

**TERAPEUTTIEN VASTAUSTEN MERKITYS DIALOGIN
RAKENTUMISESSA ENSI KERTAA PSYKOOSIIN SAIRASTUNEIDEN
HOITOKOKOUKSISSA**

Elina Kenttä
Sari Kuitunen
Pro gradu – tutkielma
Jyväskylän yliopisto
Kevät 2006

TIIVISTELMÄ

Terapeuttien vastausten merkitys dialogin rakentumisessa ensi kertaa psykoosiin sairastuneiden hoitokokouksissa

Tekijät: Elina Kenttä ja Sari Kuitunen

Ohjaaja: Jaakko Seikkula

Psykologian pro gradu-tutkielma

Maaliskuu 2006

Jyväskylän yliopisto

52 sivua

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin avoimen dialogin mallin mukaisissa hoitokokouksissa käytyjen keskustelujen dialogisuutta. Pääpaino tarkastelussa oli siinä, kuinka terapeutit vastauksillaan pystyvät edistämään dialogin rakentumista hoitokokouksissa. Toinen tutkimuksen tavoitteista oli selvittää, miten dialogisuuden eri elementit toteutuvat hoitokokuskeskustelussa. Tutkimuksen aineisto muodostui kahden ensi kertaa psykoosiin sairastuneen miehen hoitoprosessien aikana nauhoitetuista hoitokokuskeskusteluista. Hoitokokusnauhat ovat osa Akuutin psykoosin integroitu hoito (API) -projektin ja siitä jatkettua ODAP-tutkimuksen (Open Dialogue in Acute Psychosis) aineistoa. Analyysin ensimmäisessä vaiheessa aineisto jaettiin hoitokokous kerrallaan episodeihin keskustelun aiheiden perusteella ja episodeista poimittiin dialogisuuden elementtejä sisältäneet ja sisältämättömät episodit. Tarkemman analyysin kohteeksi tuli molemmista tapauksista kuusi episodista eli yhteensä 12 episodista. Valituista episodeista tarkasteltiin symbolisen ja indikaatiivisen puheen esiintymistä sekä yleisesti että terapeutin käyttämässä puheessa suhteessa potilaan ja hänen perheensä käyttämään puheeseen. Analyysin keskeisin vaihe oli terapeuttien vastausten luokittelu kielitieteilijä Mihail Ephsteinin (1987) kehittämän sanaston pragmaattisen analyysin perusteella. Tutkimuksessa havaittiin, että terapeutit voivat vastauksillaan edistää hoitokokuskeskustelujen dialogisuutta. Terapeuteilla on mahdollisuus siirtää puhe indikaatiiviselta symboliselle tasolle ja puhua konversiivisesti, uutta luovasti ja edesauttaa siten potilasta ja hänen perhettään puhumaan samalla tavalla.

Avainsanat: akuutti psykoosi, avoimen dialogin hoitomalli, dialogisuuden elementit, dialogin analyysi, Ephsteinin puhetyypit

SISÄLTÖ

1. JOHDANTO	4
2. TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMA	14
3. AINEISTON ANALYYSI JA MENETELMÄT	15
3.1. Tutkimuksen aineisto	15
3.2. Aineiston analyysi.....	16
4. TULOKSET	21
4.1. Yleinen kuvaus	21
4.2. Tapaus Sami.....	24
4.3. Tapaus Lauri	32
4.4. Samin ja Laurin hoitokokousten sekä dialogisuuden elementtejä sisältävien ja sisältämättömien episodien vertailua	39
5. POHDINTA.....	43

1. JOHDANTO

Pro gradu – tutkielmassamme tarkastelemme kahden ensi kertaa psykoosiin sairastuneen nuoren miehen hoitokokousten dialogisuutta. Hoitokokoukset on toteutettu avoimen dialogin mallin mukaisesti, jossa keskeisenä periaatteena on dialogisuuden toteutuminen (esim. Haarakangas, 1997; Majasaari & Tolvanen, 2001; Seikkula, Alakare, & Aaltonen, 2001a). Tutkimme dialogisuuden eri elementtien esiintymistä hoitokokoukseskusteluissa, mutta pääpaino tarkastelussamme on kuitenkin siinä, kuinka terapeutit vastauksillaan pystyvät edistämään dialogin rakentumista. Sovellamme tutkimukseemme Ephsteinin (1987) kehittämää puheen pragmeemien välisten suhteiden luokittelua selvittääksemme terapeuttien vastausten merkitystä dialogin rakentumisessa.

Psykoosit ovat mielenterveyden häiriöiden ryhmä, joille ominaista on todellisuudentajun vääristyminen karkealla tavalla. Keskeisiä oireita ovat erilaiset aistiharhat ja harhaluulot sekä affektien ja emootioiden poikkeavuudet. Potilas ei erota todellisuutta ja oman mielikuvituksensa tuotteita ja hänen voi olla vaikeaa tiedostaa harhat alitajunnasta kumpuaviksi omiksi ajatuksiksensa (Achté, 1992; Alanen, 1994; Haarakangas, 1999a; Lönnqvist 2001; Vauhkonen, 1997).

Ensimmäinen psykoosi onkin usein pelottava ja hämmentävä kokemus potilaalle ja hänen perheelleen (Alanen, 1994; Haarakangas, 1999a). Psykoosiin sairastuminen voi olla uhka potilaan identiteetille ja hänen elämänsuunnitelmillensa sekä kodin totutulle elämänmenolle ja turvallisuudelle. Potilaan sairastuessa on avainasemassa koko perhettä koskettavan kriisin kohtaaminen (Alanen, 1994; Haarakangas, 1999a). Henrikssonin ja Lönnqvistin (1999) mukaan psyykkisiksi kriiseiksi voidaan ymmärtää elämäntapahtumiin liittyvät häiriöt. Psyykinen kriisi kehittyy aiemmin omaksuttujen ulkoiseen toimintaan tai mielen sisäiseen tapahtumaan liittyvien ratkaisutapojen käytön epäonnistuksessa, kun tasapaino ei palaudukaan nopeasti. Sekä ulkoiset että mielensisäiset ärsykkeet lisääntyvät eikä kriisissä oleva henkilö pysty riittävästi jäsentämään näitä ärsykeitä. Psyykkisten hallintakeinojen riittämättömyys alkaa näkyä oireiden kehittymisenä. Tunusomaista kriisitilanteelle on epävarmuus tulevaisuudesta ja tästä johtuva turvallisuuden tunteen horjuminen (Henriksson & Lönnqvist, 1999). Lisäksi odotettavista elämänsuunnitelmien muutoksista poikkeavien ja uhkaavien tapahtumien aiheuttamien traumaattisten

psykkisten kriisien ja psykoosin välillä on havaittu voimakas yhteys (Henriksson & Lönnqvist, 1999; Romme & Escher, 2000).

Psykoosiin liittyvällä minän toimintojen taantumisella ja hajautumisella on yhteys potilaan elettyyn elämään ja hänen tyypillisiin ongelmiinsa. Psykoosi ja sen aiheuttamat reaktiot voidaan nähdä yksilön vastauksena ja selviytymiskeinona liian ylivoimaiseen, tuskalliseen elämäntilanteeseen ja elämän dialogisuuden on häiriintymiseen (Haarakangas & Seikkula, 1999a; Haarakangas & Seikkula, 1999b; Seikkula ym., 2001a). Pro gradu - työssämme lähtökohtana on psykoosin näkeminen kielellisenä ongelmana. Tämän näkemyksen mukaan psykoosi syntyy sisäisen dialogin puuttuessa. Se on yksilön aktiivinen yritys käsitellä kokemuksia, joille ei ole sanoja tai muuta kieltä. Yksilön joutuessa täysin monologiseen tilanteeseen, hän vastaa psykoottisilla oireilla, koska tällöin hänellä ei ole käytössään muita vaihtoehtoja tilanteen käsittelemiseksi. Psykoottisia oireita voivat olla esimerkiksi voimakas ahdistuneisuus, sekä erilaiset aistiharhat (Alanen, 1994). Yksilö käsittelee ikään kuin metaforisen kielen kautta sanattomia kokemuksiansa (Haarakangas & Seikkula, 1999b; Seikkula, 1994).

Hoidon akuuttivaiheessa pyritään potilaan psykoottisia oireita ja niihin mahdollisesti liittyvää häiritsevää käyttäytymistä lievittämään nopeasti. Etenkin akuuttiin psykoosiin liittyy voimakas kiihtymys tai psyykinen ahdistus, mikä näkyy myös fysiologisella tasolla. Antipsykoottisen lääkehoidon aloittaminen on usein tarpeen (Alanen, 1994; Isohanni, Honkonen, Vartiainen, & Lönnqvist, 2001). Hyviä hoitotuloksia on saavutettu tosin myös ilman neuroleptilääkitystä toteutetulla, hoitokokousten dialogisuuteen perustuvalla hoidolla (Seikkula, Alakare, & Aaltonen, 2001b).

Hoitokokous on hoidollisesti hoitotulotutkimuksen tärkein osa ja se myös aloittaa sairastumiseen liittyvän kriisi-intervention, jota usein jatketaan tapaamalla tiiviisti akuutin sairastumisen alkuvaiheessa (Alanen, 1994; Haarakangas, 1999a). Alanen (1994) jakaa hoitokokouksen tehtävät 1. informatiiviseen, 2. diagnostiseen ja 3. hoidolliseen tehtävään. Hänen mukaansa hoitokokous antaa laajan mahdollisuuden saada tietoa potilaan sairastumiseen ja hoitoon tulon johtaneista seikoista. Se myös mahdollistaa perheen psykodynamiikan ja siihen liittyvän keskinäisen vuorovaikutuksen tutkimisen ja tämän pohjalta eri hoitomuotojen tarvetta koskevan johtopäätösten teon. Hoitokokous aloittaa potilaan sekä hänen perheensä tukemisen heti alusta lähtien. Avoin keskustelu hoitokokouksessa vähentää potilaan leimautumista, psykologista eristäytymistä

sekä regressiota ottaessaan sosiaaliset suhteet hoitoon mukaan ja määritellesään ongelmat sosiaalisessa vuorovaikutuksessa (Achté & Tamminen, 1997; Alanen, 1994).

Hoitokokouksessa hoito toteutuu keskusteluna sosiaalisessa vuorovaikutustilanteessa (Haarakangas, 1997) ja se on pääfoorumi terapeuttiselle toiminnalle (Seikkula ym., 2001a). Työryhmä, joka muodostuu kahdesta tai kolmesta perheterapeuttista kokenusta omaavasta työntekijästä, sopii yhdessä perheen kanssa ketä perheen läheisiä eli henkilöitä potilaan sosiaalisesta verkostosta kutsutaan hoitokokoukseen (Haarakangas, 1999a). Potilaan sosiaaliseen verkostoon voi kuulua hyvin erilaisia ihmisiä, esimerkiksi perheenjäseniä, sukulaisia, ystäviä ja naapureita, kunhan yksilö itse kokee heidät tärkeiksi (Marsella & Snyder, 1981; Pattison & Pattison, 1981; Seikkula, 1994). Jokainen näistä sosiaalisen verkoston ryhmittymistä luo oman merkitysmaailmansa ja käyttäytymisen ohjaamiseen tarvittavat merkitykset syntyvät ryhmittymien yhteyksissä, yksilöiden välisissä kontakteissa (Bronfenbrenner, 1979).

Hoitokokous, jossa potilas ja perhe sekä työryhmä ovat läsnä, on osa perhekeskeistä hoitoa ja alkuna perheterapialle (Alanen, 1994). Perhekeskeisen kriisi-intervention kehittyminen perheterapiaksi tapahtuu asteittain, yhteisten tapaamisten jatkussa (Alanen, 1994). Aaltosen (1999a) mukaan perhekeskeisen hoidon ja perheterapi-an erottamisessa oleellista on hoidon ja tutkimuksen lähtökohta, usean perheenjäsenen samanaikainen tapaaminen, joka määrää teorian ja käytännön rajat sekä sisällön. Toisaalta voidaan katsoa, että perheterapiasta on kyse silloin, kun tapaamisista ja niiden tavoitteista tehdään perheen ja terapeuttien välillä selkeä sopimus ja niille asetetaan päämäärät (Alanen, 1994).

Perheterapia voidaan määritellä ammatilliseksi ja tietoiseksi pyrkimykseksi ymmärtää, tutkia ja hoitaa sekä perheen sisäisen vuorovaikutuksen kokonaisuudessa että yksittäisillä perheenjäsenillä esiintyviä häiriöitä ja niiden aiheuttamaa kärsimystä. Perheterapiassa tarkoituksena on muuttaa ajankohtaisen, inhimillisen vuorovaikutusverkon kuvioita, jotka ylläpitävät yksilöllistä psykopatologiaa ja estävät kehityksellisesti adaptiivisia ratkaisuja. Nuoren skitsofreenisen potilaan ja hänen vanhempiensa perheterapia voi antaa potilaalle voimakkaan virikkeen tulla ulos autistisesta elämysmaailmasta (Achté & Tamminen, 1997). Terapeutin läsnäolo tukee potilaan ilmaisumahdollisuutta, puheenvuoroja, jotka mahdollisesti aikaisemmin ovat jääneet kuulematta, koska potilaan kieltä ei ole ymmärretty (Achté & Tamminen, 1997; Haarakangas & Seikkula, 1999a). Muutos pyritään saavuttamaan perheen vuorovaikutuksessa olevat myönteiset

voimavarat löytämällä, vaikka voimavarat olisivatkin psykoottisuuden peittäminä (Aaltonen, 1999a, 1999b). Aaltonen (1999) korostaa, että perheterapian määritelmässä painotetaan ammatillisuutta, tietoisuutta, ymmärtämistä, hoitamista ja vuorovaikutusta, koska yksilön kehityksen voidaan nähdä kytkeytyvän kehityksen mukana kulkevaan ja muuttuvaan vuorovaikutussuhdeverkostoon ja siinä syntyviin merkityksiin ja käyttäytymiseen (Aaltonen, 1999a, 1999b).

Suomalainen perheterapia integroituu vahvasti osaksi julkista terveydenhoitojärjestelmää. Tämä tulee esille erityisesti tarpeenmukaisen hoidon mallissa, jossa tarkoituksena on potilaan ottaminen mukaan hänen hoitoaan koskeviin päätöksentekotilanteisiin ja avoimen dialogin mallin mahdollisimman laaja toteuttaminen. Käytännössä tarpeenmukainen hoito toteutuu niin, että perhekeskeinen interventio aloitetaan hoitoon hakeutumisen jälkeen mahdollisimman pian. Kriisitilanteissa perhe pyritään tapaamaan päivittäin. Muutoin tapaamisia voi olla kerran viikossa, kerran kuukaudessa tai jopa harvemmin. Hoitoprosessin psykologinen jatkuvuus pyritään takaamaan niin eri hoitomenetelmien kuin eri hoitopaikkojenkin kesken moniammatillisten psykoosiryhmien tai erityisryhmien avulla (Aaltonen, 1999a, 1999b).

Perheterapian merkitystä psykoosin hoidossa on selvitetty tutkimusten avulla. Akuutin psykoosin integroitu hoito (API) -projektin Jyväskylän Kangasvuoren sairaalassa toteutetussa tutkimuksessa, kahden vuoden seurannassa, todettiin, että enemmän perheterapiaa saaneiden potilaiden ennuste verrattuna muihin potilaisiin oli parempi. Kuitenkin huomattiin, että perheterapiaa toteutettiin enemmän niiden potilaiden kohdalla, joiden ennakoiva elämänote oli ollut parempi. Viiden vuoden jälkeen toteutetussa seurannassa ei tätä yhteyttä enää todettu. Mikäli perheterapialla oli hoitoprosessin integraatiota tukeva merkitys hoitoprosessin alkuvaiheessa, se ei kuitenkaan enää näkynyt tuloksellisuutta parantavana viiden vuoden kohdalla (Rasinkangas, Holma, & Aaltonen, 2001). Open Dialogue in Acute Psychosis -projektin tulokset ovat puolestaan antaneet viitettä siitä, että psykoosin perhekeskeinen hoito on hyödyllistä (Seikkula, ym., 2001a, 2001b). Samoin ovat todenneet myös Cullberg ja Johannessen (2005), joiden mukaan perhetapaamisista on eniten hyötyä silloin, kun niitä toteutetaan toistuvasti.

