutta pyritään lisäämään järjestämällä tapaamisia kriisin alkuvaiheessa päivittäin ja takaamalla mahdollisuus sellaiseen keskusteluun, jossa kaikki saavat äänensä kuuluviin. Yksityiskohtaisia hoitosuunnitelmia ei tässä vaiheessa vielä tehdä ja samalla pyritään välttämään liian aikaisia johtopäätöksiä (Seikkula, Alakare & Aaltonen, 2001a). Paitsi perheeltä ja potilaalta, myös hoitoryhmältä vaaditaan kykyä sietää epävarmuutta tietämisen ja varman totuuden sijaan (Haarakangas, 2002a).

Hoidon ensimmäinen tavoite on dialogin synnyttäminen eri henkilöiden ja äänten välille, eli dialogisuuden periaatteen toteuttaminen (Seikkula & Haarakangas, 1999b). Keskustelun lähtökohtana on perheen kieli, erityisesti se, miten jokaisella perheellä on oma tapansa puhua potilaan ongelmasta (Seikkula, 2002b). Hoitoryhmä mukauttaa kielenkäyttönsä perheen kieleen. Tavoitteena on luoda yhteinen tila uudelle kielelle, jossa asiat voivat saada uusia merkityksiä (Seikkula, Alakare & Aaltonen, 2001a). Paranemisprosessi alkaa keskustelussa syntyvien uusien merkitysten luomisesta (Seikkula & Haarakangas, 1999b).

Psykoottisten potilaiden hoidossa perheiden osallistuminen hoitoprosessiin on yleisesti hyväksytty periaate muuallakin kuin Suomessa (Seikkula, 2002a). Perhekeskeinen skitsofrenian hoitomalli on jakautunut kahteen pääsuuntaukseen: 1) useisiin psykoedukatiivisiin suuntauksiin, joissa perheelle annetaan informaatiota sairaudesta ja oireiden hallinnasta, ja joissa kehitetään perheiden stressin hallintakeinoja sekä 2) psykoosityöryhmän toimintaa painottavaan ns. Suomen malliin. Avoimen dialogin hoitomalli ja

psykoedukatiiviset lähestymistavat jakavat näkemyksen perheestä aktiivisena toimijana hoitoprosessissa, mutta ne eroavat hoidon suunnittelussa (Seikkula, Alakare & Aaltonen, 2001a). Psykoedukatiivisissa malleissa yleisenä tavoitteena on diagnoosin ja siihen sopivan hoito-ohjelman nopea löytäminen (McGorry, 2000), kun taas avoimen dialogin hoitomallissa korostetaan yhteisiä tapaamisia kriisin akuuteimmassa vaiheessa sekä hoitosuunnitelmien tekemisen prosessiluonnetta (Seikkula, ym., 2001a).

1.4. Hoitokokous hoidon perustapahtumana

Avoimen dialogin mallin mukaisen hoitoprosessin perustapahtuma on hoitokokous (Haarakangas, 2002a). Siinä seurataan hoidon kulkua, integroidaan eri hoidollisia näkökulmia sekä luodaan uusia terapeuttisia merkityksiä keskustelun kautta (Seikkula, 1994). Hoitoon liittyvät asiat puhutaan ja niihin liittyvät päätökset tehdään hoitokokouksessa potilaan, hänen omaistensa ja hoitavan työryhmän kesken (Haarakangas, 2002a).

Hoitavan työryhmän tehtävä on synnyttää keskustelua, johon eri äänet eli keskustelun osapuolten erilaiset näkökulmat voisivat osallistua tasavertaisina (Haarakangas, 1999, 2002b). Hoitokokouksen terapeuttisuuteen vaikuttaa keskustelun dialogisuus, joka merkitsee vuoropuhelua, jossa asiakkaan ja hoitoryhmän näkemykset tulevat kuuluksi ja yhteisesti jaetuksi. Haarakangas (1999) toteaa, että hoitavan työryhmän tulisi luoda luottamuksellinen ilmapiiri, joka mahdollistaa dialogisen keskustelun syntymisen. Avoimessa dialogissa voi yhteisesti jakaa ajatuksia, merkityksiä ja tunteita (Haarakangas, 2002a). Keskustelun tavoitteena on luoda uusia merkityksiä sekä yhteistä ymmärrystä asiakkaan tilanteesta (Haarakangas, 1999). Avoin dialogi on mahdollista turvallisessa ympäristössä, jossa jokainen voi tuntea itsensä ja ajatuksensa tärkeiksi (Haarakangas, 2002a). Hoitokokouksen terapeuttisuutta edistää myös reflektiivisyys eli pohdiskeleva asenne niin omiin kuin toistenkin ajatuksiin.

Yhdeksi hoitokokousten vakiintuneeksi työtavaksi on muodostunut työryhmän keskinäinen refleктоiva keskustelu, jossa käsitellään käytyä keskustelua tai työryhmässä heränneitä ajatuksia perheen tilanteesta (Haarakangas 1997, 1999; Seikkula 1991). Kyseinen refleктоivan keskustelun malli on saanut vaikutteita Andersenin (1991) kehittämästä refleктоivan ryhmän menetelmästä, jossa terapiaistuntoa seuraa erillinen ryhmä,

joka terapeutin valitsemalla hetkellä alkaa pohtia käytyä keskustelua asiakkaan ja terapeutin kuunnellessa (Haarakangas, 1999; Seikkula, 1999). Toisin kuin Andersenin mallissa, avoimen dialogin mallin mukaisissa hoitokokouksissa ei Haarakankaan (1999) mukaan käytetä erillistä reflektointiryhmää vaan työryhmä voi aloittaa reflektoinnin milloin tahansa hoitokokouksen aikana. Keskustelu voidaan nähdä jatkuvana reflektiivisenä prosessina, jossa sisäinen ja ulkoinen puhe, kuunteleminen ja puhuminen, vuorottelevat (Andersen, 1995; Haarakangas, 2002b). Terapeuttien reflektiivisyyden tavoitteena on herättää asiakkaissa pohtivaa suhdetta tilanteeseensa (Haarakangas, 2002b).

1.5. Dialoginen työskentelytapa

Dialoginen työskentelytapa painottaa perheen kielen kuuntelemista sellaisenaan (Seikkula & Haarakangas, 1999b). Tässä työskentelytavassa ei pyritä potilaan ja perheen käyttäytymisen tulkitsemiseen, vaan dialogin synnyttämiseen. Ihmisen käyttäytymisen merkitykset syntyvät kielessä, keskusteluun osallistuvien henkilöiden sosiaalisena konstruktiona (Gergen, 1999; Seikkula & Haarakangas, 1999b). Kenelläkään ei ole ennakolta tietoa oikeasta ratkaisusta tilanteeseen (Haarakangas, 2002b). Kyseessä on Andersonin ja Goolishianin (1992) ajatusten mukainen ei-tietämisen-positio, jossa tieto ja ymmärrys synnytetään yhteisessä keskustelussa asiakkaan ja hänen perheensä kanssa (Haarakangas, 2002b).

Eri äänten välisen dialogin synnyttäminen perheen ja potilaan kanssa on hoitotyöryhmän tärkein tehtävä (Seikkula & Haarakangas, 1999b). Dialogi voi olla monologista tai dialogista; dialogisessa dialogissa vastaukset ovat tärkeämpiä kuin kysymykset, monologinen dialogi ei ole kiinnostunut vastauksesta. Uuden ymmärryksen saavuttaminen vaatii dialogista pohdintaa monologisen puheen sijaan. Dialogisessa keskustelussa pyritään yhteiseen ymmärrykseen ja yhteisesti jaettujen näkemysten saavuttamiseen käsiteltävästä asiasta (Haarakangas 1997). Seikkulan ja Haarakankaan (1999b) mukaan on tärkeää, että jokainen paikallaolija saa oman äänensä kuuluviin ja tulee ymmärretyksi. Eri näkökulmien esiintuominen tuo keskusteluun moniäänisyyttä.

Kytkeytyminen keskustelun osanottajiin heidän omalla kielialueellaan on dialogisen suhteen luomisen perusta (Haarakangas, 1999). Haarakankaan (1997) mukaan kytkeytymisellä tarkoitetaan kielellisen systeemin muodostumista ihmisten välille heidän

alkaessa keskustella keskenään. Kytkeytyminen tapahtuu, kun ihmiset sovittavat käyttäytymistään toistensa käyttäytymiseen. Työryhmän ja perheen suhteessa kytkeytyminen tarkoittaa dialogia, jossa työryhmän jäsenet ottavat puheenvuoroissaan huomioon perheenjäsenten lausumien teemat ja tekevät kysymyksiä näiden pohjalta (Haarakangas, 1999). Kun työntekijä sisällyttää puheeseensa asiakkaan käyttämiä ilmauksia sekä pohdiskelee käsiteltävää teemaa asiakkaan kannalta, hänen äänensä kytkeytyy asiakkaan ääneen. Avoimuus perheen tavalle puhua on tärkeää, mutta työryhmä tuo keskusteluun myös psykologista ja perheterapeuttista näkökulmaa ja sille ominaista tapaa puhua. Keskustelun terapeuttisena tavoitteena on luoda mahdollisuus vuoropuheluun perheelle vaikeista, mutta terapeuttisesti tärkeistä teemoista, kuten esimerkiksi surun ja vihan tunteista. Olennaista ei ole se, että ihmiset keskustelevat keskenään vaan se, että he avoimesti pyrkivät luomaan yhteistä ymmärrystä puhumisen kautta (Haarakangas, 1997). Keskustelijat voivat olla eri mieltä keskenään, mutta keskustelun lopputuloksena on yhteinen, yhdessä hyväksytty havainto erilaisista mielipiteistä.

Avoimen dialogin hoitomallissa korostetaan konstruktioidemme sosiaalista luonnetta (Seikkula, Alakare & Aaltonen, 2001a). Keskeistä hoitomallissa on se, mitä sanotaan - uusien sanojen ja uuden kielen syntyminen. Avoimen dialogin hoitomallilla on yhteys narratiiviseen terapiaan, joka myös näkee todellisuuden rakentuvan ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa. Narratiivisen näkökulman mukaan tarinan luominen omasta elämästä on yksilön identiteetin perustana (Holma & Aaltonen, 1995). Narratiivinen terapeutti pyrkii uudelleen luomaan ongelman kyllästämisen tarinan, kun taas dialogisen näkökulman mukaan päämääränä on siirtyä jumiutuneista monologeista dialogiin (Smith, 1997). Dialogisessa terapiassa uusi kertomus luodaan yhdessä kaikkien osanottajien kanssa kun taas narratiivisessa terapiassa kertomus tarvitsee kertojan (Seikkula ym.). Keskeinen ero avoimen dialogin mallin ja narratiivisen terapian välillä on siis siinä, kuka tarinan kertoo.

1.6. Tutkimustuloksia avoimen dialogin hoitomallista

Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä toteutetuissa useissa tutkimusprojekteissa on selvitetty uuden hoitomallin tuloksellisuutta (Seikkula, 2002a). Vuoden 1992 valtakunnallisen selvitykseen viitaten Tuori (1994) toteaa, että Länsi-Pohjassa on ensimmäisenä sairaanhoitopiirinä Suomessa skitsofrenian kroonistuminen voitu ehkäistä. Keskimääräisen hoitamattoman psykoosin kestoa ennen hoidon alkua on voitu lyhentää painottamalla systemaattista, varhaista interventiota ja skitsofrenian ilmaantuvuus on laskenut nopeasti vuodesta 1985 lähtien (Seikkula, 2002a). Myös kansainvälisissä tutkimuksissa psykoosin varhainen havaitseminen ja nopea interventio ovat nousseet uudeksi ja lupaavaksi lähestymistavaksi psykoosien hoitoon (Larsen ym., 2001). Esimerkiksi Australiassa sijaitsevassa EPPIC-keskuksessa psykoosin varhaisella havaitsemisella ja psykoosin alkuvaiheen intensiivisellä hoidolla pyritään vähentämään psykoosin vahingollista vaikutusta henkilön identiteettiin ja sosiaaliseen verkostoon (Edwards & McGorry, 1998).

Open Dialogue in Acute Psychosis- eli ODAP-projekti toteutettiin vuosina 1992-1997 Keroputaan sairaalassa ja Länsi-Pohjan alueella Lapissa (Seikkula, Aaltonen & Alakare, 1999). ODAP-projektin tutkimustulokset (Seikkula, Aaltonen & Alakare, 1999; Seikkula, Alakare & Aaltonen, 2001a, 2001b) viittaavat siihen, että perhekeskeinen psykoosin hoito on hyödyllistä. Seikkula ym. (1999) toteavat, että skitsofreniapotilaiden hoito saattaa tuottaa parempia tuloksia psykoterapeuttisella hoidolla, jossa potilaan läheiset osallistuvat hoitoprosessiin hoitokokousten kautta. Tällaisen hoidon avulla neuroleptilääkityksen määrää voidaan vähentää ja samalla välttää lääkkityksen mukanaan tuomia riskitekijöitä kuten lääkkeiden passivoivaa vaikutusta. Myös Ruotsissa toteutetussa psykososiaalista ja psykoterapeuttista näkökulmaa psykoosin hoidossa painottavassa Parachute-projektissa on saatu saman suuntaisia tuloksia vähäisen neuroleptilääkityksen eduista (ks. Cullberg, Levander, Holmqvist, Mattson & Wieselgren, 2002; Cullberg, Thorén, Åbb, Mesterton & Svedberg, 2000).

ODAP-tutkimusprojektin puitteissa on arvioitu myös avoimen dialogin hoitomallin tuomia etuja ja mahdollisia ongelmia vertaamalla hyvän ja huonon hoitotuloksen saaneita potilaita kahden vuoden seurantatutkimuksella (Seikkula, Alakare & Aaltonen, 2001b). Tutkimustulosten mukaan huonoon hoitotulokseen liittyivät potilaan sairautta edeltävä passiivinen asenne työnhakuun sekä huono sosiaalinen verkosto. Myös diagnoosi sekä prodromaalisten ja psykoottisten oireiden kesto olivat yhteydessä huonoon hoitotulokseen. Myös useissa kansainvälisissä tutkimuksissa hoitamattoman psykoosin keston on havaittu olevan yhteydessä huonoon hoitotulokseen (ks. Larsen, ym., 2001). Löydetyt tilastolliset erot eivät kuitenkaan välttämättä ennusta huonoa hoitotulosta, jos

potilas, hänen sosiaalinen verkostonsa sekä hoitava työryhmä kykenevät rakentamaan dialogiin (Seikkula, Alakare & Aaltonen, 2001b). Jos mahdollisuus dialogisen prosessin aloittamiseen on pieni, on huono hoitotulos mahdollinen, vaikka sairautta edeltävät psykologiset ja sosiaaliset tekijät eivät sitä ennustaisikaan. Seikkulan ym. mukaan avoimen dialogin hoitomallin suurin ongelma näytti olevan hoidon järjestäminen tilanteessa, jossa perheillä oli vain vähän mahdollisuuksia kehittää kielellistä kuvausta elämästään.

Avoimen dialogin hoitomalli sekä sen taustalla vaikuttavat ajatukset jäivät kiinnostamaan meitä projektiopintojemme jälkeen. Halusimme jatkaa saman aihepiirin parissa myös pro gradu-tutkielmassamme. Erityisesti meitä kiinnosti, miten eri henkilöt vaikuttavat keskustelun rakentumiseen. Myös avoimen dialogin hoitomalliin liittyvä ajatus keskustelun dialogisuudesta kiinnosti - mitä sillä tarkoitetaan käytännössä. Aikaisemmissa tutkimuksissa (esim. Majasaari & Tolvanen, 2001; Mattila & Rantakokko, 2003) on tarkasteltu hoitokokouksia ja hoitoprosessia kokonaisuutena, joten halusimme saada yksityiskohtaisempaa tietoa. Näistä ajatuksista muotoutuivat tutkimuskysymykset pro gradu-tutkielmaamme:

1. Miten dialogisuus rakentuu tarkastelluissa hoitokokouksissa?
 - a) Miten eri henkilöt vaikuttavat dialogin rakentumiseen hoitokokouksissa?
 - b) Muuttuuko puheen narratiivinen prosessityyppi säännönmukaisesti eri henkilöiden vaikutuksesta?
 - c) Syntyykö tarkastelluissa episodeissa dialogista keskustelua?
 - d) Millaisia narratiivisia prosessityyppejä esiintyi episodeissa, jotka oli määritelty dialogisiksi ja toisaalta episodeissa, joiden keskustelu ei ollut dialogista?
2. Kuinka tässä tutkimuksessa käytetty analysointimenetelmä soveltuu dialogisuuden tutkimiseen hoitokokouskeskusteluissa?

2. MENETELMÄ JA AINEISTON ANALYYSI

2.1. Tutkimuksen aineisto

Tutkimuksemme aineisto on osa valtakunnallisen Akuutin psykoosin integroitu hoito (API) -projektin aineistoa. Projekti toteutettiin vuosina 1992 - 1998 kuudessa eri psykiatrisessa hoitokeskuksessa, joista yksi oli Keroputaan sairaala Torniossa (Aaltonen, Koffert, Ahonen & Lehtinen, 2000). Sairaala vastaa yhdessä alueen mielenterveyskeskusten kanssa Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta (Haarakangas, 1997). Keroputaan sairaala oli yksi API-projektin hoitokeskuksista, joka pyrki toteuttamaan hoitoa mahdollisimman vähällä neuroleptilääkityksellä. Länsi-Pohjan alueelta API-projektin tutkimukseen otettiin mukaan kaikki uudet tapaukset, jotka täyttivät DSM-III-R- kriteerit skitsofreniatyyppisestä psykoosista ajalta 1.4.1992 - 31.12.93 (Seikkula, 2002b). Tämän jälkeen tutkimus jatkui Länsi-Pohjan alueellisen ODAP-projektin puitteissa (Open Dialogue in Acute Psychosis). Aineistoa kerättiin 1.1.1994 - 31.3.1997. Yhteensä 78 potilasta osallistui tutkimukseen (Seikkula, Alakare & Aaltonen, 2001b).

