

# **KESKUSTELUKÄYTÄNNÖT PSYKIATRISEN SAIRAALAN VASTAANOTTOKESKUSTELUISSA**

Pirjo Väliavaara

Sosiaalityön pro gradu – tutkielma  
Syksy 2003  
Yhteiskuntatieteiden ja filosofian  
laitos  
Jyväskylän yliopisto

# TIIVISTELMÄ

## Keskustelukäytännöt psykiatrisen sairaalan vastaanottokeskusteluissa

Pirjo Väливаara

Ohjaaja: Marjo Kuronen

Sosiaalityön pro gradu – tutkielma, syyskuu 2003

Jyväskylän yliopisto, Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos

74 sivua

Psykiatrisen sairaalan vastaanottotilanteissa tapahtuvat potilaiden ja henkilökunnan keskustelut ovat tarkastelun kohteena tässä tutkimuksessa. Tavoitteena on kuvata näitä keskusteluja, niiden keskustelukäytäntöjä sekä sitä, mitä näistä käytännöistä seuraa. Miten potilaan ongelmat näissä keskusteluissa määrittyvät? Millainen suhde työntekijöiden ja potilaan välille rakentuu vastaanottotilanteissa. Millaiseen asemaan keskustelijat tilanteessa asettuvat? Erityisesti tarkastelun kohteena on työntekijöiden puhe. Teoreettisena viitekehysenä on sosiaalinen konstruktionismi. Aineistoa käsitellään diskurssianalyttisesti. Aineiston muodostavat yhden psykiatrisen sairaalan vastaanottotilanteiden potilastapaamiset. Aineisto on kerätty syksyllä 2002. Se koostuu viiden potilaan ja henkilökunnan välisistä nauhoitetuista keskusteluista.

Aineiston keskusteluista on löytynyt hallitsevaksi keskustelukäytännöksi nimetty käytäntö, joka on jaettu kolmeen osaa (ongelma-, elämäntilanne-, ja ratkaisukeskustelu) keskustelujen teemojen mukaan. Tässä käytännössä potilaan tilanteen määrittely tapahtuu vahvasti lääketieteellisestä diskurssista. Työntekijän näkemykset nousevat hallitseviksi. Työntekijä pyrkii yleisen psykiatrisen tiedon avulla tunnistamaan ja määrittelemään potilaan ongelmia sekä päättämään ratkaisutoimenpiteistä. Hallitsevassa käytännössä potilaan kokemukset ja ajatukset jäävät taka-alalle. Hänestä rakentuu ulkopuolisen avun tarpeessa oleva ja ongelmainen potilas. Tähän määrittelyyn potilaat, varsinkin keskustelujen alkupuolella, itsekin osallistuvat.

Vaihtoehtoiseksi keskustelukäytännöksi on nimetty käytäntö, joka vastaanottokeskusteluista myös on löydettävissä. Se esiintyy keskusteluissa ohimenevästi ja hetkittäin. Tässä käytännössä työntekijä antaa mahdollisuuden siirtyä potilaan todellisuuteen siten, että potilaan ongelmanmäärittely ja jäsenystävät nousevat esille. Keskustelusta muodostuu yhteinen neuvottelu potilaan ja työntekijöiden kesken. Tällöin myös potilaan omat kokemukset ja ajatukset tapahtumista ovat mielenkiinnon kohteena. Potilaan asiantuntemusta oman elämänsä ja itsensä suhteen huomioidaan. Työntekijöiden ja potilaan näkemykset määrittävät yhdessä tilannetta ja suunniteltavia hoitoratkaisuja.

Avainsanat: sosiaalinen konstruktionismi, diskurssianalyysi, psykiatrisen sairaalahoido, institutionaalinen vuorovaikutus

## SISÄLLYSLUETTELO

<b>1. JOHDANTO</b> .....	<b>4</b>
<b>2. KIELI SOSIAALISEN TODELLISUUDEN RAKENTAJANA</b> .....	<b>9</b>
<b>2. 1 Sosiaalinen konstruktionismi lähtökohtana</b> .....	<b>9</b>
<b>2. 2 Kielenkäytön tilannesidonnaisuus</b> .....	<b>11</b>
<b>2. 3 Diskurssianalyysi lähestymistapana</b> .....	<b>13</b>
<b>2. 4 Tutkimustehtävä</b> .....	<b>19</b>
<b>3. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN</b> .....	<b>21</b>
<b>3. 1 Tutkimusaineisto</b> .....	<b>21</b>
<b>3. 2 Aineiston analysointi</b> .....	<b>23</b>
<b>3. 3 Kvalitatiivisen tutkimuksen validiteetti</b> .....	<b>26</b>
<b>3. 4 Tulosten esittämistapa</b> .....	<b>28</b>
<b>4. HALLITSEVA KESKUSTELUKÄYTÄNTÖ</b> .....	<b>30</b>
<b>4. 1 Ongelmakeskustelu</b> .....	<b>30</b>
<b>4. 2 Elämäntilannekeskustelu</b> .....	<b>40</b>
<b>4. 3 Ratkaisukeskustelu</b> .....	<b>47</b>
<b>5. VAIHTOEHTOINEN KESKUSTELUKÄYTÄNTÖ</b> .....	<b>54</b>
<b>6. POHDINTA</b> .....	<b>63</b>
<b>LÄHTEET</b> .....	<b>70</b>

## 1. JOHDANTO

Psykiatrisessa hoitojärjestelmässä on tapahtunut viimeisten kahdenkymmenen vuoden aikana merkittäviä muutoksia. Muutosten taustalla on ollut monia tekijöitä: yleismaailmallinen suuntaus, taloudelliset tekijät ja suomalaiset suunnitelmat. Psykiatrinen hoitojärjestelmä on Suomessa pitkään ollut sairaalakeskeinen (Tuori 1994); vielä 1950-luvulla alettiin rakentaa uutta mielisairaalaverkostoa (ns. B-mielisairaalat), vaikka muualla länsimaissa alettiin suuntautua avohoitoon ja sairaaloiden purkamiseen ja sairaansijojen vähentämiseen. Suomessa oli psykiatrisia sairaansijoja asukaslukuun suhteutettuna tuolloin lähes eniten maailmassa (4,2 promillea asukasluvusta). Sairaansijojen runsaudesta huolimatta henkilökuntaresurssit olivat jääneet jälkeen muusta erikoissairaanhoidosta niin sairaala – kuin avohoidonkin osalta. Psykiatrinen erikoissairaanhoido oli myös hallinnollisesti eriarvoisessa asemassa muuhun erikoissairaanhoidoon nähden: se muodostui itsenäisistä mielisairaanhoidopiireistä, kunnes vuonna 1991 voimaan tulleella uudella erikoissairaanhoidolailla psykiatriasta tuli erikoisala muiden erikoisalojen rinnalle ja mielisairaanhoidopiirit yhdistyivät sairaanhoidopiireihin (Tuori 1994). Samana vuonna voimaan tullut mielenterveyslaki painotti puolestaan entistä voimakkaammin avohoidon ensisijaisuutta mielenterveyshäiriöiden hoidossa. Psykiatrisissa sairaaloissa hoidettavien määrä on Suomessa 1970-luvun alusta alkaen vähentynyt tasaisesti hoitojärjestelmän rakennemuutoksen seurauksena: vuoden 1996 lopussa Suomessa oli psykiatrisia sairaansijoja enää 1,3 promillea asukasluvusta (Aaltonen, Koffert, Ahonen & Lehtinen 2000, 20). Samalla avohoidon kävijämäärä on noussut huomattavasti.

Palvelurakenteen ja hallinnollisten muutosten lisäksi psyykelääkkeiden lisääntyminen sekä taloudellinen lama monine seurauksineen ovat nostaneet psykiatrisen hoitojärjestelmän usein esille mm. tiedotusvälineissä. On esitetty kriittisiä kommentteja psykiatrisen hoidon tilasta. Rakennemuutoksella on ollut vaikutusta myös siihen, miten psykiatrisia potilaita hoidetaan. Aikaisemmin oli itsestään selvää, että akuutisti psykoottinen potilas otettiin sairaalahoitoon. Usein myös ajateltiin, että pitkä sairaalahoito oli hyväksi potilaan hoitomotivaation kehittymisen ja riittävän hoitoon sitoutumisen varmistamiseksi. Sairaalapaikkojen vähentyessä näistä ajatuksista on pääosin luovuttu ja alettu korostaa avohoidon keskeistä

roolia psykiatrisessa hoitojärjestelmässä ( Aaltonen, Koffert, Ahonen & Lehtinen 2000, 21).

Psykiatriset sairaalat ovat kehittäneet toimintojaan avohoitopainotteisemmiksi 1980-luvulta lähtien kansainvälisen kehityssuuntauksen mukaisesti. Laajat valtakunnalliset psykiatrisen hoidon kehittämisprojektit ovat vaikuttaneet hoitokäytäntöihin. Suomalaisen skitsofrenian ja muiden psykoosien psykososiaalisen hoidon kehittäminen voidaan katsoa alkaneeksi 1960-luvun lopulla skitsofreniaprojektista (Alanen 1993). Valtakunnalliseen skitsofreniaprojektiin ( 1981-1987) sisältyi uusien skitsofreniapotilaiden hoidon kehittämisprojekti (USP-projekti). Sen tavoitteena oli kehittää skitsofrenian hoitoa tavalla, joka on psykoterapeuttisesti painottunutta ja jota on mahdollista soveltaa myös laajemmin julkisessa psykiatrisessa terveydenhuollossa. USP- projektin tulokset ja suositukset johtivat uuden valtakunnallisen projektin syntyyn. Akuutin psykoosin integroitu hoito-projekti toteutettiin (1992-1998) kuudessa psykiatrisessa hoitokeskuksessa. Merkittäviä projektin myötä syntyneitä hoidon periaatteita olivat potilaan ottaminen mukaan häntä koskeviin tilanteisiin, perheiden ja muiden potilaalle tärkeiden ihmisten säännöllinen tapaaminen heti alkuselvittelystä lähtien (Aaltonen ym. 2000, 25-30).

Psykiatrinen sairaalahoito on nykyään harvoin ensisijainen hoitovaihtoehto. Sitä edeltävät yleensä hoitokokemukset avohoidon palvelupisteessä. Siitä tulee vaihtoehto, kun avohoidon palvelut ovat riittämättömiä. Vastaanottotilanne nähdään tärkeäksi vaiheeksi potilaan hoitoprosessissa. Työskentelyn alkuvaihe on merkityksellinen siksi, että sen jäsenyisyys tai jäsenymättömyys heijastuu helposti koko sitä seuraavaan työskentelyprosessiin.

Psykiatrisen hoidon perustapahtumaksi sairaalassa on muodostunut hoitokokous. Hoitokokous on potilaan hoitoon säännönmukaisesti kuuluvaa tapahtuma, jossa potilas, hänen perheenjäseniään ja mahdollisesti muita potilaan elämän tärkeitä henkilöitä kokoontuu keskustelemaan yhdessä hoitavan työryhmän jäsenten kanssa. Hoitoprosessiin kuuluu tavallisesti useita hoitokokouksia. Tavoitteena on, ettei hoito pirstaloidu erillisiksi hoitotapahtumiksi ja että edistetään hoidon jatkuvuutta ja ehkäistään hoitoa koskevien ristiriitaisten päätösten syntymistä (Aaltonen ym. 2000, 32-34). Vastaanottotilanne muodostaa ensimmäisen hoitokokouksen. Tämä pyritään järjestämään ennen sairaalan sisään kirjoitusta. Vaikka potilaalla on lähete sairaalaan avohoidosta, sen ei siis automaattisesti tarvitse johtaa sairaalahoitoon, vaan tuossa keskustelussa tilannetta arvioidaan, ongelmaa

määritellään yhdessä ja pyritään löytämään sopiva hoitoratkaisu. Hoitoon tarjottavan potilaan arviointia ja hoidon käynnistymistä varten kootaan sairaalan työntekijöistä, potilaasta ja hänen läheisistään ryhmä, jonka tehtävä on potilaan tilanteen alkukartoitus, hoidon tarpeen arviointi ja hoidon suunnittelun ja toteutuksen käynnistys.

Alanen (1993, 237-238) on määritellyt tällaisen neuvottelun tärkeimmiksi tehtäviksi potilaan ja perheen tilanteeseen liittyvän informaation saamisen ja sen yhteisen jakamisen, hoidollisten tarpeiden diagnosoinnin ja muiden perheen jäsenten hoidollisen tukemisen. Alkuselvittelyssä yhdessä potilaan ja perheen kanssa saadaan paljon erilaista tietoa kokonaistilanteesta. Tässä vaiheessa on mahdollisuus sopia parhaasta mahdollisesta yhteistyötavasta kussakin tilanteessa. Ensimmäisen keskustelun merkitys ei kuitenkaan ole pelkästään diagnosoiva tai arvioiva, vaan sen keskeinen tavoite on luoda mahdollisuus sellaiselle keskustelulle, jossa voidaan tuoda esiin erilaisia ajatuksia tilanteesta ja yrittää nähdä vaikeakin kriisi jollain tavalla osana elämänkulkua.

Hoidon alkuvaiheen interventioiden tärkeys on myös noussut esille edellä mainituissa kehittämissuunnitelmissa. Tutkimus ja hoito muodostuvat psykiatriassa aina yhdeksi kokonaisuudeksi. Niitä ei voi erottaa toisistaan. Asenteet ja määrittelyt, jotka potilas alkutilanteen yhteydessä kohtaa, vaikuttavat varsin paljon siihen, mitä hän myöhemmin odottaa hoitavilta henkilöiltä, samoin kuin siihen, miten hän itse näihin asennoituu.

Potilaan ottamisesta psykiatriseen sairaalaan on olemassa runsaasti aikaisempia tutkimuksia sekä kotimaasta että ulkomailta (mm. Feigelson, Davis, Mackinnon, Shands & Schwartz 1978; Lönnqvist, Hemmi, Ostamo, Sihvonen & Kapanen-Grönfors 1985; Ojanen 1975; Virtanen 1986). Niissä on pyritty selvittämään sairaalaan oton syitä etenkin potilaan kliiniseen tilaan tai sosiaaliseen tilanteeseen, kuten myös hoito-organisaatioon liittyvien tekijöiden kannalta. Sen sijaan itse vastaanottotapahtumasta ei ole juurikaan tutkimuksia ja sellaisten tutkimusten tarve nousee useista lähteistä esille. Sairaalaan ottopäätöksiin liittyy runsaasti selvittämättömiä tekijöitä ja lisätutkimuksen tarve tulee esille aikaisemmissa tutkimuksissa sairaalanottotapahtuman ymmärtämiseksi. Keränen (1992) mukaan monissa tutkimuksissa viitataan siihen, että potilaan ja vastaanottavan organisaation vuorovaikutuksen merkitystä sairaalaan sisäänottopäätöksen syntymiseen on tarpeen selvittää. Keränen (1992) on omassa tutkimuksessaan selvittänyt avo- ja sairaalahoitoon valikoitumista

perhekeskeisessä psykiatrisessa hoitojärjestelmässä. Edelleen hän kuitenkin näkee lisätutkimuksen tarpeelliseksi.

Keskeisessä roolissa asiakkuuden määrittelyprosessissa on puhe, koska asioiden, tilanteiden, kokemusten ja tunteiden käsittely tapahtuu työntekijöiden ja potilaiden välisen puheen tasolla. Psykiatrisen sairaalan työskentely koostuu pääasiassa työntekijöiden keskinäisistä ja työntekijöiden ja potilaiden välisistä keskusteluista. Käytännön työn kehittämisen kannalta on olennaista tietää, mitä näissä työntekijöiden ja potilaan välisissä keskusteluissa tapahtuu ja se edellyttää perusteellista arkityön tutkimusta.

Analyysin keskittyminen arkisiin käytäntöihin tarkoittaa sitä, että tarkasteltavana eivät ole toimijoiden pyrkimykset tai ajatukset, vaan puhe. Hoito- ja terapiakäytännön alueella yleisen tason perusteluja katseen kohdistamiseksi kieleen nousee monilta eri tahoilta (esim. Anderson & Goolishian, 1988 ja 1992; McNamee & Gergen 1992; Shotter 1993). Sosiaali- ja terapiatyössä on entistä enemmän alettu painottaa kielen merkitystä (esim. Jokinen, Juhila & Pösö 1995; Anderson 1997). ”Mikroanalyysillä tavoitettavien arkisten käytäntöjen ajatellaan siis olevan sillä tavoin tärkeitä, että ne rakentavat laajempia instituutioita; toimintakäytäntöjä, joilla on laajaa yhteiskunnallista merkitystä. Keskittyminen arkisiin työkäytäntöihin korostaa toimijoiden painoarvoa” (Jokinen, Suoninen & Wahlström 2000, 18).

Nykyinen keskustelu psykiatrisesta hoidosta kertoo paljon siitä, mitä pitäisi tehdä ja vähemmän siitä, mitä todella tehdään. Asiakirja-aineiston perusteella ei saa selkeää kuvaa siitä prosessista, joka on johtanut toimenpiteestä toiseen. Potilas- ja perhekeskeisyys, vuorovaikutuksellisuus ovat nykyisen psykiatrisen hoidon virallisen liturgian iskusanoja, mutta mikä on niiden merkitys käytännön työtilanteissa ja miten ne käytännössä näkyvät.