Psykoosin hoitaminen dialogin avulla tarkoittaa, että potilaan, hänen perheensä ja hoitavan työryhmän välillä käydään avointa, terapeutista vuoropuhelua (Haarakangas & Seikkula, 1999b). Dialogisuuden avulla helpotetaan psykoottiseen kriisiin joutuneen ihmisen oloa, sillä se mahdollistaa kokemusten jäsentymisen yhteisesti jaetuilla kieli-

alueilla (Majasaari & Tolvanen, 2001). Potilaat aloittavat usein psykoottisten tarinoiden kertomisen silloin, kun hoitokokouksessa käsitellään potilaan psykoosiin liittyen hänen henkilökohtaisimpia ja tärkeimpiä asioitaan (Seikkula ym., 2001a). Hoitokokouksessa keskeistä onkin vuoropuhelun rakentaminen potilaan elämän eri kielialueiden välille (Seikkula, 1994).

Dialogi voidaan jakaa monologiseen ja dialogiseen sekä sisäiseen ja ulkoiseen dialogiin (Linell, 1998; Markova, 1990a; Mönkkönen, 2002; Seikkula, 1994). Markovan (1990a) mukaan monologista dialogia edustavat henkilön omien tunteiden, näkemysten ja kokemusten kuvaukset ja pitkäköt puhejaksot, joissa hän huomioi vain vähän keskustelun muita osapuolia. Henkilö on tällöin hetkellisesti orientoitunut sisäiseen monologisiin itsensä kanssa kertoen ajatuksensa odottamatta niihin täydentäviä kommentteja tai vastausta (Markova, 1990a). Dialoginen dialogi puolestaan tähtää uuden, yhteisen ymmärryksen syntymiseen, jossa erilaiset näkökulmat kohtaavat tuoden esille uusia mahdollisuuksia ja vaihtoehtoja (Katz, 1990; Linell, 1998) Bakhtinin (1991) mukaan tässä on kysymys dialogista kommunikatiivisena suhteena, jossa ymmärrys rakentuu osallistujien väliseen tilaan. Yhteinen ymmärrys muodostuu, kun henkilöt löytävät yhteisen tavan puhua ja ovat valmiita kuuntelemaan sekä ymmärtämään toistensa näkökantoja ja myös muuttamaan omia näkemyksiään (Haarakangas, 1997). Dialoginen dialogi on oleellinen osa hoitokokousta, sillä se on avointa ja tasavertaista antaen siten tilaa kaikkien osanottajien äänille (Seikkula, 2005). Sisäinen dialogi tarkoittaa henkilön ajatuksia ja mielikuvia, kun taas ulkoisella dialogilla kuvataan puhetta henkilön ulkopuolella (Haarakangas, 1999b).

Markova (1990a) on korostanut, että on tärkeää huomata dialogisuuden ja dialogin välinen ero. Dialogi viittaa ihmisten väliseen kommunikaatioon, mutta dialogisuus puolestaan erityiseen maailmankuvaan (Markova, 1990a). Dialogisuus tarkoittaa vastavuoroista ja tasavertaista kommunikaatiota tai suhdetta, jossa henkilöt eivät yksin pyri määrittämään tilannetta (Linell, 1990; 1998). Kyse on myös yhteisestä hämmennyksestä niissä ilmiöissä, joihin ei yhdelläkään keskusteluun osallistuvalla henkilöllä ole vastausta. Hämmennyksen aiheuttama epävarmuus synnyttää yhteistoiminnan, josta nousee uusia yhteisiä kysymyksiä (Mönkkönen, 2002). Keskustelun osanottajien näkökannat ovat erilaisia ja kunkin oman merkitysjärjestelmän mukaan selittyviä. Keskustelussa syntyy totuus, johon osanottajien erilaiset äänet osallistuvat (Haarakangas 1999b). Linellin

(1998) mukaan puhujat eivät puhu vain saadakseen muut osanottajat ymmärtämään näkökantansa vaan myös ymmärtääkseen itse mitä sanovat ja ajattelevat.

Avoimen dialogin hoitomalli perustuu hoitokokouksen dialogisuuteen. Avoimen dialogin käsitteellä kuvataan psykoterapian suuntausta, jossa keskustelu on tärkeintä (Seikkula & Haarakangas, 1999). Avoimen dialogin mallia kutsutaan myös Keroputaan malliksi, koska sen juuret ovat Keroputaan sairaalassa kehitetyssä tarpeenmukaisen hoidon mallissa (Haarakangas, 2002a; Seikkula ym., 2001a; Seikkula & Arnkil, 2005). Avoimen dialogin hoitomallissa hoitokokouksen kulkua ja teemoja ei suunnitella etukäteen. Tämä mahdollistaa uuden, ongelmia kuvaavan kielen rakentumisen (Seikkula ym., 2001a). Optimaalisesti toteutettuna mallin mukainen hoito sisältää pääperiaatteet, jotka ovat:

1. Hoidon nopea aloittaminen viimeistään 24-tunnin sisällä
2. Omaisten ja muiden läheisten ottaminen mukaan hoitoon
3. Työryhmän vastuu hoidosta
4. Epävarmuuden sietäminen
5. Hoidon mukauttaminen asiakkaan muuttuvien tarpeiden mukaan
6. Verkostokeskeinen työskentely
7. Dialogi hoitokokouksessa (Haarakangas, 2002a)

Potilaan tai hänen läheisensä yhteydenoton jälkeen tulee ensimmäinen hoitokokous järjestää vuorokauden sisällä (Haarakangas, 1997). Ensimmäisen hoitokokouksen alussa kerätään tietoa kunkin osanottajan havainnoista ongelman alkamisesta sekä potilaan ja hänen läheistensä vuorovaikutussuhteista. Tärkeää on aloittaa keskustelu nimenomaan potilaan ja hänen perheensä kertomilla asioilla (Seikkula, 1994). Potilaaseen ja perheeseen pyritään rakentamaan luottamuksellinen ja toimiva yhteistyösuhde heti alusta alkaen (Isohanni, ym., 2001).

Terapeutin ensimmäinen tehtävä perhettä tavatessa on luoda terapeutin, rakentava ilmapiiri rauhallisessa ympäristössä, joka ei lisää perheen ja potilaan kokemaa ahdistusta (Cullberg & Johannessen, 2005). Katz (1990) korostaa, että keskustelun ilmapiiriin tulee pysyä positiivisena ja kaikkien keskusteluun osallistujien tulee olla keskenään tasavertaisia. Hoitokokouksen osanottajat puhuvat toistensa kanssa eikä toista osanottajaa nähdä vain puheen kohteena vaan osanottajat myös kuuntelevat toisiaan ja

ovat valmiita muuttamaan omia näkökantojaan (Anderson & Goolishian, 1992). Hoidon periaatteisiin kuuluu myös se, että kaikki päätökset ja suunnitelmat tehdään kaikkien osallistujien läsnä ollessa eikä potilaan asioita käsitellä työryhmän kesken hoitokokouksen ulkopuolella (Davidson, Lax, & Lussardi, 1990; Seikkula, 1994; Seikkula ym., 2001a).

Lisäksi oleellista on turvallisuuden luominen, jotta potilas ja hänen perheensä kykenevät paremmin sietämään epävarmuutta. Se auttaa potilasta käyttämään omia psyykkisiä voimavarojansa elämänhallinnan lisäämiseksi (Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J., & Sutela, M., 1995; Seikkula & Haarakangas, 1999). Hoitokokoukseen osallistuva hoitotiimi ottaa vastuun koko hoidosta (Seikkula, ym., 1995). Näin ollen hoitokokouksen yhtenä tarkoituksena on myös potilaan ja laitoksen välisen rajan hoitaminen (Seikkula, 1994; Seikkula, ym., 1995). Tämä mahdollistuu, kun hoitotiimi koostuu sekä sairaala- että avohoidon henkilökunnasta ja kun hoitotiimi jatkaa potilaan kanssa työskentelyä vielä sairaalahoitajakson päättymisen jälkeenkin (Seikkula, ym., 1995).

Dialogia voidaan rakentaa hoitokokouksessa (Seikkula & Haarakangas, 1999). Lähtökohtana hoidolle on se, miten perhe on omalla kielellään nimennyt potilaan ongelman (Davidson, Lax, & Lussardi, 1990; Seikkula, 1994; Seikkula ym., 2001a). Hoitokokous alkaa kytkeytymisellä eli henkilöiden ryhtyessä sosiaaliseen vuorovaikutukseen ja sovittaessa käyttäytymisensä toisten käyttäytymiseen dialogisuutta edistävällä tavalla (Haarakangas, 1997). Yankelovichin (1999) mukaan dialoginen keskustelu sisältää kolme ominaispiirrettä. Ensimmäinen piirre on, että osallistujien tulee olla tasavertaisina keskustelussa. Tärkeää on myös, että kuunteleminen on empaattista. Kolmas dialogin ominaisuus on sekä omien että muiden keskusteluun osallistujien olettamusten ja ajattelun perusteiden tiedostaminen sekä niiden ottaminen avoimen pohdinnan alaiseksi (Yankelovich, 1999).

Terapiassa sekä terapeutti että potilas käyvät sisäistä dialogia itsensä kanssa ja lisäksi myös ulkoista dialogia toistensa kanssa (Hargens, 1999; Andersen, 1990). Dialogiset menetelmät auttavat potilasta siirtymään jumiutuneesta monologista avoimempaan dialogiin (Smith, 1997). Potilaan ja hänen sosiaalisen verkostonsa sekä työntekijöiden välinen rakentava dialogi ehkäisee huonon hoitotuloksen kehittymistä. Dialogin rakentaminen osanottajien välille on kuitenkin vaikeaa, mikäli perheen on hankalaa kuvata elämäänsä sanallisesti (Seikkula, ym., 2001b). Toisaalta Mönkkönen (2002) on esittänyt

dialogista orientaatiota kohtaan myös kritiikkiä. Hänen mukaansa dialogisessa orientaatiossa oikeutus dialogiin ei välttämättä aina synny tai vastaaminen voi olla estämässä dialogia. Dialogisessa orientaatiossa saatetaan jättää huomiotta suhteellisen pysyvät käyttäytymistäipumukset ja uskomukset. Yhteisymmärryksen rakentaminen voi myös olla vaikeaa tai yhteisymmärrys jää näennäiseksi (Mönkkönen, 2002).

Potilaan ja hänen perheensä tilanteen alkaessa keskustelun myötä hahmottua reflektoi työryhmä havaintojaan ja niistä heränneitä vastatunteita (Seikkula, 1994). Työryhmän reflektointi edistää hoitokokouksen kielellistä kehitystä ja terapeuttisuutta (Haarakangas, 1997). Reflektointi tarkoittaa keskustelusta heränneiden ajatusten, tunteiden, merkitysten ja kokemusten jakamista dialogisesti potilaan ja muiden läsnäolijoiden kanssa mahdollistaen heille sisäisen reflektion (Andersen, 1990; Haarakangas, 1997, 2002b; Bohart, A.C., 2003). Reflektoinnin jälkeen terapeuteilla onkin mahdollisuus havaita, ovatko hoitokokoukseen osallistujat pystyneet rakentamaan uusia merkityksiä käsiteltävänä olevasta ongelmasta (Davidson, Lax, & Lussardi, 1990). Reflektointi auttaa työryhmää rakentamaan alustavaa hypoteesia, minkä jälkeen perhettä haastatellaan tarkemmin keskittyen oleelliseksi nousseisiin teemoihin (Seikkula, 1994). Hoitokokouksen lopuksi työryhmä miettii yhdessä, minkälaisia johtopäätöksiä käydyn keskustelun pohjalta voidaan tehdä (Seikkula, 1994).

Ennen hoitokokousta osanottajien käsitykset ongelmasta ovat monologisia, mutta hoitokokouksen kuluessa on keskustelua mahdollista muuttaa dialogiseksi. Vain dialogisen dialogin, josta tästä eteenpäin puhutaan yksinkertaisuuden vuoksi dialogina, kautta voi syntyä yhteistä jaettua kokemusta (Seikkula 1994). Dialogia rakentaessaan työryhmä pyrkii kytkemään puheensa asiakkaiden lausumiin ja ohjaamaan keskustelua ongelman kannalta keskeisiin ja terapeuttisesti tärkeisiin aihealueisiin (Haarakangas 1997; Seikkula 1994).

Työryhmän täytyy huolehtia siitä, että jokainen hoitokokouksen osanottaja osallistuu keskusteluun alusta alkaen omia ajatuksiaan kertoen. Potilaan psykoottisia puheenvuoroja ei tule tulkita sairaudeksi vaan pyrkiä käsittelemään niitä potilaalle todellisina asioina (Seikkula & Arnkil, 2005). Potilaan hoito muodostuu sitä moniäänisemmäksi ja rikkaammaksi, mitä enemmän esitetään erilaisia näkökulmia. Siksi hoitavalta työryhmältä edellytetään taitoa kuulla eri äänet osana samaa kertomusta ja rakentaa siltaa eri näkökulmien välille (Seikkula, 1999). Vaikka työryhmä ohjaa keskustelua, heidän on kuunneltava tarkkaan mitä sanat hoitokokoukseen osallistujille merkitsevät (Seikkula &

Arnkil, 2005). Jotkut sanat ovat erityisen merkityksellisiä, koska ne voivat sisältää voimakkaita tunteita. Toisinaan tunteet voivat näkyä, mutta niille ei löydy sanoja. Terapeuttien empaattinen kuuntelu on herkkyyttä täysinäisille sanoille tai sanattomille tunneviesteille (Haarakangas, 2002b). Dialogisessa vuorovaikutuksessa miltei jokainen ilmaus saa merkityksen (Linell, 1998). Vaikka terapeutit seuraavat tarkasti keskustelua, heidän pitää huomioida myös oma sisäinen dialoginsa. Sisäisen dialogin voi katsoa olevan terapeutin teoreettisen tietämyksen ja hänen omien tuntemustensa ja oletustensa välistä dialogia. Kun terapeutti huomioi sisäisen dialoginsa, hän voi niin sanotusti kuunnella kumpaakin sisäisen dialoginsa puolta ja olla tietoinen niiden merkityksestä potilaan tilanteesta tekemissään tulkinnoissa (Lowe, 2005).

McGeen, Del Venton ja Beavin Bavelasin (2005) mukaan terapeuttien esittämät kysymykset ja potilaan sekä hänen perheenjäsentensä antamat vastaukset muodostavat rinnakkaisia pareja. Terapeutin esittämä, potilaan ja hänen perheenjäsentensä lausumiin ja niiden ääniin perustuva, kysymys edellyttää vastausta ja vastaukset herättävät jälleen uusia kysymyksiä tai toteamuksia (Haarakangas, 1997; McGee, Del Vento & Beavin Bavelasi, 2005). Toisaalta perheen on ymmärrettävä kysymyksen merkitys ennen kuin he voivat vastata. Tässä perhe liittyy ymmärryksen luomisen prosessiin käyttäen sekä omaa ajatteluaan että mielikuvitustaan. Terapeutin näkökulma läpäisee potilaan ja hänen perheensä diskursiivisen maailman, mutta se on myös ympäröimässä sitä. Terapeuttien kysymykset sisältävät erilaisia oletuksia ja ne suuntaavat potilasta luomaan erityisen näkökulman omaan kokemukseensa. Kysymykset mahdollistavat tietyt vastaukset rajoittaen muita vastausvaihtoehtoja. Potilaan täytyy käydä uudelleen läpi kokemuksiansa, mutta tehdä myös päätelmiä ja muodostaa samalla uutta käsitystä omasta tilanteestaan. Koska kysymykset edellyttävät vastausta, ne toimivat hyvin dialogin katkaisijoina ja uudelleen suuntaajina. Toisaalta, koska keskustelu etenee koko ajan ja uutta ymmärrystä rakennetaan, terapeutin on keskustelun jatkuessa vaikeaa enää palata aiempiin oletuksiinsa (McGee, Del Vento & Beavin Bavelasi, 2005).