Tutkimuksemme aineistona on kahden ensimmäistä kertaa psykoottiseen kriisiin joutuneen nuoren miehen hoitoprosessien aikana videoidut hoitokokouskeskustelut. Nimesimme heidät Lauriksi ja Janiksi sekä muutimme muut tunnistetiedot. Valitsimme kolme keskustelua prosessin alku-, keski-, ja loppuvaiheesta kummastakin tapauksesta tarkempaa analyysiä varten. Laurin tapauksesta valitsimme toisen, viidennen ja seitsemännän hoitokokouksen ja Janin tapauksesta toisen, viidennen ja yhdennentoista hoitokokouksen. Janin hoitoprosessi oli kokonaisuudessaan pitkäkestoisempi kuin Laurin. Valitut keskustelut siirrettiin ääninauhalle, jonka jälkeen transkriboimme ne sanatarkasti lukuun ottamatta yhtä hoitokokousta, jonka saimme valmiiksi transkriboituna. Tarkastimme kaikki transkriptit videonauhojen avulla. Transkriboitua aineistoa tuli yhteensä 168 sivua (Lauri 81 ja Jani 87 sivua, Times New Roman, 12p, riviväli 1).

Transkriboinnissa käytimme osaa Jokisen ja Suonisen (2000) merkitsemisohjeiden erikoismerkeistä:

- () (Teksti suluissa) Nauhalla epäselvästi kuultu kohta
 (()) Kaksoissulkeissa purkajan huomioita
 (.) Alle kahden sekunnin mittainen tauko
 (5) Tauko sekunteina
 [] Päällekkäinen puhe
 ... Jotain on jätetty pois, puheenvuoroja on yhdistelty

Käytimme transkripteissa lyhenteitä kustakin keskustelijasta. Alla esimerkkikatkelmien henkilöistä käyttämämme lyhenteet ja niiden selitykset:

JANIN HOITOKOKOUKSET:

J= Jani
 I= Janin isä, Martti
 Ä= Janin äiti, Ritva
 NT1= naisterapeutti 1
 NT2= naisterapeutti 2
 MT= miesterapeutti (hoitotiimin psykologi)
 SH1= osaston sairaanhoitaja
 SH2= osaston sairaanhoitaja (Janin omahoitaja)

LAURIN HOITOKOKOUKSET:

L= Lauri
 I= Laurin isä, Veikko
 Ä= Laurin äiti, Marja
 V= Laurin veli, Ville
 P= poliklinikan psykologi
 NT1= naisterapeutti 1
 NT2= naisterapeutti 2
 MT= miesterapeutti (lääkäri)

2.2. Aineiston analyysi

Tutkimallemme ilmiölle, dialogisuuden rakentumiselle hoitokokoukskontekstissa, ei ole vielä kehitetty vakiintuneita analyysimenetelmiä. Yhtenä tutkimuksemme tavoitteena oli pyrkiä kehittämään ja tarkastelemaan aikaisemmin käytettyjä dialogisuuden analyysimenetelmiä. Dialogisuuden ja sen tutkimuksen käsitteiden määrittely tuntui aluksi vaikealta ja täsmällisen tutkimusmenetelmän hahmottaminen oli hankalaa. Tehdessämme projektiopintoja Jaakko Seikkulan ohjauksessa talvella 2001 ja keväällä 2002 kiinnostuimme aineistolähtöisestä analyysistä. Aineistolähtöinen analyysi antaa mahdollisuuden tarkastella aineistoa avoimin mielin sitoutumatta liikaa jo olemassa oleviin teorioihin. Lähdimmekin tutustumaan hoitokokoukskeskusteluihin aineistolähtöisesti. Aineis-

tosta tekemämme alustavat havainnot ohjasivat tutkimusmenetelmiemme valintaa. Hyödynsimme myös tutkimuksemme aihepiiristä aikaisemmin tehtyjä tutkimuksia (ks. Haarakangas, 1997; Majasaari & Tolvanen, 2001; Mattila & Rantakokko, 2003; Seikkula, 2002b) rakentaessamme tutkimusmenetelmäämme. Omien ajatusten, ideoiden sekä tulkintojen kirjaaminen ylös oli tärkeää aivan alusta saakka, sillä ilman kunnollisia, päivättyjä muistiinpanoja olisi ollut vaikeaa kuvata tutkimusprosessin etenemistä kirjallisessa muodossa.

Aluksi luimme transkriboidut keskustelut läpi useita kertoja saadaksemme kokonaiskuvan aineistosta. Tämän jälkeen siirsimme aineiston ATLAS/ti-ohjelmaan, joka on kehitetty laadullisen aineiston analyysiä varten (Muhr, 1997). Ohjelman taustalla on aineistolähtöisyyden ajatus ja monet ohjelman toiminnoista perustuvat Grounded-teorian (esim. Strauss & Corbin, 1990) menetelmiin. Ohjelmaan tutustuimme jo edellisenä vuonna tehdessämme laitoksemme projektiopintoihin kuuluvaa tutkimusharjoitusta.

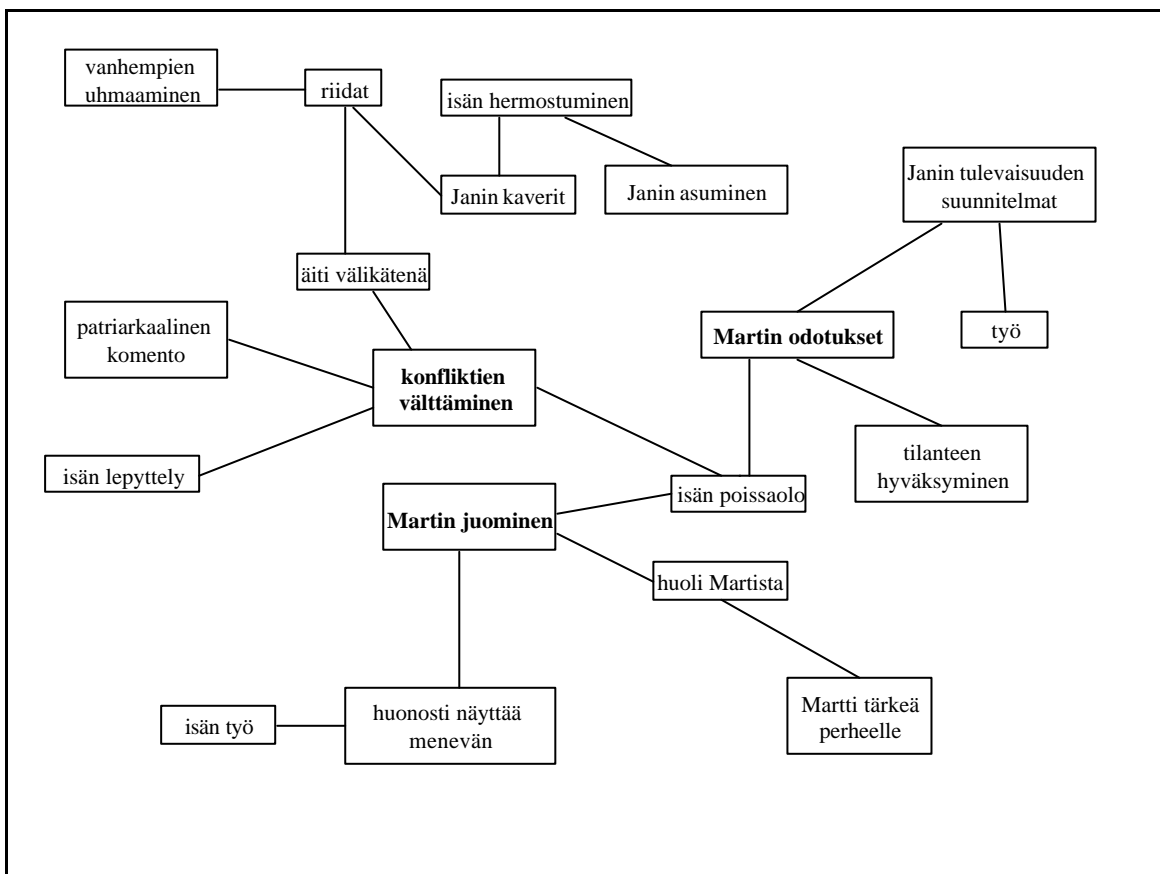
Luettuamme aineiston useita kertoja jaoimme sen episodeihin. Episodin rajat määrittelimme Haarakankaan (1997) sekä Anguksen ja Hardtken (1994) ajatuksia soveltaen keskustelun teeman mukaan. Episodei vaihtuu toiseksi, kun keskustelun aihe selkeästi muuttuu. Emme soveltaneet episodeihin jakamisessa Haarakankaan ajatusta rajata episodeja myös vuorovaikutuksellisten ilmiöiden, kuten työryhmän toimintatavan muutoksen, perusteella. Jakaessamme aineistoa episodeihin karsimme aineistosta mielestämme epäolennaiset keskustelunkohdat. Tällaisia olivat esimerkiksi alkutervehdykset, uuden tapaamisen järjestelyyn sekä kahvitteluun liittyneet keskustelut. Aikaisemmissa pro gradu-tutkielmissa (esim. Mattila & Rantakokko, 2003) tällaisen puheen on havaittu mahdollisesti vääristävän yhden käyttämämme menetelmän, vuorovaikutuksen domnanssien, tuloksia. Laurin hoitokokoukset jaoimme yhteensä 131 episodiin ja Janin 140 episodiin.

Episodeihin jakamisen jälkeen tarkastelimme aineistoa avoimen koodauksen avulla. Avoimessa koodauksessa aineisto puretaan osiin, joiden avulla se voidaan käsitteellistää (Strauss & Corbin, 1990). Käsitteet muodostetaan tekstistä tehtyjen havaintojen perusteella. Kävimme aineistoa läpi rivi riviltä ja etsimme sieltä merkityksellisiä kokonaisuuksia, jotka muodostuivat yleensä muutamasta lauseesta tai kokonaisesta puheenvuorosta. Näitä koodeja löytyi Laurin hoitokokouksista 466 ja Janin hoitokokouksista 640 kappaletta.

Koodien suuren lukumäärän vuoksi jäsensimme ne laajempiin kokonaisuuksiin superkoodien avulla. Superkoodit ovat ATLAS/ti-ohjelmassa yläkäsitteitä, joiden alle

aineiston koodeja voidaan ryhmitellä ja luokitella eri tavoin. Kokosimme koodeista ja superkoodeista verkostoja, joiden kautta tarkastelimme niiden välisiä suhteita. Verkostojen avulla muodostimme aineiston kannalta tärkeitä merkityksellisiä kokonaisuuksia. Verkotot auttoivat meitä poimimaan aineistosta keskeisimmät koodit, joita sisältävät episodit valitsimme analyysimme seuraavaa vaihetta eli dialogisuuden tutkimista varten. Keskeisimmät koodit määrittelimme sellaisiksi, joiden ympärille muodostamamme verkostot rakentuivat ja jotka tulivat esille useissa eri verkostoissa.

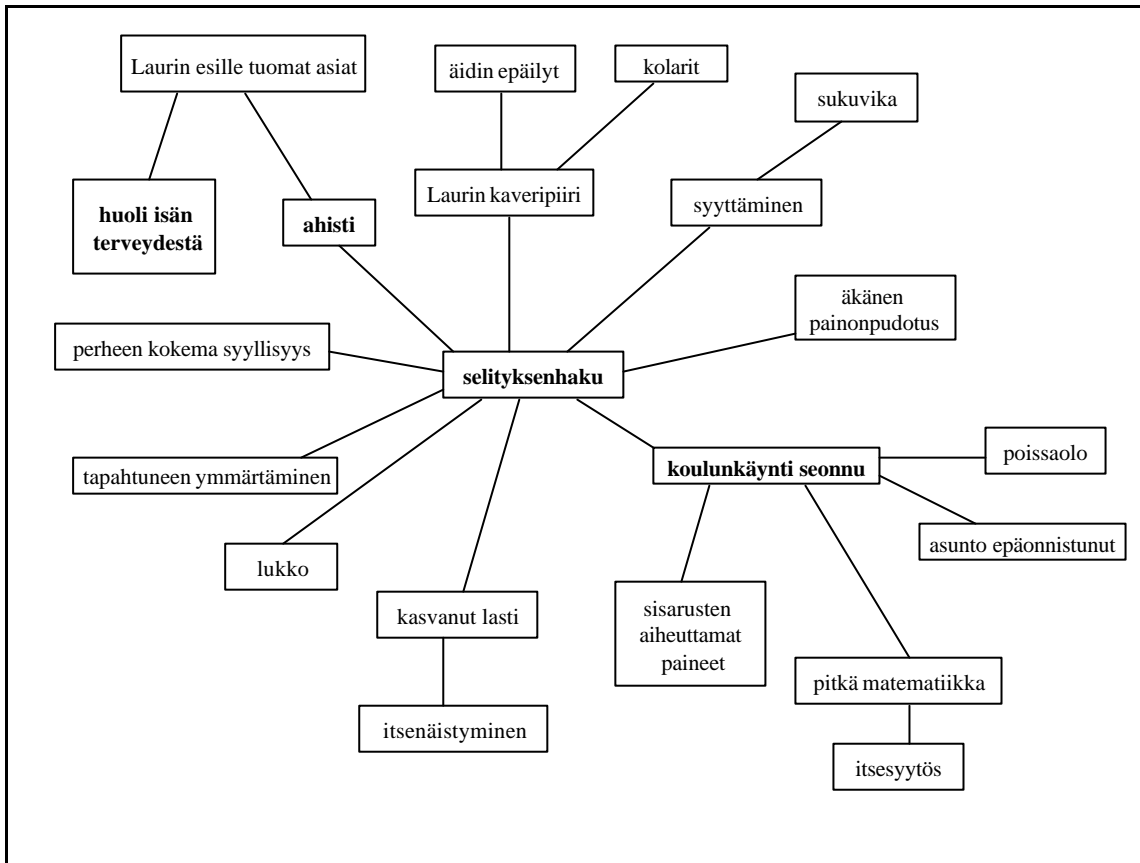
ESIMERKKIVERKOSTO 1. Miten Janin perheen toimintatavat tulevat keskustelussa esille (lihavoidut keskeisiä koodeja).



Janin hoitokokouksista keskeisiä koodeja löytyi seitsemän. Ne olivat: Janin kertomukset, konfliktien välttäminen, Martin juominen, Martin odotukset, muutos, pelko sekä turva. Myös Laurin hoitokokouksista löysimme seitsemän keskeisintä koodia, jotka olivat: ahisti, huoli isän terveydestä, huoli Laurista, koulunkäynti seonnu, luottamus,

retki sekä selityksen haku. Valitsimme kaikki episodit, joissa esiintyi joku keskeisistä koodeista. Tällä ja edellisellä sivulla ovat esimerkkiverkostot, joissa osa keskeisimmistä koodeista tulee esille.

ESIMERKKIVERKOSTO 2. Selitykset Laurin tilanteelle (lihavoidut keskeisiä koodeja)



Jo lukiessamme aineistoa ensimmäisiä kertoja, kiinnitimme huomiota siihen, miten selkeästi ja johdonmukaisesti kummassakin tapauksessa perheenjäsenet toivat esille Laurin ja Janin sairastumista edeltäviä ja siihen liittyviä tapahtumia. Aineiston koodausvaiheessa aloimme kutsua näitä keskustelunkohtia Laurin ja Janin sairaskertomukseksi. Huomasimme, että nämä sairaskertomukset etenivät kummassakin tapauksessa johdonmukaisesti aikajärjestyksessä huolimatta siitä, että välillä keskustelu siirtyi muihin aiheisiin. Irrotimme nämä sairaskertomukseksi koodatut keskustelunkohdat muusta aineistosta ja muodostimme niistä yhtenäiset tarinat. Tiivistimme puheenvuoroja jonkin verran ja poistimme tarinan kannalta turhaa toistoa sisältävät puheenvuorot, mutta ko-

konaisuutena sairaskertomuksia ei tarvinnut juurikaan muokata. Sairaskertomukset eivät liittyneet varsinaisiin tutkimuskysymyksiimme, vaan olivat mielenkiintoinen löydös aineistosta.

Toisena lähestymistapanamme oli dialogin analyysi. Sovelsimme tutkimuksesamme Haarakankaan (1997) käsitteitä sekä Seikkulan (2002b) ja Majasaaren ja Tolvasen (2001) kehittämää analyysimenetelmää. Tarkastelimme miten eri henkilöt vaikuttivat keskusteluun ja sen dialogisuuteen. Aineiston laajuuden vuoksi emme tehneet dialogin analyysia koko aineistolle. Analysoimme keskeisten koodien avulla valitsemaamme episodit, joita oli Laurin hoitokokouksissa 45 ja Janin hoitokokouksissa 44.

Dialogien rakentumista, erityisesti sitä, miten eri henkilöt vaikuttavat siihen, tarkastelimme Linellin (1990) vuorovaikutuksen dominanssien ulottuvuuksien avulla. Linell on kehittänyt analyysimallin, jossa hän tutkii dialogin dynamiikkaa vuorovaikutuksen dominanssien avulla. Linell näkee dialogin olemukseltaan asymmetrisenä, jonka seurauksena syntyy dialogin dynamiikka. Mallin analyysiyksiköt, puheenvuorot, voidaan ymmärtää Markovan (1990) ajatusten mukaan kolmiaskelisenä prosessina. Jokaisen puheenvuoron voidaan nähdä ainakin käsitteellisellä tasolla syntyvän aloitteen ja vastauksen vuorovaikutuksesta (Linell, 1990). Kieli kietoutuu vuorovaikutukselliseen prosessiin. Keskustelutilanteessa tämä tarkoittaa, että puhujalle on avoinna erilaisia vaihtoehtoja vastata edellisiin lausumiin ja tuoda uusia keskustelunaiheita esille.

Linell (1990) toteaa, että analyysi tehdään määrän, teeman ja vuorovaikutuksen dominanssi-käsitteiden kautta. Määrän dominanssi tarkastelee sitä, kuka puhuu eniten. Teeman dominanssi puolestaan tutkii, kuka tuo keskusteluun uusia aiheita ja näkökulmia sekä sisältöä. Vuorovaikutuksen dominanssi arvioi, kuka henkilöistä kontrolloi ja ohjaa eniten toisten toimintaa keskustelussa ja toisaalta välttää ohjatuksi tulemisen (Linell, 1990; Majasaari & Tolvanen, 2001).

Saadaksemme kokonaiskuvan keskustelujen rakenteesta määrittelimme aluksi koko aineiston episodeista määrän ja teeman dominanssit. Määrän dominanssi määräytyi henkilölle, joka puhui eniten. Puheenvuorojen määrän lisäksi otimme huomioon puheenvuorojen pituuden. Teeman dominanssi määräytyi henkilölle, joka teki aloitteen episodin hallitsevasta temasta.