Tarkastelun kohteeksi otan psykiatrisen sairaalan akuuttiosaston vastaanottokeskustelun, missä potilaan tilannetta määritellään ja arvioidaan sairaalahoidon tarvetta. Mitä tuossa keskustelussa oikein tapahtuu, kun sitä tarkastellaan läheltä? Mistä siellä puhutaan ja miten? Miten potilaan ongelmia lähestytään ja miten potilas kohdataan tässä tilanteessa? Diskursiiviselta kannalta mielenkiintoista on se, millainen tapa puhua potilaasta ja hänen tilanteestaan alkaa elää ensimmäisessä kohtaamisessa ja millainen työskentelysuhde rakentuu työntekijöiden ja potilaan välille tuossa keskustelussa. Yhteiskunnassa erikoissairaanhoidon

tehokkuuteen kohdistuvat paineet ja vaatimukset edellyttävät koko organisaatiolta maksamaalista tehokkuutta ja asiantuntemuksen kehittämistä. Sairaalan sosiaalityö ei myöskään voi jäädä paikalleen. Se on osa järjestelmää ja osaltaan myös vastuussa kokonaisuudesta. Miltä vastaanottokeskustelu näyttää sosiaalityön näkökulmasta? Mitä kehittämismahdollisuuksia sosiaalityölle vastaanottokeskustelujen tarkastelu kielellisenä käytäntönä nostaa esille?



## 2. KIELI SOSIAALISEN TODELLISUUDEN RAKENTAJANA

### 2. 1 Sosiaalinen konstruktionismi lähtökohtana

Monivuotinen työkokemukseni psykiatrisessa sairaalassa aiheuttaa sen, että tutkimuksen kohteena oleva työtilanne on minulle tuttu ja arkipäiväinen. Riittävän etäisyyden ja mahdollisimman monipuolisen tarkastelukulman saamiseksi olen tässä tutkimusprosessissa perehtynyt sosiaaliseen konstruktionismiin, viitekehykseen, joka tarjoaa vastaanottokeskusteluun uudenlaisen teoreettisen näkökulman. Toivon teoreettisen tarkastelun tuovan tutkimuksellista etäisyyttä, kuten Eskola ja Suoranta (1999, 35) suosittelevat tilanteessa, jolloin tutkittava aihe on tuttu.

Työni metodologiset peruslähtökohdat pohjautuvat siis sosiaalisen konstruktionismin teoriaan, joka on kasvattanut suosiotaan yhteiskuntatieteellisen tutkimuksen piirissä (Aittola & Raiskila 1995, 213-214). Modernismissa ihmisen rationaalisuus on keskeisessä asemassa. Tapahtumien syiden selvittelyä logiikan ja empirismin avulla pidetään keskeisenä. Tieteellisiin konstruktioihin pyrkivä toiminta on riippumatonta ja itsერიittoista. Ajatellaan, että systemaattisella tarkkailulla asioiden ja tapahtumien todellinen luonne on löydettävissä ja että on olemassa yksi ainoa totuus. (Howe 1994, 514-515.) Postmodernismin myötä on alettu vähitellen kuitenkin luopua yksiselitteisistä totuuksista ja tilalle ovat tulleet erilaiset todellisuuden tulkinnan mahdollisuudet. Yleisten lakien sijaan senhetkinen, paikallinen konteksti muodostuu määrääväksi. Sosiaalinen konstruktionismi painottaa sitä, että tiede voi hakea vastausta kysymykseen, miten jokin on rakentunut jossakin. Koko inhimillinen todellisuus samoin kuin sitä tutkivat ja tulkitsevat tieteenalat ovat siis sosiaalisesti rakentuneita. (Aittola & Raiskila 1995, 224-229.) Postmoderni tiedekäsitys korostaa sosiaalisten konstruktioiden merkitystä ilmiöiden tulkinnassa. Tiedon todellisuus (legitimaatio) perustuu kommunikaatioon ja kielelliseen käytäntöön. Keskeinen kysymys on, kuinka tieto synnytetään ihmisten keskinäisessä vuorovaikutuksessa. (Howe 1994, 520, 522.)

Tiedossa on kyse ensisijaisesti siitä, että ilmiöitä tarkastellaan jostakin näkökulmasta (Burr 1995, 4-5). Tieto muodostuu niistä selonteista, joita ihmiset kielellisessä kanssakäymisessä antavat kohtaamilleen asioille ja joista mahdollisesti joku selonteko korotetaan ”totuudeksi”. Tieto ja todellisuuskäsitykset ovat historiallisesti ja kulttuurisesti määräytyneitä ja legitimoituneita. Tiedekään ei ole pysyvää, vaan muuttuu kaiken aikaa. Sosiaalitieteiden kontekstissa Paul Conrad (1997, 139) viittaa tähän ilmiöön huomauttaessaan, että ymmärrys sosiaalisten ongelmien luonteesta on historiallinen, ongelmilla on historiansa ja muutoskohtansa ajassa ja paikassa. Sosiaaliset ongelmat muuttuvat, häviävät tai ilmaantuvat uudelleen ajan myötä. Esimerkiksi käsitys psyykkisistä sairauksista määrittyy ajallisissa ja paikallisissa diskursseissa, jolloin suhtautuminen esim. psyykkisesti sairaaseen tapahtuu näiden diskurssien puitteissa ( Foucault 1988, 287-288).

Sosiaalista konstruktionismia voidaan luonnehtia yleisenä monitieteisenä lähestymistapana, jossa painotetaan kieltä käytäntönä, joka ei ainoastaan kuvaa maailmaa, vaan merkityksellistää ja samalla järjestää, uusintaa ja muuntaa sitä sosiaalista todellisuutta, jossa elämme (Suoninen 1999, 42). Ihmisten välinen sosiaalinen vuorovaikutus perustuu pitkälti kieleen. Niin arkiajattelussa kuin tieteellisessä ajattelussakin kieltä ja sen käyttöä pidetään usein ongelmattomana todellisuuden kuvaamisen välineenä. Karkeasti jaotellen kieltä voidaan lähestyä kahdesta eri näkökulmasta: sen voidaan olettaa *heijastavan* todellisuutta eli olevan ikään kuin todellisuuden kuva tai kielen voidaan ajatella *rakentavan* todellisuutta (Jokinen, Juhila & Suoninen 1993, 18-20). Näistä ensimmäinen näkökulma tukeutuu siihen oletukseen, että kielen käyttö toimii välineenä saada tietoa olemassa olevista faktoista. Jälkimmäisessä näkökulmassa kielen käyttöä ei tarkastella siltana todellisuuteen, vaan osana todellisuutta itseään. Tällöin perinteinen käsitys kielen representatiivisuudesta joutuu kyseenalaiseksi.

Potterin ja Wetherellin (1987, 9) mukaan kieli on kuitenkin itsessään sosiaalista todellisuutta, ja se esiintyy moninaisina sosiaalisina käytäntöinä. Diskursiivisesti orientoituneessa tutkimuksessa aineisto on erityisessä asemassa, koska sitä pidetään tutkimuskohteena sinänsä, ei vain siitä kertovana kuvauksena (Suoninen 1993, 49).

## 2. 2 Kielenkäytön tilannesidonnaisuus

Kieli ei sisällä mitään absoluuttisia merkityksiä, vaan merkitykset ovat aina tulkinnan tulosta. Kielenkäytöllä voi siis olla monia eri tulkintamahdollisuuksia, jotka voivat olla myös ristiriitaisia keskenään. Jotta osaisimme käyttää kieltä oikein ja tarkoituksenmukaisella tavalla, pitää meillä olla tietoa kontekstista, jossa tulkinta tehdään. Konteksti ei ole vain ulkoinen staattinen keskusteluun vaikuttava tekijä, vaan puheen ja sen kontekstin suhde on aktiivinen ja vastavuoroinen. Kulloinenkin organisaatio ja sen tulkintakulttuuri ovat olennaisia, koska ne toimivat osallistujille toiminnan kehikkona, joka toisaalta mahdollistaa ja suosii ja toisaalta rajoittaa tietynlaisten tulkintojen syntymistä ja vakiintumista sekä keskustelullisia käytäntöjä ylipäätään. (Jokinen, Juhila & Pösö 1995, 12-19.) Kontekstin huomioon ottamisella tarkoitetaan yleisesti sitä, että ”toimintaa tarkastellaan tietyssä ajassa ja paikassa, johon tulkinta pyritään suhteuttamaan” (Jokinen ym. 1993, 30). Tietty keskustelu on ymmärrettävissä vain suhteessa siihen ympäristöön, jossa se on käyty. Teoilla ja tapahtumilla ei ole itsenäistä olemassaoloa kontekstista erillään eikä päinvastoin. (Drew & Heritage 1992, 18-19.)

Tässä tutkimuksessa työntekijöiden ja potilaiden keskustelut tapahtuvat institutionaalisessa kontekstissa. Paul Drew ja John Heritage (1992, 21-22) määrittelevät institutionaalisen keskustelun tilanteeksi, jossa keskustelijat suorittavat erityisiä institutionaalisia tehtäviä. Eri instituutioiden asiakkaiden ja ammattilaisten väliset keskustelut ovat institutionaalista keskustelua. Instituutioiden toiminta realisoituu paljolti vuorovaikutuksellisen puheen kautta. Pelkää fyysinen paikka, esimerkiksi psykiatrisen sairaala, ei tee puheesta institutionaalista, vaan pikemminkin siinä toimivat ihmiset (Drew & Heritage 1992, 3-4). Suoninen (1999, 103) on todennut myös instituutioiden tekemien konkreettisten toimenpiteiden perustuvan suurelta osin kielellisessä vuorovaikutuksessa tehtyihin ratkaisuihin ja suunnitelmiin. Drewin ja Heritagen (1992, 21-22) mukaan institutionaalisen keskustelun tyypillinen piirre on se, että vuorovaikutuksen osanottajat tai ainakin joku heistä suuntautuu kyseiselle instituutiolle ominaiseen vakiintuneeseen tehtävään tai ydinpäämäärään. Tilanteessa syntyviin tehtäviin ja identiteetteihin liitetyt oikeudet ja velvollisuudet toisaalta avaavat mahdollisuuksia, toisaalta rajoittavat vaihtoehtoja. Yleensä tavoitteellisuus rajoittaa enemmän instituution edustajan kuin maallikon toimintaa.

Drew ja Heritage (1992, 22) toteavat edelleen, että institutionaalisen vuorovaikutuksen tarkastelussa on olennaista kiinnittää huomiota niihin tavoitteisiin ja tehtäviin, joita toimijat katsovat itsellään olevan tietyssä tilanteessa tietyn instituution edustajina tai sen asiakkaina. Psykiatrisen sairaalan potilaiden ja työntekijöiden keskustelut eivät tapahdu tyhjiössä, vaan niillä on oma ympäristönsä. Työntekijät vastaanottokeskustelussa ovat nimenomaan työntekijöinä, joiden tehtäviin kuuluu psykiatrisen sairaalahoidon tarpeen arviointi ja asiakas on psykiatrisen sairaalahoidon tarpeen arviointiin tullut potilas.

Peräkylän (1997, 178-180) mukaan myös keskustelu itsessään on instituutio. Keskustelu on normatiivisesti säädeltyä toimintaa. Osapuolet suuntautuvat normeihin ottaessaan ja luovuttaessaan puheenvuoron, tehdessään korjauksia ja niin edelleen. He ovat vuorotellen puhujan ja kuulijan roolissa. Institutionaalisissa keskusteluissa vuorot saattavat jakautua eri tavoin kuin arkikeskustelussa. Siinä keskustelun osapuolten käytössä on enemmän vaihtoehtoja ja keskustelun keinoja kuin institutionaalisissa tilanteissa. (Raevaara, Ruusuvaara & Haakana 2001, 14-15.) Vuorovaikutusjärjestyksellä voidaan ajatella olevan erityinen sosiaalinen tehtävänsä luoda pohjaa kaikkien muiden instituutioiden toiminnalle. Yleisen vuorovaikutusjärjestyksen lisäksi vuorovaikutuksella voidaan ajatella olevan myös rajatumpia sosiaalisia ja institutionaalisia sääntöjä, esimerkiksi lääketieteellisen kohtaamisen tai tuomioistuimen käytännöt. Näidenkin instituutioiden toiminta realisoituu paljolti vuorovaikutuksellisen puheen kautta. (Peräkylä 1997, 179-180.)

Tilanteessa syntyvää kontekstia voidaan tarkastella monella tasolla. Jokinen ym. (1993, 30-31) puhuvat kapeimpana näkökulmana *episodi- ja lausekontekstista*, jolla he tarkoittavat sanojen tarkastelua yhteydessä lauseeseen tai jonkin yksittäisen teon suhdetta toimintaepisodiin. Yksinkertaisimpia esimerkkejä tästä ovat sanat, joilla jo sanakirjan mukaan on useita merkityksiä. Lauseyhteydestä riippuen esimerkiksi sana ”kuusi” voi tarkoittaa lukua tai puulajia. Sana yrittäjäys esimerkiksi voi merkityksellistyä liiketoiminnaksi, vapaudeksi tai ahkeruudeksi lauseyhteydestä riippuen.

Keskeistä merkitysten muotoutumisessa on myös vuorovaikutuksen kulku. Tällöin puhutaan *vuorovaikutuskontekstista*, jossa lausumia ja tekoja tulkitaan suhteessa siihen vuorovaikutusympäristöön, jossa ne tapahtuvat. Tämä merkitsee esimerkiksi sitä, että kun analysoidaan aineistokohdat ovat keskustelupuheenvuoroja, on niitä analysoitava suhteessa keskustelun kulkuun. (Jokinen ym. 1993, 32.) Lausuman osuutta meneillään olevaan

tapahtumaan ei voida ymmärtää irrotettuna välittömästi edeltäneestä puheenvuorosta (Rostila 1997, 45). Puheenaiheiden rajaukset, kannanotot ja keskustelijoiden väliset suhteet eivät ole autonomisia, vaan rakentuvat ja tarkentuvat toisiinsa suhteutuen keskustelun kulussa. Lause- ja episodikonkstin sekä vuorovaikutuskonkstin yhteydessä lähtökohtana on aineiston hienojakoinen jäsentely sinänsä, siinä ei kurkotella käsillä olevan tilanteen ulkopuolelle.

( Jokinen ym. 1993, 32; Suoninen 1997, 51.) Vuorovaikutuskonksti on keskeistä tämän tutkimuksen kannalta.

Laajempiin yhteyksiinsä ilmiö asettuu, kun tarkastellaan *kulttuurista kontekstia*. Tällöin analyysissä hyödynnetään kulttuurisiin tapoihin, uskomuksiin ja yhteiskunnalliseen ilmapiiriin liittyvää tietoa ( Jokinen ym. 1993, 32). Tällöin voin tutkijana hyödyntää tietoa, jota minulla on psykiatrisen sairaalan työntekijänä ja tutkimani organisaation jäsenenä. Tämän tyyppisessä tutkimuksessa on hyötyä siitä, että tuntee hyvin tutkimuksen kohteena olevan organisaation ja sen tehtävän. Tällöin tutkijalla on käytettävissään organisaation jäsenten kanssa yhteistä tulkinpohjaa. Toisaalta tuttuus voi tehdä ”sokeaksi” itsestään selvyyksinä pidetyille asioille.

Eräänlaiseksi kontekstiksi voidaan kutsua myös niitä *reunaehdoja*, jotka ovat aineiston tuottamisen kannalta tärkeitä. Reunaehdot tulevat huomioiduksi tutkimuksen lähtökohdissa ( Jokinen ym. 1993, 34; Suoninen 1997, 55).

Kontekstuaalisuus on diskursiiviseen maailmaan kuuluva ominaisuus, joka osaltaan rikastuttaa aineiston analyysiä ( Jokinen ym. 1993, 29). Tutkimuksessa konteksti on tullut ulkopuolisesta häiriötekijästä olennaiseksi osaksi ymmärtämisyhteyttä, mikä mahdollistaa inhimillisen vuoropuhelun.