Terapeuttien vastaukset ovat reaktioita niitä edeltäneisiin tapahtumiin ja kertovat vastaajan tavasta tulkita asioita (Linell, 1998). Vastaukset ovat aina kysymyksiä tärkeämpiä, koska lausumat tulevat valmiiksi vastauksissa muodostaen uuden kysymyksen teeman etenemiseksi. Tällöin teema alkaa ohjata keskustelu keskusteluun osallistujien asemasta (Seikkula, 1999). Vastaukseen pyrkiminen on ymmärryksen lähtökohtana. Vastausten merkitys ymmärryksen rakentajana muuttuu erilaiseksi dialogisessa keskus-

telussa, jossa osanottajat rakentavat puheellaan yhteistä merkitystä (Isaacs, 2001). Työryhmän tehtävänä hoitokokouksessa on sallia potilaan perheen päättää aihepiirin rakentamisesta ja vastata jokaiseen perheen aloitteeseen dialogisesti uuden ymmärryksen rakentamiseksi osanottajien välillä (Seikkula, 1999). Perheen tai terapeuttien tekemät aloitteet voivat olla vastaamiseen houkuttelevia eli esimerkiksi vastaamista vaativia suoria kysymyksiä tai sitten ne voivat olla esimerkiksi kommentteja, jotka eivät välttämättä edellytä vastausta (Linell, 1998). Työryhmä kuuntelee ja seuraa perheen keskustelua sellaisenaan ja jatkaa tätä keskustelua keskinäisellä dialogilla, reflektoinnilla, toistaen samalla ääneen muiden osanottajien kertomaa auttaen näin heitä refleктоimaan omia kokemuksiaan (Haarakangas 1997; Seikkula 1994; Seikkula & Arnkil, 2005).

2. TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMA

Tutkimuksessamme tavoitteena oli selvittää terapeuttien vastausten merkitystä dialogin rakentumisessa sekä tutkia dialogisuuden elementtien toteutumista hoitokokouskeskusteluissa. Dialogin rakentaminen perheen ja terapeuttien välillä on erittäin haasteellista, mikäli perheellä on vain vähän mahdollisuuksia rakentaa kielellistä kuvausta elämään ja sen vuoksi on tärkeää tutkia terapeuttien erilaisia keinoja rakentaa dialogia (Seikkula ym., 2001b).

Tutkimuskysymyksemme ovat:

1. Kuinka terapeutit vastauksillaan pystyvät edistämään dialogin rakentumista hoitokokouksissa?
2. Miten dialogisuuden elementit toteutuvat hoitokokouskeskusteluissa?

3. AINEISTON ANALYYSI JA MENETELMÄT

3.1. Tutkimuksen aineisto

Tämän tutkimuksen aineisto on osa valtakunnallisen, 1.4.1992-31.12.1993 toteutetun Akuutin psykoosin integroitu hoito (API) -projektin aineistoa Keroputaan sairaalasta Torniossa. Keroputaan sairaala vastaa yhdessä alueen mielenterveyskeskusten kanssa Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta (Haarakangas 1997; Seikkula & Arnkil, 2005). Tutkimushenkilöiksi valittiin kaikki DSM-III-R:n kriteeristön mukaan skitsofreenistyyppiseen psykoosiin sairastuneet potilaat (Seikkula ym., 2001b). Akuutin psykoosin integroitu hoito – projektin tavoitteena oli kehittää tarpeenmukaisen hoidon mallia akuutin psykoosin hoitoon. Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin alueella API-projekti jatkui 1.1.1994-31.3.1997 aikana ODAP-tutkimuksena (Open Dialogue in Acute Psychosis). Tässä vaiheessa mukaan tutkimukseen otettiin kaikki hoitoon tulleet ei-affektiiviset psykoosipotilaat. Lopullinen aineisto koostui 76 potilastapauksesta. API-jakso oli ODAP-tutkimuksen esivaihe ja ODAP-tutkimus kuvaa avoimen dialogin hoitomallin kehittyneintä vaihetta. Tutkimuksen yhtenä osatavoitteena oli selvittää lääkehoidon merkitystä tilanteessa, jossa hoitojärjestelmä toteuttaa aktiivista psykososiaalista ja psykoterapeuttista hoitoa. Toisaalta tutkimukseen liittyi merkittävänä osana myös avoimen dialogin hoitomallin kehittäminen (Seikkula ym., 2001b; Seikkula & Arnkil, 2005).

Tekemämme tutkimuksen aineistona on kahden ensi kertaa psykoosiin sairastuneen miehen hoitoprosessien aikana nauhoitetut hoitokokouskeskustelut. Saamamme hoitokokoukset olivat valmiiksi transkriboituja. Miehet oli nimetty Samiksi ja Lauriksi. Sami on nuori mies. Hänen vanhempansa ovat eronneet ja Sami asuu äitinsä kanssa hänen sisarustensa asuessa jo omissa kodeissaan. Sami on tällä hetkellä työttömänä. Sami on ollut sairaalassa psykoottisuuden vuoksi pakkolähetteellä hoidossa kaksi kertaa. Sairaalahakojen välillä hän oli kotona vajaat neljä viikkoa. Seitsemännessä hoitokokouksessa, joka oli myös viimeinen käytössämme olleista Samin hoitokokouksista, Sami pääsi itsemurhariskistä huolimatta lomalle sairaalasta. Hän suunnitteli töihin menoa ja omaan asuntoon muuttoa.

Lauri on hoitoon tullessaan opiskelija. Hänen perheeseensä kuuluvat äiti, isä ja kolme veljeä. Perhe haki apua Laurin psykoosista johtuvaan sekavaan käytökseen ja univaikeuksiin. Aivan hoitoprosessin alussa Lauri asui sairaalassa, mutta muutti hoitoprosessin keskivaiheilla takaisin omaan vuokra-asuntoonsa asumaan. Hänen käyttäytymisensä muuttui kuitenkin jälleen sekavaksi eikä hän kyennyt asumaan itsenäisesti vaan palasi asumaan vanhempiensa luokse. Hoitoprosessin loppuvaiheessa, seitsemännessä käsittelemässämme hoitokokouksessa Laurin tilanne on parempi ja hän on aloittanut jälleen opiskelun. Tapaamisia päätetään kuitenkin toistaiseksi jatkaa psykologin ja Laurin keskinäisillä tapaamisilla, mutta myös niin, että koko perhe on läsnä.

Osassa aineistoa oli vielä tunnistetietoja esillä ja muutimme ne ennen aineiston varsinaista käsittelyä. Saimme alun perin käyttöömme viisi Samin hoitokokousta ja viisi Laurin hoitokokousta, mutta johtuen transkriboinnin heikosta laadusta karsimme osan hoitokokouksista. Pyrimme kuitenkin siihen, että molemmilta henkilöiltä tarkempaan analyysiimme sisältyi keskusteluja prosessin alku-, keski- ja loppuvaiheesta. Näin ollen päädyimme sekä Samin että Laurin tapauksessa kolmeen hoitokokoukseen. Samin hoitokokouksista valitsimme toisen, neljännen ja seitsemännen hoitokokouksen ja Laurin hoitokokouksista toisen, viidennen ja seitsemännen hoitokokouksen. Analysoimme molemmat tahoillamme kaikki valitsemamme hoitokokoukset ja kokoonnuimme säännöllisesti vertailemaan analyysiemme tuloksia. Tutkimusmenetelmämme sovelsimme dialogisesta lähestymistavasta, jossa keskitytään tarkastelemaan yksilöiden puhuman puheen merkitystä dialogin rakentumisessa.

3.2. Aineiston analyysi

Tutkimuksemme analyysin aloitimme lukemalla aineiston huolellisesti, useita kertoja läpi. Tämän jälkeen jaoin aineiston hoitokokous kerrallaan episodeihin keskustelun aiheiden perusteella. Linellin (1998) mukaan aihealue-episodit ovat keskustelun osia, jotka ovat dynaamisesti keskittyneet tiettyyn aihealueeseen. Yhteisen keskustelun aihealueet valikoituvat osanottajien halutessa ymmärtää asioita, joista he huomaavat puhuvansa. Aihealue-episodit voivat olla yksiaiheisia tai moniaiheisia, joissa aihe vaihtuu ilman selkeää rajaa. Moniaiheinen episodi voi syntyä myös monen aihealueen ollessa esillä samanaikaisesti. Episodi voi olla myös ilman selkeää teemaa. Näin on usein keskustelua aloitettaessa ja lopetettaessa. Aihealueen vaihtuminen on usein reagointia jo-

honkin keskusteluympäristön tapahtumaan. Puhetta ei voi jakaa aihealueiden perusteella episodeihin tyhjentävästi, sillä henkilöiden puheessa on aina ilmauksia, jotka eivät sovi episodin aiheeseen (Linell, 1998).

Tutkimme kunkin episodin sisällä dialogisuuden elementtien toteutumista. Katsoimme oleelliseksi määritellä, kuinka polyfonisuus hoitokokouskeskusteluissa toteutuu sekä miten epäsymmetrisyys niissä ilmenee. Polyfonisuus on oleellinen osa hoitokokousta eli jokaisen osallistujan mielipiteet ja kokemukset huomioidaan samanarvoisina (Alakare, 1999; Haarakangas, 1997). Polyfonisuus voidaan jakaa horisontaaliseen ja vertikaaliseen polyfonisuuteen. Horisontaalinen polyfonisuus tarkoittaa eri systeemien, esimerkiksi perheen ja hoitosysteemin, äänien esille tuloa keskustelussa, kun vertikaalinen polyfonisuus puolestaan tarkoittaa eri äänien samanaikaista esille tuloa yhden henkilön puheessa (Haarakangas, 1997).

Epäsymmetrisyys tarkoittaa dialogin osanottajien tiedollisista eroista tai epätasa-vertaisuudesta heidän sosiaalisessa asemassaan syntyvää epätasa-arvoisuutta (Linell & Luckmann, 1991; Marková, 1990b). Dialogin jatkumisen kannalta ovat tiedolliset erot välttämättömiä ja dialogi rakentuukin enemmän osanottajien toisiaan täydentävien puheenvuorojen kautta kuin täydelliseen symmetrisyyteen perustuen (Linell, 1998). Huolimatta dialogin epäsymmetrisyydestä keskustelussa on mahdollista viestinnällisen tasa-arvoisuuden syntyminen (Luckmann, 1990). Epäsymmetrisyys ilmenee esimerkiksi jonkun tai joidenkin puhujien dominanssina, joka voi olla semanttista, vuorovaikutuksellista, määrällistä tai näkyä erilaisina strategisina liikkeinä. Semanttisessa dominanssissa puhuja pitää keskustelussa esillä valitsemiaan aiheita ja käyttää puheenvuoroja näistä aiheista puhuttaessa. Vuorovaikutuksellisessa dominanssissa puhuja ohjaa, kontrolloi ja estää muiden osallistujien toimintaa. Määrällinen dominanssi näkyy puheen määrällisenä enemmyytenä ja strategiset liikkeet esimerkiksi erittäin tärkeiden asioiden sanomisena (Linell, 1990).

Haarakankaan (1997) mukaan työryhmän semanttinen dominanssi tai jonkun terapeutin monologinen hallitsevuus ehkäisevät keskustelun moniäänisyyden ja polyfonisuuden kehitystä. Tämän perusteella päädyimme määrittämään hoitokokouskeskusteluista semanttisen ja määrällisen dominanssin, vaikka joissakin tutkimuksissa on painotettu myös vuorovaikutuksen dominanssin merkitystä dialogisuuden tutkimisessa (Majasaari & Tolvanen, 2001; Seikkula, 2002). Semanttisen ja määrällisen dominanssin pohjalta selvitimme myös polyfonisuuden toteutumista. Määrällistä dominanssia laski-

essa selviää hoitokokoukseen osallistujien käyttämien puheenvuorojen määrä. Tärkeää oli selvittää saavatko kaikki kokouksessa olleet henkilöt tilaa puhua ajatuksistaan.

Tarkastelimme myös kuinka hyvin terapeutit onnistuivat kytkeytymään potilaan ja hänen perheensä kielialueelle ja rakentamaan yhteistä kieltä. Kanoninen kytkeytyminen tapahtuu siten, että terapeutit jatkavat keskustelua liittämällä puheenvuoronsa ajallisesti ja sanallisesti edelliseen puheenvuoroon (Linell, 1998). Tässä puheenvuoron sovittamisessa puhujat käyttävät ensimmäisissä kommentissaan samoja sanoja kuin mitä toiset osanottajat ovat käyttäneet ja luovat siten yhteistä kielialuetta, jossa sanojen sisällöt ymmärretään osanottajien kesken samalla tavalla (Seikkula & Haarakangas, 1999). Dialogisuuden rakentuminen hoitokokouksessa edellyttää työryhmän jäseniltä kytkeytymistä potilaan ja hänen perheensä kielialueelle siten, että joustava siirtyminen symboliselta kielialueelta indikatiiviselle kielialueelle ja päinvastoin on mahdollista (Haarakangas, 1997). Indikatiivista puhetta käytetään kerrottaessa välittömästi ja konkreettisesti havaittavissa olevasta kokemusmaailmasta, esimerkiksi hoitoratkaisuista ja lääkityksestä tai arkipäivän tapahtumista. Symbolista puhetta puolestaan käytetään puhuttaessa asioiden merkityksistä. Näin on esimerkiksi usein psykoterapeuttisessa keskustelussa, jossa sanojen merkitys synnytetään terapeutin ja potilaan vuorovaikutuksessa (Haarakangas, 1997).

Analyysissämme Samin hoitokokouksista löytyi kaiken kaikkiaan 261 episodtia ja Laurin hoitokokouksissa yhteensä 120 episodtia. Tarkempaan analyysiimme valitsimme sekä Samin että Laurin hoitokokouksista kolme episodtia, joissa dialogisuuden eri elementit olivat esillä ja kolme episodtia, jossa näin ei ollut. Määrittelimme episodeja erottaviksi dialogisuuden elementeiksi polyfonisuuden, kielellisen kytkeytymisen ja reflektoinnin, joiden perusteella valitsimme ns. hyvän dialogin episodeiksi ne episodit, joissa nämä toteutuivat ja ns. huonon dialogin episodeiksi ne episodit, joissa polyfonisuus, kielellinen kytkeytyminen ja reflektointi eivät toteutuneet. Yhteensä tutkimme siis 12 episodtia. Ensimmäiseksi määrittelimme valitsemistamme episodeista kielen indikatiivisuuden ja symbolisuuden. Tarkoituksenamme oli selvittää vastattiinko terapeuttien indikatiiviseen tai symboliseen puheeseen samanlaisella puheella vai pystyttiinkö kokouksissa siirtymään joustavasti kielialueelta toiselle. Halusimme myös selvittää, kuinka paljon terapeuttien käyttämällä puheella on yhteyttä potilaan ja hänen perheensä käyttämään puheeseen.

Tarkastelimme myös reflektoinnin ilmenemistä hoitokokouskeskustelussa. Työryhmän reflektointia seuranneita perheen vastauksia analysoimalla tutkimme, kuinka potilas ja hänen perheensä reagoivat työryhmän keskinäiseen reflektointiin. Analysoimme perheenjäsenten vastaukset alla esitetyn Ephsteinin luokittelun mukaisesti.

Tutkimuksemme kannalta tärkein vaihe analyysissa oli terapeuttien vastausten luokittelu kielitieteilijä Mihail Ephsteinin (1987) kehittämän sanaston pragmaattisen analyysin perusteella. Sovelsimme hänen kehittämäänsä sanaston luokittelua löytääksemme dialogisuuden rakentumista edistävät ja sitä ehkäisevät vastaukset. Ephstein kuvaa kielen sanastossa toimivaa pragmaattista mallia, joka määrää sen, miten sanoja käytetään ja miten ne ilmentävät arvottamisen mekanismeja. Sanat voidaan luokitella kolmeen eri luokkaan. Ensimmäisen luokan sanat eivät osoita millään tavalla puhujan suhdetta tarkoitettuihin ilmiöihin. Toisen luokan sanat ilmaisevat erilaisia suhtautumistapoja ja arvostelmia, mutta ne eivät osoita sitä, mihin asiaan tai ilmiöön nämä arvostelmat kohdistuvat. Kolmanteen luokkaan kuuluvia sanoja sanotaan pragmeemoiksi ja ne viittaavat tiettyyn ilmiöön ja ilmaisevat sen arvostelman. Pragmeemin merkityksen tulkinta ei ole kovin riippuvainen kontekstista tai puheympäristöstä, koska se sisältää merkitykset itsessään.