Koska ajatuksenamme oli tarkastella keskustelun dialogisuutta kytkeytymisen sekä vuorovaikutuksen dominanssin avulla, määritimme vuorovaikutuksen dominanssit vain niistä episodeista, joissa tarkastelimme myös kytkeytymistä ja dialogisuutta. Käytimme vuorovaikutuksen dominanssin tarkentamiseen Majasaaren ja Tolvasen (2001)

käyttämää menetelmää, jossa he konkretisoivat vuorovaikutuksen dominanssin määrittelmää Markovan (1990) ajatusten pohjalta. Puheenvuoro, johon myöhemmin vastataan, koodataan plus-merkillä (+) ja puheenvuoro, joka on pelkkä vastaus, miinus-merkillä (-). Puheenvuoro, johon sisältyy sekä vastaus että aloite koodataan miinus- ja plusmerkillä (-,+). Aloitteet, joihin ei vastattu, koodasimme nolllalla (0). Lyhyet reagoinnit, kuten mmm ja joo, merkitsimme suluissa olevalla miinusmerkillä [(-)]. Lisäsimme merkkeihin miinus- ja nolllamerkin (-,0) sellaisia puheenvuoroja varten, joihin sisältyi sekä vastaus että aloite, johon ei vastattu. Vuorovaikutuksen dominanssi määräytyi henkilölle, jolla oli kyseisessä episodissa eniten aloitteita (-, + tai +) ja vähiten pelkkiä vastauksia tai reagoiteja [-, (-)].

Lukiessamme hoitokokouskeskusteluja kiinnitimme molemmat huomiota siihen, miten eri henkilöt puhuivat eri tavalla samasta aiheesta. Esimerkiksi molemmissa tapauksissa äidit pitivät keskustelua hyvin konkreettisella tasolla, kun taas hoitohenkilökunta yritti keskustella tilanteen herättämistä tunteista. Pohdimme, miten voisimme tarkastella eri henkilöiden erilaisia puhetapoja hoitokokouskeskusteluissa. Laitila, Aaltonen, Wahlström ja Angus (2001) ovat tutkimuksessaan käyttäneet Anguksen ja Hardtken (1994) kehittämää, alunperin kahdenkeskisten terapiakeskusteluiden analysointiin tarkoitettua narratiivisten prosessien koodaussysteemiä (NPCS-malli). He totesivat narratiivisten prosessien koodauksen soveltuvan myös monenkeskisten terapiakeskusteluiden analysointiin.

Narratiivisten prosessien koodauksessa tutkitaan terapiakeskustelun jakautumista eksternaaliseen, internaaliseen ja refleksiiviseen prosessityyppiin (Angus & Hardtke, 1994). Eksternaalinen prosessityyppi sisältää todellisten ja kuviteltujen, menneiden ja nykyisten tapahtumien kuvailua. Internaalinen prosessityyppi pitää sisällään keskustelua omakohtaisista kokemuksista tai tunteista. Refleksiivinen prosessityyppi on keskustelua, jossa kokemuksia ja tapahtumia pohditaan sekä tulkitaan yhdessä, ja tämän avulla voidaan saada uutta ymmärrystä ja uusia näkökulmia keskusteluun. Narratiiviset prosessityypit voivat jatkua teeman mukaan määriteltyjen episodien rajojen yli, mutta ne voivat Anguksen ja Hardtken (1994) mukaan myös vaihtua episodin sisällä useita kertoja. Alkuperäisessä analyysimallissa narratiiviset prosessit nähdään usean puheenvuoron muodostamina prosesseina. Laitila ym. (2001) kuitenkin havaitsivat tutkimuksessaan, että narratiivinen prosessityyppi voi ongelmallisissa vuorovaikutustilanteissa vaihdella myös puhujan mukaan puheenvuoro kerrallaan. Tämän vuoksi NPCS-malli vaikutti hyvältä tavalta tarkastella, miten keskustelu muuttuu puhujien vaikutuksesta. Laitilan ym.

(2001) havaintojen perusteella päätimme tutkia valitsemistamme episodeista narratiivisia prosessityyppejä puheenvuoro kerrallaan. Tarkastelimme, muuttuuko puheen prosessityyppi puhujan vaihtuessa.

Seuraavaksi tutkimme valituista episodeista keskustelun dialogisuutta. Dialogisuudella keskustelun tutkimuksessa tarkoitetaan lausumien dialogista suhdetta toisiinsa (Haarakangas, 1997). Bakhtiniin viitaten Haarakangas toteaa, että puhujan lausumat ovat vastauksia edeltäviin lausumiin ja puhuja pyrkii ottamaan huomioon kuulijansa. Samalla puhuja odottaa myös saavansa vastauksen tai merkin siitä, että hänen lausumansa on ymmärretty. Kuten Linell (1990) sekä Markova (1990) esittävät, lausumat suuntautuvat samanaikaisesti sekä menneeseen että tulevaan. Dialogisessa keskustelussa pyritään myös yhteisten merkitysten luomiseen keskustelijoiden välillä (Haarakangas, 1997). Tämä erottaa dialogisen keskustelun pelkästä vuorovaikutuksesta. Olennaisinta ei ole se, että ihmiset keskustelevat keskenään vaan se, että he avoimesti pyrkivät luomaan yhteistä ymmärrystä puhumisen kautta. Keskustelijat voivat olla eri mieltä keskenään, mutta keskustelun lopputuloksena on yhteinen, yhdessä hyväksytty havainto erilaisista mielipiteistä.

Tässä tutkimuksessa määrittelimme keskustelun dialogisuuden kytkeytymisen ja vuorovaikutuksen dominanssin avulla. Haarakangas (1997) määrittelee kytkeytymisen kielellisen systeemin muodostumiseksi keskustelun osanottajien kommunikoidessa keskenään ja sovittaessa lausumansa toistensa lausumiin. Tämä voi näkyä esimerkiksi jonkun keskusteluun tuoman teeman jatkamisena tai samojen sanojen käyttämisenä keskustelijoiden välillä. Keskustelu on mielestämme dialogista, kun puheenvuorot ovat sekä vastauksia että aloitteita eli suuntautuvat sekä menneeseen että tulevaan ja keskustelija kytkeytyvät toisiinsa sekä jatkavat yhteistä teemaa. Tarkennetun vuorovaikutuksen dominanssin avulla puheenvuorojen suuntautumista sekä menneeseen että tulevaan on helpompi tarkastella. Lähtöoletuksemme oli, että runsaasti miinus, plus- merkintöjä sisältävä keskustelukatkelma olisi dialoginen.

Lopuksi tutkimme, millaisia narratiivisia prosessityyppejä esiintyi niissä episodeissa, joiden keskustelun olimme määrittäneet dialogiseksi tai toisaalta niissä episodeissa, joissa keskustelu ei ollut mielestämme dialogista. Meitä kiinnosti liittykö jokin tietty narratiivinen prosessityyppi keskustelun dialogisuuteen.

Teimme analyysin kaikki vaiheet ensin kumpikin tahollaan. Seuraavaksi kävimme analyysin tulokset yhdessä läpi ja keskustelimme kohdista, joista olimme eri mieltä. Kokonaisuutena molempien analyysien tulokset olivat yhteneviä. McLeodin (2001)

mukaan laadullinen tutkimus voidaan nähdä hermeneuttisena prosessina, jossa eri työvaiheet kulkevat ikään kuin jatkuvassa kehässä ja lomittuvat toisiinsa tutkimusprosessin aikana. Näin kävi myös omassa tutkimuksessamme. Laadulliselle tutkimusprosessille tyypillisesti aineistoon tutustuminen antoi meille uusia ideoita, jotka toivat muutoksia ja tarkennuksia tutkimusmenetelmiimme.

3. TULOKSET

3.1. Janin ja Laurin sairaskertomukset

Käymme lyhyesti läpi Janin ja Laurin hoitoprosessien kulun ja samalla tarkastelemme esimerkkien avulla sitä, miten kummastakin tapauksesta löytämämme sairaskertomukset tulevat hoitokokouskeskusteluissa esille. Tarkastelimme hoitoprosesseja lähinnä perheen ja asiakkaan toiminnan näkökulmasta. Sairaskertomukset etenivät kummassakin tapauksessa johdonmukaisesti tapahtumien aikajärjestyksessä huolimatta siitä, että välillä keskustelu siirtyi muihin aiheisiin. Aluksi molemmat sairaskertomukset käsittelivät avun hakemiseen johtaneita tapahtumia sekä perheen havaintoja Janin ja Laurin muutuneesta käytöksestä. Koska sekä Janin että Laurin hoitoprosessiin kuului sairaalajakso, molemmat perheet kertoivat myös sairaalaan tulosta ja siihen liittyneistä tapahtumista hoitoprosessin edetessä. Tutustuessamme hoitokokouskeskusteluihin havaitsimme, että Janin hoitoprosessi oli kokonaisuutena vaikeampi kuin Laurin hoitoprosessi.

Janin tapaus

Jani on noin 20-vuotias nuori mies, joka oli hoitoprosessin alkaessa juuri saamassa työpaikan pitkän työttömyysjakson jälkeen. Hänen perheeseensä kuuluu vanhempien lisäksi kaksi nuorempaa siskoa. Äitiä lukuun ottamatta muu perhe ei osallistunut kaikkiin hoitokokouksiin hoidon aikana, mutta he olivat kuitenkin mukana hoitoprosessissa. Etenkin isän poissaolo hoitokokouksista aiheutti paljon keskustelua.

Janin hoitokokouskeskusteluista nousi esille yhtenäinen kertomus siitä, mitä Janille oli tapahtunut. Tässä perheessä erityisesti isä kertoi tapahtumista muun perheen myötäillessä hänen puhettaan. Ennen toista hoitokokousta Jani oli käynyt vanhempien kehotuksesta yksin mielenterveystoimistossa. Isä kuvasi Janin käytöstä ennen avun hakemista toisen hoitokokouksen alussa seuraavasti:

I: Ja sehän tietenkin näky niin, että Jani oli rauhaton, hirviän rauhaton ja (käveleskeli) vain ja sitte oli silloin hyvin voimakkaita pelkotiloja, että pelkäs, pelkäs kaikkennäköisiä asioita () ja kaikkea tämmöstä ja häntä vainotaan ja niin pois päin.

Toisessa hoitokokouksessa keskeisiä puheenaiheita olivat Janin kaveripiiri ja siihen liittyneet ongelmat, työ ja tulevaisuus, lääkitys sekä Janin pelot. Tässä hoitokokouksessa oli runsaasti rupattelua perheen käytännön asioista.

Viidennessä hoitokokouksessa isä ei ollut paikalla. Koko hoitokokouskeskustelu pyöri kuitenkin isän ympärillä. Isän alkoholinkäyttö sekä valta-asema perheessä olivat keskeisiä puheenaiheita. Janista ja hänen tilanteestaan puhuttiin hyvin vähän. Janin sairaskertomus ei tullut esiin tässä hoitokokouksessa. Hoitokokouksen loppu ei ollut käytettävissämme videonauhassa ilmenneen ongelman vuoksi.

Yhdestoista hoitokokous pidettiin sairaalassa ja paikalla olivat Janin lisäksi hänen vanhempansa. Jani oli toimitettu pakkolähetteellä sairaalaan muutamaa päivää aiemmin. Vanhemmat olivat olleet yksimielisiä Janin hoitoon toimittamisesta, koska hänen tilansa oli heidän mielestään huonontunut jatkuvasti. Isä kertoo Janin levottomasta käytöksestä ennen sairaalaan tuloa:

I: No se meni ohi ja minä juoksin perrään, että tuu nyt tänne ja se ei ilmeisesti tiennyt, mihin hänen ois pitänyt mennä, ja se oli neljä tuntia kävelly varpaat verillä siellä pitkin katuja. Tultiin yhdessä sitten minun tykö illan päälle ja päälle ja se taas siinä vähän aikaa oli ja sano, että hän lähtee ulos. Mää sain sen () taas kyytiin ja otettiin autoon ja tuotiin tänne. Elikkä se oli hirviän rauhaton, eikä viihtynyt kummassakaan asunnossa kun vähän aikaa...

Jani käyttäytyi koko hoitokokouksen ajan hyvin vihaisesti. Keskustelussa nousikin esille Janin yhtäkkiäinen muutos eristäytyneestä ja vetäytyneestä aggressiiviseksi. Hän oli esimerkiksi käynyt äitiinsä käsiksi sekä kantanut veistä mukanaan kotona. Hoitokokouksessa keskusteltiin paljon siitä, miten Janin pelkotiloja voitaisiin lieventää ja miten hänen olonsa saataisiin turvalliseksi. Kun keskustelun teema liittyi näihin aiheisiin, muuttui Janin puhe useimmiten psykoottiseksi. Saman ilmiön huomasimme myös toisessa hoitokokouksessa. Koska Janin tilanne oli edelleen huono, päätettiin Janin sairaalahoitoa jatkaa pakkohoitopäätöksellä.

Laurin tapaus

Lauri on 18-vuotias nuori mies, joka hoitoprosessin aikana opiskeli lukiossa. Hänen perheeseensä kuuluivat äiti, isä sekä kolme sisarusta. Hoitoprosessiin osallistuivat hoitavan henkilökunnan lisäksi hänen äitinsä, isänsä ja kaksi veljeä. Sisko ei osallistunut hoitokokouksiin. Tarkastelun kohteena olleisiin hoitokokouksiin osallistui äidin ja isän lisäksi vain vanhin veli. Myös Laurin hoitokokouskeskusteluja lukiessamme löysimme aineistosta johdonmukaisesti etenevän kertomuksen Laurin sairastumisesta ja siihen liittyneistä tapahtumista. Toisin kuin Janin hoitokokouksissa perheenjäsenet kertoivat yhdessä tapahtuneesta hoitohenkilökunnalle.

Toisen hoitokokouksen ajankohtana Lauri oli ollut sairaalahoidossa viikonlopun yli. Hoitokokouksessa olivat mukana Laurin lisäksi hänen vanhempansa ja vanhin veljensä Ville. Perheen kertomuksen mukaan he olivat hakeneet apua Laurin sekavan käytöksen ja univaikeuksien vuoksi. Isä kuvasi huoltaan Laurista seuraavasti:

I: () Kyllä se tietenkin aika pitkälle on oikeestaan niinkö sitä edellisen viikon (.) se oli silloin torstaina siis ja sen jälkeen on ollu sitten (.) tämän matkan jälkeen ku hän on tehnyt jonnekin, sen jälkeen on nukkunu jollaki lailla, sitten on seuraava yö ollu jo taas valvomista. Että siis niinkö meillä omaan tajuun tuli, että asiat eivät ole kunnossa niin viikko taaksepäin perjantaina. Ja sen jälkeen olemme sitten pyrkineet tai ensin aluksi keskusteltiin Laurin kanssa, että jos hän pyytäs ulkopuolista apua ja sitten seuraavalla viikolla oli tällöinen retki, jossa hän viipy yli sovitun ajan ja oli, oli tuota niin selvästi mielenrauha järkkynyt kun tuli takasin, ettei ollut oikein asiat kunnossa.

Toisen hoitokokouksen keskeisiä puheenaiheita olivat Laurin unettomuus, koulunkäynti sekä avunhakemiseen johtaneet tapahtumat, jotka kaikki muodostuivat osaksi Laurin sairaskertomusta. Erityisesti keskusteltiin Laurin tekemistä ”reissuista” sekä vaikeuksista koulussa. Isä kertoi Laurin naapurimökille tekemästä retkestä seuraavasti:

ja ja.. (.) sitten tuota niin, torstai (.) päivänä sitten hän tuota niin, tai yöllä oli tehnyt sitten semmosen matkan siellä jossakin, oli vähän niinku ollu ilmeisesti ulkona tietämättä mitä hän tekee ja käynyt vahingon teossa siellä ja myöskin taisi siellä eräänlaista kuviteltua toimintaa, josta tuli tietenkin vahinkoja sille naapuriväen, tuota rantamökille...

Keskustelun loppupuolella pohdittiin sairaalahoidon jatkamista. Sairaalahoidoa jatkettiin Laurin omasta tahdosta.

Viidennessä hoitokokouksessa keskustelu lähtee liikkeelle Laurin tilanteesta tapahtuneesta muutoksesta. Perheen kertomuksen mukaan Lauri oli käyttäytynyt oudosti

asunnollaan. Perhe alkoi jälleen kertoa johdonmukaisesti, mitä kyseisenä iltana oli tapahtunut:

V: Joo, silloin oli tuota niin, silloin niin torstai-iltana soitettiin tuota, samoten Lauri tänne viikonloppuna soitteli ja oli ilmottanu kotia, että asiat ei ole kunnossa.

NT1: Lauri oli käyttäytyny jotenki..

V: Niin..

NT1: Sää sanoit, että..

V: [oudosti]

NT1: Sä sanoit, että saunassa ollu pitkään ja huutanu, niinkö

Ä: No, sitten tuota lähteny sieltä kävelemmään ja pitkin sitä () kello oli vähän jälkeen ky mmenen illalla. Mie en tiä mihin aikaan hän oli sieltä lähteny, mutta tuota Ville oli kans justiin tuntia aikasemmin lähteny niinkö ((kaupungin nimi))lle, ko aateltiin, että kaikki asiat on niinkö kunnossa. Me otettiin taksi ja lähtettiin isän kans sitte kattomaan, jos poika löytys. Otettiin yhteyttä tuohon poliisiinki.

Muita keskeisiä puheenaiheita viidennessä hoitokokouksessa olivat isän terveyden aiheuttama huoli, Laurin lääkitys, Laurista liikkuneet huhut sekä äidin kokemus omasta sairaudestaan. Pohdittiin myös sitä, miksi Laurin koulunkäynti on noussut keskusteluisa niin keskeiseen osaan.

Seitsemäs hoitokokous tapahtui Laurin hoitoprosessin loppuvaiheessa. Tässä hoitokokouksessa paikalla olivat vain Lauri sekä hänen vanhempansa. Hoitokokouksen keskustelun luonne oli enemmänkin jo tapahtunutta kertaava ja pohdiskeleva. Laurin tilanne näytti hyvältä ja hän oli jatkanut koulunkäyntiä. Uusia teemoja ei juurikaan nousnut esille keskustelussa. Vanhempien luottamuksen menettämisestä ja sen palauttamisesta keskusteltiin paljon. Ennen hoitokokousta Lauri oli kokeillut vanhempiensa luottamuksen rajoja ja jäänyt koulun jälkeen publiin ilmoittamatta kotiin:

P: Tulit torstaina kottiin myöhään ja sitten tinkasitte?