### **2. 3 Diskurssianalyysi lähestymistapana**

Diskurssianalyysin teoreettinen koti on sosiaalisen konstruktionismin traditiossa (Jokinen 1999, 39). Diskurssianalyttinen tutkimus sinänsä muodostaa varsin värikkään kentän, jonka sisällä voidaan tunnistaa useita erilaisia lähestymistapoja (kts. esim. Fairclough 1992, 35). Diskurssianalyysi ei ole tutkimusmenetelmä sinänsä, vaan pikemminkin se on väljä

teoreettinen viitekehys (Jokinen ym. 1993, 17). Kysymykseen, mitä diskurssianalyysi on, ei ole olemassa helppoa tai yksiselitteisen eksaktia vastausta. Ei ole olemassa diskurssianalyttistä metodia siinä mielessä kuin me ymmärrämme traditionaalisen kokeellisen ja sisällönanalyttisen metodin (Potter & Wetherell 1987, 175). Diskurssianalyysi on ikään kuin sateenvarjo, toteaa Burr (1995, 163) ja sen alla on löydettävissä monia tutkimuskäytäntöjä. Yhteistä näille on kuitenkin se, että ollaan kiinnostuneita inhimillisistä merkitysjärjestelmistä. Diskurssianalyysin ytimenä on ajatus kielen toiminnallisuudesta. Se tarkastelee siis kielenkäyttöä tekemisenä. Täten kieltä ja puhetta tarkastelemalla voi päästä käsiksi niihin määrityksiin, joita ihmiset vuorovaikutustilanteissa asioista tekevät. Näitä määrityksiä, joilla ihmiset tekevät ymmärrettäväksi omaa itseään ja maailmaa, on diskurssianalyysin piirissä kutsuttu selonteoiksi. Tällä tavalla tehdään ero sellaiseen lähestymistapaan, jossa aineistoa luetaan yksinkertaisesti kuvauksena todellisuudesta. Polttopisteeseen nostetaan kysymys siitä, kuinka sosiaalinen todellisuus rakentuu kielenkäytön avulla (Suoninen 1999, 18-20.) Myös Potterin ja Wetherellin (1987, 34-36) mukaan diskurssianalyysin tavoitteena on eritellä niitä hienovaraisia tapoja, joilla kieli vaikuttaa havainnointiin ja saa asioita tapahtumaan. Lisäksi se tutkii sitä, miten kieltä voidaan käyttää rakentamaan ja luomaan sosiaalista vuorovaikutusta ja erilaisia sosiaalisia todellisuuksia. Mielenkiinnon kohteena on se, miten ihmiset rakentavat erilaisia versioita todellisuudesta tukeutuen taitavasti ja joustavasti arvo- ja normijärjestelmiä edustaviin kielellisiin resursseihin.

Tässä työssä tukeudun suomalaisen yhteiskuntatieteeseen omaksuttuun diskurssianalyysin näkemykseen (esim. Jokinen ym. 1993 ja 1999; Suoninen 1997), joka on muotoutunut vuorovaikutuksessa erityisesti brittiläisen tradition kanssa (esim. Potter & Wetherell 1987; Silverman 1993; Potter 1996). Potter ja Wetherell (1987, 35) toteavat, että diskurssianalyysi tutkii sosiaalisen todellisuuden ilmiöitä tarkastelemalla kielen käyttöä eri muodoissaan ja kiinnittämällä erityisesti huomiota sen vaihteluun. Potterin ja Wetherellin (1987, 35-36) mukaan diskurssianalyysin tavoitteena on eritellä niitä hienovaraisia tapoja, joilla kieli vaikuttaa havainnointiin ja saa asioita tapahtumaan.

Jokinen ym. (1993, 9-10) määrittelevät diskurssianalyysin kielen käytön ja muun merkitysvälitteisen toiminnan tutkimukseksi, jossa analysoidaan yksityiskohtaisesti sitä, miten sosiaalista todellisuutta tuotetaan erilaisissa sosiaalisissa käytännöissä. Tarkastelun kohteeksi ei oteta yksilöä, vaan sosiaaliset käytännöt. Tämän tutkimuksen kohteena oleva

sosiaalinen käytäntö on psykiatrisen sairaalan vastaanottokeskustelu, jossa sairaalaan potilaaksi tarjolla olevan henkilön tilannetta ja ongelmia määritellään sekä etsitään sopivaa hoitoratkaisua. Myös psykiatrasta hoitoa voidaan tarkastella sosiaalisena toimintana, jossa merkitykset ja ymmärrys synnytetään työntekijöiden ja potilaiden keskustelussa (McNamee & Gergen 1992).

Diskurssianalyysin peruskäsitteitä ovat funktio, positiokombinaatio ja diskurssi. Diskurssianalyttisesti orientoituneen tutkimuksen tehtävä on pohtia myös kielenkäytön seurauksia. Mitä seuraa siitä, että me puhumme esimerkiksi psyykkistä ongelmista eri tavoin? *Funktiolla* käsitetään puheen tarkoitettuja ja tarkoittamattomia seurauksia. Arkiset ihmisten väliset asiat, kuten selittäminen, oikeuttaminen tai syyttely voivat olla vuorovaikutuskontekstiin liittyviä funktioita. Diskurssianalyysissä funktioiden ei ajatella määräävän tai selittävän puhetoimintaa, vaan olennaista on se, millaisia asiantiloja toimija tekee tai saa puheellaan mahdolliseksi. Puheella voi olla useita eri funktioita, sillä saadaan aikaan eri asioita. Käsite pitää sisällään sekä tarkoitukselliset että huomaamattomat seuraukset. Huomio kiinnitetään siihen, mitkä funktiot ovat potentiaalisina läsnä tai aktualisoituvat vuorovaikutussuhteissa. (Jokinen ym. 1993, 42-48; Suoninen 1997, 60.)

Jokisen ym. (1993, 24-29) mukaan kielen käytön variaatioita voidaan pitää seurauksena siitä, että asioista puhutaan eri tavoin eri funktioiden yhteydessä. Vaihtelun perusteella tunnistettavia kielenkäytössä ilmeneviä erilaisia puhumisen tapoja voidaan kutsua *diskurssseiksi*. Diskurssin käsite on laajasti ja epämääräisesti käytetty erilaisessa kielen tutkimuksessa. Diskurssilla voidaan sen laajimman määritelmän mukaan tarkoittaa puheen ja tekstin kaikkia muotoja. Diskurssi-sanalla käytetään lähes samaa tarkoitettavaa tulkintarepertuaarin käsitettä. Kirjoittajat näkevät nämä käsitteet niin samaa tarkoittaviksi, että he ovat yhdistäneet ne merkityssystemin käsitteeksi. He määrittelevät molemmat käsitteet ”verrattain ehyiksi säännönmukaisten merkityssuhteiden systeemeiksi, jotka rakentuvat sosiaalisissa käytännöissä ja samalla rakentavat sosiaalista tilaa. Olennaista ei ole se, mitä käsitettä käytetään, vaan se, miten käytetty käsite on määritellään.

Diskurssin käsite liittyy postmoderniin sosiaalitieteeseen ja sitä käytetään yleensä kahdessa merkityksessä (Lowe 1991). Käsite viittaa konkreettiseen keskusteluun, jonka kautta merkityksiä tuotetaan (Davies & Harre 1990, 43). Toisaalta sitä käytetään myös tarkoittamaan yhteiskunnassa vallitsevia puhumisen käytäntöjä. Nämä käytännöt määrittelevät ja rajaavat,

mitä eri aiheista voidaan sanoa ja kenellä on auktoriteetti sanoa se. (Lowe 1991.) Teen eron keskustelun ja diskurssin käsitteen välillä samoin kuin Wahlström (1992, 37) on tutkimuksessaan tehnyt. Käytän *keskustelu*-käsitettä, kun puhun vastaanottotilanteista merkitysten tuottamisen foorumeina ja *diskurssin* käsitettä, kun tarkoitan keskusteluissa tiettyä tapaa puhua ja merkityksellistä asioita. Tällöin diskurssin käsite on tässä työssä kapeampi kuin keskustelun käsite.

Diskurssit kantavat mukanaan käsityksiä asioiden merkityksistä ja näiden merkitysten välisistä suhteista ja määrittävät minkälaisia merkityksiä asiat, teot ja sanat saavat. Ne siis avaavat joitakin tapoja toimia ja tekevät toiset tavat mahdottomiksi tai epätodennäköisiksi. Puhuttaessa diskurssista painotetaan vakiintunutta tapaa asioiden merkityksellistämässä (esimerkiksi asioiden käsittely sairauden näkökulmasta eli sairausdiskurssista).

Keskustelussa käytetään usein monia eri diskursseja, jotka voivat olla kilpailevia tai pitää sisällään toisilleen ristiriitaisia merkityksiä. Keskustelu voidaan nähdä myös kamppailuna siitä, mikä diskurssi on hallitseva. (Jokinen & Juhila 1993, 88.) Vaikutusten kannalta keskeiseksi nousee kysymys siitä, minkälaisia toimintamahdollisuuksia ja velvoitteita merkitysjärjestelmät avaavat toimijoille (Jokinen ym. 1993, 41-42). Eri diskurssit konstruoivat asioita eri tavoin ja positioivat ihmisiä eri tavoin sosiaalisissa suhteissa. Ihmiset voivat toimia monissa eri diskursseissa, jolloin sama ihminen voi tilannekohtaisesti (kontekstista riippuen) tuottaa itsensä erilaisena eri diskursseissa. (Potter & Wetherell 1987, 102.)

Diskurssien analysoinnissa ei ole kysymys tekstien ominaisuuksien mekaanisesta kirjaamisesta, vaan perustelluista tulkinnoista, jotka pohjautuvat tutkijan ja aineiston väliseen vuoropuheluun. Diskurssit ovat tutkijan tulkintayön tuloksia, eivät analyysin raakamateriaalia.. Diskursseja ei tutkita sinällään, vaan sitä, miten ne ilmenevät erilaisissa sosiaalisissa käytännöissä. (Suoninen 1997, 49.)

Identiteetin, subjektiposition ja diskurssin käyttäjän käsitteet kuvaavat diskurssianalyysissä erilaisia toimijaulottuvuuksia. *Identiteetti* on väljä yläkäsite, joka voidaan määritellä tarkoittamaan niitä oikeuksia, velvollisuuksia ja ominaisuuksia, joita toimija olettaa itselleen, toisille tai muut toimijat olettavat hänelle (Peräkylä 1990, 22). Identiteetit muotoutuvat omanlaisikseen kussakin diskurssissa. Esimerkiksi veistä kädessään pitävä henkilö voi eri



konteksteissa määrittyä murhaajaksi, kirurgiksi tai keittäjäksi ( Jokinen ym. 1993, 39). Törrösen (2000, 243) mukaan postmodernissa sosiaalitutkimuksessa toimija on hajonnut koostelmaksi subjektiasemia: yksilöllä on valittavaan joukko identiteettejä, joiden tilannekohtainen käyttökelpoisuus määrittyy vuorovaikutuksessa.

Potilaan ja työntekijöiden vuorovaikutuksessa ei kyse pelkästään erillisten yksilöiden kohtaamisesta. Kyse on ennen kaikkea tietyissä asemissa olevien henkilöiden kohtaamisesta. Keskustelijat voivat rakentaa ja tavoitella samankin rooliaseman puitteissa monenlaisia yhteistyön asetelmia. Suoninen (1997, 24-25) on käyttänyt tällaisten yhteistyöasetelmien kuvaamisen *positiokombinaation* käsitettä. Käsite painottaa vuorovaikutuksellisuutta, sillä kombinaatioon tarvitaan aina kaksi osapuolta. Hänen mukaansa se on myös roolin käsitettä joustavampi.

Tilanteessa määrittyvää toimintaa tutkittaessa on käytetty *subjektiposition* käsitettä (Potter & Wetherell 1987; Suoninen 1997). Sillä viitataan toiminnan rajoituksiin eli siihen, että tietyssä tilanteessa kaikki positiot eivät ole mahdollisia (Wetherell & Potter 1992, 78; Suoninen 1997, 24). Esimerkiksi lääkärit ja potilaat saattavat ottaa positionsa usein annettuina (toinen positioituu asiantuntijan, toinen hoidettavan asemaan). Subjektiposition käsitettä käytettäessä on tärkeää havaita, etteivät positiot ole ennalta olemassa olevia valmiita ”paikkoja”, joihin yksilöt asettuvat, vaan positiot tuotetaan aina sosiaalisissa käytännöissä (Parker 1992, 96). Subjektiposition käsite ”korostaa identiteetin käsitettä enemmän merkityssysteemien valtaa määrittää tietyt paikat” ( Jokinen & Juhila 1999, 68). Positointi ei ole yksinkertainen ja selkeästi erotettavissa oleva aspekti aineistosta. Subjektipositio on elävä ja joustava suhdekategoria, joka voi muuttua toiseksi keskustelun edetessä (Törrönen 2000, 253).

Kriittisen diskurssianalyysin lähtökohtana on ajatus tekstien ideologisesta ja poliittisesta luonteesta (Fairclough 1992). Kriittisen diskurssianalyysin lähtökohtiin kuuluu itsestään selvästi tuottaa poleeminen puheenvuoro vallitsevaan sosiaaliseen järjestykseen. Analyyttinen diskurssianalyysin pyrkimys on olla avoin aineistolle ja sieltä löytyville jäsenyksille. (Jokinen & Juhila 1999, 86). Minulla ei ole etukäteen oletuksia joidenkin alistussuhteiden olemassa olost. Omat lähtökohtani ovat siis lähempänä analyyttistä kuin kriittistä suuntausta. Käytän kuitenkin jossain määrin hyväkseni joitakin kriittisen diskurssianalyysin välineitä. Esimerkiksi sivuan sitä, miten diskurssit legitimoivat tiettyjä hoitoratkaisuja ja keskustelijoiden asemia.

Diskurssianalyttisen lähestymistavan lisäksi olen saanut vaikutteita myös keskusteluanalyttisestä tutkimuksesta, jossa tarkastellaan kielellisen vuorovaikutuksen organisoitumista yksityiskohtaisen empiirisen analyysin avulla. Keskusteluanalyysi antaa hyviä analyttisiä työkaluja myös diskurssianalyttiselle tutkijalle (esim. Drew & Heritage 1992; Peräkylä 1992). Tämä "työkalupakki" auttaa erittelemään sitä, millä tavoin merkitysten rakentuminen on kietoutunut osaksi vuorovaikutuksen kulkua. Myös Potter ja Wetherell (1987, 74-94) lainaavat metodisia välineitä keskustelun kulun erittelyyn keskusteluanalyysistä. Pelkistetysti painoeron diskurssianalyysin ja keskusteluanalyysin voi todeta siinä, että diskurssianalyysi tutkii merkitysten rakentumista vuorovaikutuksessa ja keskusteluanalyysi vuorovaikutuksen rakentumista (Jokinen, Suoninen & Walström 2000, 23-29).

Diskurssianalyttistä lähestymistapaa on sovellettu Suomessa viime vuosina enenevässä määrin institutionaalisten käytäntöjen analysointiin. Tutkimusta on tehty mm. terapiatyön että sosiaalityön piirissä. Suoninen (1996) on tutkinut perheterapeuttien ja asiakkaiden keskustelullisia asetelmia ja asiakkaiden identiteettien muodostumista. Myös Jokisen (1995) tutkimuksessa tarkastellaan sosiaalityöntekijän ja asiakkaan kohtaamisissa asiakkaalle rakentuvia erilaisia identiteettejä. Sosiaalityön piirissä on tutkittu myös asiakkuuden ja asiakkaan ongelmien määrittymistä ja muotoutumista (ks. esim. Juhila 1995; Jaatinen 1996; Oranen 1997; Leinonen 2000).

Terapiatyön alueella on tutkittu mm. asiakkaan ja työntekijöiden määrittelyjen yhdistymistä ja ongelmasysteemien rakentumista, muuttumista ja purkamista asiakaskohtaamisissa (mm. Wahlström 1992; Haarakangas 1997). Wahlströmin (1992) tutkimuksen kohteena on perheterapia työmenetelmänä ja se ymmärretään sosiaalisena ja diskursiivisena toimintana. Mielenkiinnon kohteena on perheterapiaistuntojen aikana tapahtuva merkitysten muuttuminen asiakkaiden ja perheterapeuttien puhekäytännöissä. Haarakankaan (1997) tutkimuksessa analysoidaan perhekeskeiseen psykiatriseen hoitoprosessin kuuluvien hoitokokousten aikana tapahtuvaa keskustelua. Tutkimuksella selvitetään mm. asiakkaiden ja työryhmän keskinäistä kytkeytymistä ja sitä, miten työryhmä voi toiminnallaan edistää dialogisuuden toteutumista hoitokokouksissa.

## 2. 4 Tutkimustehtävä

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata psykiatrisen sairaalan vastaanottotilanteissa käytäviä keskusteluja sekä sitä, miten potilaiden ongelmat näissä tilanteissa kielellisessä käytännöissä konstruoidaan ja mitä näistä konstruoinneista on seurauksena. Kuvaan siis niitä keskustelukäytäntöjä, joita vastaanottokeskusteluista on löydettävissä. Davies ja Harre (1990, 45) ovat todenneet, että keskustelukäytäntö on nimitys tavoista, joilla ihmiset aktiivisesti tuottavat sosiaalisia ja psykologisia todellisuuksia. Vastaanotto toiminnan voidaan katsoa olevan sosiaalista toimintaa, jonka ympärille rakentuu erilaisia puhekäytäntöjä, jotka siten muokkaavat sosiaalisia käytäntöjä.

Tutkimuksellista tietoa siitä, mitä näissä potilaiden ja henkilökunnan alkukohtaamisissa tapahtuu on vähän, joten pyrin osaltani lisäämään näiden potilaan hoidon kannalta tärkeäksi vaiheeksi todettujen tilanteiden ymmärtämistä. Vastaanotto toiminta on ollut tutkimuksen kohteena olevassa työpaikassa usean vuoden ajan kehittämisen kohteena. Tämä tutkimus ”sukeltaa” sisälle arkipäivään ja tarkastelee läheltä sitä, mitä siellä todella tapahtuu. Uskon, että psykiatrisen työn sisällön ja käytännön tarkastelu synnyttää keskustelua ja uusia välineitä työn arviointiin ja kehittämiseen. Onhan diskurssianalyysi lähtökohdiltaan sellaista, että se kyseenalaistaa ja paljastaa arkiymmärryksen itsestäänselvyyksiä ja vakiintuneita esittämisen tapoja.