Pragmeemien välillä on neljänlaisia suhteita. Suhde voi olla kontraarinen eli pragmeemien esineelliset ja arvottavat merkitykset voivat olla vastakkaisia. Konversiivisessa suhteessa pragmeemeilla on samanlaiset tai samankaltaiset asiamerkitykset ja vastakkaiset arvostelmat. Kokonaiset lauseet voivat olla keskenään arvostelmakonversio-suhteessa. Korrelatiivinen suhde tarkoittaa sitä, että sanoilla on vastakkaiset esinemerkit, mutta samanlaiset arvostukset. Substituuttiyhteydessä sanojen esineelliset ja arvostelmamerkitykset ovat samanlaiset ja ne voidaan nähdä toisensa korvaavina pragmeemoina. Nämä neljä pragmeemien välistä suhdetta muodostavat yhdessä tetradin. Tetradi on kielen syvärakenne, joka näkyy puheessa vain erillisinä katkelmina (Ephstein, 1987).

Tutkimuksessamme keskityimme tarkastelemaan korrelatiivisen, konversiivisen ja kontraarisen puhetyypin esiintymistä hoitokokouskeskusteluista valitsemisamme episodeissa. Korrelatiiviseksi puhetyypiksi määrittelimme puheen, joka myötäilee edellisen puhujan sanomaa ilman, että tuo keskusteluun mitään uutta. Konversiiviseksi puhetyypiksi puolestaan määrittelimme puheen, joka myötäilee edellistä puheenvuoroa, mutta myös tarjoaa uutta tietoa tai sisältää esimerkiksi tarkentavan kysymyksen. Kon-

versiivisesti puhuva henkilö on siis edellisen puhujan kanssa samaa mieltä, mutta kertoo lisäksi täydentävää tietoa jo esillä olleesta tai täysin uudesta aiheesta. Puhuja voi myös kysyä kysymyksiä ja siten pyrkiä tuomaan esiin uutta tietoa. Kontraarisiksi puhetyypiksi määrittelimme puheen, joka on vastakkainen edelliseen puheenvuoron nähden, esimerkiksi kieltää jo kerrotun asian totuudenmukaisuuden. Tarkoituksenamme oli selvittää löytyykö puhetyypeistä jonkinlaista dialogisuutta rakentavaa ja siten keskustelua eteenpäin vievää kaavaa.

Etsimme pragmeemien välisiä suhteita sekä episodeista, joissa dialogisuuden eri elementit olivat esillä että episodeista, joissa dialogisuuden eri elementtejä ei juuri esiintynyt. Laurin hoitokokouksissa tulkinnat puhetyypistä tehtiin sekä verraten puheenvuoroa keskustelun kulkuun yleisesti että tulkiten mainitun äänensävyn merkitystä. Toisin kuin Laurin hoitokokouksissa ei Samin hoitokokouksien transkribointeihin ollut kirjattu lainkaan ylös puhujan äänensävyjä, joten Samin hoitokokouksia analysoitaessa oli puhetyyppien tutkiminen erittäin konkreettista. Analysoimme myös pragmeemien välisten suhteiden esiintymistä potilaan ja hänen perheensä terapeuttien reflektointia seuranneesta puheesta. Tuloksia raportoidessamme käytimme tekstissä kaikista työryhmän jäsenistä yhteisnimeä 'terapeutit', koska hoitavan työryhmän jäsenen koulutuksesta riippumatta hän toimi työryhmässä terapeuttina. Prosenttiluvut pyöristimme kokonaisluvuiksi tulosten selkeämmän luettavuuden takia. Pyöristäminen joidenkin tulosten osalta aiheutti sen, että prosenttien kokonaissumma vaihteli hieman sadan prosentin molemmin puolin.

4. TULOKSET

4.1. Yleinen kuvaus

Määrällinen dominanssi laskettiin Samin ja Laurin hoitokokouksissa henkilöiden käyttämien puheenvuorojen määrän mukaan. Samin hoitokokouksissa, kaikki analysoidut kokoukset yhteenlaskettuina, perheenjäsenet käyttivät enemmän puheenvuoroja (57%) verrattuna työnryhmään (43%). Myös Laurin hoitokokouksessa määrällinen dominanssi verrattaessa perheen puheenvuoroja (52%) työryhmän jäsenten käyttämiin puheenvuoroihin (48%) oli perheellä (ks. taulukko 1).

TAULUKKO 1. Määrällisen dominanssin jakautuminen perheenjäsenten ja työryhmän välillä Samin ja Laurin hoitokokouksissa.

Määrällinen dominanssi		
Henkilöryhmä	Samin hoitokokoukset	Laurin hoitokokoukset
Perheenjäsenet	57%	52%
Työryhmä	43%	48%
Yhteensä	100%	100%

Samin hoitokokouksissa keskustelun aihealueet vaihtuivat usein, kun taas Laurin hoitokokouksissa keskustelu jatkui samasta teemasta pidempään. Samin ensimmäisessä analysoidussa hoitokokouksessa (2. hoitokokous) uusia aiheita tuli keskustelussa esiin 31 ja keskustelussa jo esillä olleeseen aiheeseen palattiin 27 kertaa. Laurin ensimmäisessä analysoidussa hoitokokouksessa (2. hoitokokous) uusia aiheita oli 17 ja jo esillä olleeseen aiheeseen palattiin 12 kertaa. Samin toisessa analysoidussa hoitokokouksessa (4. hoitokokous) uusia aiheita aloitettiin 41 ja hoitokokouksen aikana esillä olleisiin teemoihin palattiin 42 kertaa. Laurinkin tapauksessa toisessa analysoidussa hoitokokouksessa (5. hoitokokous) oli teemoja esillä enemmän kuin aivan alkuvaiheen hoitokokouksessa. Laurin toisessa analysoidussa hoitokokouksessa oli uusia aiheita 34 ja hoitokokouksen aikana jo esillä olleeseen aiheeseen palattiin 29 kertaa. Samin kolmannessa analysoimassamme hoitokokouksessa (7. hoitokokous), joka oli myös kestoltaan pidempi kuin aiemmat hoitokokoukset, käsiteltiin 56 uutta aihetta ja jo esillä olleisiin aiheisiin

palattiin 64 kertaa. Laurin kolmannessa analysoimassamme hoitokokouksessa oli uusia aihealueita 19 ja kokouksen aikana esillä olleisiin aihealueisiin palattiin 9 kertaa (ks. taulukko 2).

TAULUKKO 2. Episodien lukumäärä Samin ja Laurin hoitokokouksissa. Uusi aihe tarkoittaa uuden aiheen tuomista keskusteluun ja vanha aihe keskustelussa jo käsitellyn teemaan ottamista uudelleen esille.

Episodien lukumäärä %											
Samin hoitokokoukset						Laurin hoitokokoukset					
2. hoitokok.		4. hoitokok.		7. hoitokok.		2. hoitokok.		5. hoitokok.		7. hoitokok.	
58		83		120		29		63		28	
uusi aihe	vanha aihe	uusi aihe	vanha aihe	uusi aihe	vanha aihe	uusi aihe	vanha aihe	uusi aihe	vanha aihe	uusi aihe	vanha aihe
31	27	41	42	56	64	17	12	34	29	19	9

Symbolisen ja indikatiivisen puheen esiintymisessä oli eroja Samin ja Laurin hoitokokousten välillä. Samin hoitokokouksissa symbolista ja indikatiivista puhetta esiintyi yhtä paljon, molempia oli analysoiduissa episodeissa esiintyvistä puheesta 48%. Laurin hoitokokouksissa esiintyi puolestaan huomattavasti enemmän symbolista kuin indikatiivista puhetta. Laurin hoitokokouksista analysoimistamme episodeista oli symbolisen puheen osuus 66% ja indikatiivisen puheen osuus 29%. Samin hoitokokouksista analysoiduissa episodeissa esiintyvistä puheenvuoroista oli 2% sellaisia, joissa puhe vaihtui kesken puheenvuoron symbolisesta indikatiiviseksi puheeksi. Laurin hoitokokouksissa analysoiduista episodeista tällaisia puheenvuoroja oli 1%. Samin hoitokokouksista analysoiduista episodeista esiintyvistä puheenvuoroista puhe vaihtui indikatiivisesta symboliseksi 2% puheenvuoroista. Laurin tapauksessa tämä oli hieman yleisempää puheen muuttuessa 4% indikatiivisesta symboliseksi puheeksi (ks. taulukko 3).

TAULUKKO 3. Symbolisen ja indikatiivisen puheen esiintyminen puheenvuoroissa prosentteittain Samin ja Laurin hoitokokouksista analysoimissamme 12 episodissa. Taulukossa ovat mukana myös puheenvuorot, joissa puhe muuttuu symbolisesta indikatiiviseksi kesken puheenvuoron tai päinvastoin.

Symbolinen ja indikatiivinen puhe							
Samin hoitokokoukset				Laurin hoitokokoukset			
Symb.	Ind.	Symb./Ind	Ind./Symb	Symb.	Ind.	Symb./Ind	Ind./Symb
48	48	2	2	66	29	1	4
100%				100%			

Korrelatiivisen, konversiivisen ja kontraarisen puhetyypin esiintymisessä oli eroja Samin ja Laurin hoitokokousten välillä. Kaikista Samin analysoiduista puheenvuoroista korrelatiivisia oli 24%, kun taas Laurin hoitokokousten puheenvuoroista korrelatiivisia oli 43%. Konversiivisen puhetyypin esiintymisessä oli myös eroja. Samin hoitokokouksista analysoiduista puheenvuoroista konversiivisia oli 66%, kun Laurin hoitokokouksien analysoiduista puheenvuoroista konversiivisia oli puolestaan 51%. Kontraarisen puhetyypin esiintyminen oli Samin ja Laurin hoitokokouksissa selkeästi vähäisempää kuin korrelatiivisen tai konversiivisen puhetyypin esiintyminen. Samin hoitokokouksien analysoiduista puheenvuoroista kontraarisia oli 10% ja Laurin hoitokokousten analysoiduista puheenvuoroista niitä oli 6% (ks. taulukko 4).

TAULUKKO 4. Puhetyyppien esiintyminen puheenvuoroissa prosentteittain Samin ja Laurin hoitokokouksista analysoimissamme 12 episodissa.

Konversiivinen, korrelatiivinen ja kontraarinen puhetyyppi					
Samin hoitokokoukset			Laurin hoitokokoukset		
korrel.	konvers.	kontra.	korrel.	konvers.	kontra.
24	66	10	43	51	6
100%			100%		

4.2. Tapaus Sami

Analysoimiimme kolmeen Samin hoitokokoukseen osallistuvista perheenjäsenistä Samin lisäksi hänen äitinsä, yksi hänen sisaruksistansa, kaksi tätiänsä sekä perhetuttava Pasi. Perustyöryhmän muodostivat nais- ja miesterapeutti. Lisäksi paikalla oli vaihtelevasti muita työntekijöitä. Kolmannessa analysoidussa hoitokokouksessa oli paikalla uutena työryhmän jäsenenä miesterapeutti 2, joka ei enää jatkanut kokouksen jälkeen työskentelyä työryhmässä, vaan oli vain ikään kuin konsultoimassa. Määrällinen dominanssi jakaantui Samin tapauksessa niin, että hän itse dominoi määrällisesti tutkituista kolmesta hoitokokouksesta kahta ja hänen äitinsä yhtä hoitokokousta (ks. taulukko 5).

TAULUKKO 5. Määrällisen dominanssin jakautuminen Samin hoitokokouksissa henkilöittäin.

Henkilö	2. hoitokokous		4. hoitokokous		7. hoitokokous	
	Määrä	Prosentti	Määrä	Prosentti	Määrä	Prosentti
Sami	62	21	38	9	254	28
Äiti	53	18	116	28	96	11
Sisko			40	10		
Perhetuttu Pasi			31	7		
Täti					210	23
2. täti					20	2
Naisterapeutti	45	16	76	18	56	6
Miesterapeutti	58	20	78	19	50	6
2. miesterapeutti					159	18
Naishoitaja	44	15	32	8		
2. naishoitaja			3	1		
Mieshoitaja	28	10				
Lääkäri					23	3
Omahoitaja					12	1
NPSY:n työntekijä					16	2
Sairaanhoitaja					5	1
2. sairaanhoitaja					1	0,1
JP harjoittelija					2	0,2
Yhteensä	290	100	414	100	904	101,3

Samin hoitokokouksissa käsiteltiin erilaisia teemoja. Tutkituista kolmesta hoitokokouksesta ensimmäisessä käsiteltiin yhteensä 31 teemaa, toisessa 41 teemaa ja kolmannessa 56 teemaa. Kokouksessa jo esillä olleeseen aiheeseen palattiin tutkituista kolmesta hoitokokouksesta ensimmäisessä 27 kertaa, toisessa 42 kertaa ja kolmannessa 64 kertaa. Samaan aiheeseen saatettiin palata keskustelun kuluessa useampaan otteeseen. Käsitellyistä kokouksista ensimmäisessä uusia aiheita toi keskusteluun mukaan eniten naisterapeutti, kun jo esillä olleisiin aiheisiin puolestaan palasi eniten Samin äiti. Toisessa analysoidussa hoitokokouksessa semanttinen dominanssi oli sekä uusien että vanhojen aiheiden esille nostamisessa miesterapeutilla. Kolmannessa analysoiduista hoitokokouksista uusia teemoja aloitti eniten Samin täti, kun vanhoihin aiheisiin palasi eniten toinen miesterapeutti (ks. taulukko 6).

TAULUKKO 6. Semanttisen dominanssin jakautuminen Samin hoitokokouksissa prosentteina. Uusi aihe tarkoittaa uuden aiheen tuomista keskusteluun ja vanha aihe keskustelussa jo käsitellyn teemaan ottamista uudelleen esille.

Henkilö	2. hoitokokous		4. hoitokokous		7. hoitokokous	
	uusi aihe	vanha aihe	uusi aihe	vanha aihe	uusi aihe	vanha aihe
Sami	-	7	5	10	18	11
Äiti	23	30	24	17	5	5
Sisko			7	2		
Perhetuttu Pasi			7			
Täti					32	23
2. täti					2	3
Naisterapeutti	29	15	20	24	7	8
Miesterapeutti	26	22	27	29	2	8
2. miesterapeutti					25	33
Naishoitaja	16	-	10	19		
2. naishoitaja			-	-		
Mieshoitaja	6	26				
Lääkäri					-	-
Omahoitaja					2	6

(jatkuu)

TAULUKKO 6. (jatkuu)

NPSY:n työntekijä					7	-
Sairaanhoitaja					-	-
2. sairaanhoitaja					-	-
JP harjoittelija					-	2
Yhteensä	100	100	100	101	100	99

Dialogisuuden elementeistä kielellistä kytkeytymistä ja reflektointia esiintyi hoitokokouksissa vaihtelevasti. Kolmesta analysoidusta Samin hoitokokouksesta kielellistä kytkeytymistä esiintyi ensimmäisessä 4 kertaa, toisessa 14 kertaa ja kolmannessa 31 kertaa. Terapeuttien välistä reflektointia ei esiintynyt analysoiduista hoitokokouksista ensimmäisessä kertaakaan, toisessa analysoidussa hoitokokouksessa viisi kertaa ja kolmannessa analysoidussa hoitokokouksessa 11 kertaa.

Episodeista, joissa dialogisuuden elementtejä esiintyi oli symbolista puhetta sisältäviä puheenvuoroja 60% (37 kpl) ja indikatiivista puhetta sisältäviä puheenvuoroja 35,5% (22 kpl). Puheenvuoroja, joissa puhe muuttui symbolisesta indikatiiviseksi kesken puheenvuoron oli 3% (2 kpl) ja puheenvuoroja, joissa puhe muuttui kesken puheenvuoron indikatiivisesta symboliseksi oli 1,5% (1 kpl). Episodeista, joissa dialogisuuden eri elementtejä ei esiintynyt oli indikatiivista puhetta sisältäviä puheenvuoroja 79% (19 kpl) ja symbolista puhetta sisältäviä puheenvuoroja 17% (4 kpl) sekä puheenvuoroja, joissa indikatiivinen puhe muuttui symboliseksi kesken puheenvuoron 4% (1 kpl).