L: Niin.

P: Mmm. Yhy. Mistä te tinkasitte?

L: No, en mie oikein ossaa sanoa. (.) No, no, se oli, asiasta tietenki.

P: Että mihin aikaan pittää tulla, niinkö?

L: Mmm, että ainaki ilmottaa, koska tulee.

P: Aha. Se säikäytti sua pikkusen?

Ä: Kyllä se säikäytti, ku miehellä loppuu koulu kello kolmetoista ja mie lähdin kirjastoon kuueksi ja mulla oli tosiaan selekäki tosi kipeä ja minusta tuntu, että.. Isä sano, että jospa se on menny lentopallolla pelaamaan. Ja mie soitan sitten vähän vaille kaheksan kotia, niin, onko poika tullu ja isä sanoo, että ei ja

mie kysyn, että onko ilmottanu mitään. Isä sano, että ei ja sitte mie, että kyllä se on parempi alottaa soitelukierros. . .

Hoitokokouksessa päästiin yhteisymmärrykseen siitä, että Laurin tilanne oli selkeästi parempi, mutta tapaamisia päätettiin kuitenkin vielä jatkaa sekä Laurin ja psykologin välillä että perheen kanssa.

Huomasimme, että Laurin sairaskertomuksen kertomiseen osallistuivat kaikki perheenjäsenet, kun taas Janin sairaskertomus tuli esille vain isän puheenvuoroissa. Laurin perheenjäsenet ilmaisivat omissa puheenvuoroissaan tunteitaan ja kokemuksiaan tilanteesta selkeästi enemmän kuin Janin isä. Kummassakin tapauksessa hoitohenkilökunta osallistui sairaskertomusten luomiseen lähinnä tarkentavien kysymysten ja kertaavien puheenvuorojen avulla. Laurin sairaskertomus eteni hoitoprosessin myötä tapahtumien syiden pohdiskeluun sekä selityksenhakuun, kun taas Janin sairaskertomuksessa tapahtumien kuvailu säilyi keskeisenä kaikissa tarkastelemissamme hoitokokouksissa. Laurin tilanne oli muuttunut selkeästi parempaan suuntaan viimeisessä tarkastelemisemme hoitokokouksista, mutta Janin tilanne oli vielä kaottinen, ja Janin käytös oli muuttunut aikaisemmasta vetäytymisestä avoimen aggressiiviseksi.

3.2. Yleiskuva hoitokokouskeskustelusta: määrän ja teeman dominanssit

Määritimme määrän ja teeman dominanssit koko aineistosta saadaksemme kokonaiskuvan hoitokokouskeskustelujen kulusta ja rakenteesta. Janin hoitokokouksissa määrän dominanssi oli kokonaisuutena perheellä ja teeman dominanssi puolestaan hoitoryhmällä. Myöskin Laurin hoitokokouksissa määrän dominanssi oli kokonaisuutena perheellä ja teeman dominanssi hoitoryhmällä, joskaan teeman dominanssin kohdalla ero ei ollut kovin suuri perheeseen verrattuna. Analyysimme tulokset olivat samansuuntaisia aikaisempien tutkimusten tulosten kanssa (ks. esim. Majasaari & Tolvanen, 2001; Mattila & Rantakokko, 2003). Määrän ja teeman dominanssien analyysien tulokset eivät ole keskeisiä tutkimuskysymystemme kannalta, joten emme käsittele niitä tässä laajemmin.

3.3. Dialogisuuden analyysi

3.3.1. Vuorovaikutuksen dominanssien jakautuminen hoitokokouksissa

Tarkastelimme vuorovaikutuksen dominansseja vain niissä episodeissa, joista tutkimme keskustelun dialogisuutta. Alla on lyhyt yhteenveto vuorovaikutuksen dominanssien analyysin tuloksista. HavaitSIMME, että vuorovaikutuksen dominanssi voi episodeissa jakautua usean henkilön kesken. Taulukoissa ne episodit, joissa vuorovaikutuksen dominanssi on jaettu kahden tai useamman henkilön kesken, on merkitty kunkin henkilön kohdalle erikseen. Vuorovaikutuksen dominanssien määräytymisen vaikutusta keskustelun rakenteeseen tarkastelemme lähemmin esitellessämme tuloksia dialogisuuden toteutumisesta valitsemissamme episodeissa.

Janin hoitokokoukset

TAULUKKO 1. Vuorovaikutuksen dominanssien määräytyminen episodeittain Janin hoitokokouksissa

	2. hk	5. hk	11. hk
Isä	5+1 jaettu	-	8+1 jaettu
Jani	-	-	4
Äiti	2	-	-
Miesterapeutti	-	1	1 jaettu
Naisterapeutti1	3+3 jaettua	4+1 jaettu	6+3 jaettua
Naisterapeutti2	1+3 jaettua	1 jaettu	-
Sairaanhoitaja1	-	-	1+3 jaettua
Sairaanhoitaja2	-	-	2

Janin toisesta hoitokokouksesta tarkastelluissa episodeissa (15 episodina) vuorovaikutuksen dominanssi määräytyy isälle. Naisterapeutti 1:lle määräytyy toiseksi eniten vuo-

rovaikutuksen dominansseja. Kokonaisuutena vuorovaikutuksen dominanssi jakautuu tässä hoitokokouksessa suhteellisen tasaisesti perheen ja hoitoryhmän välille, vaikka perheenjäseniä on paikalla enemmän (5) kuin hoitoryhmän jäseniä (2).

Viidennestä hoitokokouksesta valitsemisamme episodeissa (6 episodina) vuorovaikutuksen dominanssi määräytyy naisterapeutti 1:lle. Perheenjäsenille ei määräydy vuorovaikutuksen dominanssia yhdessäkään episodissa. Perheen isä ei ollut tässä hoitokokouksessa paikalla. Kokonaisuutena vuorovaikutuksen dominanssi määräytyy selkeästi hoitoryhmälle eli työntekijät ohjaavat keskustelun kulkua tarkastelluissa episodeissa.

Yhdennentoista hoitokokouksen valituissa episodeissa (23 episodina) vuorovaikutuksen dominanssi jakautui isän ja naisterapeutti 1:n välille. Myös tämän hoitokokouksen valituissa episodeissa vuorovaikutuksen dominanssi on kokonaisuutena tarkasteltuna hoitoryhmällä.

ESIMERKKI 3. Episodi, jossa vuorovaikutuksen dominanssi määräytyy NT1:lle.

NT1: Että semmonen muutoshan siinä niinku mun silmiin on tapahtunu, kun mä mietin sitä, kun Jani ensimmäisen kerran sairaalaan tuli, niin me tehtiin se päätös siellä kotona.	+
MT: Joo.	-
NT1: ..ja tuota niin, niin, mehän oltiin huolissaan siitä, että Jani on niin eristäytynyt ja vetäytynyt ja omissa oloissaan, että, että se on aika suuri muutos, mikä nyt on sitten tapahtunu, että Jani on niinkun ulospäinsuuntautunu, liikkuva, puhuu enemmän, ottaa kantaa, sanoo mielipiteitä.	+
SH1: Sillon Jani tunsii olevansa turvassa ees jossakin paikassa, mutta nyt vaikuttaa, että Jani ei enää tunne olevansa turvassa missään. Siis täällä. Että varmaan aivan hirveä olo.	- +
J: Niin, kyllä mä mieluummin kuolen kotia, ku tänne.	- +
NT1: Mmm.	(-)
MT: Joo.	(-)

+ = aloite; - = vastaus; - + = vastaus ja aloite; (-) = lyhyt äännähdys/reagointi

Laurin hoitokokoukset

TAULUKKO 2. Vuorovaikutuksen dominanssien määräytyminen episodeittain Laurin hoitokokouksissa

	2. hk	5. hk	7. hk
Isä	1	1 jaettu	1 jaettu
Lauri	-	1+1 jaettu	-
Veli	-	4	-
Äiti	1 jaettu	3+1 jaettu	3+2 jaettua
Miesterapeutti	-	-	2+1 jaettu
Naisterapeutti1	4	5+2 jaettua	1
Naisterapeutti2	1	1	
Psykologi	5+1 jaettu	2+2 jaettua	1+2 jaettua

Laurin toisesta hoitokokouksesta valituissa episodeissa (yhteensä 13 episodtia) vuorovaikutuksen dominanssi määräytyi selkeästi hoitoryhmälle, erityisesti psykologi sekä naisterapeutti 1 dominoivat vuorovaikutusta keskustelussa.

Viidennestä hoitokokouksesta tarkastelluissa episodeissa (yhteensä 21) vuorovaikutuksen dominanssi jakautui tasaisemmin perheen ja hoitoryhmän välille, joskin naisterapeutti 1:llä oli jälleen eniten vuorovaikutuksen dominanssia.

Tarkasteltaessa seitsemännen hoitokokouksen valittuja episodeja (yhteensä 11) äidillä oli osanottajista eniten episodeja, joissa hänellä oli vuorovaikutuksen dominanssi. Hoitoryhmällä oli kuitenkin kokonaisuutena tarkasteltuna vuorovaikutuksen dominanssi tässä hoitokokouksessa.

ESIMERKKI 4. Episodi, jossa vuorovaikutuksen dominanssi määräytyy äidille.

Ä: Kun se jätti ilmoittamatta. Mie oon koittanu sitäkin painottaa, että kun se puhelinkin on keksitty ja sulla oli rahhaaki sen verran,

että ois pystynyt niinkö soittamaan,	
että niinkö, että tämmösistä pienistäkin..	+
P: Sää huolestuit siitä niin paljon, että sää aattelit,	
että se Laurin, Lauri ei voisi sitten lähteä kouluun.	- +
Ä: No, kyllä mie niinkö, tietenkin sitä on sitten tavallansa	
tietenki niinkö huolta täynnä ja sitten tuota jollakin lailla niinkö suutahti.	
Että, että ku jollakin lailla tuntusitten, että siinä, saatan olla tietysti väärässäkin,	
mutta minusta tuntuu, että siinä on niinkö (.) oliko se sitten,	
minusta tuntuu, että semmosta pientä kiusantekoa meitä kohtaan.	
Että kokkeillaan, että kuinka paljon nuo nyt kestää.	- +
P: Mmm	(-)
Ä: Että minulle tuli semmonen tunne,	
että () sanoin niinkö suomeksi, aika lujasti.	0
MT: Missäs (se/ hän) oli sitten?	+
Ä: No, hän oli vaan jäänyt tänne kylille ja,	
ja tuota en mie tiä sitten koska ois tullu kotia,	
jos mie en ois silloin sitten soittanu sinne (pubiin).	
Hän tuli sitten puoli kymmeneltä kotia sitten,	
niin meillehän on kuuskymmentä kilometriä matkaa	- +

+ = aloite; - = vastaus; - + = aloite ja vastaus; 0 = aloite, johon ei reagoida; (-) = lyhyt äännähdyks/reagointi

3.3.2. Dialogisuuden toteutuminen

Tarkastelimme dialogisuuden toteutumista valitsemistamme episodeista. Janin hoitokouksista valitsimme yhteensä 44 episodina ja Laurin hoitokouksista yhteensä 45 episodina. Keskustelun dialogisuutta tarkastellessamme huomasimme, että useimmissa episodeissa dialogisuus ei toteutunut kaikissa episodin puheenvuoroissa, vaan keskustelu saattoi olla dialogista esimerkiksi episodin alussa, mutta episodin lopussa dialogisuus ei enää toteutunut. Joissakin tapauksissa keskustelu puolestaan muuttui prosessinomaisesti dialogisemmaksi episodin puheenvuorojen edetessä, jolloin episodin alussa keskustelu ei ollut vielä dialogista. Tästä johtuen jouduimme pohtimaan, millä perusteilla määritämme, toteutuuko dialogisuus kussakin episodissa. Päätimme määritellä episodin keskustelun dialogiseksi, jos keskustelijat kytkeytyvät suurimmassa osassa episodin pu-

heenvuoroja toisiinsa, jolloin keskustelu on enimmäkseen vastavuoroista (paljon - + , - merkintöjä) ja irrallisia puheenvuoroja on vain vähän. Lisäksi episodissa tuli olla yhteinen teema, jota keskustelijat vuorollaan jatkoivat.

Janin hoitokokoukset

Janin toisen hoitokokouksen 15 episodista 4 episodissa keskustelu oli dialogista. Viidennessä hoitokokouksessa 6 episodista 3 episodissa keskustelu oli dialogista. Janin yhdennessätoista hoitokokouksessa 22 episodista 10 episodissa keskustelu oli dialogista.

ESIMERKKI 5. Episodi, jossa keskustelu on dialogista episodin alussa, mutta lopussa Janin aloittama teema sivuutetaan.

- I: Mun mielipide siitä kaveriporukasta,
 mikä Janilla on ollu viimeset vuoden pari mä oon sanonukkin
 Janille monta kertaa, että siitä kaveriporukasta pitäis päästä eroon ja
 siellä ilmeisesti käytetään alkoholia ja tiiä (vaikka) jotakin muutakin
 käytettäs kaveriporukassa ja tuota. Se oli tosiaan semmonen kuukausi
 reilu sitten nin Jani muutti yhestä asunnosta toiseen asuntoon nin siinä on se
 kaveriporukka ollu justiin ko Jani tuli tänne ni kaveriporukka oli oottamassa
 sitä Jania, kymmenkunta pojankossia ja en tiiä mitä varten mutta tuota
 Ritvahan ne oli nähny siinä. Ritva oli sanonu että menkää () kuuseen, että
 tänne ei oo enää asiaa, koska se kaveriporukka tiettiin ja Jani taas ossaa ite
 sanoa, että onko siinä muuta ollu ko niitten kans riitaa,
 mutta kyllä Jani on, jos se on alkoholia joskus ottanu ja
 ottanu joskus vissiin aika paljonkin
 ni (aika) väkivaltanen luonne ollu siinä vaiheessa. +
 ((monta ihmistä puhuu päällekkäin, ei saa selvää))
 NT1: Et se on onks se niinku alkoholin vaikutusta sitte se tappelu? - +
 J: No on se nyt tietenkkin sillo, mutta oon niin paljo ryypänny kuitenkin,
 ottanu niin paljon viinaa, että harvemmin sitä kuitenkin on tullu
 tapeltua että jos j akkaa sitä jotaki tappelun suhetta siihen juomisee - +
 ni kyllä se on aika minimaalinen.
 I: Että se on esiintyny ainoastaan sillo kuitenkin,
 että sitä ei oo muuto esiintyny. -
 J: Hm. (-)

NT1: [Hm].	(-)
Ä: Tai emmä oo sitä kyllä monesti nähnykkää humalasa, et.	+
I: No en oo minäkää sit mut et on ollu tieossa (et sitä semmosta) kaveriporukassakin käytettiin.	- +
Ä: [Mut sit on ollu, hm].	-
I: Siinähan oli ongelmana jossakin vaiheessa se, että suuri ongelma, että Jani yksin asu ja se kaveriporukka kokoontu sinne ja (kaikennäköstä hommaa). Siellä saatto olla kymmenekin henkeä (siellä) siitä juuri meillä on ollu jo usiampia vuosia (huolta että pittää se kämppä) saaha pois.	+
NT1: Oliks () Jani sinun () siellä vai kuitenkin että sä niinkun?	- +
J: Sillo oli tota vielä niinkö mä joskus saato antaa jollekki kaverille avvaimet, että jos se käy siellä, jos mä oon jossakin muualla.	
Mutta nytten täälähän ne varastettiin multa.	- 0
NT1: Hmm.	(-)

+ = aloite; - = vastaus; - + = aloite ja vastaus; 0 = aloite, johon ei reagoida; (-) = lyhyt äännäh-
dys/reagointi; - 0 = vastaus ja aloite, johon ei reagoida

Yllä oleva esimerkki on poimittu Janin toisen hoitokokouksen alkupuolelta. Kes-
kustelu liittyy Janin kertomukseen siitä, miten hänen ystävänsä ovat pahoinpidelleet ja
vainonneet häntä. Episodin alussa isä tuo esille teeman Janin kaveriporukan aiheutta-
mista ongelmista ja Janin alkoholinkäytöstä. Hän pohtii Janin kertomuksia pahoinpite-
lyistä ja toteaa, että Jani saattaa muuttua väkivaltaiseksi otettuaan alkoholia.. Naistera-
peutti 1 kytkeytyy isän puheenvuoroon ja jatkaa keskustelua alkoholinkäytön ja tappe-
lun välisestä yhteydestä. Myös Jani liittyy keskusteluun esittämällä oman näkemyksensä
alkoholinkäytöstään. Isä hyväksyy Janin näkemyksen ja tuo esille myös sen, ettei Jani
muuten ole väkivaltainen. Äidin ja isän seuraavien puheenvuorojen (Ä: ”Tai emmä oo
sitä kyllä monesti nähnykkää humalasa, et.” ja I: ”No en oo minäkää...”) myötä van-
hemmille tuntuu syntyvän yhteinen käsitys siitä, että kumpikaan ei itse asiassa ole näh-
nyt Jania humalassa usein, mutta he molemmat tietävät, että Janin kaveriporukassa käy-
tetään alkoholia ja myös Jani käyttää alkoholia. Episodin lopussa isä laajentaa aiempaa
teemaa Janin kaveriporukasta ja tuo esille Janin asumiseen liittyneet vaikeudet. Naiste-
rapeutti 1 kytkeytyy isän puheenvuoroon ja jatkaa teemaa kysymällä aiheesta Janilta.
Jani vastaa naisterapeutin kysymykseen ja yrittää tehdä myös aloitteen uudesta teemasta

(avainten varastaminen). Janin aloite kuitenkin sivuutetaan ja seuraavassa episodissa puhetta jatketaan naisterapeutti 1:n aloittamasta uudesta teemasta.

Episodin alussa keskustelu on dialogista. Jokainen keskustelija tuo oman näkemysensä isän aloittamaan teemaan. Puheenvuorot liittyvät toisiinsa, vaikka ne kaikki eivät sisälläkään selkeää vastausta ja aloitetta (- +). Episodin lopussa ei kuitenkaan kytkeydytä Janin puheenvuoroon, jossa hän tekee aloitteen uudesta teemasta. Janin puhe sivuutettiin usein myös muissa episodeissa tämän hoitokokouksen aikana, mikäli muut keskustelijat eivät olleet varmoja hänen puheidensa todenperäisyydestä.