Psykiatrisessa hoidossa auttamiskeskustelujen perusta on kieli. Hoidossa puhuminen, kielen käyttö on keskeistä. Wahlströmin (1992, 42) mukaan diskursiivisesta näkökulmasta on mahdotonta ajatella oiretta tai ongelmaa erillään kielellisestä alueesta. Kieli on se, minkä kautta ihminen tarkastelee omaa tilaansa. Keskustelullisessa vuorovaikutuksessa myös haetaan ja saadaan erilaisia merkityksiä voinnille. Olosuhteita tai käyttäytymistä ei diskursiivisen ajattelutavan mukaan pidetä ongelmana sinänsä. Sellaisena sitä aletaan käsitellä vasta, kun se jostain näkökulmasta katsottuna määritellään niin haitalliseksi joko asianosaiselle itselleen tai muille ihmisille, että tulkinta ”jotain pitäisi asialle tehdä” vahvistuu. (Jokinen, Juhila & Pösö 1995, 12). Mielenkiinto on nimenomaan tulkinnallisissa prosesseissa, joissa potilaan arkielämässä jotkin seikat tulevat nimetyiksi tai käsitellyiksi ongelmina (Juhila & Pösö 2000, 38-40).

Kiinnostavaa ei ole erilaisten kuvausten todenperäisyys, kuten perinteisessä lääketieteellisessä psykiatriassa, vaan se millaisia sosiaalisia edellytyksiä ja seurauksia erilaisilla kuvauksilla on. Olennaista on kielen aktiivisuuden ja funktionaalisuuden korostaminen. Kieli ei vain kuvaa jotain olemassa olevaa, vaan se samalla luo tuota todellisuutta. Erilaiset tavat kuvata ja jäsentää tilanteita synnyttävät erilaisia merkityksiä ja seurauksia.

Psykiatria ja sen tapaan essentialisoida ja objektivoida ongelmia on usein kritisoitu yhteiskuntatieteen taholta (esim. Ingleby 1983; Wilding 1982). Psykiatriset ongelman jäsenystävät ovat olleet hegemonisessa asemassa ja tämän vuoksi niitä ei yleensä olla asetettu kyseenalaisiksi. Leimojen ja nimikkeiden käyttöön liittyy lisäksi etenkin psykiatriassa kielteinen leimautuminen (Riikonen 1992, 38-41). Sairausluokitusten on määriteltäminen kuitenkin usein syntyneen historiallisen toiminnan ja kielellisten määrittelyjen tuloksina (Parker, Geoga, Harper, McLaughlin & Stowell-Smith 1995; Ståhlström 1997). Kielen ja yhteiskunnan rooli mielenterveysongelmien määrittelyssä hoidossa on usein jätetty huomiotta psykiatriassa (Parker ym., 1995).

Asiantuntijuus on ollut julkisen keskustelun kohteena viime vuosina. Se on ollut myös muutoksen ja uusien haasteiden edessä postmodernismin myötä (Eräsaari 1997; Kontinen 1997; Launis 1997). Tässä tutkimuksessa mielenkiinto kohdistuu pääasiassa asiantuntijoiden puheeseen vastaanottotilanteissa. Oletuksenani on, että työntekijöillä ammatillisen roolinsa vuoksi on parempi mahdollisuus vaikuttaa siihen, mistä ja miten asioista tilanteessa puhutaan. Onhan heillä institutionaalisen tehtävänsä vuoksi vastuu keskustelun tavoitteellisuudesta ja eteenpäin viemisestä. Koska työntekijät edustavat potilaalle psykiatrista erikoissairaanhoidoa on heidän käyttämällään kielellä ja puhettavalla erityistä merkitystä potilaan tilannetta ja jatkotoimenpiteitä määriteltäessä. Potilaiden ja työntekijöiden kohtaamisia analysoidessani asetan tavoitteeksi sen tutkimisen, *millaisia keskustelukäytäntöjä psykiatrisen sairaalan vastaanottokeskusteluissa on tunnistettavissa, miten keskusteluissa muotoutuu potilaan ongelma sekä mitä tästä ongelmakonstruktioista seuraa?*

### 3. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

#### 3.1 Tutkimusaineisto

Aineisto on kerätty psykiatrisen sairaalan avo-osaston vastaanottokeskusteluista syksyllä 2002. Sitä edustavat todellisissa tilanteissa äänitetyt keskustelut. Itse en ole ollut mukana näissä keskusteluissa, koska uskon siten saavani osaltaan etäisyyttä tilanteisiin. Tutkimustapausten kokoaminen oli tietoinen valintaprosessi, jossa etsin tavallisen työn variaatioita, en erityisen vaikeita tapauksia. Tapaustutkimukset edustavat psykiatrisen sairaalan ”rutiinityötä”. Tällaiset tapaukset ovat antoisia silloin, kun halutaan tutkia arkipäivän työkäytäntöjä ja analysoida niiden logiikkaa. Potilailta pyydettiin kirjallinen lupa keskustelun nauhoittamiseen. Kaikki, joilta kysyttiin, eivät halunneet olla mukana tutkimuksessa. Työntekijät kokivat myös uuden potilassuhteen hyvin herkästi haavoittuvaksi ja halusivat suojella sitä ulkopuolisilta häiriötekijöiltä. Tarkastelun kohteeksi tulleet tapaukset koostuvat siis niistä tapauksista, joiden vastaanottokeskustelujen nauhoittamisen henkilökunta, potilas ja mahdollisesti mukana olleet potilaan läheiset ovat hyväksyneet. Tutkimukseen valikoitui lopulta viisi potilastapausta, joissa kaikissa potilas on saanut avohoidosta lähetteen psykiatriseen sairaalaan. Kolme potilaista on ensimmäistä kertaa tulossa psykiatriseen sairaalaan ja kahdella on yksi aikaisempi sairaalahoitajakso.

Sairaalassa on käytäntönä, että uuden potilaan vastaanottokeskusteluun osallistuu lääkärin lisäksi hoitaja ja mahdollisesti erityistyöntekijä (sosiaalityöntekijä ja/tai psykologi). Tutkimustapauksia tässä tutkimuksessa on yhteensä viisi. Neljässä niistä mukana on kaksi työntekijää (lääkäri ja hoitaja) ja yhdessä tapauksessa kolme työntekijää (lääkäri, hoitaja, sosiaalityöntekijä). Työntekijät ovat kaikki kokeneita työntekijöitä, joilla on useamman vuoden kokemus psykiatrisen sairaalan työstä. Keskustelut tapahtuvat sairaalan tiloissa. Kaikissa ympäristönä on sairaalan neuvotteluhuone.

Se, että kyse on keskusteluista, joissa on useita osallisia, antaa neuvottelulle oman leimansa. Osallistumisen velvoite ei ole samanlainen kuin kahdenvälisissä keskusteluissa. Puheenjohtajan tehtävä on johtaa puhetta, mutta muilta osin keskustelukenttä kehkeytyy pitkälti neuvottelukohtaisesti. Osallisuus voi olla esimerkiksi pitkien puheenvuorojen käyttämistä, minimalistista kommentointia tai pelkkää kuuntelemista. En keskity siihen, kuka

työntekijöistä esittää minkäkinlaisen puheenvuoron tai mikä on työntekijän status organisaatiossa. Puhun yleensä vain työntekijöistä.

Tutkimuksen kohteena ovat nimenomaan avo-osastolla käytävät keskustelut. Uskon, että potilaiden vapaaehtoisen hoitoon hakeutumisen perusteella tutkimuskysymyksiini on hyödyllisempää lähteä hakemaan vastauksia avo-osaston käytännöistä. Tällä osastolla hoidetaan pääasiassa erilaisissa elämäntilanteissa olevia ahdistuneita ja/tai masentuneita potilaita. Kaikkien tutkimuksessa mukana olevien potilaiden asiakirjoissa sairaalaan lähettämisen syynä ovat edellä mainitut oireet.

Kukin keskustelu kesti noin 50 – 60 minuuttia ja mukana ollut työntekijä nauhoitti keskustelun kasetille luvan saatuaan. Äänitetyt keskustelut olen litteroinut sanatarkasti. Merkitsin myös taukoja, äänenpainoja, päällekkäin puhumista ja joitakin mielestäni merkittäviä puheen ominaisuuksia esim. itkien tai nauraen. Käytännössä pyrin pitämään huolen siitä, että äänenpainotukset ja pitkät tauot tulivat merkityiksi. Nauhoitettua materiaalia kertyi noin viisi tuntia eli vajaat 100 sivua. Seuraavan sivun taulukossa on esitetty tiivistetyt kuvaukset tapauksista.

**TAULUKKO 1. Tapauskuvaukset**

	<b>Potilas</b>	<b>Työntekijät</b>	<b>Kuvaus</b>
<b>1. tapaus</b>	32-vuotias mies, jolla ei aikaisempia yhteyksiä psykiatriseen hoitoon (tyttöystävä mukana keskustelussa)	lääkäri, mielenterveyshoitaja	tulee terveyskeskuslääkärin läheteellä ahdistuneisuuden ja itsetuhoajatusten vuoksi
<b>2. tapaus</b>	30-vuotias mies, jolla yksi aikaisempi hoitajakso psykiatrisessa sairaalassa	lääkäri, sairaanhoitaja	tulee mielenterveystoimiston läheteellä masennuksen ja itsetuhoajatusten vuoksi
<b>3. tapaus</b>	40-vuotias mies, jolla ei aikaisempia yhteyksiä psykiatriseen hoitoon (vaimo mukana keskustelussa)	lääkäri, sairaanhoitaja	tulee psykiatrisen kriisivastaanoton läheteellä masennuksen ja itsetuhoajatusten vuoksi
<b>4. tapaus</b>	34-vuotias nainen, jolla ei aikaisempia yhteyksiä psykiatriseen hoitoon (sisko mukana keskustelussa)	lääkäri, sairaanhoitaja	tulee keskussairaalan ensiavusta ahdistuneisuuden ja masennuksen vuoksi
<b>5. tapaus</b>	35-vuotias nainen, jolla useampia psykiatrisia sairaalahoitoja	lääkäri, sairaanhoitaja, sosiaalityöntekijä	tulee terveyskeskuslääkärin läheteellä ahdistuneisuuden ja masennuksen vuoksi

**3. 2 Aineiston analysointi**

Tutkimustehtävän toteuttamiseksi diskurssianalyysi tarjoaa kehyksen. Jokinen (1999, 41) toteaa, ettei diskurssianalyysisessä tutkimuksessa tule etsiä syy-seuraus-suhteita, objektiivisia faktoja tai universaaleja lainalaisuuksia. Ensisijaisia tutkimuksen kysymyksiä ovat mitä ja

miten asioita merkityksellistetään. Toisin sanoen selvitetään, millaisia merkityksiä jollekin ilmiölle tai tilanteelle annetaan ja mitä merkityksenannoista seuraa.

Edellä on tullut jo esille diskurssianalyysin keskeinen idea, jonka mukaan sillä pyritään kartoittamaan meille yhteisiä käytäntöjä eikä yksittäisten toimijoiden tekoja. Looginen seuraus tästä on se, että analyysin keskeisin väline on toistuvuus ja toisaalta toistuvuutta rikkovat poikkeukset. Erilaisuudet, samankaltaisuudet ja toistuvuudet ovat avaimia aineiston jäsenyykseen diskurssianalyysisessä tutkimuksessa (Jaatinen 1996, 29; Suoninen 1993, 50-51). Jo litteroinnin yhteydessä pyrin tarkastelemaan jokaista tapausta tästä näkökulmasta käsin. Aluksi analysoin jokaista tapausta erikseen. Myöhemmin pyrin hahmottamaan aineistoa kokonaisuutena. Lähtökohtana on sen kuvaaminen ja tutkiminen, mistä ja miten keskusteluissa puhutaan, minkälaisiin asioihin kiinnitetään huomiota. Keskeinen asia tutkimuksessa on myös se, millaisia seurauksia puhetaivoilla on, miten ne rakentavat potilaan toimijuutta eli avartavat tai rajoittavat toimintamahdollisuutta.

Analysoinnissa lähdin liikkeelle hahmottamalla sisältöteemoja. Millaisia teemoja keskusteluista on löydettävissä ja onko olemassa tässä suhteessa samankaltaisuutta eri keskustelujen suhteen. Teemoja löytyi joka keskustelusta useita ja samat teemat toistuivat myös eri keskusteluissa. Tämän pohjalta hahmottelin keskustelujen yleistä rakennetta. Pyrin tarkastelemaan jokaista äänitettä kronologisessa järjestyksessä. Teemoittelu oli apuvaihe analyysin suorittamisessa. Toimivaksi keskustelujen käsittelytavaksi osoittautui teemojen mukainen pilkkominen ja näin saatujen pienempien kokonaisuuksien analysoiminen.

Eri työntekeijöistä riippumatta vastaanottokeskustelut ovat melko samanlaisia. Aineisto oli jaettavissa jokaisen keskustelun osalta tiettyihin kronologisesti eteneviin vaiheisiin. Aineistosta on löydettävissä hallitseva keskustelukäytäntö ja vaihtoehtoinen keskustelukäytäntö. Nimitykset olen lainannut Jaatisen (1996) alkoholiongelmien konstruointia koskevasta tutkimuksesta. Jaoin psykiatrisen sairaalan hallitsevan keskustelukäytännön kolmeksi eri keskustelukäytännöksi, jotka muodostin teemojen avulla pilkotuista pienemmistä aineistokokonaisuuksista. Olen nimennyt nämä ongelma-, elämäntilanne-, ja ratkaisukeskusteluksi. Nämä samalla kuvaavat keskustelujen yleistä rakennetta. Vastaanottokeskusteluista on myös löydettävissä vaihtoehtoinen keskustelukäytäntö. Se hahmottui suhteessa hallitsevaan käytäntöön. Se esiintyy keskusteluissa ohimenevästi ja hetkittäin. Se löytyi pieninä palasina keskustelun eri



vaiheista hallitsevan käytännön lomasta. Häivähdyksiä siitä on löydettävissä ongelma-, elämäntilanne-, ja ratkaisukeskusteluista.

Analyysini keskeinen haaste ei ole eri merkityssystemien läsnäolon havaitseminen keskusteluista ja siten tutkimukseni ei anna oikeutta puheen diskursiiviselle kirjolle. Sen sijaan pyrin hahmottamaan keskustelukäytännöistä vallitsevat diskurssit. Aineiston luonne on sisällöltään sellaista, että se suuntaa mielenkiinnon tähän., vaikka ennakkoon en tällaista suunnitellutkaan, vaan annoin aineiston kuljettaa analyysiä. Aineistossa on tavallaan itsestään selvää ja luonnollista, että potilas on masentunut ja ahdistunut. Keskustelujen alussa potilaiden ongelmat määrittyvät kyseenalaistamattomiksi työntekijöiden taholta. Lähdin analysoimaan sitä, millaiset sosiaalisen todellisuuden jäsenystävät näyttävät dominoivan analysoitavassa aineistossa.

Diskurssianalyysin tasolla olennaista on se, mitä puheella tehdään. Tämän tason sisäistäminen ei ollut helppoa, vaan vaati jatkuvasti toisin lukemisen opettelua. Erityisesti analyysin tämä vaihe vaati tekemään selvän eron ”sisällönanalyttiseen” lukutapaan, joka ohjaa katsomaan sitä, mistä puhutaan. Jokisen ym. (1993, 37) mukaan huomio analyysissä kohdistetaan siihen, millaisia tulkintoja keskustelija rakentaa selonteissaan, miksi hän kertoo mitä kertoo ja millaisia asiantiloja hän puheellaan tekee mahdolliseksi. Olennaista aineiston analyysissä on siis tilanteen merkitys ja sitä kautta kielen käytön kulttuurinen ja historiallinen sidonnaisuus aikaan ja paikkaan. Diskurssianalyysissä operoidaan Suonisen (1997, 19) mukaan samanaikaisesti kahdella tasolla eli analysoidaan vuorovaikutuksen kulkua ja toisaalta diskursseja ja merkityksiä. Näitä kahta tasoa olen yrittänyt kuljettaa mukana aineistoa analysoidessani.

Olen työskennellyt useita vuosia psykiatrisen sairaalan työntekijänä ja tottunut psykiatriseen kielenkäyttöön. Tässä analyysissä olen kokenut ongelmaksi sen, kuinka pystyn tutkimaan vastaanottotilanteissa käytettyä kieltä tavallaan ulkopuolisen näkökulmasta ja välttämään mahdollisimman pitkälle tuttuudesta johtuvaa ”sokeutta”. Etäisyyttä, uutta näkökulmaa tilanteeseen ja silmien ”herkistymistä” olen saanut lukemalla litteroituja tekstejä uudestaan ja uudestaan vuorotellen metodisen kirjallisuuden kanssa. Tärkeää tekstien tulkinnassa on ollut aktiivisesti pitää mielessä se, että pysyttelee keskustelijoiden merkityksellistämisen tavoissa.