Tutkittaessa, miten terapeuttien käyttämä symbolinen tai indikatiivinen puhe on yhteydessä potilaan ja hänen perheensä vastauksessaan käyttämään puheeseen, ei analysoitu kohtia, joissa terapeutit refleктоivat tai perheenjäsenet keskustelevat keskenään, koska niissä kohdissa terapeutit ja perheenjäsenet eivät keskustelleet toistensa kanssa. Episodit saattoivat olla miltei kokonaan indikatiivista tai symbolista puhetta, mutta paikoin indikatiivisten ja symbolisten puheenvuorojen vuorottelu oli nopeaa. Kun Samin äiti esimerkiksi sanoi symbolista puhetta käyttäen: ”Kun mulla on ollut vaikeuksia, niin mulla on sisu kasvanut, että vaikeudet on voitettaviksi.” Terapeutti vastasi tähän indikatiivisella puheella: ”Aha, kenen kanssa sää olet niitä jakanut sitten?”, johon Samin äiti vastasi indikatiivisella puheella: ”No, on tietystikin tullut soiteltua sukulaisille... osa on niin kuin... saanut tukea ja sillai.”. Tämän jälkeen keskustelu jatkui symbolista puhetta käyttäen terapeutin sanoessa: ”Joo... ja se on tuntunut sallitulta sitten.”, johon Samin äiti vastasi myöntävästi.

Episodeissa, joissa dialogisuuden elementtejä oli esillä terapeutin symboliseen puheeseen vastattiin symbolisesti 50 %:ssa vastauksista (10 krt). Seuraavaksi eniten, 35%, oli dialogia, jossa terapeutin indikatiiviseen puheeseen vastattiin indikatiivisesti (7 krt). Terapeutin symboliseen puheeseen vastattiin indikatiivisesti 10%:ssa puheenvoroista (2 krt) ja terapeutin indikatiiviseen puheeseen vastattiin symbolisesti viidessä prosentissa puheenvoroista (1 krt). Episodeissa, joissa dialogisuus ei toteutunut esiintyi eniten puheenvoroja, joissa terapeutin indikatiiviseen puheeseen vastattiin indikatiivisesti, 90% (9 krt). Näistä tapauksista yhdessä perheenjäsenen vaihtoi puheenvuoronsa aikana puheensa indikatiivisesta symboliseksi. Seuraavaksi eniten esiintyi puheenvoroja, joissa terapeutin symboliseen puheeseen vastattiin symbolisesti, 10% (1 krt) (ks. taulukko 7).

TAULUKKO 7. Terapeuttien käyttämän indikatiivisen tai symbolisen puheen yhteys perheenjäsenten käyttämään puheeseen.

”Hyvä dialogi”		”Huono dialogi”	
määrä	prosentti	määrä	prosentti
symbolinen-symbolinen		symbolinen-symbolinen	
10	50%	1	10%
symbolinen-indikatiivinen		symbolinen-indikatiivinen	
2	10%	-	
indikatiivinen-indikatiivinen		indikatiivinen-indikatiivinen	
7	35%	9	90%
indikatiivinen-symbolinen		indikatiivinen-symbolinen	
1	5%	-	
Yhteensä			
20	100%	10	100%

Samin tapauksessa dialogisuuden elementtejä sisältävissä episodeissa käytetyistä puheenvoroista eri dialogisuuden elementtejä sisältävistä episodeista konversiivisia oli 65% (40 kpl), korrelatiivisia 26% (16 kpl) ja kontraarisia 10% (6 kpl). Episodeista, joissa dialogisuuden elementtejä ei ollut esillä oli konversiivisia 75% (18 kpl), korrelatiivisia 21% (5 kpl) ja kontraarisia 4% (1 kpl).

Tutkittaessa terapeuttien puheenvuoron puhetyypin yhteyttä potilaan ja hänen perheensä puheenvuoron puhetyyppiin jätettiin episodeissa huomioimatta kohdat, joissa reflektoitiin, koska niissä kohdissa perhe ei puhunut vaan terapeutit keskustelivat kes-

kenään. Kohdat, joissa refleктоitiin analysoitiin erikseen, jotta saatiin selville millä tavoin perheenjäsenet reagoivat terapeuttien reflektointiin. Puheenvuorojen puhetyyppejä analysoitaessa jätettiin huomioimatta myös kohdat, joissa perheenjäsenet kävivät keskenään dialogia.

Episodeissa, joissa dialogisuuden elementit toteutuivat oli käytetyin puhetyyppi sellainen, jossa perheenjäsen vastasi terapeutin konversiiviseen puheenvuoroon korrelatiivisella (47%). Seuraavaksi eniten oli puheenvuoroja, joissa terapeuttien konversiiviseen puheenvuoroon vastattiin konversiivisella puhetyypillä (26%). Puheenvuoroja, joissa terapeuttien konversiiviseen puheenvuoroon vastattiin kontraarista puhetyyppiä käyttäen oli 16%. Vähiten esiintyi puheenvuoroja, joissa terapeutin korrelatiiviseen puheenvuoroon vastattiin konversiivisesti (11%) (ks. esimerkki 1).

Esimerkki 1. Puhetyyppien esiintyminen ns. hyvän dialogin episodissa

Miesterapeutti 2: Sisaruksilla on vähän erilainen näkemys niistä vaikeuksista. Täti oli sitä mieltä, ettei tämmönen elämä ole vaikeeta, mitä Samilla ja äidillä on... (konversiivinen puhe)

Äiti: Eihän hän tiedä. (korrelatiivinen puhe)

Täti: Eiku... (kontraarinen puhe)

Miesterapeutti 2: Mutta tuota on ollut näitä vaikeuksia. Onko sitten... (konversiivinen puhe)

Täti: Anteeksi vain, mie en tarkoittanut, että mää väheksyn kenenkään vaikeuksia. (kontraarinen puhe)

Miesterapeutti 2: Niin, että onko sitten niin, että tavallaan on niinkun... mitenhän mää sen sanoisin... niin kuin kiellettyä sitten kokea niitä vaikeuksia, jos niitä tulee. On kiellettyä sitten ajatella, että ahaa tässä on vaikeuksia, jos on semmonen tieto, että muilla on vielä vaikeampaa. (konversiivinen puhe)

Äiti: Kyllä mulla on. (korrelatiivinen puhe)

Täti: Ei kun mää en sitä tarkoittanut, että niin, tokihan mie en väheksy. (kontraarinen puhe)

Äiti: Kun mulla on ollut vaikeuksia, niin mulla on sisu kasvanut, että vaikeudet on voitettaviksi. (konversiivinen puhe)

Episodeissa, joissa dialogisuuden eri elementit eivät toteutuneet oli käytetyin puheenvuoro sellainen, jossa terapeutin konversiiviseen puhetyyppiin vastattiin konversiivisesti (70%). Puheenvuoroja, joissa potilas tai hänen perheensä vastasi terapeutin korrelatiiviseen puheenvuoroon korrelatiivisesti tai konversiivisesti esiintyi molempia saman verran (10%). Saman verran oli myös puhetta, jossa terapeutin konversiiviseen puheenvuoroon vastattiin kontraarisella puhetyypillä (10%) (ks. esimerkki 2 ja taulukko 8).

Esimerkki 2. Puhetyyppien esiintyminen ns. huonon dialogin episodissa

Mieshoitaja: Mitä sää noin muuten touhuilet sitten? Ootko tota töissä tai kortistossa tai? (konversiivinen puhe)

Sami: Hmm. Mää oon pari kertaa töissä ollu, työttömänä ja. (konversiivinen puhe)

Mieshoitaja: Saatto sää jostakin sitte niinku ammattiliiton kautta päivärahaa?

Sami: Rakennusliitosta. (konversiivinen puhe)

Naishoitaja: Koska sä oot ollu töissä viimeks? (konversiivinen puhe)

Sami: Kesäkuun puolivälissä. (konversiivinen puhe)

Naishoitaja: Oliko sulla semmonen pitempikin työsuhde? (konversiivinen puhe)

Sami: Puoli vuotta, sitä ennen ihan satunnaisia. En mää mitään oppikouluja ole käynyt, että mää muuten vaan rakennuksella. (konversiivinen puhe)

Mieshoitaja: Ootko sää paljon muita hommia tehnyt ku rakennushommia sitten? (konversiivinen puhe)

Sami: Ei kun tuo mun eno on koneurakoitsijana. Sen kanssa oon ollu Lapissa, muovimöykkyjä vietiin, pylväänrötisköitä pystytettiin. (konversiivinen puhe)

Mieshoitaja: Joo. (korrelatiivinen puhe)

Sami: Joo. (korrelatiivinen puhe)

Naisterapeutti: Hmm. (korrelatiivinen puhe)

Samin ja hänen perheenjäsentensä vastauksia terapeuttien reflektointiin analysoitiin kahdesta episodista, joissa oli reflektointia tapahtunut. Reflektoinnin loputtua analysoitiin kaikki ne perheen puheenvuorot, jotka esiintyivät ennen kuin joku terapeuteista puhui seuraavan kerran tai kunnes aihealue-episoodi vaihtui. Molempien reflektointien jälkeen perheenjäsenet alkoivat keskustella keskenään. Ensimmäinen perheen keskuste-

lu kesti terapeuttien reflektoinnin jälkeen seitsemän puheenvuoron ajan, joista kuusi oli konversiivisia ja yksi korrelatiivinen. Toisessa episodissa perheenjäsenten puheenvuoroja oli terapeuttien reflektoinnin jälkeen neljä, joista kaksi oli konversiivisia ja korrelatiivisia sekä kontraarisia puheenvuoroja oli molempia yksi (ks. taulukko 9).

TAULUKKO 8. Terapeuttien puhetyypin yhteys Samin ja hänen perheensä puhetyypiin.

”Hyvä dialogi”		”Huono dialogi”	
määrä	prosentti	määrä	prosentti
korrel. – korrel.		korrel. – korrel.	
-	-	1	10%
korrel. – konvers.		korrel. – konvers.	
2	11%	1	10%
korrel. – kontra.		korrel. – kontra.	
-		-	
konvers. – korrel.		konvers. – korrel.	
9	47%		
konvers.- konvers.		konvers.- konvers.	
5	26%	7	70%
konvers. – kontra.		konvers. – kontra.	
2	16%	1	10%
Yhteensä			
19	100%	10	100%

TAULUKKO 9. Perheenjäsenten puheenvuorojen puhetyypit terapeuttien reflektoinnin jälkeen.

Episodi	korrelatiivinen		konversiivinen		kontraarinen		yhteensä	
	määrä	prosentti	määrä	prosentti	määrä	prosentti	määrä	prosentti
1.	1	25%	2	50%	1	25%	4	100%
2.	1	14%	6	86%	-		7	100%

Esimerkki 3. Reflektointia sisältävä episodi Samin hoitokokouksessa

Miesterapeutti 2: Mulle tulee mieleen semmonen ajatus, en tiedä miltä se teistä kuulostaa, mutta kun äiti ja täti, äiti ja Heli ovat vähän eri mieltä siitä, että minkälaiset vaikeudet pitää ottaa tosissaan ja että tuota, että niinku onko tää vaikeeta, vai onko tää vain sellainen asia, minkä elämä sitte ratkasee. Niin tuli mieleen se, minkä Sami sano tuossa äsken, että nää on sellaisia asioita, mitä hänen itse pitäis ratkasta. Että ikään kuin hän itse kävisi samanlaista kädenvääntöä mielessään, että onko tää sellainen vaikeus, mistä mennään puhumaan jonku kanssa, vai onko tää sellainen vaikeus, mikä pitää ite ratkaista, olkoonkin, että pitää mennä vaikka yötä myöten kävelemään ja sen...

Miesterapeutti 1: Mikä on sitten niin suuri vaikeus, että sen voi hyväksyä, että...

Miesterapeutti 2: Mhm...

Miesterapeutti 1: ...hyväksyä todella suureksi vaikeudeksi. Sen määki olen samaa mieltä sun kanssa, että todella vaikeeta heillä on ollut ja tuota että isoja menetyksiä, jotka on sitte jotenkin vaan kärsitty. Onko heidän tapa sitte vaan, että jokainen pyrkii kärsimään omat kärsimyksensä ilman, että tuottaa huolta muille.

Naisterapeutti: Mää kanssa mietin, että silloin tässä mtt:ssä kun kerran tavattiin, niin Sami sano vähän vihasenakin, että mitä te nyt ootta hänen ahistuksestaan kiinnostuneita, ku hänhän on ollut ahistunut ja pelännyt koko ikänsä, että mikä se nyt sen kiinnostuksen herätti...

Miesterapeutti 2: Hän on sitten ilmeisesti ratkaissutkin ne sitten aina...

Täti: Eikäs se ahdistuskin kuulu jokaisen elämään?

Äiti: Tottakai.

Täti: Mutta silloin, kun se menee yli sietokyvyn, niin...

Sami: Onko se mennyt sitten?

Täti: ... niin silloin pitää apua hakea.

Sami: Onko mulla mennyt se yli?

Täti: Eiku säähän ite tiedät sen asian.

Miesterapeutti 2: Se on ainakin, se tuntuu, että se on mennyt omaisten, läheisten sietokyvyn ylitse.

Terapeutit käsittelevät reflektoinnissaan hetkeä aikaisemmin hoitokokouksessa esillä ollutta teemaa. Perheenjäsenet ovat seuranneet reflektointia ja jatkoivat aiheesta

keskustelua keskenään kuuden puheenvuoron verran. Samin täti ei vastaa Samin esittämään kysymykseen vaan miesterapeutti päättää keskustelun aiheesta vastaamalla Samin kysymykseen sietokyvyn ylittämistä. Sen jälkeen keskustelu jatkuu toisesta teemasta.

4.3. Tapaus Lauri

Laurin kolmeen käsittelemäämme hoitokokoukseen osallistuivat perheenjäsenistä Laurin lisäksi hänen äitinsä, isänsä ja yksi hänen veljistään. Laurin ”Ville” -veli osallistui kahteen hoitokokoukseen, mutta Laurin muut veljet eivät olleet tarkastelluissa hoitokouksissa mukana. Hoitavan työryhmän muodostivat poliklinikan psykologi, kaksi naisterapeuttia sekä miesterapeutti. Miesterapeutti ei ollut yhdessä kolmesta analysoidusta hoitokokouksesta paikalla. Määrällinen dominanssi jakaantui Laurin tapauksessa niin, että ensimmäisessä hoitokokouksessa puheenvuoroja käytti eniten psykologi, toisessa Lauri ja kolmannessa hoitokokouksessa Laurin äiti (ks. taulukko 10).

TAULUKKO 10. Määrällisen dominanssin jakautuminen Laurin hoitokokouksissa henkilöittäin.

Henkilö	2. hoitokokous		5. hoitokokous		7. hoitokokous	
	Määrä	Prosentti	Määrä	Prosentti	Määrä	Prosentti
Lauri	55	17	197	25	68	21
Isä	35	11	39	5	38	12
Äiti	25	8	125	16	75	23
Veli	26	8	61	8		
Psykologi	99	30	130	17	68	21
1. naisterapeutti	41	12	187	24	9	3
2. naisterapeutti	47	14	41	5	6	2
miesterapeutti	5	2			64	20
Yhteensä	333	102	780	100	328	102

Laurin kolmessa analysoidussa hoitokokouksessa erilaisia teemoja käsiteltiin yhteensä 68 niin, että ensimmäisessä hoitokokouksessa oli 17 teemaa, toisessa 34 teemaa ja kolmannessa hoitokokouksessa 19 teemaa. Kokouksessa jo aiemmin esiintyneeseen aiheeseen palattiin tutkituista kolmesta hoitokokouksesta ensimmäisessä 12 kertaa, toisessa

29 kertaa ja kolmannessa 9 kertaa. Ensimmäisessä analysoidussa hoitokokouksessa uusia aiheita toivat keskusteluun mukaan eniten psykologi ja toinen naisterapeutti. Psykologi palasi myös useimmin jo esillä olleisiin aiheisiin. Toisessa analysoidussa hoitokokouksessa uusia teemoja aloitti eniten Laurin äiti ja hän myös palasi jo esillä olleisiin aiheisiin useimmin toisen naisterapeutin ohella. Kolmannessa analysoidussa hoitokokouksessa semanttinen dominanssi oli uusien aiheiden esille nostamisessa miesterapeutilla. Miesterapeutti palasi psykologin ohella useimmin aiemmin jo käsiteltyihin aiheisiin (ks. taulukko 11).