ESIMERKKI 6. Episodi, jossa keskustelu ei ole dialogista.

NT1: Nyt mulle tulee semmonen mieleen, että Martti on huolissaan, ettei Janilla ole töitä ja Jani on huolissaan että isällä ei oo töitä, että sama huoli mutta toinen toisistaan.	+
MT: Joo. Niin, mitäs siitä sitten?	- +
NT1: En mä tiedä täytyykö siitä muuta sanoa, kuin että näin on.	-
MT: Joo.	-
NT1: Todeta se ääneen, että	-
MT: Joo, joo, joo.	-
NT1: Ei kai siinä sen enempää.	-

+ = aloite; - = vastaus; - + = aloite ja vastaus; 0 = aloite, johon ei reagoida; (-) = lyhyt äännäh-dys/reagointi

Episodi on Janin viidennestä hoitokokouksesta, jossa Janin isä ei ollut paikalla. Ennen episodin alkua on keskusteltu Janin isän juomisesta, joka oli myös syy hänen poissaololleen hoitokokouksesta. Koko keskustelu keskittyi Janin isään liittyviin teemoihin, kuten isän aiheuttamaan huoleen, hänen mahdolliseen ulkopuoliseksi jäämisen kokemukseensa sekä isän Janiin kohdistamiin odotuksiin. Episodin alussa naisterapeutti 1 yrittää aloittaa reflektoinnin kertomalla ajatuksensa Janin ja isän huolesta toisiaan kohtaan. Miesterapeutti ei kuitenkaan kytkeydy naisterapeutin puheenvuoroon, vaan torjuu reflektointiyrityksen. Episodin loput puheenvuorot ovat kaikki vastauksia miesterapeutin kysymykseen ("Niin, mitäs siitä sitten?"). Keskustelu ei ole dialogista. Vastavuoroisuus puuttuu lähes täysin eikä naisterapeutin aloittama teema saa jatkoa seuraa-

vissa puheenvuoroissa. Keskustelu tyrehtyy hyvin nopeasti. Seuraavan episodin alussa miesterapeutti puolestaan aloittaa itse reflektoinnin uudesta teemasta, johon naisterapeutti 1 kytkeytyy omassa puheenvuorossaan. Reflektointia jatketaan miesterapeutin aloittamasta teemasta pitkään.

ESIMERKKI 7. Katkelma esimerkin 6 episodista seuraavan episodin alusta.

MT: Joo. Se, mää mietin sitä, että jos Martti olis tässä paikalla, niin puhuttaisko, kuinka paljon sit puhuttais Martista ja siitä huolesta, mitä perheellä on Martin suhteen.	+
NT1: Mää muistan, että niillä kerroilla, kun Martti on ollu mukana niin ollaan puhuttu, Martti on puhunu huolestaan suhteessa Janiin.	- +

+ = aloite; - = vastaus; - + = aloite ja vastaus; 0 = aloite, johon ei reagoida; (-) = lyhyt äännäh-dys/reagointi

Laurin hoitokokoukset

Laurin toisessa hoitokokouksessa 3 episodissa yhteensä 13 episodista keskustelu oli dialogista. Viidennessä hoitokokouksessa 21 episodista 10 episodissa keskustelu oli dialogista. Seitsemännessä hoitokokouksessa yhdessäkään 11 episodista keskustelu ei ollut dialogista.

ESIMERKKI 8. Episodi, jossa keskustelu on dialogista ja johtaa uuden ymmärryksen syntymiseen Laurin tilanteesta.

NT1: Onko sulle muodostunu itelles kuvaa mitä, mitä oikein on tapahtunu, että miksi kävi niin?	+
L: No, on kai mulle tietenki muodostunu jonkunlainen kuva, että miksi mie olen nyt täällä.	-
NT1: Kertoisitko vähän siitä?	+
L: No, en mie oikeestaan sitä niin kommentois mutta tuota.. (.)	

Se alko olla meillä se kotona se tilanne semmonen, että sitä,	
sitä piti saada jotaki aikaseksi Jonkun piti tehdä jottain.	- +
NT1: Minkälainen tilanne se oli?	- +
L: Mitenkä sen nyt sanoo, että kaikki kyttäili toisiansa (5).	
Että semmonen tapaus.	- +
P: Kyttäili toisiansa?	- +
L: Nii-in	-
P: Mihin liittyen?	+
L: No vaikka mihin. (15) Sitten minusta vain tuntu, että mie en siellä	
pysty oikeen rauhoittumaan ens sykyä varten, kotona olla.	- +
P: Aha.	(-)
NT1: Miksi sulla oli sitten tämmönen rauhaton olo?	+
L: (5) Mielen analyttinen kysymys.((ironinen, ivallinen äänensävy))	
En ossaa sanoa. Oli vaan semmosta yleistä rauhattomuutta.	-
NT1: Ooksie kauan huomannu, että sulla on ollu rauhaton olo kotona?	+
L: Ei se johu siitä, että mie olen kotona.	
Joskus vain on rauhaton olo.	-

+ = aloite; - = vastaus; - + = aloite ja vastaus; 0 = aloite, johon ei reagoida; (-) = lyhyt äännähdyks/reagointi

Yllä oleva esimerkkiepisode on Laurin toisen hoitokokouksen puolivälistä ja sitä on edeltänyt keskustelu Laurin rauhoittumisesta sairaalassaolon aikana. Naisterapeutti 1 aloittaa pohdinnan siitä, mitä Laurille on tapahtunut. Pienen suostuttelun jälkeen Lauri lähtee mukaan pohdintaan. Laurin toinen puheenvuoro ("No, en mie oikeestaan sitä niin kommentois mutta tuota...") on eräänlainen käännekohta, jonka jälkeen keskustelussa alkaa syntyä uutta ymmärrystä Laurin tilanteesta. Naisterapeutti 1 sekä psykologi kytkeytyvät Laurin puheenvuoroihin ja kyttäilystä tulee keskusteluun yhteinen sana. Psykologin aloitteesta Lauri kertoo tilanteesta kotona ja siitä, että hänellä on rauhaton olo. Myös tästä tulee keskusteluun uusi yhteinen sana. Keskustelua Laurin rauhattomuudesta jatketaan episodin lopussa. Seuraavassa episodissa jatketaan keskustelua kyttäilystä.

Keskustelu on haastattelunomaista, kun sekä naisterapeutti 1 että psykologi yrittävät saada Lauria mukaan keskusteluun. Kun Lauri lähtee pohtimaan tilannettaan, naisterapeutti 1 kytkeytyy Laurin puheenvuoroon ja jatkaa teemaa tarkentavalla kysymyksellä. Keskustelu on episodin alun jälkeen dialogista, keskustelijat kytkeytyvät toistensa

puheenvuoroihin ja jatkavat samaa teemaa. Työntekijät käyttävät puheessaan Laurin keskusteluun tuomia sanoja.

ESIMERKKI 9. Episodi, jossa keskustelu ei ole dialogista. Naisterapeutti 1 tuo voimakkaasti esille omaa näkemystään.

NT1: Mää haluaisin siitä vielä kysyä, että mää en usko sitä, että sä et muista siitä saunasta. Kuulitko sää jotakin ääniä, vaikka sää olit yksin, niin kuulitko sää jotakin ääniä, puhetta?	
Näitkö sä jotakin? Oliko sulla jotakin tunteuksia silloin?	+
L: Ahisti! ((turhautuneesti))	-
NT1: Ahisti? Ahistus on se, joka...	- +
L: Niin.	-
NT1: Ei oo mitään semmosia, että sää oisit kuullu, kuullut äänet, ääniä?	+
L: No, kyllähän niitä nyt on normaalissa, saatoin tietenki ääniäki kuulla ()	-
NT1: Semmosia, jotka ei kuulu niinku normaali...	+
L: Niin.	-
NT1: ...elämään?	+
L: Niin justiinsa.	-
NT1: Kuulit semmosia ääniä?	+
L: No, ehkä saatoin kuulla, sitten vissiin.	-
NT2: Käsikö ne äänet sun Lauri huutaa vai huusitko sie siksi, että ne menis pois vai että sulla se olo paranis?	+
L: No, en tiä, en ossaa sanna.	-
NT1: Onko se Lauri puhunu äänistä koskaan osastolla?	+
NT2: (En ainakaan muista.)	-
Ä: Laurihan on kyllä luku nämä Paasilinnan kirjat, että..	+
P: () jos mietti Mylläriä, niin, niin...	-
L: Joo, justiinsa. ((huvittuneesti))	-
NT2: Eikö se, P, se mylläri tuota purkanukki sitä tuskaansa sillä, että se huusi?	+
P: Joo.	-
NT2: Mmm, mmm.	(-)
P: Ahistusta.	-

+ = aloite; - = vastaus; - + = aloite ja vastaus; 0 = aloite, johon ei reagoida; (-) = lyhyt äännähdyks/reagointi

Episodi on Laurin viidennen hoitokokouksen alkupuolelta. Sitä on edeltänyt keskustelu Laurin oudosta käyttäytymisestä vuokra-asuntonsa saunassa ja hänen tekemästään reissusta, jolloin hän oli useita tunteja kadoksissa. Episodin alussa naisterapeutti 1 palaa edellisen episodin teemaan saunassa huutamisesta ja epäilee, että Lauri muistaa tapahtumat mutta ei vain halua kertoa niistä. Hän esittää oman ajatuksensa siitä, miksi Lauri huusi saunassa. Lauri on jo aiemmin liittänyt saunassa huutamisen tuntemaansa ahdistukseen ja nyt hän tuo sen uudestaan esille. Naisterapeutti ei täysin kytkeydy Laurin puheenvuoroon ja palaa omaan ajatukseensa äänistä. Hän jatkaa voimakkaasti keskusteluun tuomaansa teemaa ja Lauri myötäilee häntä. Naisterapeutit 1 ja 2 jatkavat keskustelua äänistä, vaikka Lauri ei siihen osallistu. Episodin lopussa äiti tekee aloitteen, jossa yrittää selittää Laurin käytöstä kirjan henkilön käytöksellä. Naisterapeutti 2 ja psykologi lähtevät mukaan keskusteluun, vaikka Lauri torjuu äidin ajatuksen.

Episodin alussa keskustelu ei ole dialogista sillä keskustelijat eivät kytkeydy toistensa puheenvuoroihin. Naisterapeutti 1 ei hyväksy Laurin keskusteluun tuomaa teemaa vaan jatkaa omaa teemaansa. Keskustelusta välittyy, että Lauri myötäilee häntä vain päästäkseen pois keskustelun keskipisteestä. Naisterapeutti tuo yksipuolisesti esille vain omaa näkemystään eikä kuuntele Lauria.

Keskustelun dialogisuudessa on eroja tapausten välillä. Janilla on kokonaisuutena enemmän episodeja, joissa keskustelu on dialogista, mutta Laurin hoitokokouksissa dialogiset episodit ovat kestoiltaan pidempiä ja keskustelua samasta teemasta jatketaan pidempään. Janin hoitokokousten dialogiset episodit ovat useammin sellaisia, missä hoitoryhmän jäsenet puhuvat keskenään, kun taas Laurin hoitokokouksissa sekä perhe että hoitoryhmä osallistuu tasapuolisesti keskusteluun.

3.4. Narratiiviset prosessityypit

Tutkimme valitsemistamme episodeista (Janilla 44 ja Laurilla 45 episodina) narratiivisia prosessityyppejä puheenvuoro kerrallaan. Tarkastelimme muuttuuko puheen prosessityyppi puhujan vaihtuessa. Agnuksen ja Hardtken (1994) mukaan narratiivinen prosessityyppi voi episodin sisällä vaihtua useita kertoja. Huomasimme saman asian tarkastel-

lessamme narratiivisia prosessityyppejä. Laitila ym. (2001) havaitsivat soveltaessaan narratiivisten prosessien koodausta perheterapiakeskustelujen analysointiin, että narratiivinen prosessityyppi voi ongelmallisissa vuorovaikutustilanteissa vaihdella puhujan mukaan. Myös me teimme saman havainnon narratiivisten prosessityyppien vaihtelusta. Huomasimme myös, että keskustelussa voi olla yksittäisiä eri prosessityypin puheenvuoroja, vaikka koko episodin narratiivinen prosessityyppi ei muutu.

Janin hoitokokoukset

Alla olevissa taulukoissa on esitetty puheen pääasiallisten narratiivisten prosessityypin jakautuminen (taulukko 3) sekä prosessityyppien muuttuminen episodien sisällä (taulukko 4) Janin hoitokokouksista tarkastelluissa episodeissa. Pääasiallisella narratiivisella prosessityypillä tarkoitamme sitä narratiivista prosessityyppiä, jota esiintyy eniten episodissa.

TAULUKKO 3. Valittujen episodien pääasiallisen narratiivisen prosessityypin jakautuminen Janin hoitokokouksissa

	2. hk	5. hk	11. hk
Eksternaalinen	12	2	8
Internaalinen	2	1	6
Refleksiivinen	1	3	7
Ei voi määrittää	-	-	2
Yhteensä	15	6	23

TAULUKKO 4. Puheen narratiivisten prosessityyppien muuttuminen Janin hoitokokouksista valituissa episodeissa

	2. hk	5. hk	11. hk
Muuttui	8 episodissa	3 episodissa	13 episodissa
Ei muuttunut	7 episodissa	3 episodissa	10 episodissa

Puheen narratiivinen prosessityyppi muuttui yleensä teeman vaihtuessa tai uuden henkilön liittyessä keskusteluun. Joissakin episodeissa prosessityyppi saattoi vaihtua useita kertoja. Emme havainneet säännönmukaisuutta tietyn henkilön keskusteluun liittymisen ja prosessityypin muuttumisen välillä. Saman henkilön puheen narratiivinen prosessityyppi saattoi vaihdella useita kertoja episodin sisällä ja saman henkilön puheenvuoro saattoi muuttaa puheen narratiivista prosessityyppiä eri tavoin eri tilanteissa.

ESIMERKKI 10. Katkelma episodista, jossa narratiivinen prosessityyppi muuttuu eksternaalisesta internaaliseksi huoli-teeman kautta.

J: Se on sama, että onko töisä vai ei, niin ryypää yhtä paljon.	E
Ä: ()	
NT1: Ootko sä Jani huolissas Martin ryypäämisestä, isän ryypäämisestä?	I
J: Oon.	I
NT1: Olet vai? Millon sinä olet alkanut huolestua?	I
J: Joskus täsä syksyllä vissiin, tai no onhan se ryypänny jo koko minun eliniän, jos se siitä kiinni on. Nyttähän se on ryypänny paljon enemmän...	I
(episodi jatkuu)	

E= eksternaalinen narratiivinen prosessityyppi, **I**= internaalinen narratiivinen prosessityyppi

ESIMERKKI 11. Katkelma episodista, jossa narratiivinen prosessityyppi muuttuu eksternaalisesta refleksiiviseksi uuden henkilön (SH1) liittyessä keskusteluun ja jatkuu refleksiivisenä myös seuraavassa episodissa.

NT1: Seuraavana aamuna oli tästä puhetta ja Jani sano, että täällä on sillai niinku kuiteski turvallisempaa kuin ylhäällä. Kun täällä on ovet lukossa.	E
NT2: Joo.	E
SH1: Mulla on ihan semmonen tunne, että tuota Janilla on kummiskin turvallinen olo täällä olla, niinkuin hänen ittensäkin mielestä eikä vaan meidän mielestä. Hän on kuiteskin niin paljon puhunu tämmösiä hirveen pelottavia asioita. Oisko sitten mahdollista,	

että Janilla ois turvallista puhua näistä pelottavista.. **R**
 NT1: Jani on ennekin ollu yhtä pelokas,
 mutta hänen ei oo ollu turvallista puhua niistä asioista.
 Et hän ois sen takia ollu niin hiljanen ja omissa oloissaan ja vetäytyvä. **R**
 SH1: Niin, ainakin nyt (). **R**
 NT1: [Niin, joo] **R**
 MT: Joo. **R**

----- (Episodi vaihtuu) -----

NT1: Mut tavallaanhan nyt on semmonen suuri muutos
 niinku semmosesta rauhallisesta vetäytymisestä
 tämmöseen vauhdikkaaseen ja aggressiiviseen suuntaan
 niin kyllä se saattaa tietekin pelottaa. **R**
 Sitä voi pitää niinku semmosena huonona suuntana...
 (episodi jatkuu)

E= eksternaalinen narratiivinen prosessityyppi, **R**= refleksiivinen narratiivinen prosessityyppi

Laurin hoitokokoukset

Alla olevissa taulukoissa on esitetty puheen pääasiallisten narratiivisten prosessityyppi-
 en jakautuminen (taulukko 5) sekä prosessityyppien muuttuminen episodien sisällä (tau-
 lukko 6) Laurin hoitokokouksista tarkastelluissa episodeissa

TAULUKKO 5. Valittujen episodien pääasiallisen narratiivisen prosessityypin jakau-
 tuminen Laurin hoitokokouksissa

	2. hk	5. hk	7. hk
Eksternaalinen	9	13	4
Internaalinen	3	5	4
Refleksiivinen	-	2	3
Ei voi määrittää	1	1	-
Yhteensä	13	21	11

TAULUKKO 6. Puheen narratiivisten prosessityyppien muuttuminen Laurin hoitokouksista valituissa episodeissa

	2. hk	5. hk	7. hk
Muuttui	7 episodissa	11 episodissa	7 episodissa
Ei muuttunut	6 episodissa	10 episodissa	4 episodissa

Kuten Janinkin hoitokokouksissa, puheen narratiivinen prosessityyppi muuttui yleensä teeman vaihtuessa tai uuden henkilön liittyessä keskusteluun. Myöskään Laurin hoitokokouskeskusteluissa emme havainneet säännönmukaisuutta tietyn henkilön keskusteluun liittymisen ja prosessityypin muuttumisen välillä. Saman henkilön puheen narratiivinen prosessityyppi saattoi vaihdella useita kertoja episodin sisällä, ja saman henkilön puheenvuoro saattoi muuttaa puheen narratiivista prosessityyppiä eri tavoin eri tilanteissa.

ESIMERKKI 12. Episodi, jossa puheen narratiivinen prosessityyppi vaihtuu useita kertoja ja myös kesken äidin yhtä puheenvuoroa.

P: Tuota...