Olen myös huomannut, että vahvoja diskursseja ei todellakaan aina ole helppo huomata, kuten Jokinen ja Juhila (1993, 90-91 ) ovat todenneet. He (1993, 76-81) ovat myös maininneet, että vaihtoehdottomuus ja itsestäänselvyys aiheuttavat diskurssin huomaamattomuuden. Ne tulevat helposti ohitettua kenties kiinnostamattomana arkipuheena. Eräänlaisiksi luonnollisiksi ja kyseenalaistamattomiksi totuuksiksi muotoutuneet diskurssit vievät yleensä elintilaa muilta diskursseilta. Suoninen (1997 ) puhuu tutkijan erityisresursseista, joiden avulla on mahdollista purkaa vuorovaikutuksen yksiselitteisyyttä ja luonnollistuneita käsityksiä. Tutkijalla on käytettävissään ”pysäytetty” vuorovaikutus, litteroitu aineisto, joka mahdollistaa ainakin jossain määrin tekstin tarkastelun ulkopuolisen näkökulmasta ja näitä resursseja olen analyysissä aktiivisesti hyödyntänyt.

Analyysin välineenä käytän keskustelijoiden yhteistyöasetelmien kuvaamisessa positiokombinaation käsitettä. Subjektiposition käsite kuvaa sitä rakennetta, joka keskustelujen eri vaiheissa työntekijöiden ja potilaan välille muodostuu tietyn puhutavan seurauksena. Karkeasti olen hahmotellut myös yhteistyön asetelmissa potilaalle rakentuvia identiteettejä. Sosiaalinen identiteetti viittaa toiminnallisiin osapuolena olemisen mahdollisuuksiin kyseisessä keskustelussa (ks. Jokinen 1995; Suoninen 1997).

### **3. 3 Kvalitatiivisen tutkimuksen validiteetti**

Validiteetti on ollut kvalitatiivisessa tutkimuksessa kiistanalainen, koska laadullinen tutkimus ei täytä perinteisiä empiristiselle tutkimukselle asetettuja kriteerejä metodologisesti vahvistettavista tutkimustuloksista. Kvalitatiivisen tutkimuksen arvioitavuudesta käydyssä keskustelussa on esitetty näkemyksiä, joiden mukaan perinteisesti ymmärrettynä validiteetti ja reliabiliteetti eivät sellaisenaan sovellu kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereiksi. Tutkimuksen arvoa ja luotettavuutta mitataan sen kyvyllä jäsentää todellisuutta ja luoda siihen uusia näkökulmia ( Potter & Wetherell 1987, 170-171).

Yksittäisen pienen aineiston analyysi ei kerro kulttuurisista yleisyyksistä. Se voi kuitenkin kertoa havainnollisesti siitä, mikä on kulttuurisesti mahdollista. Diskurssianalyysin lähtökohtana on, että mikään aineisto ei itsessään ole toista ”oikeampaa” tai aidompaa

todellisuuden kuvausta. Ei siis tavoitella yleisen faktan statusta. (Juhila & Suoninen 1999, 234.)

Konstruktionistisessa orientaatiossa tieto – myös tutkijan tuottama tieto – nähdään sosiaalisesti tuotettuna. Tutkijan tulee esittää tutkimustuloksilleen perustelut huolellisesti. (Suoninen 1997, 28). Jokisen, Suonisen ja Wahlströmin (2000) mukaan analyyttisten tulkintojen vakuuttavuuden osoittamiseen käytetään usein sellaisia erityisiä keinoja kuten (1) tukeutuminen toimijoiden tilanteisesti ilmaisemaan ymmärrykseen, (2) tutkimuksen lukijoiden tekemä arviointi, (3) poikkeustapausten analysointi ja (4) tulkintojen suhteuttaminen aikaisempaan tutkimukseen.

*Tukeutuminen toimijoiden tilanteisesti ilmaisemaan ymmärrykseen* tarkoittaa sitä, että analyysin lähtökohtana on se, miten aineistossa ”elävät” toimijat itse tulkitsevat toistensa puhetekoja. Tällöin tärkeämmäksi kuin analysoijan ymmärrys katsotaan se, miten toimijat (potilas ja työntekijät) näyttävät tulkitsevan kiinnostuksen kohteena olevan kielenkäytön luonteen. Kiinnostavaa eivät ole asioiden tai ilmiöiden abstraktit määritelmät, vaan tutkittavien asioille antamat merkitykset. Olen pitäytynyt tiukasti kiinni aineistossa ja pyrkinyt tulkitsemaan puheenvuoroja siten, kun keskustelujen osapuolet näyttävät aineistossa tekevän.

Toinen vakuuttavuuden osoittamisen keinoista on *tutkimuksen lukijoiden tekemä arviointi*. Tällä tarkoitetaan analyysin tarkoituksellista alistamista kritiikille, jolloin lukijoille tulee osoittaa, miten tutkija on tulkintoihinsa päätenyt. Käytännössä tämä merkitsee aineistotteiden ja tutkijan päättelypolkujen huolellista esittelemistä, jotta lukijoiden on mahdollista tehdä niistä omia tulkintojaan. Tuloksia esittäessäni olen yrittänyt poimia kattavia näytteitä päättelyni esille tuomiseksi. Tosin tekstiyhteydestä irrotetut näytteet jäävät aina jonkin verran irrallisiksi.

Kolmas mainituista keinoista on *poikkeustapausten analysointi*. Se on hyödyllinen silloin, kun tarkastellaan kielenkäytön yleisiä säännönmukaisuuksia. Poikkeuksia etsitään aineistosta, jotta mahdollisten säännönmukaisuuksien luonnetta pystyttäisiin täsmentämään. Poikkeus tarkoittaa eroa kielenkäytön säännönmukaisuuksien välillä. Poikkeustapaukset tekevät näkyväksi kulttuurisia ja vuorovaikutuksellisia itsestänselvyksiä. Poikkeuksien tutkimisen

avulla olen omassa tutkimuksessani mm. löytänyt vaihtoehtoisen keskustelukäytännön ja hahmottanut sitä suhteessa hallitsevaan käytäntöön.

Neljäs mainituista vakuuttavuuden arviointikeinoista on *tulkintojen suhteuttaminen aikaisempaan tutkimukseen*. Tämä tarkoittaa diskurssianalyttisten tutkimusten tulosten kumuloitumista. Varhaisemmat tutkimukset voivat toimia sekä uusien tutkimuskysymysten suuntaajana että tulosten vertailukohtena. Tulkintojen yhteen liittämisen tai kumuloitumisen katsotaan olevan mielekästä ainoastaan teoreettiselta orientaatioltaan verrannollisten tutkimusten kesken. (Jokinen, Suoninen & Wahlström 2000, 30-31.)

Diskurssianalyysissa, kuten laadullisessa tutkimuksessa yleensäkin, tutkijan tulkintakompetenssia pidetään merkityksellisenä. Oma tulkintakompetenssini perustuu pitkäaikaiseen toimimiseen psykiatrisen sairaalan sosiaalityöntekijänä ja siihen, että usean vuoden ajan työssäni erityisenä painopistealueena on ollut osallistua vastaanottokeskusteluihin. Viime vuosien teoreettinen opiskelu on antanut myös tulkintaan tarpeellista etäisyyttä ja laajempaa perspektiiviä.

### **3. 4 Tulosten esittämistapa**

Aluksi esittelen teksteistä rakentamani keskustelukäytännöt ja hahmotan karkeasti sitä, millaiset diskurssit näissä käytännöissä ovat vallitsevia ja lisäksi minkälaisiin asemiin keskustelijat niissä asettuvat.

Raportissa vuorottelevat suorat tekstilainaukset sekä tutkijan tarkentavat kommentit ja tulkinnat. Tekstiotteista on poistettu kaikki tunnistetiedot keskustelijoiden intimitetin suojaamiseksi. Analyysini tueksi olen valinnut aineistosta sellaisia tekstinäytteitä, jotka mahdollisimman hyvin edustavat kaikkia tapauksia. Tuodessani esille näytteitä, ne osoittavat yksittäisten työntekijöiden puhetapoja. Tämä saattaa hämärtää sitä diskurssianalyttisen lähestymistavan perusideaa, että analyysin kohteena on aina sosiaalinen käytäntö, eivät yksittäiset toimijat tai heidän tarkoituksensa. Toisaalta laajakantoisetkin diskursiiviset teot todentuvat vain yksittäisten puhujien kautta. Esimerkeistä voi nähdä sen tavan, jolla työntekijä todentaa sitä diskursiivista käytäntöä, jonka sirpaleita esimerkit havainnollistavat

(Jaatinen 1996, 25-26). Nauhoitetuille keskusteluille on annettu järjestysnumerot 1-5. Näytteiden alussa oleva numerointi viittaa tapaukseen, josta näyte on poimittu (esim. 1. 3-12). Seuraavat numerot kertovat alkuperäisen litteroinnin rivin/rivit. Lukemisen helpottamiseksi työntekijöiden puhe on merkitty kursiivilla. Näytteissä on käytetty seuraavia lyhenteitä ja erikoismerkkejä:

L	lääkäri
H	hoitaja
S	sosiaalityöntekijä
P	potilas
V	vaimo
T	tyttöystävä
Si	sisar
(.)	alle sekunnin mittainen tauko
(2.)	tauko ja sen kesto sekunteina
(.hhh)	sisäänhengitys
(hhh)	uloshengitys
[	päällekkäispuhumisen alkamispaikka
]	päällekkäispuhumisen loppumispaikka
(sana)	sulkeissa sana, josta ei saa selvää
(( tekstiä))	litteroijan omia kommentteja

## **4. HALLITSEVA KESKUSTELUKÄYTÄNTÖ**

Aineistosta on tunnistettavissa hallitseva keskustelukäytäntö, jonka olen jakanut kolmeen osaan ja esittelen niitä melko laajasti. Olen nimennyt eri osat ongelmakeskusteluksi, elämäntilannekeskusteluksi ja ratkaisukeskusteluksi. Lisäksi olen identifioinut vaihtoehtoisen keskustelukäytännön, jota esiintyy edellä mainitsemieni hallitsevia käytäntöjä huomattavasti harvemmin. Hallitseva ja vaihtoehtoinen keskustelukäytäntö eivät ole selkeästi erotettavissa omiksi osiokseen vastaanottokeskusteluissa, vaan palasia niistä on löydettävissä keskustelujen eri vaiheissa.

Vastaanottotilanteiden keskustelut ovat tavoitteellisia. Tehtävänä on löytää potilaan tilanteeseen paras mahdollinen hoitoratkaisu. Paul Drewin ja John Heritagen (1992, 22-23) mukaan institutionaalille keskustelulle on ominaista päämääräorientaatio. Työntekijöillä on institutionaalisen tehtävänsä vuoksi velvollisuus ohjata keskustelun kulkua tavoitteen suuntaan. ”Työntekijän aloitteellisuus voidaan tulkita hallitsevuutena, toisaalta se tehtävien hoitamisen ja potilaan kannalta funktionaalista” (Rostila 1997, 99). Edellä kuvattu toimintatapa on löydettävissä vastaanottokeskusteluissa. Keskustelut ovat työntekijäjohtoisia. Keskustelullisesti potilaiden puheenvuorot ovat vastauksia tai kommentteja työntekijöiden kysymyksiin, vaikka potilas välillä ottaakin (ja saakin) enemmän tilaa omasta tilanteestaan kertoessaan.

Seuraavassa kuvatut keskustelukäytännöt ovat aineistossa toistuvia käytäntöjä. Niiden kuvaaminen antaa karkean kuvan keskustelusta. Olen tunnistamani käytäntöjen avulla hahmottanut keskustelujen yleistä rakennetta. Vaikka tarkastelen yksittäisiä tilanteita ja niissä rakentuvia todellisuuksia, en ole lähtenyt systemaattisesti etsimään erilaisia diskursseja keskusteluista, sen sijaan olen pyrkinyt hahmottamaan keskustelukäytännöistä vallitsevat diskurssit.

### **4. 1 Ongelmakeskustelu**

Kaikissa viidessä tapauksessa merkittävä paino keskusteluissa on potilaan tulosityn kartoituksella. Tämä ongelmakeskusteluksi nimeämäni keskustelukäytäntö hallitsee jokaisen

keskustelun alkupuolta, mutta siihen voidaan palata myös loppupuolella. Keskeisiä asioita, joita työntekijät kysyvät, ovat tulosyy, ongelman kesto, mitä elämässä on tapahtunut, että hoitoon hakeudutaan juuri nyt. Jos mukana on perheenjäseniä, kysytään heidänkin näkemystään potilaan tilanteesta. Keskustelulle on tyypillistä oireisiin liittyvä puhe. Työntekijät kysyvät tarkkaa ulkoista kuvausta olotilasta ja oireista, niiden ilmenemisestä arkipäivässä, oireiden kestosta, vaikeudesta ja vaikutuksesta elämään.

1.3 –12

*L: Kertositko ite, että minkä takia olet tullu tänne?*

*P: no mulla on niitä ahdistusiloja, paniikkihäiriö on talvella todettu ja sitten on näitä tuskasuuksia, pelkotiloja ja itsemurha-ajatuksia, tämmösä tulee silloin tällöin.*

*L: Joo*

*P: Se on nyt tää koko kesä ollu pahempaa ja pahempaa. Ettei oikein tuu ittensä kanssa toimeen.*

*L: Milloinkas tää alkoi?*

*P: Se menee talvelle ja ei kestänyt pää olla [armeijassa.*

*L: [Joo.]*

*P: Ja sitten sen jälkeen oli ihan hyvin ja tässä muutama vuosi sitten kävin pitkän hammasremontinkin läpi. Oman lääkärin on tultu siihen tulokseen, että se paniikkihäiriö ois lauennut siellä ((armeijassa?)).*

*L: Ahaa.*

*P: Siitä o sen verran monta vuotta, mutta niitä samantyyppisiä oireita on ruvennu tulemaan uuvestaan ja talvella yhisteltiin oman lääkärin kanssa näitä asioita ja todennäköisesti on ihan niin.*

*L: Milloinkas se vaikeutu tää tilanne?*

*P: No, nyt kesällä.*

5. 5-10

*L: Minkäs takia sää oot nyt tullu tänne?*

*P: Mulla on kauhee olo, mä oon niin masentunut ja ahdistunut ja mulla on paha olo ((itkee)).*

*L: Joo.*

*S: Milloin sulla on alkanut tällainen huono olo?*

*P: Kuukausi sitten ((itkee)).*

*L: Joo (1.). Sulla on aikaisemminkin ollut näitä tämmösiä, oisko ne ollut samanlaisia tilanteita, kun sää oot ollu täälläkin. Milloin sää viimeksi oot ollut täällä?*

Edellä esitetyt esimerkit kuvaavat kysymys-vastaus - asetelmaa, joka on ongelmakeskustelussa hyvin tyypillinen. Työntekijä ohjaa keskustelua ja aiheenvalintaa,

vaikka ongelman määrittelyä keskustelun alussa tekee potilas. Tyypillistä potilaiden vastauksille edellä olevissa esimerkeissä on se, että he tulositytä kysyttäessä antavat vastauksena luettelon erilaisista psyykkisistä oireista, eivätkä konkreettisesti kuvaa oloaan tai kerro elämäntilanteestaan. He nimeävät olonsa ahdistuneeksi, masentuneeksi, jne. ja tarkastelevat elämän ilmiöitä tavalla, jolla ne saavat sairastamisen merkityksen (sairausdiskurssi). Työntekijä ei pyri käynnistämään ongelmien käsittelyä muusta diskurssista käsin, vaan hyväksyvät työskentelyn lähtökohdaksi potilaan määrittelyn, ”diagnoosin”. Seuraavaksi työntekijä haluaa tietää, kuinka kauan näitä oireita on esiintynyt. Työntekijä ei kysy, mitä potilas tarkoittaa kuvaamillaan oireilla tai mitä oireet hänen kohdallaan tarkoittavat. Työntekijä osallistuu tulositytä kartoittavaan keskusteluun minimipalautteella, kuten yllä olevissa näytteissä tulee esille. Keskustelussa potilas aktiivisesti rakentaa itsestään käsitystä ongelmaisena ja poikkeavana, eikä työntekijä lähde sitä kyseenalaistamaan.