TAULUKKO 11. Semanttisen dominanssin jakautuminen Laurin hoitokokouksissa prosentteittain. Uusi aihe tarkoittaa uuden aiheen tuomista keskusteluun ja vanha aihe keskustelussa jo käsitellyn teemaan ottamista uudelleen esille.

Henkilö	2. hoitokokous		5. hoitokokous		7. hoitokokous	
	Uusi aihe %	Vanha aihe %	Uusi aihe %	Vanha aihe %	Uusi aihe %	Vanha aihe %
Lauri	-	8	12	17	11	11
Isä	-	-	6	3	-	-
Äiti	6	8	35	28	16	11
Veli	-	-	-	-		
Psykologi	41	67	21	17	16	33
1. naisterapeutti	41	8	21	28	-	11
2. naisterapeutti	12	8	6	7		
miesterapeutti	-	-			58	33
Yhteensä	100	99	101	100	101	99

Laurin kolme analysoitua hoitokokousta sisälsivät dialogisuuden elementeistä kielellistä kytkeytymistä enemmän kuin terapeuttien välistä reflektointia. Kolmessa hoitokokouksessa kielellistä kytkeytymistä esiintyi ensimmäisessä 12 kertaa, toisessa 26 kertaa ja kolmannessa hoitokokouksessa 5 kertaa. Terapeuttien välistä reflektointia esiintyi yhdessä valitussa hoitokokouksessa 2 kertaa, kahdessa muussa ei kertaakaan.

Episodeista, joissa dialogisuuden elementtejä esiintyi, symbolista puhetta sisältäviä puheenvuoroja oli 75% (49 kpl) ja indikatiivista puhetta sisältäviä puheenvuoroja 17% (11 kpl). Puheenvuoroja, joissa puhe muuttui indikatiivisesta symboliseksi kesken

puheenvuoron oli 6% (4 kpl) ja puheenvuoroja, joissa puhe muuttui kesken puheenvuoron symbolisesta indikatiiviseksi oli 2% (1 kpl). Niissä episodeissa, joissa dialogisuuden elementtejä ei esiintynyt indikatiivista puhetta sisältäviä puheenvuoroja oli 51% (19 kpl) ja symbolista puhetta sisältäviä puheenvuoroja oli 49% (18 kpl).

Dialogisuuden elementtejä sisältävissä episodeissa terapeutin symboliseen puheeseen vastattiin symbolisesti 62% (13 krt) keskustelusta. Seuraavaksi eniten 14% (3 krt) oli dialogia, jossa terapeutin symboliseen puheeseen vastattiin indikatiivisesti. Dialogia, jossa terapeutin indikatiiviseen puheeseen vastattiin indikatiivisesti 10 % (2 krt) oli saman verran kuin dialogia, jossa terapeutin symboliseen puheeseen vastattiin indikatiivisesti, mutta puhe muuttui symboliseksi kesken puheenvuoron 10% (2 krt) Indikatiiviseen terapeutin puheeseen vastattiin symbolisesti kerran (4%). Kun naisterapeutti esimerkiksi kysyi Laurilta symbolista puhetta käyttäen, ”Onko sulle muodostunu itelles kuvaa mitä, mitä oikein on tapahtunu, että miksi kävi niin?”, Lauri vastasi symbolisesti, ” No, on kai mulle tietenkin muodostunu jonkunlainen kuva, että miksi mie olen nyt täällä”, johon naisterapeutti 1 jatkoi edelleen symbolisella tasolla, ”Kertoisitko vähän siitä?” Lauri vastasi symbolisesti, ”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.” Tämän jälkeen keskustelu alkoi mennä aiheessa eteenpäin Laurin sekä hänen perheenjäsentensä kuvatessa symbolisella tasolla omia näkökulmiaan tilanteesta.

Myös ne episodit, joissa dialogisuuden elementtejä ei juuri esiintynyt sisälsivät eniten puheenvuoroja, joissa terapeutin symboliseen puheeseen vastattiin symbolisesti, 41% (7 krt). Seuraavaksi eniten oli dialogia, joissa terapeutin inkatiiviseen puheeseen vastattiin indikatiivisesti, 35% (6 krt). Muuten terapeutin puheenvuoroihin vastaaminen jakaantui niin, että terapeutin indikatiiviseen puheeseen vastattiin symbolisesti kolme kertaa (18%) ja symboliseen puheeseen kerran indikatiivisesti (6%) Esimerkiksi jos psykologi kysyi Laurilta, miksi hän lähti kävelemään, niin Lauri vastasi, että tuntui pahalle. Psykologi jatkoi kysymällä miksi, mutta Lauri vastasi, ettei tiedä. Keskustelu oli symbolisella tasolla, mutta pysyi kysymys ja vastaus-tasolla eikä edennyt aiheessa syvemmälle (ks. taulukko 12).

TAULUKKO 12. Terapeutin käyttämän indikatiivisen tai symbolisen puheen yhteys perheenjäsenten käyttämään puheeseen.

”Hyvä dialogi”		”Huono dialogi”	
määrä	prosentti	määrä	prosentti
symbolinen-symbolinen		symbolinen-symbolinen	
13	62%	7	41%
symbolinen-indikatiivinen		symbolinen-indikatiivinen	
3	14%	1	6%
indikatiivinen-indikatiivinen		indikatiivinen-indikatiivinen	
2	10%	6	35%
indikatiivinen-symbolinen		indikatiivinen-symbolinen	
1	4%	3	18%
symbolinen-indikatiivinen/symbolinen		symbolinen-indikatiivinen/symbolinen	
2	10%	-	
Yhteensä			
21	100%	17	100%

Laurin tapauksessa eri dialogisuuden elementtejä sisältävien episodien puheenvuoroista korrelatiivisia oli 57% (37 kpl), konversiivia 38% (25 kpl) ja kontraarisia 5% (3 kpl). Episodeissa, joissa dialogisuuden elementtejä ei juuri esiintynyt oli puheenvuoroista korrelatiivisia 19% (7 kpl), konversiivisia 73% (27 kpl) ja kontraarisia 8% (3 kpl).

Laurinkin hoitokokouksissa, tutkittaessa terapeutin puheenvuoron puhetyypin yhteyttä potilaan ja hänen perheensä puheenvuoron tyyppiin jätettiin episodeissa huomiotta kohdat, joissa refleктоitiin, koska niissä kohdissa perheenjäsenet eivät puhuneet vaan työryhmän jäsenet keskustelivat keskenään. Huomiotta jätettiin myös kohdat, joissa perheenjäsenet kävivät keskenään dialogia.

Episodeissa, joissa dialogisuuden elementit toteutuivat oli käytetyimmät puhetyypit sellaisia, jossa perheenjäsen vastasi terapeutin konversiiviseen puheenvuoroon konversiivisesti (33%) ja, jossa perheenjäsen vastasi terapeutin korrelatiiviseen puheenvuoroon korrelatiivisesti (33%). Seuraavaksi eniten oli puheenvuoroja, joissa terapeuttien konversiiviseen puheenvuoroon vastattiin korrelatiivisesti (14%) ja puheenvuoroja, joissa terapeutin korrelatiiviseen puheenvuoroon vastattiin konversiivisesti (14%). Vähiten esiintyi puheenvuoroja, joissa työryhmän jäsenten konversiiviseen puheenvuoroon vastattiin kontraarisesti (5%) (ks. esimerkki 3 ja taulukko 13).

Esimerkki 3. Puhetyyppien esiintyminen ns. hyvän dialogin episodissa.

Naisterapeutti 1: Minkälainen tilanne se oli? (konversiivinen puhe)

Lauri: Mitenkä sen nyt sanoo, että kaikki kyttäili toisiansa (5). Että semmonen tappaus. (konversiivinen puhe)

Psykologi: Kyttäili toisiansa? (korrelatiivinen puhe)

Lauri: Nii-in (korrelatiivinen puhe)

Psykologi: Mihin liittyen? (konversiivinen puhe)

Lauri: No vaikka mihin. (15) Sitten minusta vain tuntu, että mie en siellä pysty oikeen rauhottummaan ens syksyä varten, kotona olla. (konversiivinen puhe)

--

Psykologi: Mitä se tarkoittaa, että Lauri sanoo, että te ootte kyttäily toisianne? (konversiivinen puhe)

Isä: Se oli semmonen se ilmasto, että () tarvi olla vähän varuillaan, sitä, ettei hän lähe ja sitä että me olimma huolissaan siitä ja tietenki se sitä kans oli, että pelkäsimme niitä retkiä, että hän lähtee sieltä matkaan. Sen vuoksi, sen vuoksi joutu käymään katsomassa ja, ja kaikki tämä ois sitä kyttäilyä. Ei siinä sen suurempaa ollu minusta. Me olemme pyrkineet siihen, että niin meillä ois luottamus pohjana asioille. Mutta viime aikoina ei ole sitten enää uskaltanu luottaa. (konversiivinen puhe)

Episodeissa, joissa dialogisuuden eri elementit eivät toteutuneet oli käytetyimmät puheenvuorot sellaisia, jossa terapeutin konversiiviseen puheenvuoroon vastattiin konversiivisesti (58%). Seuraavaksi eniten esiintyi puheenvuoroja, jossa terapeuttien konversiiviseen puheenvuoroon vastattiin korrelatiivisesti (12%) ja puheenvuoroja, joissa terapeutin konversiiviseen puheenvuoroon vastattiin kontraarisesti (12%). Terapeutin korrelatiiviseen puheenvuoroon vastattiin kerran korrelatiivisesti (6%), kerran konversiivisesti (6%) ja kerran kontraarisesti (6%). Jos potilaan tai muun perheenjäsenen äänensävy mainittiin turhautuneeksi tai puheenvuorosta oli pääteltävissä, ettei terapeutin esittämään kysymykseen haluttu vastata tulkittiin puhetyypin olevan kontraarista. Puhetyypistä tehtiin päätelmiä vertaamalla puheenvuoroa keskustelun kulkuun yleisesti sekä tarkastelemalla mainitun äänensävyn merkitystä (ks. esimerkki 4 ja taulukko 13).

Esimerkki 4. Puhetyyppien esiintyminen ns. huonon dialogin episodissa.

Psykologi: No, mitä sää, mitäs saunassa sitte, mikä se homma oli? (konversiivinen puhe)

Lauri: No, en mie, kyllä (), kun en mie muista siitä koko hommasta juuri mittään. (konversiivinen puhe)

Psykologi: Tiiätkö, tiiätkö mitä sie oot tehny? (konversiivinen puhe)

Lauri: No en tiiä, mitä mie oon tehny! ((turhautuneen kuuloisesti)) (kontraarinen puhe)

Naisterapeutti 1: No, tiiäksää, muistaksä sen, että miksi sä sitten lähdit kävelemään?

Mikä ajatus sulla oli? (konversiivinen puhe)

Lauri: No (.) ahisti. (konversiivinen puhe)

Naisterapeutti 1: Ahistava olo oli päällä? (korrelatiivinen puhe)

Lauri: Joo, ahisti! ((edelleen turhautuneesti)) (kontraarinen puhe)

Naisterapeutti 1: Oisko se siihen liittyvää ollu siellä saunassaki sitte? (konversiivinen puhe)

Lauri: No, en tiiä. ((hymähtää)) (kontraarinen puhe)

TAULUKKO 13. Terapeuttien puhetyypin yhteys Laurin ja hänen perheensä puhetyyppeihin.

”Hyvä dialogi”		”Huono dialogi”	
määrä	prosentti	määrä	prosentti
korrel. – korrel.		korrel. – korrel.	
7	33%	1	6%
korrel. – konvers.		korrel. – konvers.	
3	14%	1	6%
korrel. – kontra.		korrel. – kontra.	
		1	6%
konvers. – korrel.		konvers. – korrel.	
3	14%	2	12%
konvers.- konvers.		konvers.- konvers.	
7	33%	10	58%
konvers. – kontra.		konvers. – kontra.	
1	5%	2	12%
Yhteensä			
21	99%	17	100%

Laurin ja hänen perheenjäsentensä vastauksia terapeuttien reflektointiin analysoitiin kahdesta episodista, jotka sisälsivät terapeuttien välistä reflektointia. Tarkastelun kohteeksi otettiin episodissa olevat reflektointiosion jälkeen esiintyneet perheen puheenvuorot. Perheen puheenvuoroista huomioitiin ne, jotka esiintyivät ennen kuin joku terapeuteista puhui seuraavan kerran tai kunnes aihealue-episoodi vaihtui. Ensimmäisen, kahdeksan puheenvuoron pituisen reflektointiosuuden jälkeen Laurin äiti esitti korrelatiivisen puheenvuoron, josta alkoi keskustelu naisterapeutin ja perheenjäsenten kesken. Perheenjäsenet eivät varsinaisesti keskustelleet kuulemastaan terapeuttien välisestä reflektoinnista keskenään vaan äidin puheenvuoro aloitti uuden episodin jo aiemmin käsitellystä aiheesta. Toisen, neljän puheenvuoron pituisen reflektointiosuuden jälkeen psykologi kysyi Laurilta hänen ajatuksistaan ja kysymys käynnisti jälleen keskustelun sekä työryhmän että perheenjäsenten kesken. Tämäkään lyhyt reflektointiosuus ei käynnistänyt perheenjäsenten välistä keskustelua. Koska perheenjäsenet eivät keskustelleet reflektointiosuuden jälkeen kuten Samin hoitokokouskeskusteluissa, kuvataan tilannetta ainoastaan esimerkin kautta (ks. esimerkki 5).

Esimerkki 5. Reflektointia sisältävä episodi Laurin hoitokokouksessa.

Naisterapeutti 1: 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.

Psykologi: Siltä se kuulostaa.

Naisterapeutti 1: Ei siitä voi oikein selittää eikä puhua, että mitä on tapahtunu, eikä oikein ymmärrä.

Psykologi: Mmm.

Naisterapeutti 1: Toinen juttu, että silloin keskiviikkona, kun tavattiin, niin mua niinko, mulla oli niinko ehkä oli liiankin optimistinen kuva, että tilanne on silla lailla menny ohi ja on hyvä, että tuota (.) Että on ollu joku vaihe, Laurin ja heidän elämässään, joka on täysin menny ohi ymmärtämättä, mikä se on.

Psykologi: Mmm.

Naisterapeutti 1: Niin se varmaan, yleensähan se ei niin mee (kaikilla).

Psykologi: Mmm. Joskus käy niin. (.) Että ei pääse siitä..

Äiti: En tiiä sitten, onko se sitten niin kova paikka tuon koulun takia, jos se sitä..

Naisterapeutti 1: Se on yks semmonen kysymys, jota mä en tiiä, niistä kaikista alkukeskusteluista, jota mää oon koko ajan ihmetelly ja miettiny, että miks, mää sanoinki viimeksikki sen, että miks se tulee aina tähän. Et jot.. Kuvittelen, että äiti ja isä ja Ville sano äskön, että pitää miettiä, että onks se lukio oikea koulu vai eikö. Miks sitä niin kauheesti mietitään. Miks, miksi se ei, eikö se oo Laurin päätettävissä oleva asia, että mitä hän tekee.