Ä: Mie olen kyllä huomannut, että joka kerta, kun teillä on ollut tämä keskustelu, mie en tiää,

että minkä verran se rassaa, mutta kyllä se on sitten,

että sen jälkeen poika on levottomampi sitten. **I**

L: Kyllä mie itekkin (). **I**

P: Se voi olla niinkin. **I**

Ä: Mutta tuota, että, että siinä mielessä on hyvä,

ja minusta tuntuu ainakin ittestä, että tässä on jollakin lailla

niinkö vapautunut. En tiää siinä oli jollakin lailla lukossa,

kyllä se on ollu semmosta jännitystä, että koko kevätkausi,

että aina viikonloppuisin jännänny, että soittaako se,

että mie oon jääny autosta ja tullee se ajoissa. (.)

Että se on ollu kyllä semmosta jännitystä sen jälkeen

kun luottamus tuossa tammikuussa lokshti pois. **R**

P: No, mites tuota, huolettaako se teitä, jos Lauri on sen jälkeen,

kun se on mun kanssa keskustellu, niin se on levoton. **I**

Ä: Ei se. Minusta tuntuu, että siinä täytyy jonkinlainen vaikutus olla,

että se tuota, että pääsee niinkö sillä lailla purkautummaan.

Ettäku ei se, että kuitenkin mie tarkoitan sitä,

että jos jokainen mennee ihteensä,

niin ja ajattellee omalla kohallansa niin ei sitä kaikkia asioita halua,

ole kukhaan varmasti halunnu nuorena selittää vanhemmillensa selittää ja

minusta se ei ole aivan normaalia, jos kaikki puhuu ()

I

Että tuota, sen, että se mie olen sen henkilökohtasesti kokenu,

R

että en tiää sitten, että syyttääkö se minua kaikista,

vai miten se on. Jollakin lailla tuntuu,että se on, mie olen se kohe,

jota kohtaan eniten äksyillään.

L: Se on tuota, ehkä se on se, kuka sen sanaisen arkkunsa aukaisee

niin sillehän sitä vastataan.

R

P: Tuota, (.) se, mä kuvittelisin, että se äitiä ()

äitin kannalta vähän epäkiitollista, niin sitä (),

jollain tavalla on luonnollinenkin kohde,

mihin niinku näissä tilanteissa kohdistetaan tämä, tämä..

Jotenkin olisin kuvitellu, () että se siitä niinku asettuu uomiinsa,

että tämmösissä tilanteissa ()

R

E= eksternaalinen narratiivinen prosessityyppi, **I**= internaalinen narratiivinen prosessityyppi, **R**= refleksiivinen narratiivinen prosessityyppi

3.5. Keskustelun dialogisuus ja narratiiviset prosessityypit

Tutkimme, millaisia narratiivisia prosessityyppejä esiintyi niissä episodeissa, joiden keskustelun olimme määrittäneet dialogiseksi tai toisaalta niissä episodeissa, joissa keskustelu ei ollut mielestämme dialogista.

Janin hoitokokoukset

Taulukossa on esitetty, millä tavalla puheen pääasiallinen narratiivinen prosessityyppi on jakautunut dialogiseksi ja ei-dialogiseksi määritellyissä episodeissa Janin hoitokokouksissa. Tarkasteltuja episodeja oli yhteensä 44. Kahdessa episodissa (11. hk) puheen pääasiallista narratiivista prosessityyppeä ei voitu määrittää, sillä narratiivinen prosessi-

tyyppi vaihteli runsaasti. Kyseisistä episodeista toisen määrittelimme dialogiseksi ja toisen ei-dialogiseksi. Nämä episodit on jätetty pois taulukosta.

TAULUKKO 7. Puheen narratiivinen prosessityyppi dialogisissa ja ei-dialogisissa episodeissa Janin hoitokokouksissa

2. hk	Eksternaalinen	Internaalinen	Refleksiivinen
Dialoginen	3	-	1
Ei-dialoginen	9	2	-
5. hk	Eksternaalinen	Internaalinen	Refleksiivinen
Dialoginen	-	1	2
Ei-dialoginen	2	-	1
11. hk	Eksternaalinen	Internaalinen	Refleksiivinen
Dialoginen	3	2	4
Ei-dialoginen	3	5	3

Tarkasteltaessa Janin hoitokokouksista valittuja episodeja kokonaisuutena osoitettiin, että puheen narratiivinen prosessityyppi oli useammin internaalinen tai refleksiivinen (10 episodina) kuin eksternaalinen (6 episodina) keskustelun ollessa dialogista. Kun keskustelu ei ollut dialogista (yhteensä 26 episodina), puheen pääasiallinen narratiivinen prosessityyppi oli useimmiten eksternaalinen (15 episodina), mutta useissa tapauksissa myös internaalinen (6 episodina). Joissakin ei-dialogisissa episodeissa (4 episodina) puheen narratiivinen prosessityyppi oli pääosin refleksiivinen.

ESIMERKKI 13. Episodi, jossa Janin puhe sivuutetaan. Keskustelu ei ole dialogista ja puheen narratiivinen prosessityyppi on pääosin eksternaalinen.

I: No, sillohan se oli heinäkuussa se tilanne,
että hän kertoi, kertoi, nyt ei oo pitkään aikaan puhunu siitä,
mutta pahhaa tehdään sekä minulle
että hänelle että myöskin sukulaisille.

Hän oli siitä huolissaan. Piti vaihtaa asuntoa silloinkin ja avaimia ja lukkoja ja kaikkea, ettei sinne pääse kukkaan ja se oli silloin, nyt puoleen vuoteen Jani taas puhuu minun kuullen niistä samoista asioista.	+ R
J: Huomaaksää, että mää oon joku ennustaja?	- 0 E
MT: Olikse se sillon kesällä, niin olikse se yhtä lailla näin, näin tuota avointa ja tämmöstä uhkaavaa nämä tuota, Janin puheet?	- + E
J: Janin puheet, vittu tää oo mikkään saatana, mistä sää just täsä tuot tänne saatanan mielisairaalaan!	- 0 E
I: Puheet ()..	- E
J: Minä en halua sua!	
No, vittu mää meen jonku tykö sitten, saatana	0 I
I: ..avoimia, mutta se ei ollu aggressiivista, vaan se oli todella semmosta ihan kauhunomaista.	- + E
MT: Kauhunomaista.	- E
J: Niin, kun ne valitti saatana ja meillä piti aina (), mää ammu in akkoja ja sitten saatana tavallisia jätkiä ja ammuttiin kaikki muun kokoset jätkät () Tiiäkkö mikä nytten tulee? Nyt heitetään tappuut tälle illalle, että tappakaa toisianne ja ammuttiin () melkein kaikki pois. Niin se on, naurakaa vielä tuolle televisio ().	0 E
----- (Episodi vaihtuu) -----	
MT: Ooksää SH2 Janin omahoitaja?	+ E
SH2: Joo, mie oon.	- E

E= eksternaalinen narratiivinen prosessityyppi, I= internaalinen narratiivinen prosessityyppi, R= refleksiivinen narratiivinen prosessityyppi

+ = aloite; - = vastaus; - + = aloite ja vastaus; 0 = aloite, johon ei reagoida; (-) = lyhyt äännähdyks/reagointi; -, 0 = vastaus ja aloite, johon ei reagoida

Isä alkaa episodin alussa pohtia sitä, miten Janin sen hetkiset puheet ovat samankaltaisia kuin heinäkuussa, jolloin Janin tilanne oli huono. Puheenvuoron narratiivinen prosessityyppi on refleksiivinen. Jani tarttuu isän puheeseen lukkojen vaihtamisesta ja kommentoi sitä, mutta hänen puheenvuoronsa sivuutetaan täysin miesterapeutin jatkaessa keskustelua isän kanssa. Jo Janin puheenvuorossa puheen prosessityyppi on muuttunut eksternaaliseksi. Jani yrittää jälleen toisessa puheenvuorossaan kommentoida käytyä keskustelua varsin aggressiiviseen sävyyn, mutta isä jatkaa vuoropuhelua miesterapeutin

kanssa huomioimatta Jania. Keskustelun narratiivinen prosessityyppi säilyy eksternaalisena. Janin kolmas puheenvuoro on selkeästi suunnattu isälle ja liittyy siihen, ettei Jani haluaisi jäädä sairaalahoitoon vanhempiensa tahdon mukaisesti. Janin puheenvuorossa prosessityyppi vaihtuu internaaliseksi, mutta isä ei edelleenkään ota Janin puhetta huomioon vaan jatkaa keskeytynyttä lausettaan. Puheen narratiivinen prosessityyppi vaihtuu taas eksternaaliseksi. Janin viimeinen puheenvuoro on selkeästi psykoottista puhetta, joka sivuutetaan täysin ja seuraavan episodin alussa keskustelun tema muuttuu kokonaan. Puheen prosessityyppi on Janin viimeisessä puheenvuorossa on eksternaalinen. Huomasimme, että myös muissa Janin psykoottisiksi määrittelemisämme puheenvuoroissa puheen narratiivinen prosessityyppi oli eksternaalinen. Episodin keskustelu ei ole dialogista, vaikka isä ja miesterapeutti kytkeytyvätkin toisiinsa. Jani ei pääse mukaan keskusteluun missään vaiheessa, vaikka hän selkeästi ilmaisee tyytymättömyytensä keskustelun kulkuun (esimerkiksi ”Janin puheet, vittu tää oo mikkään saatana...”).

Laurin hoitokokoukset

Taulukossa on esitetty, millä tavalla puheen pääasiallinen narratiivinen prosessityyppi on jakautunut dialogiseksi ja ei-dialogiseksi määritellyissä episodeissa Laurin hoitokokouksissa. Tarkasteltuja episodeja oli yhteensä 45. Kuten Janinkin tapauksessa, kahdessa episodissa (2. hk ja 5. hk) puheen pääasiallista narratiivista prosessityyppiä ei voitu määrittää narratiivisen prosessityypin vaihtelun vuoksi. Kyseisistä episodeista toisen määrittelimme dialogiseksi ja toisen ei-dialogiseksi. Nämä episodit on jätetty pois taulukosta.

TAULUKKO 8. Puheen narratiivinen prosessityyppi dialogisissa ja ei-dialogisissa episodeissa Laurin hoitokokouksissa

2. hk	Eksternaalinen	Internaalinen	Refleksiivinen
Dialoginen	2	1	-

Ei-dialoginen	7	2	-
5. hk	Eksternaalinen	Internaalinen	Refleksiivinen
Dialoginen	5	2	2
Ei-dialoginen	8	3	-
7. hk	Eksternaalinen	Internaalinen	Refleksiivinen
Dialoginen	-	-	-
Ei-dialoginen	4	4	3

Keskustelun ollessa dialogista Laurin hoitokokouksista valitsemisamme episodeissa puheen narratiivinen prosessityyppi oli kokonaisuutena miltei yhtä usein eksternaalinen (6 episodtia) kuin internaalinen tai refleksiivinen (5 episodtia). Kun keskustelu ei ollut dialogista, valitsemiemme episodien puheen narratiivinen prosessityyppi oli useammin eksternaalinen (19 episodtia) kuin internaalinen tai refleksiivinen (12 episodtia).

ESIMERKKI 14. Kaksi episodtia, joiden aikana keskustelu muuttuu dialogiseksi prosessinomaisesti ja samalla myös puheen narratiivinen prosessityyppi muuttuu.

NT2: Kuinka väsyneitä te nytten ootta? + I

Ä: No, en mie tiä varsinaisesti siitä, tuota, kyllä sitten jollakin lailla taas sitten niinkö tuntu, että tuon torstain jälkeen, kun se saatiin niinkö lääkkeitä ottamaan, niin, en mie tiä, mie silloin purin vähän niinkö hammasta silloin torstai-iltana. Täyty ottaa tilanne semmosena ja yrittää saaha tästä niinkö (.) niinkö jollaki lailla tästä ulos, että tuota, sen mie tiiän, että mie oon purkanu siihen, mie oon hirveesti pessy pyykkiä ja lenkkareista lähtien pyykkikonneessa, tuota, toimin kyllä heti () - 0 I

NT2: Entäs isä? + I

I: Niin kuinka? - I

NT2: Kuinka väsyny sie olet? + I

I: En minä osaa, se tietenki jollakin lailla väsyttää, väsyttävää on, jatkuva varuillaan olo, en tiedä sitte, kyllä vähän () painihan siinä ittekin. - I

NT2: Mmm.	(-)
Ä: Sitten tuntuu illalla tuossa, että sen jälkeen kun saapi pojan rauhottummaan ja muuta, että silloin tuntuu, että on käynyt kyllä pitkää lenkkiä illalla, mutta aina sitä niinkö jännässä oottaa, että tullee se sitten kotiin.	+ I
NT2: Se ilta on yleensä?	- + I
Ä: Niin, niin, että tuntuu, että ei sitä, että sitä niinkö rauhottuu sitten, ku se on sisällä ja on omassa sängyssä. (.)	
Niin kyllä se semmonen pikkusen levoton on ollu. (.)	I
----- (Episodi vaihtuu) -----	
Sillä lailla ajattelee sitä, ettei niinkö vieraat ihmiset puhu, että mikähän se on ollu sitte se.. ja tuota Lauri on kyllä niinkö pienestä pitäen, ei ole yleensä särkenyt lelujansa eikä mitään sillä lailla hajottanu eikä toistenkaan. Se alkujuttu siellä, niin se on, on ollu niin outo tilanne, että sitä ei niinkö oikein oo (hyväksynyt). (.)	
Se, että se on (.) se, että se ei niinkö voi mahtua päähän.	- + R
P: Siihen ei oo tullu mitään sen kummempaa selkoa, että mistä..?	- + R
Ä: No ei, ei se ole meille siitä puhunu mitään () koska nytten tuntuu, että sillä on jonkunlainen semmonen lukko, että joka, en käsitä millä lailla se pitäis saaha aukeemaan.	- + R
P: Ahaa.	-
Ä: Että kuitenkin siellä on..	+ R
NT1: Ei oo löytänyt mitään selitystä sille, että..	- + R
Ä: Niin ei.	- R
NT1: Minä vaan tässä aloin miettimään, mitä Lauri sano torstai-illasta. Että jos ne asiat on niin, että hän ei itekkään, on niin sekava olo itelläki, että ei kerta kaikkiaan voi mitenkään kuvailla eikä (.) ymmärrä sitä tilannetta.	+ R
P: Siltä se kuulostaa.	- R
NT1: Ei siitä voi oikein selittää eikä puhua, että mitä on tapahtunu, eikä oikein ymmärrä.	+ R
P: Mmm.	(-)
(Episodi jatkuu)	

E= eksternaalinen narratiivinen prosessityyppi, **I**= internaalinen narratiivinen prosessityyppi, **R**= refleksiivinen narratiivinen prosessityyppi

+ = aloite; - = vastaus; - + = aloite ja vastaus; 0 = aloite, johon ei reagoida; (-) = lyhyt äännähdyks/reagointi; -, 0 = vastaus ja aloite, johon ei reagoida

Episodin alussa naisterapeutti tuo keskusteluun väsymys- teeman, jota äiti ja isä jatkavat kertomalla omasta väsymyksestään. Puhe etenee naisterapeutin johdolla haastattelunomaisesti eikä keskustelu ole dialogista. Puheen narratiivinen prosessityyppi on internaalinen. Äiti tuo keskustelun teemaan uuden näkökulman liitämällä oman väsymyksensä Laurin kotiintulon jännittämiseen. Äidin puheenvuoron keskellä narratiivinen prosessityyppi vaihtuu internaalisesta refleksiiviseksi, kun äiti alkaa pohtia Laurin lapsuutta ja hänen viimeaikaista outoa käytöstään. Työntekijät kytkeytyvät äidin puheeseen ja he alkavat kaikki yhdessä pohtia, miten Laurin tilannetta voisi selittää. Naisterapeutti 1 tuo keskusteluun Laurin ääntä ja liittää Laurin näkemyksen keskusteluun (”Minä vaan tässä aloin miettimään, mitä Lauri sano torstai-illasta...”). Keskustelu on dialogista.

4. POHDINTA

Tutkimuksemme tarkoituksena oli tarkastella keskustelun dialogisuutta avoimen dialogin mallin mukaisissa hoitokokouksissa. Tutkimme, miten dialogisuus rakentuu tarkastelemissamme hoitokokouksissa. Tutkimusprosessin myötä syntyi myös löydös varsin naisten tutkimuskysymysten ulkopuolelta sairaskertomus-narratiivien muodossa. Aineistona oli kahden nuoren miehen, Janin ja Laurin, hoitoprosessien hoitokokoukseskusteluja. Laurin tapausta voidaan ajatella esimerkkinä onnistuneesta hoitoprosessista, kun taas Janin tapausta voidaan ajatella esimerkkinä ongelmallisesta hoitoprosessista.

Janin hoitoprosessin ongelmallisuus tuli hoitokokouskeskusteluissa esille monella tavalla. Isän alkoholiongelmat ja poissaolo sekä kotoa että tapaamisista toivat oman sävynsä keskusteluihin. Isän poissa ollessa puhuttiin selkeästi eri teemoista kuin silloin, kun hän oli paikalla. Janin vanhempien keskinäiset ongelmat tulivat myös ilmi keskusteluissa. Janin tilanteeseen vaikuttivat myös ongelmat asumisjärjestelyissä. Janin isän oli hyvin vaikeaa sietää poikansa asumista kotona ja lopulta tilanne kärjistyi niin, että Jani ja isä vuorotellen asuivat jossain muualla. Janin perhe ei kyennyt toimimaan yhdessä Janin tukena. Tämä saattoi johtua perheen sisäisistä ongelmista ja vaikuttaa osaltaan hoitoprosessin kulkuun.

Laurin hoitoprosessia ajatellessa keskeisenä nousi esille perheen yhteinen huoli Laurin tilanteesta. Toisin kuin Janin tapauksessa, Laurin perhe säilyi yhtenäisenä hoitoprosessin ajan. Hoitokokouskeskusteluissa tuli esille perheen tapa keskustella toistensa kanssa kaikenlaisista asioista. Janin perheen kommunikointi tuntui keskustelujen perusteella puolestaan perustuvan enemmän ruumiinkielen ja eleiden lukemiseen. Laurin kotona asumisesta ei muodostunut samanlaista ongelmaa kuin Janin tapauksessa. Laurin vanhemmat olivat pikemminkin huolissaan Laurin pyrkimyksistä asua yksin pian akuutimman kriisivaiheen mentyä. Mielestämme Janin ja Laurin hoitoprosessien selkein ero oli perheen kyvyssä kohdata ja käsitellä vaikeaa tilannetta.