Suoninen (1999, 27) on todennut, että vuorovaikutuskumppanilla on olennainen panos selontekojen muotoutumisessa. Jo ensimmäisen selonteon muotoilussa kielenkäyttäjän oletukset keskustelukumppanistaan saattavat olla olennaisin merkitysvalintojen virittäjä. Psykiatrinen sairaala ympäristönä houkuttaa potilaita nimeämään ongelmiaan psykiatrisella kielellä eli he puhuvat asioitaan sillä kielellä, jonka uskovat olevan ”asiaankuuluvaa” ja tuttua tässä kontekstissa. Suoninen (1999, 27) toteaa edelleen, että selontekojen vastaanoton pienetkin sävyvaihdokset virittävät herkästi merkitysantojen muuntumista myöhemmissä selonteoissa. Kasvokkaisessa vuorovaikutuksessa vastaanotto ei suinkaan ole aina sanallista, vaan sellaisena voi toimia yhtä hyvin vaikkapa epäilevä tai kannustava katse. Olennaista on, että tulemme usein reflektoineeksi hyvin sensitiivisesti sitä, miten sanalliset tai muuta tekomme otetaan vastaan. Näin ollen on oleellista, miten työntekijät reagoivat potilaan määrittelyyn ongelmistaan ja millainen määrittely keskustelussa alkaa elää tilanteesta. Työntekijän minimaalinen palaute toimii suppean merkitysulottuvuuden suuntaan ja ilmiöiden moniulotteisuus ei tule esille.

Keskustelussa oireet hyväksytään jonain sinänsä olemassa olevana asiana, josta näkyvät tunnistettavia merkkejä, kuten seuraavissa näytteissä tulee esille.

1. 39-50

L: *Minkälainen se olotila on?*



- P: No sit tulee tuskainen olo, mää rupeen vapisee, tärisee, mää en pysty olemaa, tulee tukehtumisen tunnetta, kuoleman pelkoo. Tulee pakollisen pois pääsyn tarve ja sitte on lähettävä menemään.
- L: *Ahaa (1.). Semmosta ahdistuneisuutta. Onko se sitten menny viime aikoina siihen, että et oo lähteny mihinkää?*
- P: No, joo, kyllä. (1.). Vähän pakolla, lääkkeitten kanssa mää lähen.
- L: *Lääkkeet on sitten auttanut siihen?*
- P: No on ne silleen auttanut, että mää nyt jotenkuten saan hommani hoijettua, (1.) että yleensä mää teen sillei, että mää meen joko myöhään illalla maksaa laskuja tai sitten varhain aamulla.
- H: *Pystyykö sitä olotilaa ennakoimaan vai tuleeko se ihan niinku salama kirkaalta taivaalta?*
- P: Se alkaa pienenä vitutuksena ((nauradus)) (2.) ja sitten se kasvaa ja rupee päätä särkee
- H: *Sitäkö sitten kestää koko päivän?*
- P: Se voi kestää tunnin ja sitten on taas hyvä olo tai koko päivän. Voi olla, että makaan sängyssä monta tuntia ja kattelen kattoon tai jotain (2.), se on sit semmosta. se. Vaihtelee niin suuresti.
- H: *Nii joo.*

Työntekijä pyytää kuvausta olotilasta ja potilas vastaa kuvaten erilaisia oireita. Työntekijä esittää näistä tiivistetyn tulkinnan. Seuraava kysymys nousee jonkinlaisesta ennakkotietämisestä tai arvaamisesta. Siinä oletetaan valmiiksi, että potilaan elämä olisi viime aikoina mennyt siihen, että hän ei ole lähtenyt kotoa minnekään. Kysymys on työntekijän ammatillinen tulkinta, jonka potilas vahvistaa. Potilaan ongelma määrittyy sellaiseksi, joka on lääkkeillä helpotettavissa. Edelleen työntekijää kiinnostaa, voiko hankalaa olotilaa ennakoida eli keskustelussa ongelmasta rakentuu tavallaan sairauskohtauksen omainen tila. Keskustelussa työntekijöiden yleiseen ammatilliseen tietoon perustuva totuus nousee tärkeäksi. Kysymyksellä haetaan kuvausta ikään kuin objektiivisesti olemassa olevasta häiriöstä ja tilannetta tarkastelleen sairastamisen näkökulmasta, mistä potilas itsekin asiaa käsittelee. Työntekijät osallistuvat keskusteluun potilaan merkityssysteemin sisällä, jolloin he eivät tuo keskusteluun riittävästi erilaista materiaalia, vaan keskustelu jatkuu potilaalle tutujen teemojen ja merkitysten toistamisessa ja keskustelussa vahvistuu tilanteen tarkastelu sairausdiskurssissa. Haarakankaan (1996, 62) mukaan keskustelun alussa potilaan merkityksenannossa voi olla hallitsevana sairausdiskurssi, jossa potilas tulee määriteltyksi toiminnoissaan epäonnistuneeksi tai erilaisista oireista kärsiväksi potilaaksi, mutta jos keskustelua käydään vain tämän diskurssin puitteissa ja ehdoilla, tulee keskustelusta potilaan kannalta entistä toistavaa.

Seuraavassa näytteessä masennus hyväksytään itsestään selvänä olemassa olevaksi asiaksi.

5.29-31

P: Mutta, kun mä oon niin masentunut ja mulla on paha olo.

L: *Minkälaisia masennuksen oireita sää tunnistat itsestäsi?*

P: En jaksa keskittyä mihinkään, en nää mitään valoa elämässä.

H: *Näähän on tämmösiä tyypillisiä masennuksen oireita*

S: *Milloin sulla on alkanut tällainen huono olo?*

P: Kuukausi sitten ((itkien)).

Työntekijä ei kysy, mitä potilas tarkoittaa masentuneisuudella ja pahalla ololla. Sen sijaan häntä kiinnostaa, mitä masennuksen merkkejä potilas itsestään löytää. Potilaan vastauksen jälkeen työntekijä toteaa potilaan oireiden olevan tyypillisiä masennusoireita. Työntekijöillä on selvänä käsitys masennuksesta ja potilaan tuottamia oireita suhteutetaan tähän yleiseen käsitykseen. Lääketieteeseen nojaava diagnostinen diskurssi on selkeästi esillä. Työntekijät hallitsevat asiantuntijatiedon, jonka avulla heillä on mahdollisuus määritellä ongelma.

Valinnoillaan työntekijä voi avata tai sulkea haluamiaan keskustelullisia tiloja. Puhun työntekijöiden valinnoista, vaikka ne olisivat tiedostamattomia ja salamannopeita. Työntekijällä on tilanteessa ainakin periaatteessa mahdollisuus kiinnittää huomio hyvinkin erilaisiin asioihin. Valinnoiksi työntekijän siirrot voi nimetä siksi, että potentiaalisia vaihtoehtoja on lukemattomia, vaikka vain osa niistä on luonnollistunut tai automatisoitunut kielelliseen käytäntöön (Fairclough 1992). Puhuessaan valitsemallaan tavalla, esittäessään valitsemiaan kysymyksiä työntekijä konstruoi ratkaisevasti sitä vuorovaikutuksellista todellisuutta, jossa liikutaan. Tulosityn selvittäminen noudattaa kaavaa, joka kohdistaa huomion asioiden ulkoiseen kulkuun ja ammatilliseen tietoon. Työntekijä ei lähde tarkentamaan esimerkiksi sitä, mihin paha olo, masentuneisuus tai ahdistuneisuus liittyy, mitä asia merkitsee potilaalle jne. Ajallinen perspektiivi on myös yksi säännönmukaisuuksista, joita tulosityn selvittämisen yhteydessä kartoitetaan, kuten yllä olevat esimerkit osoittavat. Samanlaisen havainnon Jaatinen (1996) teki tutkiessaan alkoholiongelman konstruointia A-klinikan keskusteluissa. Työntekijät ovat kiinnostuneita potilaan pahan ja huonon kestosta ajallisesti ikään kuin se olisi itsessään olemassa oleva asia tai tila.

Potilaan itsetuhoajatusten kysyminen kuuluu ns. pakollisiin kysymyksiin tilannetta kartoitettaessa. Itsetuhoajatukset ja/tai -yritykset ovat tavallisia osaston potilailla ja aineistonkin tapauksista kolmella mainitaan lähetetiedoissa itsetuhoajatukset. Itsemurha-ajatukset kuuluvat tavallaan asia – tai oirelistaan, jonka työntekijä haluaa käydä läpi ja tarkistaa niiden mahdollinen olemassa olo.

2.101-114

L: *Onkos nyt ihan ollu semmosia itsemurha-ajatuksia?*

P: On.

L: *Minkälaisia?*

P: Siis ihan tämmösiä konkreettisia ajatuksia, monesti etenkin silloin (2.), kun herää ja (1.) yrittää nukkua niin kauan, kun voi, ettei tarvis herätä ikinä (1.) ja sitten väkisin jossain vaiheessa herää.

L: *Hhmm. Joo.*

P: Koska se sitten aina tulee se sama ahistus, kun oot valveilla, eihän sitä oo mahdollista nukkua koko vuorokautta.

L: *Hhmm. (4.) Onko sitten ollu kuinka lähellä, että oisit toteuttanu näitä ajatuksia?*

P: Sanotaan, että ei nyt kriittisen lähellä, että oisin vetänyt kengät jalkaan tai jotain muuta.

L: *Joo*

Tässä esimerkissä kysytään aluksi itsetuhoajatusten olemassa oloa ja **ihan** – sanalla viitataan siihen, että arvioidaan masennuksen vakavuuden astetta. (Aikaisemmin tekstissä potilas on tullut työntekijöiden taholta määriteltyä masentuneeksi). Seuraavaksi työntekijä kysyy minkälaisia ajatukset ovat olleet. Ajatusten konkreettinen sisältö jää kuitenkin ontoksi, koska työntekijä kysymyksellään siirtää huomion jo siihen, että arvioi itsemurhavaaran riskiä. Potilaan kokemus näyttää jäävän toissijaiseksi. Seuraavassa esimerkissä potilaan kokemus ja ajatusten henkilökohtainen merkitys jää vielä vähemmälle mielenkiinnolle:

4.127-130.

L: *Mitenkä hankalaa se sun olo on ollu? Ootko sää ihan miettiny tekeväs itelles jotain? Semmosia ajatuksia onko ollut?*

P: On (1.) joskus semmosia lyhytkestosia? ((nyyhkien)

H: *Onko hän näistä ajatuksista sisaruksille pystynyt puhumaan?*

Si: On sitä ollut semmosta pintapuolista keskustelua.

Tässä esimerkissä tulee esille se, että kysymyksillä halutaan tavallaan vain tarkistaa, kuinka hankala potilaan olo on ollut ja mittarina sille toimii mahdollisten itsetuhoajatusten olemassa olo. Edelleenkin ajatusten sisältö jää kysymättä kokonaan, samoin se, miksi potilaalla on

itsetuhoajatuksia tai mihin ne mahtavat liittyä. Ne toimivat keskustelussa potilaan olotilan tai masennuksen mittareina.

Parkerin ym. (1995) mukaan lääketieteellisissä käytännöissä etsitään yleisiä sääntöjä, jolloin ”häiriön” ulkoinen muoto tulee tärkeämmäksi kuin sisältö. Samantapaisia tutkimustuloksia on saanut myös Jaatinen (1996) tutkiessaan alkoholiongelman sosiaaliterapeuttista hoitoa. Jaatisen mukaan A-klinikalla on hallitsevana ulkoistava puhetapa. Ulkoiset tekijät ovat potilaan kokemusta kiinnostavampia tekijöitä sekä alkoholiongelmien että masennuksen ja ahdistuksen tunnistamisessa.

Ongelmakeskustelun positiokombinaatioksi, joka kuvaa keskustelijoiden asemia vuorovaikutuksessa (ks. Suoninen 1996), voi nimetä *tietoja keräävä työntekijä – vastauksia antava potilas*. Positiokombinaation käsite painottaa vuorovaikutuksellisuutta, sillä kombinaatioon tarvitaan aina kaksi osapuolta. Puheillaan työntekijä määrittelee myös potilaan ja itsensä välistä suhdetta ja työnjakoa. Työntekijä ohjaa aiheenvalintaa. Hän on kiinnostunut tietyistä asioista. Työntekijästä tulee kysymysten esittäjä, potilaasta vastaaja.

Potilas ei kuitenkaan pysy pelkästään tietoa antavan passiivisen potilaan positiossa, vaan välillä tuottaa aktiivisesti omaa tekstiä. Työntekijä rajaa kuitenkin keskusteltavan aiheen. Tästä esimerkki seuraavassa näytteessä. Potilas on aikaisemmin kertonut, että tyttöystävä on muuttanut hiljattain pois hänen luotaan ja todennut, että se oli hyvä asia hänen kannaltaan.

5.16-20

- P: Hänkin ((tyttöystävä)) oli vakavasti masentunut tapaus, (2.) itse asiassa tapasin hänet täällä ((sairaalassa)), kun viimeksi olin täällä. (1.) Hän on käynyt mielenterveystoimistossa ja päivätoiminnoissa. (2.) Se ((seurustelu-aika)) on ollu mulle hirveen vaikeeta .
- L: *Joo. (1.) Se on kuukauden aikana nyt pahentunut, se sun (.) masennus.*

Esimerkissä potilas kertoo parisuhteesta ja kokemuksistaan siitä. Työntekijä ei lähde mukaan tähän keskusteluun, vaan pysyttelee tiukasti ongemakeskustelussa ja haluaa saada selville tarkkoja tietoja, kuten tässä masennuksen kestosta. Tämä on tyypillistä ongemakeskustelulle jokaisessa tutkimustapauksessa. Potilaan kuvatessa omia tunteitaan ja kokemuksiaan, työntekijä kysymyksillään vaihtaa puheenaihetta ja vie puhetta ulkoisia seikkoja kuvaavaan suuntaan. Kokemuksista, omista ajatuksista ja tuntemuksista puhumiselle ei ole tilaa tässä

vaiheessa. Potilas saa kyllä tilaa nostaa esille uusia keskustelunaiheita, mutta keskustelun kulkua hallitsee työntekijä.

Yllä olevassa tekstissä työntekijä myös määrittelee, että potilaalla on masennus. Potilas ei ole tällaista määrittystä itsestään aiemmin tehnyt (tulosityksi sanoo pahan mielen ja yksinäisyyden). Näytteen alussa potilas viittaa masennukseen toteamalla tyttöystävänkin olleen masentunut. Näin ollen työntekijä esittää oman tulkintansa hänen tilanteestaan eli määrittelee potilaan masentuneeksi tarkistamatta sen pätevyyttä potilaalta ja kertomatta ääneen, miten hän on tuohon tulkintaan päätenyt. Seuraava esimerkki kuvaa myös aiheen rajausta työntekijän toimesta.

1. 180-183

P: Pitäs elää vain päivä kerrallaan, mutta kun mää oon semmonen, että aina rupeen tulevia miettimään ja murehtimaan ja se ahdistaa ja masentaa.

H: *Joo*

L: *(4.) Kauanko sinä ((tyttöystävä)) olet ollu Matista huolissasi viime aikoina?*

T: Kauan.

H: *Kuinka kauan?*

Potilas miettii sitä, että on taipuvainen murehtimaan tulevaisuutta ja aikaisemmin keskustelussa on tullut esille, että murehtiminen kasaa asioita mieleen ja se aiheuttaa ahdistusta. Potilas alkaa reflektoida ja pohtia tapaansa suhtautua asioihin. Työntekijä ei kuitenkaan tartu tähän teemaan. Tauon ajan luotu tila on vapaa ja mahdollisia etenemissuuntia on lukemattomia. Keskustelu on kiinnostettava johonkin ja nyt työntekijä valitsee kohteeksi tyttöystävän näkemyksen kysymisen. Potilaan tarjoama sisäinen tutkiskelu ohittuu, kun työntekijä ei tartu siihen, vaan suhteellisen pitkän tauon jälkeen kysyy tyttöystävän huolen kestoa eli haluaa pysytellä edelleen tietojen keruussa. Aikaisemmissa teksteissä ei ole mainittu, että tyttöystävä olisi huolissaan Matista. Toteamus on työntekijän tulkinta ja tavallaan luonnollisena pitämä asia. Myöskään ei kysytä sitä, mistä tyttöystävä on huolissaan Matin suhteen.

Samalla tavalla työntekijä rajaa keskustelun aihetta seuraavassa esimerkissä, missä potilaalta kysytään, miten arjen elämisessä on näkynyt voinnin huononeminen ja potilas kuvaa erilaisia tekijöitä, joista se näkyy. Potilaan vastauksen jälkeen näihin ei pysähdytä enää. Työntekijä haluaa tarkistaa vielä mahdolliset unioingelmat.

2. 32-39

L: *Miten se arjessa elämisessä sulla on näkynyt tää voinnin huononeminen?*

P: Esimerkiksi se, että mua ei kiinnosta työssä [käyminen.

L: *Hhmm.]*

P: Syön vähän mitä sattuu ja (1.) sattuu.

L: *Hhmm.*

P: (3.) Siinä niinku tavallaa (öhöm) (1.) rupee jäämää itsestää huolehtimine ja tuntuu, ettei sillä ole mitään väliä.

L: *Joo. Mites oot nukkunu?*

Työntekijä kartoittaa tärkeänä pitämiään tekijöitä. Näissä keskusteluissa asioita ei lähdetä pohtimaan potilaslähtöisesti. Potilaan esittämät asiat voinnin huononemisen näkymisestä tulevat luettelonomaisesti käytyä läpi. Ne eivät ole sellaisia asioita, joihin työntekijä tarttuisi. Lopuksi työntekijä tarkistaa vielä nukkumisen sujumista. Työntekijä listaa kartoittavassa merkityksessä voinnin huononemisesta kertovia merkkejä.