Naisterapeutti aloittaa reflektointiosion, kun Laurin viidennessä hoitokokouksessa on käsitelty Laurin voinnin huononemiseen liittyneitä asioita. Reflektointi kytkeytyy luonnollisesti aiempaan keskusteluun tuoden esiin terapeutin oman näkökulman Laurin tilanteeseen. Työryhmän muista jäsenistä psykologi osallistuu reflektointiin muutamalla puheenvuorolla muiden työryhmänjäsenten jäädessä keskustelun ulkopuolelle. Äidin puheenvuoro keskeyttää reflektoinnin. Äiti pohtii koulun merkitystä Laurin voinnin huononemiseen, mikä osoittaa hänen reagoivan työryhmän reflektointiin. Naisterapeutti ei enää äidin puheenvuoron jälkeen jatka reflektointia vaan siirtyy keskustelemaan äidin aloittamasta kouluaiheesta. Naisterapeutti esittää häntä jo aiemminkin askarruttaneen kysymyksen Laurin kouluvalinnoista, josta alkaa keskustelu Laurin kouluvalinnoista eivätkä perheenjäsenet palaa keskustelemaan työryhmän reflektoinnin herättämistä ajatuksista. Kukaan heistä ei kommentoi naisterapeutin näkökulmaa aiemmin keskustelussa esiinnousseisiin teemoihin.

4.4. Samin ja Laurin hoitokokousten sekä dialogisuuden elementtejä sisältävien ja sisältämättömien episodien vertailua

Verrattaessa semanttisen dominanssin ilmenemistä Samin ja Laurin hoitokokouksissa oli se sekä uusien että vanhojen aiheiden aloittamisessa työryhmällä. Samin hoitokokouksissa työryhmä aloitti 59 % uusista aiheista ja vanhoihin aiheisiin työryhmä palasi 64% keskustelusta. Laurin hoitokokouksissa työryhmän semanttinen dominanssi oli hieman vahvempi kuin Samin hoitokokouksissa. Työryhmä aloitti 72% uusista aiheista ja vanhoihin teemoihin työryhmä palasi lähes yhtä usein, 71%. (ks. taulukko 14).

TAULUKKO 14. Semanttisen dominanssin vertailua Samin ja Laurin hoitokokousten välillä prosentteittain.

Semanttinen dominanssi				
	Samin hoitokokoukset		Laurin hoitokokoukset	
	uusi aihe	vanha aihe	uusi aihe	vanha aihe
Perheenjäsenet	41%	36%	28%	29%
Työryhmä	59%	64%	72%	71%
Yhteensä	100%	100%	100%	100%

Analyyssissä vertailun kohteiksi otettiin myös Samin ja Laurin hoitokokouksista valitut dialogisuuden elementtejä sisältäneet ja sisältämättömät episodit. Niistä tarkasteltiin symbolisen ja indikatiivisen puheen esiintymistä yleisesti sekä terapeutin käyttämän puheen yhteyttä perheenjäsenten käyttämään puheeseen. Samin hoitokokouksissa dialogisuuden elementtejä sisältävissä episodeissa esiintyi enemmän symbolista puhetta (60%) kuin indikatiivista puhetta (35,5%). Dialogisuuden elementtejä sisältämättömissä episodeissa esiintyi symbolista puhetta puolestaan vähemmän (17%) kuin indikatiivista puhetta (79%). Laurin hoitokokouksista valituissa dialogisuuden elementtejä sisältävissä episodeissa symbolista puhetta esiintyi enemmän (75%) kuin dialogisuuden elementtejä sisältämättömissä episodeissa (49%). Indikatiivista puhetta esiintyi vähemmän niissä episodeissa, jotka sisälsivät dialogisuuden elementtejä (17%) kuin episodeissa, joissa dialogisuuden elementtejä ei esiintynyt (51%).

Samin hoitokokouksissa episodeissa, jotka sisälsivät dialogisuuden elementtejä, terapeutin symboliseen puheeseen vastattiin symbolisesti 50 % keskustelusta. Dialogisuuden elementtejä sisältämättömissä episodeissa oli puolestaan eniten puheenvuoroja, joissa terapeutin indikatiiviseen puheeseen vastattiin indikatiivisesti (90%). Laurin hoitokokouksista valituista dialogisuuden elementtejä sisältävissä episodeissa terapeutin symboliseen puheeseen vastattiin symbolisesti 62% keskustelusta. Dialogisuuden elementtejä sisältämättömissä episodeissa terapeutin symboliseen puheeseen vastattiin symbolisesti 41% keskustelusta, lähes saman verran vastattiin tosin terapeutin indikatiiviseen puheeseen indikatiivisesti 35% (ks. taulukko 15).

TAULUKKO 15. Symbolisen ja indikatiivisen puheen jakautumisen vertailu prosentit-
tain Samin ja Laurin hoitokokousten sekä ns. hyvien ja huonojen dialogien välillä.

Symbolisuus ja indikatiivisuus dialogeissa yleisesti				
	Samin hoitokokoukset		Laurin hoitokokoukset	
	”Hyvä dialogi”	”Huono dialogi”	”Hyvä dialogi”	”Huono dialogi”
Symbolinen puhe	60%	17%	75%	49%
Indikatiivinen puhe	35,5%	79%	17%	51%
Symbol.-Indika.	3%		2%	-
Indika.-Symbol	1,5%	4%	6%	-
Yhteensä	100%	100%	100%	100%

Symbolisuus ja indikatiivisuus puheenvuoroissa				
symbolinen-symbolinen	50%	10%	62%	41%
symbolinen-indikatiivinen	10%	-	14%	6%
indikatiivinen-indikatiivinen	35%	90%	10%	35%
indikatiivinen-symbolinen	5%	-	4%	18%
symbolinen-indikatiivinen/symbolinen			10%	
Yhteensä	100	100	100	100

Vertailimme analyysissä myös puhetyyppien jakaantumista Samin ja Laurin hoitokokouksista valittujen dialogisuuden elementtejä sisältävien ja sisältämättömien episodien välillä. Episodeissa, joissa dialogisuuden elementit toteutuivat oli Samin hoitokokouksissa käytetyin puhetyyppi sellainen, jossa terapeutin konversiiviseen puheenvuoroon vastattiin korrelatiivisesti (47%). Episodeissa, joissa dialogisuuden eri elementit eivät toteutuneet oli käytetyin puhetyyppi sellainen, jossa potilas tai hänen perheenjäsenensä vastasi terapeutin konversiiviseen puheenvuoroon konversiivisesti (70%). Laurin hoitokokouksista valituissa episodeissa, joissa dialogisuuden elementit toteutuivat olivat käytetyimmät puhetyypit sellaisia, joissa terapeutin konversiiviseen puheenvuoroon vastattiin konversiivisesti (33%) ja, joissa terapeutin korrelatiiviseen puheenvuoroon vastattiin korrelatiivisesti (33%). Episodeissa, joissa dialogisuuden eri elementit eivät toteutuneet oli käytetyin puhetyyppi sellainen, jossa potilas tai hänen perheenjäsenensä vastasi terapeutin konversiiviseen puheenvuoroon konversiivisesti (58%) (ks. taulukko 16).

TAULUKKO 16. Puhetyyppien jakaantuminen Samin ja Laurin hoitokokouksissa dialogisuuden elementtejä sisältävien ja sisältämättömien episodien välillä.

Puhetyypit	Samin hoitokokoukset		Laurin hoitokokoukset	
	”Hyvä dialogi”	”Huono dialogi”	”Hyvä dialogi”	”Huono dialogi”
	korrel.- korrel.	korrel. – korrel.	korrel. – korrel.	korrel. – korrel.
		10%	33%	6%
	korrel.-konvers.	korrel. – konvers.	korrel. – konvers.	korrel. – konvers.
	11%	10%	14%	6%
	korrel. – kontra.	korrel. – kontra.	korrel. – kontra.	korrel.– kontra.
	5%			6%
	konvers. – korrel.	konvers. – korrel.	konvers. – korrel.	konvers. – korrel.
	47%	30%	14%	12%
	konvers.- konvers.	konvers.- konvers.	konvers.- konvers.	konvers.- konvers.
	26%	40%	33%	58%
	konvers. – kontra.	konvers. – kontra.	konvers. – kontra.	konvers. – kontra.
	11%	10%	5%	12%
Yhteensä	100%	100%	99%	100%

5. POHDINTA

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää terapeuttien vastausten merkitystä dialogin rakentumisessa hoitokokouksissa. Lisäksi halusimme tarkastella, miten dialogisuuden elementit toteutuvat hoitokokouskeskustelussa. Aineistomme oli kahden ensi kertaa psykoosiin sairastuneen miehen, Samin ja Laurin, hoitoprosessien hoitokokouskeskusteluja.

Samin tapauksessa kaikki perheenjäsenet osallistuivat hoitokokouksissa keskusteluihin, osan jäädessä kuitenkin enemmän taustalle. Laurin hoitokokouksissa käytyihin keskusteluihin puolestaan osallistuivat läsnä olleet perheenjäsenet lähes tasapuolisesti. Määrällinen dominanssi sekä Samin että Laurin tapauksessa oli kaikissa kolmessa valitussa hoitokokouksessa perheenjäsenillä. Semanttinen dominanssi oli puolestaan sekä Samin että Laurin tapauksessa työryhmän jäsenillä. Samin hoitokokouksissa perheenjäsenet toivat enemmän uusia teemoja mukaan keskusteluun kuin mitä Laurin hoitokokouksissa. Näin siitakin huolimatta, että Samin hoitokokouksissa oli työryhmässä enemmän jäseniä kuin mitä Laurin hoitokokouksissa. Toisaalta Samin hoitokokouksissa oli läsnä myös enemmän jäseniä Samin sosiaalisesta verkostosta Laurin hoitokokouksiin verrattuna. Kyse saattaakin olla siitä, että Samin perheenjäsenet uskalsivat rohkeammin puhua työryhmän läsnä ollessa. Seikkulan (1994) mukaan hoitokokousten dialogisuuden edistämisen kannalta on tärkeää, että kaikilla hoitokokouksen jäsenillä on mahdollisuus osallistua keskusteluun heti alusta saakka.

Analysoitaessa symbolista ja indikatiivista puhetta oli Samin tapauksessa huomattava ero dialogisuuden elementtejä sisältävien ja dialogisuuden elementtejä sisältämättömien episodien välillä. Niissä episodeissa, jotka sisälsivät dialogisuuden elementtejä, oli symbolisten puheenvuorojen osuus 60% eli hoitokokouskeskusteluissa käsiteltiin paljon asioiden merkityksiä. Niissä episodeissa, joissa dialogisuuden elementtejä ei ollut esillä, oli puolestaan indikatiivinen puhe yleisempää, 79%. Dialogisuuden elementtejä sisältämättömissä episodeissa oli keskustelun pääpaino siis konkreettisissa asioissa. Samin tapauksessa perheenjäsenet vastasivat dialogisuuden elementtejä sisältävissä episodeissa muutamaa poikkeusta lukuunottamatta työntekijöiden indikatiiviseen puheeseen indikatiivisesti ja symboliseen symbolisesti. Episodeissa, joissa dialogisuuden elementtejä ei esiintynyt, vastasivat perheenjäsenet jokaiseen työryhmän jäsenen indika-

tiiviseen puheenvuoroon indikatiivisesti ja symboliseen symbolisesti. Toisin sanoen työryhmän jäsenten puhuessa konkreettisista asioista puhuivat myös perheenjäsenet niistä ja työryhmän jäsenten alkaessa puhua asioiden merkityksistä alkoivat myös perheenjäsenet puheessaan käsitellä niitä.

Myös Laurin hoitokokouksissa symbolisen ja indikatiivisen puheen esiintymisessä oli eroa dialogisuuden elementtejä sisältävien ja dialogisuuden elementtejä sisältämättömien episodien välillä. Dialogisuuden elementtejä sisältävissä episodeissa symbolista puhetta eli puhetta asioiden merkityksistä esiintyi enemmän, 75% kuin dialogisuuden elementtejä sisältämättömissä episodeissa. Indikatiivista, konkreettisiin asioihin keskittyvää puhetta sisältyi puolestaan enemmän, 51% episodeihin, joissa ei juuri esiintynyt dialogisuuden elementtejä. Toisin sanoen niin sanotuissa hyvän dialogin episodeissa keskustelu käsiteli enemmän asioiden merkityksiä kuin konkreettisia asioita ja huonon dialogin episodeissa keskustelussa keskityttiin puolestaan konkreettisiin asioihin.

Laurin hoitokokuskeskustelussa, dialogisuuden elementtejä sisältävissä episodeissa perheenjäsenet vastasivat useimmin työryhmän jäsenten symboliseen puheeseen symbolisesti. Episodeissa, jotka eivät sisältäneet dialogisuuden elementtejä, perheenjäsenet vastasivat lähes yhtä monesti työryhmän jäsenen symboliseen puheeseen symbolisesti kuin työryhmän jäsenen indikatiiviseen puheeseen indikatiivisesti. Terapeuttien käyttämällä joko symbolisella tai indikatiivisella puheella oli yhteys perheenjäsenten käyttämään puheeseen.

Hoitokokouksissa kuuluu käsitellä käytännön asioita, mutta tärkeää on myös puhua siitä miten hoitokokouksen osanottajat näkevät erilaiset asiat ja luoda yhteistä ymmärrystä ongelmaan. Pelkällä indikatiivisella puheella tämä ei onnistu vaan on pystyttävä puhumaan myös asioiden merkityksistä. Tässä tutkimuksessa nousi selvästi esille terapeuttien vastausten yhteys perheenjäsenten käyttämiin puheenvuoroihin. Tulos on samansuuntainen aiemman, samaa aihetta käsittelevän tutkimuksen kanssa, jossa on todettu terapeuttien synnyttävän dialogia asiakkaiden diskurssissa, mutta ottamalla samalla lausumiinsa ääniä, jotka laajentavat diskurssia terapeuttien kielialueelle (Haarakan-gas, 1997). Työryhmän jäsenillä on siis mahdollisuus siirtää puhe symboliselle tasolle ja puhua konversiivisesti, uutta tietoa luovasti ja houkutella siten perheenjäsenet vastaamaan samalla tavalla.

Samin tapauksessa korrelatiivisen, konversiivisen ja kontraarisen puhetyypin käytössä oli eroja ns. huonon ja hyvän dialogin episodeissa. Niin sanotuissa hyvän dialogin

episodeissa oli useita puheenvuoroja, joissa perheenjäsen vastasi terapeutin konversiiviseen puheenvuoroon korrelatiivisesti. Tällaisissa tilanteissa terapeutti oli oivaltanut jotakin uutta tai tehnyt osuvan yhteenvedon, jonka perheenjäsen hyväksyi. Niin sanotuissa huonon dialogin episodeissa puolestaan oli useita puheenvuoroja, jossa terapeutin konversiiviseen puheenvuoroon vastattiin konversiivisesti, mikä käytännössä tarkoitti sitä, että terapeutti kysyi kysymyksen, johon potilas tai hänen perheenjäsenensä vastasi. Tällainen keskustelu käsitteli enimmäkseen erittäin konkreettisia asioita, kuten potilaan koulutustaustaa, ja tuotti siten uutta tarpeellista tietoa, mutta ei sisältänyt pohdintaa tai uusia oivalluksia. Ns. huonon dialogin episodeissa esiintyneet puheenvuorot olivat siis usein indikatiivisella tasolla puhuttuja konversiivisia puheenvuoroja.

Laurin tapauksessa dialogisuuden elementtejä sisältävissä, niin sanotuissa hyvän dialogin episodeissa työryhmän jäsenten konversiivisiin puheenvuoroihin vastattiin konversiivisesti ja korrelatiivisiin puheenvuoroihin korrelatiivisesti. Terapeutti toisin sanoen saattoi esittää uutta näkökulmaa odottavan kysymyksen, jossa pyysi perhettä kuvaamaan jotakin tilannetta ja siihen johtaneita tapahtumia ja tunteita ja perheenjäsenet vastasivat terapeutille uutta tietoa sisältävin vastauksin, kertoen myös tunteistaan. Terapeutti jatkoi puheenvuorolla, jossa toisti jonkun perheenjäsenen käyttämän sanan ja perheenjäsen jatkoi keskustelua terapeutin puheenvuoroa vahvistavalla puheella. Episodeissa, joissa dialogisuuden elementtejä ei esiintynyt, potilas ja hänen perheenjäsenensä vastasivat pääsääntöisesti työryhmän jäsenten konversiivisiin puheenvuoroihin konversiivisesti. Näissä niin sanotuissa huonon dialogin keskusteluissa tuli esiin, että terapeutin kysyessä kysymyksen, perheenjäsenet vastasivat siihen, mutta eivät jääneet sen enempää pohtimaan asioiden syitä, seurauksia tai merkityksiä. Keskustelu oli enemmänkin kysymys-vastaus tavalla etenevää keskustelua.