Aineiston alustavaa analyysia tehdessämme kiinnitimme huomiota siihen, miten selkeästi ja johdonmukaisesti kummassakin tapauksessa perheenjäsenet toivat esille Laurin ja Janin sairastumista edeltäviä ja siihen liittyviä tapahtumia. Aloimme nimittää näitä keskustelunkohtia sairaskertomukseksi. Keskustelu palasi spontaanisti uudelleen näihin teemoihin ja samasta tapahtumasta kerrottiin useita kertoja. Perheenjäsenen sairastumiseen liittyvistä asioista kertominen oli tärkeää muulle perheelle näissä hoitoprosesseissa.

Löydettyämme aineistosta edellä mainitut kertomukset haimme tukea havainnoilemme kirjallisuudesta. Barker, Lavender ja Morant (2001) ovat tutkineet asiakkaiden ja perheenjäsenten tuottamia narratiiveja, joiden avulla he selittävät skitsofreniaan sairastumiseen liittyvää prosessia. Nämä narratiivit tuottivat mallin skitsofrenian kokemisesta ajan myötä. Mallissa on neljä vaihetta, joista asiakkaat ja heidän perheenjäsenensä tuottivat narratiiveja. Vaiheet olivat: tapahtumat ennen ensimmäistä psykoottista episodina, ensimmäinen psykoottinen episodi, ensimmäiseen sairaalaan tuloon liittyvät tapahtumat sekä nykyinen kokemus sairaudesta.

Tutkimuksessamme olemme tehneet osittain samankaltaisia havaintoja sairaskertomusten rakentumisesta. Sairaskertomuksista oli löydettävissä samoja ajallisia vaiheita kuin Barkerin, Lavenderin ja Morantin (2001) mallissa. Molemmat perheet kuvasivat ensimmäisissä hoitokokouksissa elämää ennen perheenjäsenen sairastumista. Samoin kuin Barker ym. tutkimuksessaan havaitsivat, perheiden kertomukset käsittelivät myös ensimmäistä psykoottista episodtia ja siihen liittynyttä hämmennystä ja pelkoa sekä selityksenhakua. Erityisesti Laurin tapauksessa perheenjäsenet liittivät sairastumisen nuoruuden itsenäistymiskriisiin. Barker ym. olivat tehneet vastaavan löydön ensimmäistä psykoottista episodtia edeltäviin tapahtumiin liittyvistä narratiiveista. Myös niissä perheenjäsenet liittivät usein sairastumisen nuoruuden murrosvaiheeseen. Janin tapauksessa isä kuvaili enemmänkin konkreettisia tapahtumia ennen sairastumista, eikä niinkään hakenut selitystä tapahtumille.

Janin ja Laurin tilanteessa tapahtuneet muutokset vaikuttivat sairaskertomuksiin. Sekä Janin että Laurin hoitoprosessiin liittyi ajanjakso sairaalassa. Kuten Barkerin, Lavenderin ja Morantin (2001) tutkimuksessa, perheenjäsenet kokivat sairaalaan tulon järkyttävänä, mutta tilanteen kannalta tarpeellisenä tapahtumana. Erona oli perheenjäsenen kokemus hoitohenkilökunnan suhtautumisesta kriisiin. Barker ym. raportoivat esimerkiksi kokemuksia, joissa diagnoosi oli tehty liian nopeasti ja perhettä ei oltu kuultu riittävästi päätöksenteossa. Omassa tutkimuksessamme emme tehneet vastaavia havaintoja. Tämä saattaa johtua avoimen dialogin hoitomallin käytännöistä, joissa potilas ja perhe pyritään ottamaan tasavertaisina mukaan hoitoprosessiin tai siitä, että mahdollinen tyytymättömyys ei tullut valituissa hoitokokouskeskusteluissa esille.

Barkerin, Lavenderin & Morantin (2001) mallin viimeistä vaihetta, tämänhetkisen kokemuksen kuvaamista, emme löytäneet sairaskertomuksista. Barker ym. toteuttivat tutkimuksensa haastatteleamalla kuntoutuspotilaita, jotka muistelivat tapahtumia retrospektiivisesti. Meidän aineistoomme valitsemisessamme hoitokokouksissa hoitoprosessi oli vielä kesken, joten tapahtumien tarkasteleminen retrospektiivisesti ei ollut vielä ajankohtaista eikä ehkä mahdollistakaan. Tosin Laurin myöhemmissä hoitokokouksissa oli havaittavissa tapahtumien kertaamista ja pohdintaa. Barkerin ym. tutkimuksessaan esittelemät tämänhetkistä kokemusta kuvaavat narratiivit sisälsivät pohdintaa siitä, miten kokemus omasta sairaudesta oli muuttunut ajan myötä. Tällainen pohdinta vaatii, että tapahtumista on kulunut jo riittävästi aikaa. Tämä voi olla syynä siihen, ettei Barkerin ym. mallin mukaista tämän hetkisen kokemuksen kuvausta ollut havaittavissa Janin ja Laurin sairaskertomuksissa.

Barker, Lavender ja Morant (2001) käyttivät tiedonkeruumenetelmänään puoli-strukturoitua haastattelua. Me puolestaan löysimme sairaskertomukset strukturoimattomasta keskustelusta ilman ennakko-oletusta niiden olemassaolosta. Koska tutkimusmenetelmämme sekä aineistomme poikkeavat selkeästi Barkerin ym. vastaavista, tuloksia ei voi suoraan verrata keskenään. Barker ym. esittivät artikkelissaan ajatuksen jatkotutkimuksesta, jossa samankaltaisia narratiiveja haettaisiin asiakkailta, jotka tulevat hoitoon ensi kertaa. Näin saataisiin narratiiveja, jotka eivät olisi niin retrospektiivisiä.

Janin ja Laurin sairaskertomuksissa oli havaittavissa eroja. Laurin sairaskertomuksen kertomiseen osallistuivat kaikki perheenjäsenet, kun taas Janin sairaskertomus tuli esille vain isän puheenvuoroissa. Laurin perheenjäsenet ilmaisivat omissa puheenvuoroissaan tunteitaan ja kokemuksiaan tilanteesta selkeästi enemmän kuin Janin isä. Yksi merkittävä ero oli se, miten Laurin sairaskertomus eteni tapahtumia kuvaavasta enemmän tapahtumien syytä pohtivaan suuntaan. Samanlaista kehitystä ei ollut havaittavissa Janin sairaskertomuksessa. Laurin perhe vaikutti miettineen tapahtumien kulkua paljon jo ennen hoitoon hakeutumista ja he käyttivät ylipäättään enemmän tunneilmaisuja kuin Janin perhe. Stern, Doolan, Staples, Szmulker & Eisler (1999) ovat tutkineet vakavista mielenterveyshäiriöistä kärsivien henkilöiden perheenjäsenten kokemuksistaan tuottamia narratiiveja. Tutkimuksen tärkein tulos liittyi narratiivien rakenteeseen. He löysivät kahdenlaisia narratiiveja: korjaavia (narratives of restitution and reparation) sekä kaoottisia, ”jähmettyneitä” narratiiveja (chaotic and frozen narratives). Korjaavissa narratiiveissa perheenjäsenet tarkastelivat sairauden vaikutuksia ja tätä kautta muuttivat sairauden merkitykselliseksi osaksi elämää. Laurin sairaskertomuksessa voidaan nähdä samankaltaisia piirteitä. Sternin ym. tutkimuksen ”jähmettyneissä” narratiiveissa perheenjäsenet eivät pystyneet jäsentämään tapahtumien merkitystä vaan narratiivi toisti irrallisia tapahtumia. Janin sairaskertomus muistuttaa tällaista ”jähmettynyttä” narratiivia.

Laurin tilanne kohentui nopeammin kuin Janin, mikä saattoi vaikuttaa sairaskertomusten erilaiseen rakentumiseen. Jani oli selkeästi psykoottinen erityisesti viimeisessä tarkastelemistamme hoitokokouksista. Perheen suuri hätä Janista saattoi olla yksi syy siihen, miksei Janin tilannetta pystytty vielä tarkastelemaan ikään kuin kauempaa ja selitystä hakien. Laurin kohdalla pahin kriisivaihe tapahtui ennen hoitoprosessin alkua ja osin hoitokokousten välisenä aikana, itse hoitokokouksissa Lauri ei käyttäytynyt psykoottisesti. Janilla ja hänen perheellään ei näyttänyt olevan samanlaista tapaa keskustella yhdessä perheen asioista kuin Laurilla ja hänen perheellään. Seikkula, Alakare ja Aaltonen (2001b) ovat todenneet tutkimuksessaan, että jos perheellä on vaikeuksia rakentaa

kielellistä kuvausta elämästään, on hoidon järjestäminen avoimen dialogin mallin mukaisesti vaikeaa. Tämä saattaa osaltaan heijastua myös löytämissämme sairaskertomuksissa ja selittää niiden välisiä eroja.

Sairaskertomusten tarkastelun jälkeen palasimme hakemaan vastauksia varsinaisiin tutkimuskysymyksiimme. Ensin tarkastelimme, miten eri henkilöt vaikuttavat dialogin rakentumiseen. Määrän ja teeman dominanssien avulla pyrimme saamaan kokonaiskuvan valitsemiemme hoitokokousten keskustelusta. Tuloksemme määrän ja teeman dominanssien analyyseistä olivat samansuuntaisia aiempien, samaa aihetta käsittelevien tutkimusten tulosten kanssa (esim. Majasaari & Tolvanen, 2001; Mattila & Rantakokko, 2003; Seikkula, 2002b). Kyseisissä tutkimuksissa on todettu mm., että määrän dominanssi ei liity hyvään tai huonoon hoitotulokseen, ja että teeman dominanssi on useammin perheellä hyvän hoitotuloksen hoitoprosesseissa, kun taas huonon hoitotuloksen hoitoprosesseissa teeman dominanssi on selkeästi hoitoryhmällä.

Seuraavaksi tarkastelimme valituista episodeista keskustelun dialogisuutta. Määrittelimme keskustelun dialogisuuden kytkeytymisen ja vuorovaikutuksen dominanssin avulla. Keskustelu oli mielestämme dialogista, kun puheenvuorot ovat sekä vastauksia että aloitteita eli suuntautuvat sekä menneeseen että tulevaan ja keskustelija kytkeytyvät toisiinsa sekä jatkavat yhteistä teemaa. Tarkennetun vuorovaikutuksen dominanssin avulla puheenvuorojen suuntautumista sekä menneeseen että tulevaan oli helpompi tarkastella.

Määritimme vuorovaikutuksen dominanssin niistä episodeista, joissa tarkastelimme myös keskustelun dialogisuutta. Hoitohenkilökunta dominoi vuorovaikutusta nopeimpien tapausten tarkasteluissa episodeissa. Tästä ei kuitenkaan voi tehdä suoria johtopäätöksiä kaikkien hoitokokouskeskustelujen kulusta. Tuloksemme eroavat Seikkulan (2002b) tutkimuksen tuloksista. Hänen mukaansa hyvän hoitotuloksen ryhmässä perhe ja asiakas dominoivat keskustelun vuorovaikutusta 55 – 57 %:ssa episodeista, kun taas huonon hoitotuloksen ryhmässä vain 10 – 35 %:ssa episodeja vuorovaikutuksen dominanssi oli perheellä ja asiakkaalla. Janin ja Laurin tapauksissa tällaista eroa ei tullut esille. Myös tämän tuloksen yleistettävyyteen vaikuttaa se, ettei vuorovaikutuksen dominansseja tutkittu koko aineistosta.

Tarkastelimme dialogisuutta Janin hoitokokouksissa yhteensä 44 episodissa ja Laurin hoitokokouksissa 45 episodissa. Janin tapauksessa keskustelu oli dialogista yhteensä 29 episodissa ja Laurin tapauksessa 24 episodissa. Laurin tapauksessa seitsemän hoitokokouksen valituista episodeista yhdessäkään keskustelu ei ollut dialogista.

Tämä voi johtua kyseisen tapaamisen kertaavasta ja haastattelunomaisesta luonteesta. Hoitokokous oli myös kestoltaan tavanomaista lyhyempi eikä siitä valittuja episodeja ollut kuin 11. Seikkulan (2002b) tutkimuksen mukaan hyvän hoitotuloksen ryhmään määritellyissä tapauksissa dialogisen keskustelun esiintyminen oli huomattavasti säännömukaisempaa (60%-65%) kuin huonon hoitotuloksen ryhmässä, jossa vaihtelu oli suurta (10%-50%). Me emme saaneet vastaavia tuloksia, vaan kuten on havaittavissa, Janin hoitokokouskeskusteluista valituissa episodeissa keskustelu oli dialogisempaa useammin kuin Laurin valituissa episodeissa. Koska emme tehneet dialogisuuden analyysia koko aineiston episodeille, tulokset eivät sinällään ole vertailukelpoisia Seikkulan tulosten kanssa.

Vaikka Laurin tapauksen dialogisten episodien määrä oli pienempi kuin Janin tapauksessa, Laurin hoitokokouksissa dialogiset episodit ovat kestoltaan pidempiä ja keskustelua samasta temasta jatkettiin pidempään. Janin hoitokokousten dialogiset episodit ovat useammin sellaisia, missä hoitoryhmän jäsenet puhuvat keskenään, kun taas Laurin hoitokokouksissa keskustelun ollessa dialogista, siihen osallistuivat tasapuolisemmin kaikki läsnäolijat. Laurin tapauksessa dialogisissa episodeissa keskustelussa muodostui hoitohenkilökunnan ja perheen kesken enemmän yhteisiä sanoja kuin Janin tapauksessa. Laurin hoitokokouksessa dialogisissa episodeissa syntyi myös selkeämmin uutta ymmärrystä Laurin tilanteesta.

Puheen narratiivisten prosessityyppien avulla pyrimme tarkemmin selvittämään eri henkilöiden vaikutusta keskustelun rakentumiseen. Laitilan, Aaltosen, Wahlströmin & Anguksen (2001) tekemien löydösten pohjalta meitä kiinnosti, muuttuvatko narratiiviset prosessityypit tietyn henkilön vaikutuksesta. Laitila ym. (2001) havaitsivat soveltaessaan narratiivisten prosessien koodausta perheterapiakeskustelujen analysointiin, että narratiivinen prosessityyppi voi ongelmallisissa vuorovaikutustilanteissa vaihdella puhujan mukaan. Me teimme saman havainnon narratiivisten prosessityyppien vaihtelusta, mutta huomasimme myös, ettei puheen prosessityypin vaihtelu liittynyt pelkästään ongelmallisiin vuorovaikutustilanteisiin. Narratiivisen prosessityypin vaihtuminen liittyi useissa episodeissa keskustelun prosessinomaisuuteen. Alussa keskustelijat saattoivat puhua samasta temasta eri näkökulmista, jolloin heidän puheensa narratiiviset prosessityypit erosivat toisistaan. Jos keskustelijat alkoivat keskustelun edetessä saavuttaa yhteistä ymmärrystä temasta, he alkoivat käyttää samaa narratiivista prosessityyppiä puheessaan.

Teimme havainnon, että keskustelussa voi olla yksittäisiä eri prosessityypin puheenvuoroja, jotka eivät muuta koko episodin narratiivista prosessityyppiä. Usein nämä yksittäiset eri prosessityypin puheenvuorot olivat yrityksiä muuttaa keskustelun teemaa. Keskustelun teeman ulkopuoliset, usein esimerkiksi käytännön järjestelyihin liittyvät kommentit aiheuttivat myös puheen narratiivisen prosessityypin hetkellisen vaihtumisen joissakin episodeissa.

Prosessityyppi muuttui yleensä teeman vaihtuessa tai uuden henkilön liittyessä keskusteluun. Emme kuitenkaan havainneet mitään säännönmukaisuutta tietyn henkilön keskusteluun liittymisen ja puheen narratiivisen prosessityypin muuttumisen välillä. Koska tarkastelimme narratiivisia prosessityyppejä vain tietyistä episodeista, emme voi yleistää tätä havaintoa koskemaan koko aineistoa. Olisi mielenkiintoista tarkastella narratiivisen prosessityypin vaihtelua koko aineistosta ja tutkia, vaikuttaako jokin tietty teema keskustelun narratiivisen prosessityypin muuttumiseen.

Lopuksi tutkimme, millaisia narratiivisia prosessityyppejä esiintyi niissä episodeissa, joiden keskustelun olimme määrittäneet dialogiseksi tai toisaalta niissä episodeissa, joissa keskustelu ei ollut mielestämme dialogista. Tarkasteltaessa Janin hoitokokouksista valittuja episodeja kokonaisuutena osoittautui, että puheen narratiivinen prosessityyppi oli useammin internaalinen tai refleksiivinen kuin eksternaalinen keskustelun ollessa dialogista. Kun keskustelu ei ollut dialogista, puheen pääasiallinen narratiivinen prosessityyppi oli useimmiten eksternaalinen, mutta useissa tapauksissa myös internaalinen. Joissakin episodeissa puheen narratiivinen prosessityyppi oli pääosin refleksiivinen, vaikka keskustelu ei ollut dialogista. Tarkastellessamme näitä episodeja lähemmin, huomasimme, että episodien keskustelu oli joko yhden henkilön monologista reflektointia, jota muut myötäilivät tai reflektoinnissa sivuutettiin jonkun henkilön puheenvuorot.

Laurin hoitokokouksista valitsemisamme episodeissa puheen narratiivinen prosessityyppi oli kokonaisuutena miltei yhtä usein eksternaalinen kuin internaalinen tai refleksiivinen, kun keskustelu oli dialogista. Kun keskustelu ei ollut dialogista, valitsemiemme episodien puheen narratiivinen prosessityyppi oli useammin eksternaalinen kuin internaalinen tai refleksiivinen. Havaitimme, että refleksiivisissä episodeissa, joissa keskustelu ei ollut dialogista, oli samankaltaisia piirteitä kuin Janin tapauksen vastavissa episodeissa.