Työntekijä rajaa keskustelua myös seuraavassa esimerkissä. Ennen tätä näytettä potilas on puhunut suunnitelmistaan lähteä opiskelemaan ja pohtii nyt sitä, jaksako näin uupuneena toteuttaa haavettaan.

4. 179-183.

P: En mää tiijä, jaksanko mää lähtee sinne opiskelemaankaan ((nyyhkien))?

H: *Se ois sitten kahden viikon päästä.*

P: Niinhän se ois.

L: *Se on varmaa liian aikaista miettiä tässä vaiheessa. (2.) Se on sitten myöhempien aikojen murhe se. (1.) Oletko saanut nukutuksi?*

Työntekijä esittää näkemyksensä asiantuntijana toteamalla, että on liian aikaista miettiä potilaan esille ottamaa asiaa. Lyhyen tauon jälkeen työntekijä kysyy nukkumisen sujumista eli siirtää kysymyksellään keskustelun toisaalle, asiaan, josta hän työntekijänä on kiinnostunut.

Edellä olevien esimerkkien pohjalta rakentuu positiokombinaatioksi *aktiivisesti tekstiä tuottava potilas – rajat asettava työntekijä*. Ongelmakeskustelulle on siis tyypillistä työntekijävetoisuus. Potilaan tai perheenjäsenen aktiivisesti tuottamaa materiaalia ei käsitellä,

ellei se liity selvästi niihin asioihin, joita työntekijä haluaa saada selville. Työntekijällä on tietyt kysymykset, joihin hän haluaa saada vastauksen. Työntekijällä on mielessään ikään kuin tietty luettelo asioita, jotka pitää tarkistaa ja käydä läpi.

Potilaan identiteetiksi keskustelussa määrittänyt keinottoman, ulkopuolisen avun tarpeessa olevan potilaan rooli. Potilaat myös itse aktiivisesti osallistuvat tähän määrittelyyn ja merkityksellistävät ongelmansa sairausdiskurssista käsin. Psykiatrinen sanasto tavallaan kuuluu ”pakollisena kuviona” näihin keskusteluihin, kun ne tapahtuvat psykiatrisessa sairaalassa. Potilaat yhtä poikkeusta lukuun ottamatta valitsevat tulositynsä selvitykseen psykiatrista kieltä (”ahdistus”, ”masennus”, ”paniikkihäiriö”, ”pelkotilat”, ”itsemurha-ajatukset”). He tuntevat hyvin oireisiin liittyvän sanaston. Työntekijät eivät lähde kyseenalaistamaan tätä tai kysymään, mitä nuo sanat tarkoittavat kunkin potilaan kohdalla, vaan hyväksyvät ne ikään kuin luonnollisina ja itsestään selvinä asioina. Ainoan poikkeuksen muodostaa tapaus 2, missä potilas lähtee kertomaan vaikeasta elämäntilanteestaan.

2.1-20

L: *Kertositko ihan aluksi, minkä takia oot nyt lähteny apua saamaan?*

P: Tilanne on pitkään ollu semmone, että on ollu paha mieli (2.) ja (2.) ja sit täs on tämmöstä, että tyttökaveri piti laittaa pois.

(2.)

L: *Hhmm.*

P: ja sen jälkeen on saanu olla paljon yksin ja se varmaan on yksi syy.

L: *Milloinkas tää tyttökaveri lähti?*

P: Noin reilu kuukausi sitten.

L: *Joo*

P: Ja silloin se oli pelkästään niinku hyvä ja mää aatteli, että nyt alkaa tästä niinku petraamaan.

L: *Joo.*

P: Mutta se on varmaa vielä jollain tavalla vaikuttanut.

L: *Sää ensin aattelit, että se niinku hyvä sulle, että tyttökaveri lähtee pois?*

P: Joo, kyllä.

L: *Hhmm. (2.) Joo (1.) se on kuukauden aikana nyt pahentunu, (1.) se sun masennus.*

P: Joo, kyllä.

Tässä esimerkissä potilas ei tulkitse ongelmiaan sairausdiskurssista käsin, vaan puhuu pahasta mielestä ja yksinäisyydestä eli puhuu henkilökohtaisesta elämästä ja omasta kokemuksesta käsin ( henkilökohtainen diskurssi). Potilas viittaa siihen, että ongelmia on ollut pitempään,

mutta yhdistää ne seurusteluun, ei johonkin sairauteen tai huonoon olotilaan sinänsä. Työntekijä kuitenkin tulkitsee ongelmat diagnosoivasta diskurssista käsin ja alkaa puhua masennuksesta, jonka arvelee pahentuneen kuukauden aikana. Potilaskin hyväksyy tämän työntekijän määrittelyn ja jatkossa psykiatriset oireet ovat ohjaavana teemana keskustelussa ja masennuksesta aletaan puhua ikään kuin sairautena.

Ongelmakeskustelussa potilaan ongelma rakentuu ulkoisilla määreillä ja yleisellä psykiatrisella tiedolla tavoitettavaksi ilmiöksi. Näillä määreillä ongelmasta tulee näkyvä ja käsiteltävä objekti. Huomion kohdistaminen ulkoiseen ohittaa tapahtumien ja potilaan kokemusten väliset merkitykset. Keskustelussa ei rakennu käsitystä siitä, mitä oireet merkitsevät potilaalle ja liittyvätkö ne mahdollisesti johonkin ajankohtaiseen elämäntilanteen kysymykseen tai ongelmaan. Näkyviin nousevien ulkoisten elementtien yhteydet potilaan sisäiseen ja kokemukselliseen maailmaan eivät ole näkyvissä. Sairausdiskurssi ja lääketieteeseen nojaava diagnosoiva diskurssi ovat vallitsevia. Potilas tuottaa materiaalia ja tarjoaa faktoja työntekijän kuultavaksi, arvioitavaksi ja tulkittavaksi. Työntekijästä tulee potilaasta raportoiija. Tieto määrittyy keskustelussa etenemisen perustaksi.

## **4. 2 Elämäntilannekeskustelu**

Olen nimennyt elämäntilannekeskusteluksi puheen, jolla kartoitetaan potilaan ajankohtaiseen elämään liittyviä seikkoja, kuten työtilannetta, koulutusta, perhetilannetta, ystävien ja harrastusten olemassaoloa. Elämäntilannekeskustelu muistuttaa ongelma-keskustelua siinä suhteessa, että työntekijä pyrkii kysymyksillään keräämään tietoa potilaasta. Se eroaa ongelma-keskustelusta kuitenkin siinä suhteessa, että kysymykset ovat vielä selkeämmin tietoa kerääviä kuin ongelma-keskustelussa ja tilanteista muodostuu vielä enemmän kyselynomaisia haastatteluja. Työntekijä esittää kysymyksen toisensa perään, jolloin varsinaista keskustelua ei pääse syntymään. Määrällisesti tämä puhetapa muodostaa pienemmän osuuden vastaanottokeskusteluista kuin ongelma-keskustelu. Seuraavissa esimerkeissä tulee esille jotain koko aineistosta löytyneistä säännönmukaisuuksista koskien potilaan elämäntilannetta kartoittavaa puhetta:



1.46-71

- L: *Joo. Miten se työssä käynti, nii (1.)? Oot sää tykänny omasta työstäs?*
- P: *Ehkä silloin ihan alussa, kun mää menin sinne (2.), noin neljä vuotta sitten.*
- L: *Joo, missäs sää oot työssä*
- P: *X:ssä, sähköinsinööri*
- H: *Joo, sulla on vakituinen työ?*
- P: *Joo*
- L: *Joo*
- P: *Sen jälkeen, kun mää viimeks olin täällä ((sairaalassa)) ja sitten loppui  
sairasloma niin, sen jälkeen tuli tavallaan ylennys (1.), mää oon soluvastaava siellä osastolla.*
- L: *Hhhmm.*
- P: *Ja sitä hommaa mää oon tehny siitä lähtien.*
- (4.)
- L: *Joo, mutta sää oot nyt ollu sairaslomalla?*
- P: *Eikun ihan (1.) omalla lomalla.*
- L: *Kuinka pitkää sää oot ollu pois töistä?*
- P: *Tämän viikon ja viime viikon. (2.) Eilen mää soitin työnjohtajalle. (2.) En nyt jaksa oikein  
sielläkään pyöriä.*
- L: *Sää et oo sitte sairaslomaakaa hakenu?*
- P: *En oo hakenu, (2.) välillä tuntuu, ettei oo väliä silläkään, onko siellä työpaikassa.*
- L: *Hhhmm.*
- P: *Välillä, kun tuntuu siltä, ettei oo väliä sillä, elääkö vai eikö elä. (2.) Sitten jo huolestuin .hhh  
itekin siinä määrin, että jotain tarvis tehdä.*
- (2.)
- L: *Miten ne siellä työpaikalla suhtautu, että sää jäit vain pois ilmoittamatta, soitteliko ne sulle kotii  
vai?*
- P: *No, (1.) yritti ne varmaa soitella, mulla (1.) oli puhelin kiinni, ei ne saanu mitään yhteyttä.*
- L: *Oliko ne susta huolissaan?*
- P: *Joo, kyllä. Mattikin, (.) työnjohtaja sanoi eilen, kun mää soitin, että älä nyt huolehdi muuta kuin  
itsestäsi.*
- L: *Hhmm, (2.) että semmosta ymmärtämystä oot saanu itelles.*

Keskeistä tässä keskustelussa on faktojen kartoitus eli mikä on työpaikka, onko työ vakituinen, onko potilas sairaslomalla, kauanko työstä poissaolo on kestänyt. Potilas lähtee rakentamaan itsestään kuvaa hyvänä ja arvostettuna työntekijänä, kun on edellisen sairaalahoidon ja sairasloman jälkeen saanut ylennyksen ja ollut osastolla soluvastaavana. Työntekijä ei lähde tätä identiteettiä vahvistamaan. Minimipalautteen ja tauon jälkeen työntekijä palauttaa keskustelun ongelmanäkökulmaan käyttämällä **mutta**-sanaa ("joo,

mutta sää oot ollu pois töistä”). Näin hän tulee kyseenalaistaneeksi potilaan näkemyksen. Potilaasta konstruoituukin ongelmallisen ja vastuuttoman työntekijän kuva.

Potilas tarjoaa keskusteluun myös omia ajatuksiaan ja tunteitaan. Potilaalta kysytään, onko hän hakenut sairauslomaa ja potilas vastaa, ettei ole ja jatkaa siirtämällä puhetta tunnetason kuvaamiseen ( ”en oo hakenu, välillä tuntuu, ettei oo väliä silläkään, onko siellä työpaikassa.”). Tähän vastataan minimipalautteella (”hmm”). Potilas kuitenkin jatkaa edelleen omien ajatustensa ja tunteidensa kuvaamisella seuraavassa kommentissaan (”välillä, kun tuntuu siltä, ettei oo väliä sillä, eläkö vai eikö elä”). Tätä potilaan puheenvuoroa seuraa tauko ja puhe siirretään kartoittamaan työpaikan suhtautumista työstä poisjääntiin.

Elämäntilannekeskustelu on vahvasti työntekijäjohtoista ja etenee kysymys-vastaus - linjalla. Asioiden ja tapahtumien ulkoista kulkua kartoitetaan. Potilaan sisäisen olon kuvaus ohitetaan tai jätetään huomiotta, kuten ongelmakeskustelussakin. Näin käy myös seuraavassa näytteessä.

1.107-135

L: *Sää oot sitten työttömänä ollu?*

P: Sairaslomalla mää nyt oon. Lääkäri on kirjoittanut sairauslomaa nyt lokakuun loppuun.

L: *Joo.*

P: Sekin mua ahistaa, koska tässä tuli eteen semmonen asia, että pitäs tuonne kouluun. Mää oon ollu sen verran työttömänä, että viimesellä käynnillä työkkärissä ruvettiin puhumaan, että pitäs lähtee johonkin työvoimakoulutukseen (1.), mutta se nyt on ihan tekemätön paikka, että minä lähen istumaan ihmisten seuraan, kun mää en pysty siellä olemaan.

L: *Onko sulla mitää koulutusta?*

P: No, peruskoulu pelkästään, sitten oon tehny töitä. (1.) Sellaisia hanttihommia, lehdenjakoa ja viimeksi olin kierrätyskeskuksessa. (1.) Olin työllistetty, mutta sekin meni pipariksi. Se ois ollu vuoden pesti, mutta mää olin kolme kuukautta sairauslomalla. (2.) Tuo polvi meni (1.), halkesi lumpio ja mää olin kaksi viikkoa sairaalassa ja se leikattiin.

L: *Joo*

H: *Kuinka kauan sää ennätit olemaan siellä töissä silloin?*

P: Kahdeksan kuukautta.

H: *Kuitenkin aika [ kauan.*

P: [ nii, nii ]. Mää huomasin sielläkin, et ei oo oikein niinku minusta siihen, vaikka se oli asiakaspalvelutyötä, niin ei se (3.) se rupes ottaa päähä se ihmisten kanssa olemine (2.) ja kun tuo polvi on semmosessa kunnossa mitä on, (1.) sillä ei pitkiä matkoja tehdä. Mää

oon aina tykänny pyöräillä ja ajella tuolla, mutta kun se tuommosessa kunnossa, sillä ei oikein pysty ihmeitä tekemää.

*H: Oot sää kokeillut?*

*P: Oon, oon. Ei se kestä. Siihen sattuu, särkylääkettä pitää ottaa.*

Molemmissa yllä olevissa esimerkeissä potilas tuottaa paljon tekstiä, josta voisi lähteä etenemään, mutta työntekijät ovat selvästi kiinnostuneita tietyistä faktoista ja haluavat tarkistaa tietyt asiat elämäntilanteesta. Potilas merkityksellistää elämänsä tapahtumia vahvasti sairausdiskurssista käsin. Hän tuottaa itsensä sekä psyykkisesti että fyysisesti ongelmaisena. Työntekijät eivät ota esille vaihtoehtoisia näkökulmia, joten keskusteluun ei synny uusia merkityksiä.

Seuraavassa näytteessä potilas sen sijaan vastaa niukasti vain siihen, mitä kysytään. Näytettä on edeltänyt lyhyt tulosityn selvitys.

4. 7-22

*L: Ootko sää töissä kodin ulkopuolella vai ootko sää siinä kotosalla?*

*P: En. Oon ollu yksityisyrittäjänä siinä kotona. Kunnostanut huonekaluja.*

*L: Ne on siinä kotona ollu nää huonekalut?*

*Si: Joo. (1.) Sitten hän on käynyt kaksi kertaa viikossa työväenopistossa tuntiopettajana.*

*H: Onko se nii, että sää oot siinä sivussa hoitanut äitiä?*

*P: Joo ((nyyhkien)). (1.) Omaishoitajana oon toiminu siinä parin vuoden ajan.*

*H: Joo.*

*L: Missäs kunnossa äiti on?*

*P: Oikean puoleinen halvaus. Pystyy liikkumaan kepillä ja pyörätuolilla.*

*L: Ketäs muita kotona asuu?*

*P: Minä, veli ja äiti.*

*L: Onko tää veli nuorempi vai vanhempi kuin sinä?*

*P: Vanhempi.*

Kysymykset esitetään nopeassa tahdissa ja niillä kerätään faktatietoa, joka on potilaalle tuttua. Hän tietää asiat ja kysymykset eivät anna hänelle mitään uutta, eivätkä herätä pohtimaan tilannetta eri näkökulmista. Keskustelusta muodostuu lähes kuulustelunomainen tilanne. Työntekijät keräävät tietoa potilaan elämäntilanteesta.

Aineistossa toistuvasti tulee esille, että elämäntilannepuhetta käytetään myös keinona rajata potilaan liikkumatilaa puheessa, mikä näkyy seuraavissa esimerkeissä.

5.81-83

P: Mää oon niin masentunut, että mä en pärjää siellä omassa kodissa. (1.) Mää en jaksa kattoo edes televisiota.

(2.)

L: *Oot sää kuntoutustuella vai eläkkeellä?*

P: Eläkkeellä

3. 404-407

P: Mää niin toivon, että katkeis se (1.) paha ja se suru.

H: *Paha olo?*

P: Se (( aika isän kuoleman jälkeen?))oli niin vaikeeta .hhh ((huokaa)). Mää oon niin kova murehtimaan..

H: *Oot sää Liisa ((potilaan vaimo)) pystynyt käymään viime aikoina töissä?*

Molemmissa näytteissä potilas kuvaa vahvasti omia tunteitaan ja kokemuksiaan, mutta työntekijä vaihtaa puheenaihetta yllättäen ja potilaan esille ottamat asiat jäävät ikään kuin ilmaan roikkumaan. Työntekijät ovat kiinnostuneita vain tietyistä faktoista. Potilas näissä esimerkeissä houkuttaa työntekijöitä kuuntelijoiksi, mutta työntekijät eivät lähde siihen mukaan, eivätkä siten asetu eläytyviksi kuuntelijoiksi. Potilas alkaa reflektoida ja pohtia tapaansa suhtautua asioihin, mutta työntekijä ei vastaa tähän. Aiheuttaako tällainen menettely käsitystä siitä, että tämä ei ole tärkeä, varsinkin, jos keskustelussa toistuvasti käy näin?