Samin kolmesta analysoidusta hoitokokouksesta kolmannessa esiintyi erityisen paljon, 11 kertaa, reflektointia. Osa reflektoinneista jäi perheenjäsenten väliintulon vuoksi lyhyemmiksi, mutta osa oli useamman puheenvuoron mittaisia. Perheen reagointi terapeuttien reflektointiin oli Samin tapauksessa kahdessa tutkitussa episodissa samankaltainen. Perheenjäsenet alkoivat keskustella keskenään reflektoinnin aikana esiintulleista asioista käyttäen konversiivisesti eli tuoden keskusteluun mukaan vielä lisää uutta tietoa ja omia ajatuksiaan. Osa näistä konversiivisistä puheenvuoroista oli kuitenkin konkreettisissa asioissa liikkuvaa eikä niinkään terapeuttien sanoman pohtimista.

Laurin kolmessa valitussa hoitokokouksessa työryhmän jäsenten välistä reflektointia esiintyi vähän ja reflektointi osiot olivat hyvin lyhyitä, muutaman terapeutin puheenvuoroista koostuvia keskusteluja. Reflektointiosioista yhteen Laurin äiti reagoi esittämällä korrelatiivisen, symbolista puhetta sisältävän puheenvuoron, josta alkoi keskustelu naisterapeutin ja perheenjäsenten kesken. Perheenjäsenet eivät varsinaisesti keskustelleet kuulemastaan terapeuttien välisestä reflektoinnista keskenään vaan äidin puheenvuoro aloitti uuden episodin jo aiemmin käsitellystä aiheesta.

Mielenkiintoista oli kuitenkin huomata, että vaikka terapeuttien välistä reflektointia esiintyi Laurin kolmessa analysoidussa hoitokokouksessa vähän, terapeutit käyttivät jokaisessa hoitokokouksessa paljon perheen käyttämiä sanoja ja kytkeytyivät perheen kielialueelle. Kytkiessään puheensa perheen lausumiin terapeutit pyrkivät rakentamaan dialogia (Haarakangas 1997; Seikkula 1994). Laurin analysoiduissa hoitokokouksissa tuli muutoinkin esiin se, että asioiden merkityksistä puhuttiin konkreettisia asioita enemmän, perheenjäsenet esimerkiksi kuvailivat tunteitaan ja kertoessaan Laurin voinnista tekivät päätelmiä siitä, mistä voinnin huononeminen johtui.

Käytössämme olleet Samin ja Laurin hoitokokoustekstit olivat paikoin puutteellisesti transkriboituja. Ne sisälsivät useita kohtia, joissa transkriboija ei ollut saanut selvää kokouksessa esiintyneestä puheesta. Meillä ei ollut käytössämme aineiston alkuperäisiä nauhoja, sillä niistä oli potilaan suojaamiseksi poistettu nimietiketit ja nauhat olivat sekoittuneet monien muiden hoitokokousnauhojen joukkoon. Käyttämämme aineiston heikkoutena oli myös se, että työryhmän jäsenistä käytettiin eri nimiä ja lyhenteitä eri kokouksissa eli työryhmän jäsenten pysyvyyden arviointi kokoukokoonpanoissa oli hankalaa. Aineiston heikkouden merkitystä tutkimukseemme pienensi kuitenkin se, että karsimme ennen analysoinnin aloittamista heikoiten transkriboidut hoitokokoukset päätyen siten kolmen hoitokokouksen analysointiin sekä Samin että Laurin tapauksessa.

Käyttämämme tutkimusmenetelmä sopi tähän tutkimukseen. Dialogisuuden elementtien analysoinnin tarkoituksena oli tutkia dialogisuuden toteutumista hoitokokouksissa sekä auttaa löytämään tarkemmin analysoitavat episodit eli episodit, joissa dialogisuuden elementtejä esiintyi, sekä episodit, joissa niitä ei esiintynyt. Pääpaino tutkimusessamme oli episodien analysoimisessa käyttäen Ephsteinin (1987) kehittämää puheen pragmeemien välistä luokittelua. Ephsteinin luokittelu sopi hyvin terapiakeskustelujen analysointiin, mutta yksinään se ei olisi ollut riittävä vaan tarvitsi rinnalleen puheen indikatiivisuuden ja symbolisuuden analysoimisen. Indikatiivisuuden ja symbolisuuden

analysoinnin tärkeys tuli esille etenkin konversiivisten puheenvuorojen kohdalla. Indikatiiivinen, konversiivisesti puhuttu puhe, jota esiintyi pääasiallisesti ns. huonon dialogin episodeissa, oli käytännön asioissa liikkuvaa kysymys-vastaus – tavalla etenevää. Ns. hyvän dialogin episodeissa esiintyvä symbolinen, konversiivisesti puhuttu puhe puolestaan toi esiin myös puhujien omia oivalluksia ja ajatuksia.

Telemämme tutkimuksen tutkimusmenetelmän kehittäminen oli mielenkiintoista samoin kuin tulosten tulkinta, sillä täysin vastaavanlaista tutkimusmenetelmää ei ole aiemmin käytetty. Jatkotutkimusaiheena olisikin mielenkiintoista toteuttaa samankaltainen tutkimus uudesta, laajemmasta aineistosta ja vertailla tuloksia. Laajempi aineisto parantaisi tulosten yleistettävyyttä verrattuna nyt toteutettuun tutkimukseen. Telemämme tutkimuksen tulosten yleistettävyys ei ole kovin hyvä johtuen pienestä otannasta. Indikatiivisuuden ja symbolisuuden liittäminen vielä tiiviimmin Ephsteinin (1987) sanaston pragmaattiseen analyysiin olisi myös kiinnostavaa.

LÄHTEET

- Aaltonen, J. (1999a). Perheterapiat. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henriksen, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) *Psykiatria* (s. 653-660). Jyväskylä: Duodecim.
- Aaltonen, J. (1999b). Psykoosiryhmä tarpeenmukaisen hoidon ja sosiaalisen konstruktionismien toteuttajana. Teoksessa K. Haarakangas & J. Seikkula (toim.), *Psykoosi - uuteen hoitokäytäntöön* (s. 146-158). Helsinki: Kirjayhtymä.
- Aaltonen, J. (1999c). Hoitotapahtumaa ohjaava jaettu mielikuva ja sosiaalinen konstruktio perheterapeuttisessa hoitoprosessissa. Teoksessa J. Aaltonen & R. Rinne (toim.) *Perhe terapiassa. Keskustelua vuosituhannen vaihtuessa* (s. 72-83). Jyväskylä: Suomen mielenterveysseuran koulutuskeskus.
- Achté, K. (1992). *Tukea antava psykoterapia*. Juva: WSOY.
- Achté, K. & Tamminen, T. (1997). *Psykoosi ja sen hoito*. Jyväskylä: Recallmed.
- Alakare, B. (1999). Neuroleptilääkitys ja dialoginen hoitomalli akuutin psykoosin hoidossa. Teoksessa K. Haarakangas & J. Seikkula (toim.), *Psykoosi – uuteen hoitokäytäntöön* (s. 123-145). Helsinki: Kirjayhtymä.
- Alanen, Y. (1994). Skitsofrenia. Syyt ja tarpeenmukainen hoito (2.painos). Juva: WSOY.
- Andersen, T. (1990). The reflecting Team. Teoksessa T. Andersen (toim.), *The reflecting Team. Dialogues and Dialogues about the Dialogues* (s. 18-107). Kent: Borgmann.
- Anderson, H. & Goolishian, H. (1992). The Client is the Expert: n Not-Knowing Approach to Therapy. Teoksessa S. McNamee & K. Gergen (toim.), *Therapy as Social Construction* (s. 25-39). London: Sage.
- Bakhtin, M. (1991). *Dostojevskin poetiikan ongelmia*. Helsinki: Orient Express.
- Bohart, A C. (2003). Person-Centered Psychotherapy and Related Experiential Approaches. Teoksessa A. Gurman & S. Messer (toim.), *Essential Psychotherapies. Theory and Practice* (s. 107-148). New York: Guilford Press.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Experimental Ecology of Human Development*. Cambridge: Harvard University Press.

- Cullberg, J. & Johannessen, J-O. (2005). Akuutin psykoosin dynamiikka ja dynaamisen psykoterapian rooli sen hoidossa. Teoksessa J. Gleeson & McGorry, P. (toim.), *Varhaisen psykoosin psykoterapeuttinen hoito* (s. 93-111). Helsinki: Edita.
- Davidson, J., Lax, W. & Lussardi, D. (1990). Use of the Reflecting Team in the Initial Interview and in Supervision and Training. Teoksessa T. Andersen (toim.), *The reflecting Team. Dialogues and Dialogues about the Dialogues* (s. 134-156). Kent: Borgmann.
- Ephstein, M. (1987). Tetradi. Sanaston pragmaattisesta analyysistä. *Kulttuurivihkot*, 5-6, 69-75.
- 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. (1999a). Psykoottisten kriisien kotihoito. Teoksessa K. Haarakangas & J. Seikkula (toim.), *Psykoosi – uuteen hoitokäytäntöön* (s. 96-106). Helsinki: Kirjayhtymä.
- Haarakangas, K. (1999b). Perheterapeuttisen työryhmän dialoginen toimintamalli. Teoksessa K. Haarakangas & J. Seikkula (toim.), *Psykoosi – uuteen hoitokäytäntöön* (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. 64-76). 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). Johdanto. Teoksessa K. Haarakangas & J. Seikkula (toim.), *Psykoosi – uuteen hoitokäytäntöön* (s. 7-14). Helsinki: Kirjayhtymä.
- Haarakangas, K. & Seikkula, J. (1999b). Psykoosi dialogisena ongelmana. Teoksessa K. Haarakangas & J. Seikkula (toim.), *Psykoosi – uuteen hoitokäytäntöön* (s. 161-171). Helsinki: Kirjayhtymä.

- Hargens, J. (1999). Shifting Reflecting Positions: "You're Right from Your side, I'm Right from Mine". *Contemporary Family Therapy*, 21(1), 3-27.
- Hargens, J. & Grau, U. (1994). Meta-dialogue. *Contemporary Family Therapy*, 16, 451-462.
- Henriksson, M. & Lönnqvist, J. (1999). Psykkiset kriisit, sopeutumishäiriöt ja stressi reaktiot. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) *Psykiatria* (s. 249-277). Jyväskylä: Duodecim.
- Isaacs, W. (2001). *Dialogi ja yhdessä ajattelemisen taito*. Helsinki: Kauppakaari.
- Isohanni, Honkonen, Vartiainen & Lönnqvist (2001). Skitsofrenia. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen, T. Partonen (toim.), *Psykiatria* (s. 57-117). Helsinki: Duodecim.
- Katz, A. (1990). Afterwords: Continuing the Dialogue. Teoksessa T. Andersen (toim.), *The Reflecting Team. Dialogues and Dialogues about the Dialogues* (s. 108-133). Kent: Borgmann.
- Linell, P. (1990). The power of dialogue dynamics. Teoksessa I. Markova & K. Foppa (toim.) *The dynamics of dialogue* (s. 147-177). Harvester: Wheatsheaf.
- Linell, P. (1998). 3. painos. Approaching Dialogue. Talk, interaction and contexts in dialogical perspectives. Philadelphia: John Benjamins Publishing Company.
- Linell, P. & Luckmann, T. (1991). Some conceptual preliminaries. Teoksessa I. Marková & K. Foppa (toim.) *Asymmetries in dialogue* (s. 1-20). Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf.
- Lowe, R. (2005). Structured methods and striking moments: using question sequences in "living" ways. *Family Process*, 44 (1), 65-75.
- Luckmann, T. (1990). Social communication, dialogue and conversation. Teoksessa I. Markova & K. Foppa (toim.) *The dynamics of dialogue* (s. 45-61). Harvester: Wheatsheaf.
- Lönnqvist, J. (2001). Potilaan tutkiminen. Mielenterveyden häiriöiden luokittelu. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen, T. Partonen (toim.), *Psykiatria* (s. 21-56). Helsinki: Duodecim.
- Majasaari, A-K. & Tolvanen, A-K. (2001). *Hoitokokouskielen rakentuminen ja dialogisuuden toteutuminen akuuttiin psykoottiseen kriisiin joutuneiden nuorten avoimen dialogin mukaisessa hoidossa*. Jyväskylän yliopisto. Psykologian pro gradu -tutkielma.

- Markova, I. (1990a). Introduction. Teoksessa I. Markova & K. Foppa (toim.) *The dynamics of dialogue* (s. 1-22). Harvester: Wheatsheaf.
- Markova, I. (1990b). A three-step process as a unit of analysis in dialogue. Teoksessa I. Markova & K. Foppa (toim.) *The dynamics of dialogue* (s. 129-146). Harvester: Wheatsheaf.
- Marsella, A., & Snyder, K. (1981). Stress, Social Supports, and Schizophrenic Disorders: Toward an Interactional Model. *Schizophrenia Bulletin*, 7, 152-163.
- McGee, D., Del Vento, A. & Beavin Bavelas, J. (2005). An interactional model of questions as therapeutic interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31 (4), 371-384.
- Mönkkönen, K. (2002). *Dialogisuus kommunikaationa ja suhteena: Vastaamisen, vallan ja vastuun merkitys sosiaalialana asiakastyön vuorovaikutuksessa*. Väitöskirja Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 94.
- Pattison, E. & Pattison, M. (1981). Analysis of a Schizophrenic Psychosocial Network. *Schizophrenia Bulletin*, 7, 135-143.
- Rasinkangas, A., Holma, J., & Aaltonen, J. (2001). *Akuutin psykoosin integroitu hoito – projekti Kangasvuoren sairaalassa: Tulokset viiden vuoden seurannan ajalta*. Jyväskylä: Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän julkaisuja 94/2001.
- Romme, M. & Escher, S. (2000). *Making Sense of Voices: A Guide For Mental Health Professionals Working With Voice-Hearers*. London: Mind Publications.
- Seikkula, J. (1994). *Sosiaaliset verkostot. Ammattiauttajan voimavara kriiseissä*. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J., & Sutela, M. (1995). Treating Psychosis by Means of Open Dialogue. Teoksessa S. Friedman (toim.), *The Reflecting Team in Action. Collaborative Practise in Family Therapy*. New York: The Guilford Press.
- Seikkula, J. (1999). Reflektiivinen tiimi ja avoin dialogi – kun itse keskustelu tulee tärkeimmäksi. Teoksessa J. Aaltonen & R. Rinne (toim.), *Perhe terapiassa. Vuoropuhelua vuosituuhannen vaihtuessa* (s. 84-94). Jyväskylä: Suomen mielenterveysseuran koulutuskeskus.

- Seikkula, J. & Haarakangas, K. (1999). Avoin dialogi akuutin psykoosin hoidon fooruminä. Teoksessa K. Haarakangas & J. Seikkula (toim.), *Psykoosi – uuteen hoitokäytäntöön* (s. 172-186). Helsinki: Kirjayhtymä.
- Seikkula, J., Alakare, B., & Aaltonen, J. (2001a). Open dialogue in psychosis I: An introduction and case illustration. *Journal of Constructivist Psychology*, 14, 247-265.
- Seikkula, J., Alakare, B., & Aaltonen, J. (2001b). Open dialogue in psychosis II: A comparison of good and poor outcome cases. *Journal of Constructivist Psychology*, 14, 267-284.
- Seikkula, J. (2002). 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. & Arnkil, T. (2005). *Dialoginen verkostotyö*. Tampere: Tammi.
- Smith, C. (1997). Introduction: Comparing Traditional Therapies with Narrative Approaches. Teoksessa C. Smith & D. Nylund (toim.), *Narrative Therapies with Children and Adolescents* (s. 1-52). New York: The Guilford Press.
- Vauhkonen, K. (1997). Psykoosin psykologia ja psykodynamiikka. Teoksessa K. Achté & T. Tamminen (toim.), *Psykoosi ja sen hoito* (s. 61-71). Jyväskylä: Gummerus.
- Yankelovich, D. (1999). *The magic of dialogue. Transforming conflict into cooperation*. New York: Touchstone.