Molemmissa tapauksissa oli useita dialogiseksi määriteltyjä episodeja, joissa keskustelun narratiivinen prosessityyppi oli eksternaalinen. Havaitimme, että meillä mo-

lemmillä oli ollut ennako-oletus siitä, että keskustelun ollessa dialogista, puheen narratiivinen prosessityyppi olisi joko internaalinen tai refleksiivinen. Analyysimme tulokset osoittivat ennako-oletuksemme vääräksi, vaikkakin kokonaisuutena dialogiset episodit olivat useammin internaalisia tai refleksiivisiä kuin eksternaalisia. Pohdimme, voiko dialogisessa keskustelussa syntyä uutta yhteistä ymmärrystä, jos puheen narratiivinen prosessityyppi on eksternaalinen. Tulimme siihen tulokseen, että myös konkreettisista arkipäivän asioista tarvitaan uutta ymmärrystä, ja se voi viedä keskustelua joissakin tilanteissa paremmin eteenpäin kuin tunteiden ja merkitysten pohdinta.

Toinen päätutkimuskysymyksistämme oli, soveltuuko käyttämämme analyysimenetelmä dialogisuuden tutkimiseen hoitokokouskeskusteluissa. Tässä tutkimuksessa käytetty analyysimenetelmä kehittyi ja muuttui tutkimusprosessin edetessä. Laadulliselle tutkimukselle ominaiseen tapaan tutkimusprosessiamme voidaan kuvata hermeneuttisena kehänä (esim. McLeod, 2001), jossa tutkimuksen eri vaiheet lomittuvat toisiinsa. Aineisto ohjasi meitä osittain valitessamme analyysimenetelmiämme. Esimerkiksi puheen narratiivisten prosessityyppien koodauksen liitimme osaksi tutkimusmenetelmäämme, kun aineiston alustavan analyysin myötä heräsi ajatus tiettyjen henkilöiden vaikutuksesta keskustelussa käytettyyn puhetapaan. Tutkimusmenetelmämme avulla saimme vastaukset tutkimuskysymyksiimme, vaikka emme sen avulla tavoittaneetkaan keskustelun dialogisuuden kaikkia puolia.

Keskustelun dialogisuus on ilmiönä hyvin moniulotteinen. Kehittäessämme analyysimenetelmäämme pohdimme, miten dialogisuuden analyysin liittyvien käsitteiden konkretisoiminen yksinkertaistaa tätä dynaamista ilmiötä. Menetetäänkö ilmiön kuvauksesta jotakin olennaista, kun sitä yritetään muuttaa tutkittavaan muotoon?

Dialogisuuden määrittäminen sekä keskustelun dialogisuuden osoittaminen aineistosta tuntuivat vaikeilta. Käytimme Majasaaren ja Tolvasen (2001) konkretisoimaa Linnellin (1990) vuorovaikutuksen dominanssin määrittelyä analysoidaksemme keskustelun dialogisuutta. Lähtöoletuksemme oli, että runsaasti miinus, plus- merkintöjä sisältävä keskustelukatkelma olisi dialoginen. Tällaisissa episodeissa vuorovaikutuksen dominanssi ei määräydy selkeästi yhdelle henkilölle eli keskustelu on vastavuoroista. Tämä osoittautui kuitenkin liian yksinkertais tavaksi tulkita keskustelun dialogisuutta. Havaitimme, että vaikka keskustelu sisälsi runsaasti miinus, plus- merkintöjä, se ei automaattisesti merkinnyt sitä, että keskustelu olisi dialogista. Joissakin episodeissa keskustelu näytti plus, miinus- merkintöjen valossa dialogiselta mutta lähempi tarkastelu osoitti, että keskustelun vuorovaikutus ei ollut tasapuolista vaan keskustelu oli esi-

merkiksi haastattelunomaista. Tällaisissa episodeissa joku ohjaili keskustelun kulkua enemmän kuin muut, vaikka plus, miinus- merkintöjen tarkastelu ei sitä osoittanutkaan. Vuorovaikutuksen dominanssin avulla voi tarkastella, kuka keskustelua kontrolloi, eikä niinkään sitä, miten edellinen lausuma huomioidaan.

Saimme keskustelun dialogisuudesta paremman kuvan, kun yhdistimme miinus, plus-merkinnät kytkeytymisen tarkasteluun. Kytkeytymisessä on Haarakankaan (1997) mukaan kysymys kielellisen systeemin muodostumisesta keskustelun osanottajien kommunikoidessa keskenään ja sovittaessa lausumansa toistensa lausumiin. Tämä voi näkyä esimerkiksi jonkun keskusteluun tuoman teeman jatkamisena tai samojen sanojen käyttämisenä keskustelijoiden välillä. Brityisesti se, syntyikö yhteistä kieltä ja pysyikö keskustelun teema samana, auttoi meitä arvioimaan episodien keskustelun dialogisuutta.

Tutkimuksemme luotettavuutta arvioitaessa ei voida soveltaa perinteisiä, lähinnä määrällisen tutkimuksen tarpeisiin luotuja arviointikriteerejä. Tutkimuksemme luotettavuutta lisäsi se, että suoritimme aineiston analyysit ensin kumpikin tahollamme ja sen jälkeen vertasimme saamiamme tuloksia sekä keskustelimme ongelmakohdista. Pyrimme määrittelemään käyttämämme käsitteet selkeästi ja tarkasti sekä kuvaamaan analyysimme riittävän yksityiskohtaisesti. Esimerkkikatkelmat ja niiden analysointi antavat lukijalle mahdollisuuden tarkastella johtopäätöstemme paikkansa pitävyyttä. Myös tämän voidaan ajatella lisäävän tutkimuksemme luotettavuutta (ks. McLeod, 1995).

Tutkimusprosessin edetessä nousi esiin useita ajatuksia mahdollisiksi jatkotutkimuskysymyksiksi. Puheen narratiivisten prosessityyppien muuttumisen sekä dialogisuuden yhteyttä olisi järkevää tutkia kokonaisista hoitokokouskeskusteluista, sillä vain tiettyjen episodien tarkastelu antaa ainoastaan viitteitä kokonaisuudesta. Sitä, vaikuttaako joku henkilö säännönmukaisella tavalla puheen narratiivisen prosessityypin muuttamiseen olisi myös mielenkiintoista tarkastella koko aineistosta. Sairaskertomusnarratiivien osalta jäimme miettimään sitä, voiko hoitohenkilökunta jotenkin edesauttaa korjaavien narratiivien muodostamisessa. Lisäksi voitaisiin useamman tapauksen analyysin kautta tutkia, löytyykö sairastumiseen liittyvissä narratiiveissa vastaavia eroja kuin Janin ja Laurin tapauksissa.

Tutkimusprosessimme alussa pohdimme, mitä avoimen dialogin hoitomalliin liittyvä ajatus keskustelun dialogisuudesta tarkoittaa konkreettisesti. Tässä tutkimuksessa pystyimme tavoittamaan joitakin tekijöitä, jotka vaikuttavat dialogisen keskustelun syntymiseen. Halu kuunnella ja yrittää ymmärtää myös muiden näkökulmia on edellytys sille, että keskustelusta voi tulla avointa ja dialogista. Pohdimme, että avoimuus ei niin-

kään liity siihen, mistä puhutaan vaan siihen, miten annetaan toiselle tilaa puhua. Kytkeytymiseen liittyy kyky olla avoin toisen tavalle puhua. Keskustelijoiden kytkeytyminen toisiinsa sekä heidän avoimuutensa toisten näkökulmille kietoutuvat toisiinsa. Toisaalta kytkeytymiseen liittyy keskeisenä kuunteleminen. Dialogisen keskustelun syntymiselle on olennaista ei vain muiden, mutta myös oman itsensä ja omien tunteidensa kuunteleminen.

LÄHTEET

- Aaltonen, J., Koffert, T., Ahonen, J., & Lehtinen, V. (2000). *Skitsofrenian tarpeenmukainen hoito on ryhmätyötä. Raportti Akuutin psykoosin integroitu hoito –projektin tuottamista hoitoperiaatteista*. Helsinki: Stakes, raportteja 257.
- Aaltonen, J., Vartiainen, A., Kalliokoski, M-L., & Riikonen, T. (1994). Team treatment in acute psychosis. *Journal of Family and Psychotherapy*. 5 (1), 77-95.
- Alanen, Y. (1993). *Skitsofrenia. Syyt ja tarpeenmukainen hoito* (2. painos). Helsinki: WSOY.
- Andersen, T. (toim.) (1991). *The reflecting team in action. Dialogues and dialogues about the dialogues*. New York: Norton.
- Andersen, T. (1995). Reflecting process: Acts of informing and forming: You can borrow my eyes, but you must not take them away from me. Teoksessa S. Friedman (toim.), *The reflecting team in action: collaborative practice in family therapy*. (s. 11-37). New York: Guilford Press.

- Anderson, H., & Goolishian, H. (1988). Human systems as linguistic systems: preliminary ideas about the implications for clinical theory. *Family Process*, 27 (4), 371-393.
- Anderson, H., & Goolishian, H. (1992). The client is the expert: a not-knowing approach to therapy. Teoksessa S. McNamee & K. Gergen (toim.), *Therapy as social construction*. (s. 25-39). London: Sage Publication.
- Angus, L., & Hardtke, K. (1994). Narrative processes in psychotherapy. *Canadian Psychologist*, 35 (2), 190-203.
- Barker, S., Lavender, T., & Morant, N. (2001). Client and family narratives on schizophrenia. *Journal of Mental Health*. 10 (2), 199-212.
- Cullberg, J., Thorén, G., Åbb, S., Mesterton, A., & Svedberg, B. (2000). Integrating intensive psychosocial and low-dose neuroleptic treatment: a three-year follow-up. Teoksessa Bateman A., Crowe M., Margison F., & Martindale B. (toim.) *Psychosis: psychological approaches and their effectiveness*. (s. 200-209) London: Gaskell.
- Cullberg, J., Lavender, S., Holmqvist, R., Mattsson, M., & Wieselgren, I.-M. (2002). One-year outcome in first episode psychosis patients in the Swedish Parachute project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 276-285.
- Edwards, J., & McGorry, P. (1998). Early intervention in psychotic disorders: a critical step in the prevention of psychological morbidity. Teoksessa C. Perris, & P. McGorry (toim.) *Cognitive psychotherapy of psychotic and personality disorders. Handbook of theory and practice*. (s. 167-195) Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Gergen, K. (1999). *An invitation to social construction*. London: Sage Publication.
- Haarakangas, K. (1997). *Hoitokokouksen äänet. Dialoginen analyysi perhekeskeisen psykiatrisen hoitoprosessin hoitokokoukseskusteluista työryhmän toiminnan näkökulmasta*. Jyväskylä studies in education. Psychology and social research, 130.
- Haarakangas, K. (1999). Perheterapeuttisen työryhmän dialoginen toimintamalli. Teoksessa K. Haarakangas, & J. Seikkula (toim.), *Psykoosi – uuteen hoitokäytännön* (s. 187-195). Helsinki: Kirjayhtymä.
- Haarakangas, K. (2002a). Keroputaan malli: avoimen dialogin avulla, perheen ja

- verkoston kanssa. Teoksessa K. Haarakangas (toim.), *Mielisairaala muuttuu. Keroputaan sairaalan kokemuksia psykiatrisen hoidon kehittämisessä: avoimen dialogin hoitomalli* (s. 65-76). Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Haarakangas, K. (2002b). Mikä hoitokokouksessa vaikuttaa terapeuttisesti? Teoksessa K. Haarakangas (toim.), *Mielisairaala muuttuu. Keroputaan sairaalan kokemuksia psykiatrisen hoidon kehittämisessä: avoimen dialogin hoitomalli* (s. 77-87). Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Haarakangas, K., & Seikkula, J. (1999a). Psykoosi dialogisena ongelmana. Teoksessa K. Haarakangas, & J. Seikkula (toim.), *Psykoosi – uuteen hoitokäytäntöön* (s. 161-171). Helsinki: Kirjayhtymä.
- Hoffman, L. (1992). A reflexive stance for family therapy. Teoksessa S. McNamee, & K. Gergen (toim.), *Therapy as social construction*. (s. 7-24). London: Sage Publication.
- Holma, J., & Aaltonen, J. (1995). The self-narrative and acute psychosis. *Contemporary Family Therapy*, 17 (3), 307-316.
- Holma, J., & Aaltonen, J. (1997). The sense of agency and the search for a narrative in acute psychosis. *Contemporary Family Therapy*, 19 (4), 467-477.
- Holma, J. (1999). Postmodernismi, narratiivisuus ja psykoosi. *Psykologia*, 34, 322-328.
- Jokinen, A., & Suoninen, E. (2000). Liite. Teoksessa A. Jokinen & E. Suoninen (toim.), *Auttamistyö keskusteluna. Tutkimuksia sosiaali- ja terapiatyön arjesta*. Tampere: Vastapaino.
- Laitila, A., Aaltonen, J., Wahlström, J., & Angus, L. (2001). Narrative process coding in marital and family therapy: An intensive case analysis of the formation of a therapeutic system. *Contemporary Family Therapy*, 23 (3), 309-322.
- Larsen, T.K., Friis, S., Haahr, U., Joa, I., Johannessen, J. O., Melle, I., Opjordsmoen, S., Simonsen, E., & Vaglum, P. (2001). Early detection and intervention in first-episode schizophrenia: a critical review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, 323-334.
- Linell, P. (1990). The power of dialogue dynamics. Teoksessa I. Markova, & K. Foppa (toim.), *The dynamics of dialogue* (s. 147-177). London: Harvester Wheatsheaf.
- Lääkintöhallitus (1988). *Skitsofreniaprojekti 1981-1987. Skitsofrenian tutkimuksen*,

- hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallisen kehittämissuunnitelman loppuraportti*. Lääkintöhallituksen opassarja nro 4. Helsinki.
- Lönnqvist, J., & Honkonen, T. (1999). Skitsofreenistyyppinen häiriö, skitsoaffektiivinen häiriö, harhaluuloisuushäiriö, lyhytkestoinen psykoottinen häiriö. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen, & T. Partonen (toim.), *Psykiatria* (s. 107-117) Helsinki: Duodecim.
- Majasaari, A-K., & Tolvanen, A-K. (2001). *Hoitokokouksen rakentuminen ja dialogisuuden toteutuminen akuuttiin psykoottiseen kriisiin joutuneiden nuorten avoimen dialogin mallin mukaisessa hoidossa*. Jyväskylän yliopisto. Psykologian pro gradu -tutkielma.
- Markova, I. (1990). A three-step process as a unit of analysis in dialogue. Teoksessa I. Markova, & K. Foppa (toim.), *The dynamics of dialogue* (s. 129-146). London: Harvester Wheatsheaf.
- Mattila, T., & Rantakokko, P. (2003). *Hoitoprosessin kieli psykoosipotilaan perhekeskeisessä hoidossa avoimen dialogin hoitomallissa*. Jyväskylän yliopisto. Psykologian pro gradu- tutkielma.
- McGorry, P. (2000). Psychotherapy and recovery in early psychosis: a core clinical and research challenge. Teoksessa Bateman A., Crowe M., Margison F., & Martindale B. (toim.) *Psychosis: psychological approaches and their effectiveness*. (s. 266-291). London: Gaskell.
- McLeod, J. (1995). *Doing Counselling Research*. London: Sage Publications
- McLeod, J. (1997). *Narrative and Psychotherapy*. London: Sage Publications.
- McLeod, J. (2001). *Qualitative Research in Counselling and Psychotherapy*. London: Sage Publications.
- Muhr, T., (1997). *ATLAS/ti. Short Users's Guide*. Berlin: Scientific Software Development.
- Seikkula, J. (1991). *Perheen ja sairaalan rajasyntymä potilaan sosiaalisessa verkostossa*. Jyväskylä studies in education. Psychology and social research, 80.
- Seikkula, J. (1994). *Sosiaaliset verkostot. Ammattiauttajan voimavara kriiseissä*. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Seikkula, J. (1999). Reflektiivinen tiimi ja avoin dialogi – kun itse keskustelu tulee tärkeimmäksi. Teoksessa J. Aaltonen, & R. Rinne (toim), *Perhe terapiassa. Vuoropuhelua vuosituhannen vaihteessa*. (s. 84-94). Jyväskylä: Gummerus
- Seikkula, J. (2002a). Keroputaan mallista avoimeen dialogiin: Keroputaan pitkä

- kokemus psykiatrian yleiseksi malliksi? Teoksessa K. Haarakangas (toim.), *Mielisairaala muuttuu. Keroputaan sairaalan kokemuksia psykiatrisen hoidon kehittämisessä: avoimen dialogin hoitomalli* (s. 88-96). Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Seikkula, J. (2002b). Open dialogues with good and poor outcomes for psychotic crises: examples from families with violence. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28, 263-274.
- Seikkula, J., Aaltonen, J., & Alakare, B. (1999). Potilaat sosiaalisissa verkostoissaan – kahden vuoden seurantatutkimus psykoosin kotihoidosta. Teoksessa K. Haarakangas, & J. Seikkula (toim.), *Psykoosi – uuteen hoitokäytäntöön* (s. 107-122). Helsinki: Kirjayhtymä.
- Seikkula, J., Alakare B., & Aaltonen J. (2001a). Open dialogue in psychosis I: An introduction and case illustration. *Journal of Constructivist Psychology*, 14, 247-266.
- 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., & Haarakangas, K. (1999b). Avoin dialogi akuutin psykoosin hoidon foorumina. Teoksessa K. Haarakangas, & J. Seikkula (toim.), *Psykoosi – uuteen hoitokäytäntöön* (s. 172-185). Helsinki: Kirjayhtymä.
- Smith, C. (1997). Introduction. Comparing traditional therapies with narrative approaches. Teoksessa C. Smith & D. Nylund (toim.), *Narrative therapies with children and adolescents*. New York: Guilford Press.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990) *Basics of Qualitative Research. Grounded Theory Procedures and Techniques*. Newbury Park: Sage Publications.
- Stern, S., Doolan, M., Staples, E., Szmukler, G.L., & Eisler, I. (1999). Disruption and reconstruction: Narrative insights into experience of family members caring for a relative diagnosed with serious mental illness. *Family Process*, 38 (3), 353-369.
- Tuori, T. (1994). *Skitsofrenian hoito kannattaa. Raportti skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallisen kehittämisohjelman 10-vuotisarviointista*. Helsinki: Stakes, raportteja 143.
- Yung, A., & Jackson, H. (1999). The onset of psychotic disorder: clinical and research aspects. Teoksessa P. McGorry, & H. Jackson (toim.), *The recognition and management of early psychosis. A preventive approach*. (s. 27-50). Cambridge: Cambridge University Press.