Myös seuraavassa näytteessä keskustelussa mukana oleva potilaan sisko alkaa pohtia asiaa perheen kokonaistilanteen kannalta. Tässä puheenvuorossa potilas määrittyy viisaana ja aloitekykyisenä avunhakijana. Työntekijää kuitenkin kiinnostaa enemmän potilaan asema sisarusarjassa, eikä hän jatka sisaren esille ottamaa teemaa.

4. 153-157.

Si: Jos ajattelee kokonaistilannetta, niin Liisa ((potilas)) on ensimmäinen ja viisain tähän mennessä, kun on lähtenyt hakemaan apua. Kyllä siinä on semmosia taustoja ja (2.) mieltii niinku Liisankin kohtaa, että oma äitinsä ei oo paljon hyväksynny häntä eikä sillai (1.) nii varmaa. Varmaa kiertää ne kaikki asiat sitten tänne asti.

L: *Nii tuota (2.) teitä on monta sisarusta. Ootko sää nuorin ?*

Tilanteen vaikeudesta huolimatta sisko ryhtyy rakentamaan potilaalle aktiivisen avunhakijan identiteettiä. Siskon kommentti jää kuitenkin irralliseksi ilmaan roikkumaan, kun työntekijä ei jatka tästä näkökulmasta.

Vuorovaikutuskuvio työntekijöiden ja potilaan ja perheen välillä on mielenkiintoinen siihen liittyvän valta-aspektin kannalta. Työryhmän asiantuntija-asemaan liittyy mahdollisuus ohjata keskustelun kulkua siten, että se voi nostaa esiin haluamansa teemat tai toisaalta tarttua valitsemiinsa asioihin keskustelussa. Vaikka potilas tai mukana oleva perheenjäsen määrittelee ongelman omalla laillaan, saattavat työntekijät reagoida siihen tavalla, joka ei vastaa heidän odotuksiaan.

Faktoja kartoittavan kyselyn lisäksi elämäntilannekeskustelulle tyypillistä on myös, että sillä haetaan merkkejä potilaan voinnin muutoksista samalla, kun kartoitetaan elämäntilannetta. Tämä tulee selkeästi esille seuraavassa esimerkissä, missä työntekijä kysyy potilaan harrastuksista.

2. 183-200

H: *Miten, onko sulla ollut mitään harrastuksia?*

P: Lukeminen ja kalastaminen.

H: *Oot sää pystynyt näitä harrastamaan (1.), lukemaan tai kalastamaan?*

P: En mä kalastanu nyt ole (1.) tässä talvella vielä kertaakaan, mutta lukea olen yrittänyt joskus.

L: *Joo, (1.) pystytkö sää keskittyy lukemiseen?*

P: Toisinaan. (1.) Nyt en oo varmaa puoleentoista viikkoo enää. (1.) Mää oon ollut sängyssä ja mulla on ollut siinä kirja vieressä ja oon miettinyt (1.), rupeisko lukemaan sitä? (1.) Mutta sen tietää, mitä päässä pyörii, niin sitä on hetkessä taas ulos siitä kirjasta.

L: *Hhmm, hmmm. (4.) Ootko mitään liikuntaa harrastanut?*

P: En. (1.) En mä oikeestaan oo harrastanut koskaan.

L: *Joo, .hhh, et mitenkään liikkumista?*

P: E:n.

L: *Joo. (1.) Sehän muuten on yks, mikä mielialaa parantaa ja on hyvä masentuneelle ihmiselle, semmonen säännöllinen liikkuminen, että sitä vois ainaki suositella ((hymyilee)), että ainakin jatkossa nii (1.) kannattais ainakin jotakin kävelylenkkejä tai muita tehdä, että*

P: Joo, kyllä ole kuullut

Aluksi työntekijä lähtee kartoittamaan potilaan harrastuksia. Hän on kiinnostunut kuulemaan niistä tiedonkeruun mielessä. Potilaan nimettyä harrastuksensa (lukeminen ja kalastaminen) työntekijä ei tarkemmin ole kiinnostunut niiden merkityksestä tai asemasta potilaan elämässä,

vaan kysyy seuraavaksi, onko potilas pystynyt näitä harrastuksiaan toteuttamaan. Potilas vastaa, että ei ole talvella vielä käynyt kertaakaan kalastamassa, mutta lukea on yrittänyt. Tämä vastaus ei työntekijälle riitä, vaan hän kysyy uudestaan, pystyykö potilas keskittymään lukemiseen. Kysymyksen tehtävänä on testata potilaan keskittymiskykyä ja taustalla on ilmeisesti pyrkimys hakea vastausta siihen, onko keskittymiskyvyn suhteen vaikeuksia. Työntekijän puhe nojaa lääketieteelliseen diagnostiikkaan. Työntekijä hakee indikaattoreita oman päättelynsä perustaksi ja siirtyy diagnosoivaan diskurssiin. Potilaan vastausta seuraa pitkä tauko, jonka jälkeen työntekijä kartoittaa, onko potilaalla liikuntaharrastusta. Kielteisen vastauksen jälkeen työntekijä antaa asiantuntijan suosituksen siitä, että liikuntaa olisi hyvä harrastaa, koska se parantaa mielialaa. Työntekijä asiantuntijana toteaa, että masentuneella ihmisellä olisi hyvä olla liikuntaharrastus ja puhuu yleisen tiedon näkökulmasta. Samalla potilas tulee työntekijän toimesta luokiteltua masentuneeksi. Hän saa tavallaan jäykän, kiinteään persoonallisuuteen sidotun subjektiposition (Jokinen & Juhila 1996, 92). Masennuksesta tulee hänen ominaisuutensa. Edellisen pohjalta voi rakentaa positiokombinaation: *asiantuntijatietoa jakava työntekijä – passiivisesti kuunteleva potilas*.

Samoin kuin ongelmapuheessa elämäntilannekeskustelussa positiokombinaatioksi muodostuu myös *kysymyksiä tekevä työntekijä – vastauksia antava potilas*. Potilaan vastausvaihtoehdot ja liikkumattomuus ovat kuitenkin vielä rajatumpia kuin ongelma-keskustelussa, koska työntekijä hakee kysymyksillään selkeitä faktatietoja potilaan tilanteesta ja tavallaan ”objektiivisia” mittareita voinnista ja sen mahdollisista muutoksista elämäntilanteeseen. Työntekijällä on mielessään selkeät lääketieteeseen perustuvat kategoriat, joihin hän pyrkii ongelmaa sijoittamaan.

Kuten ongelmapuheen käytännöissä myös elämäntilannepuheessa materiaalin tuottamisen yhteydessä potilaan ongelmat ja käsiteltävät asiat määrittyvät tavallaan ulkopuolella oleviksi. Esiin otettavista asioista tulee potilaasta irrallaan olevia. Näiden yhteydet hänen kokemuksiinsa eivät ole puheessa mukana. Huomio kohdistuu potilaasta, hänen maailmastaan ja näkökulmastaan pois päin. Asioista puhutaan yleisellä tasolla. Työntekijöiden kysymykset saavat keskustelun näyttämään ainakin ajoittain pelkästään tiedonkeruulta. Asioiden merkityksellistäminen sairaus- ja diagnoosidiskurssista käsin on vallitseva käytäntö. Potilaasta tulee ikään kuin yleistynyt potilas (vrt. Pohjola 1993, 66), jolloin hänen subjektiivisuutensa ja ainutlaatuisuutensa ei tule esille.

### 4.3 Ratkaisukeskustelu

Tässä keskustelussa keskeisiä teemoja ovat erilaiset potilaan ongelmiin liittyvät ratkaisuvaihtoehdot, kuten lääkitys, sairaalahoido ja sen pituus, hoidon tavoitteet ja keinot. Ratkaisukeskustelu sijoittuu useimmiten keskustelun loppupuolelle siihen vaiheeseen, kun keskustellaan hoitoratkaisusta, mutta palasia siitä voi olla missä keskustelun kohdassa tahansa. Hallitseva diskursiivinen käytäntö ratkaisukeskustelussa on se, että työntekijä ottaa aktiivisesti asiattuntijan roolin ja ongelma- ja elämäntilannekeskustelun pohjalta toteaa usein ilman neuvottelua, että potilas jää osastolle. Varsinainen ratkaisuprosessointi tapahtuu työntekijän mielessä ja keskusteluun tulevat vain lopputulokset. Hoitoratkaisu ei ole siis keskustelunalainen, yhteisesti sovittava asia, vaan työntekijä asiantuntijapositionaan käsin päättää sen, kuten tulee esille seuraavassa näytteessä. Työntekijän määrittelyt ja näkemykset nousevat hallitseviksi. Ongelma on jotain, mitä potilas voi yrittää ymmärtää ja jonka syitä voi miettiä. Sen sijaan siitä, mitä potilas voi ongelmalle tehdä, ei puhuta mitään. Näin ongelma määrittyy sellaiseksi, joka ei ole potilaan käsiteltävissä. Yleensä myös yhteisten tavoitteiden määrittely puuttuu keskusteluista.

4.166-176

*L: Joo kyllähän tää tilanne semmoselta vaikuttaa minun mielestä, että sun on syytä nyt jäädä tänne sairaalaan vähän lepäämään ja rauhoittumaan tässä tilanteessa, että sen näkee päällepäinkin.*

*P: Joo.*

*Si: Se on se Vaasassa oleva veli sanonut, että sinnekin voi sitten mennä, kun täältä pääsee, mutta minä ainakin toivon, että on pitempi jakso täällä, että saadaan asiat siihen ( ), että sen parempi.*

*L: Varmaan tässä vaiheessa on vähän hankala edes sanoa, että miten pitkään täällä oisit. Mitäs sä aattelet tästä sairaalaan jäämisestä itse?*

*P: Kyllä mä haluan jäädä.*

*L: Joo.*

Tässä näytteessä työntekijä tekee ratkaisun sairaalahoidosta saamansa vaikutelman perusteella. Hän rajaa ratkaisuvaihtoehtoja omien näkemystensä ja päätelmiensä perusteella. Työntekijä ei lähde kuitenkaan avoimesti kertomaan sitä, mistä hänen vaikutelmansa rakentuu. Potilaan omaa hyväksyntää ratkaisulle kysytään. Herää kuitenkin kysymys, onko potilaalla vaihtoehtoja valittavana, kun niitä ei keskustelussa ole ollut millään tavalla esillä. Samasta tapauksesta on otettu seuraava näyte, jossa ongelmaa määritellään vielä sen jälkeen, kun päätös osastolle jäämisestä on jo tehty.

4.199-253

L: *Mites sää aattelet, että onko sille sun ongelmalle nimeä? (1.) Onko se ahdistusta vai masennusta vai miksi sitä sanoisi ?*

(2.)

P: *Vaikea sanoa, kunhan saisi pesäpallomailan ja sillä puoli tuntia hakkaisi, että saisi vihansa purettua.*

L: *Nii joo.*

H: *Niin, tietysti masennukseen ja ahdistukseen liittyy sitä vihan tunnettakin sitten.*

(3.)

L: *Minulle ainakin tulee semmonen käsitys, että olet masentunut.*

P: *Joo, kyllä määhän sitäki oon. (3.) Ehkä päällimmäisin on sitten semmonen pelko. (3.) sitä veljee kohtaan. On ne asiat sitten miten tahansa, mutta (2.) olisiko tehnyt sitten jotakin fyysisesti.*

L: *Hhmm. Semmonenkin pelottaa.*

H: *Onkos hän uhkaillut sua sitten jossain vaiheessa (2.) vai ?*

L: *Ei se semmosta uhkailua ole ollut, vaan jatkuvaa seuraamista katseella .*

H: *Joo.*

(4.)

L: *Sulla on varmaan aikalailla ahdistunut olo. Määhän laitan semmosta ahdistuslääkettä kanssani. Voit sitä sitten pyytää vai tuntuuko paremmalta, että laitan sitä menemään säännöllisesti. Meillä on lääkkeitten jako. Vai tuntuuko susta siltä, että voit tulla pyytämään vai onko vaikea pyytää?*

P: *Tuleeko siitä riippuvaiseksi? Onko se niin voimakasta?*

L: *Rauhoittavasta lääkkeestä voi tulla riippuvaiseksi. Se on ihan totta, mutta semmosessa tilanteessa, kun ihminen on ahdistunut niin mun mielestä ei niitä pidä pelätäkään, että siitä voidaan sopia näin, että vaikka sairaalassa oloaikana käyttää sitä lääkettä. Tarkoitus ei oo jättää sitä päälle, vaan purkaa pikku hiljaa pois.*

P: *Määhän voin pyytää sitä, jos tarvin. (1.) Ehkä se sitten alussa on hyväksyttävä, että rauhoittuu.*

H: *Niin.*

(5.)

L: *Tää sun tilanne on semmonen, että voitais sitten vaikka maanantaina pitää semmosta hoitokokousta, että voitais ehkä jo vähän tarkemmin hahmotella, miten pitkään esim. sairaalahoito kestäs. (3.) Määhän määrään susta laboratoriokokeita. (4.) Määhän mietin tämmösti, kun masennuslääkkeen mahdollisuutta. Mitä sää itse siitä aattelet ? Voisko semmosesta olla apua?*

P: *En ainakaan vielä halua.*

L: *Jos määhän sulle vähän masennuslääkkeestä kerron, niin nykyään ne on niin tuota tämmösiä turvallisia lääkkeitä. Aloitetaan pienillä annoksilla ja yleensä otetaan aamusta ja masennuslääkkeet nykyään toimii sulle, että silloin, kun ihminen on masentunut, niin tiedetään, että (1.) keskushermostossa semmosen välittäjäaineen kun serotoniinin määrä on aika matala, se on liian matala. Se ei yllä normaalitasolle ja lääkkeen ja lääkkeellä korjataan*



*sitä serotoniinin määrää siellä keskushermostossa ja sitä kautta mielialakin kohenee, mutta siihen yleensä menee useampia viikkoja ja joittenkin teho alkaa näkyä parissa viikossa, mutta joittenkin kanssa pitää 6-8 viikkoa ootella sitä tehoa. (2.) On semmosia lääkkeitä, joita otetaan aamulla, mutta sitten on semmosia, jotka otetaan illalla ja ne vähän väsyttääkin ja niillä voidaan korjata sitä ongelmaa, jos on hankala nukahtaa. (2.) Tässä sulle vaan perustietoa pikkasen siitä, että mistä on kysymys, jos masennuslääkettä käyttää ja jos semmonen päätetään aloittaa, niin se ei välttämättä oo se ensimmäinen lääke, joka itse kullekin on tehokas. (1.) Se on yksilöllistä, mikä kenellekin sopii ja voi olla, että sitä joudutaan vähän hakemaan, mikä on se hyvä lääke, mutta semmonen, jos löytyy niin tuota (1.) sitä yleensä suositellaan (1.), että sitä lääkettä käytetään ainakin puolen vuoden ajan, mutta sitä voit ihan rauhassa miettiä, eikä tässä oo hirmunen hätä sen suhteen sitten. (3.) Oisko sulla jotakin, jota haluaisit kysyä ?*

(4.)

P: Ei

L: Entäs sulla ?

Si: On varmaa tarkeeta, että saa olla rauhassa, eikä tarvi meistä muista ((sukulaisista)) välittää.

Tässä pitkässä näytteessä työntekijä kysyy potilaalta, miten hän nimeää ongelman. Kysymys kuitenkin muotoillaan siten, että vastaamista rajataan annetuilla vaihtoehtoilla, jotka ovat asiantuntijan psykiatrisia ja lääketieteellisiä määrittelyjä tilanteesta ("ahdistunut, masentunut"). Tosin viimeisellä kysymyksellä ("miksi sitä sanoisi?") annetaan tilaa omalle määrittelylle, mutta työntekijä itse on omalla lyhyillä määrittelyillään antanut vastausmallia ja kysymyksen asettelullakin odottaa lyhyttä määrittelyä, nimeä ongelmalle. Herää kysymys, pystyykö potilas samalla tavalla lyhyeen määrittelyyn (diagnosointiin) oman tilanteensa suhteen kuin työntekijä? Työntekijä ei kerro, mistä nuo hänen omat määrittelynsä rakentuvat. Potilas ei kuitenkaan välittömästi asetu ahdistuneen ja masentuneen potilaan rooliin. Hän vastaa tauon jälkeen omalla määrittelyllään ja puhuu vihasta, joka pitäisi saada purkaa. Työntekijä ohittaa asian, eikä lähde tarkemmin selvittämään, mitä potilas puheellaan tarkoittaa, vaan vastaa minimipalautteella. Toinen työntekijä jatkaa edelleen tilanteen nimeämistä samalla tavalla kuin ensimmäinen työntekijä jo alussa teki ja liittyy potilaan määrittelyyn työntekijöiden määrittelyyn sopivaksi toteamalla asiantuntijana, että masennukseen ja ahdistukseen kuuluu vihaakin. Tauon jälkeen ensimmäinen työntekijä edelleen toteaa, että hänelle tulee käsitys siitä, että potilas on masentunut, mutta ei nytkään perustele määrittelyään avoimesti. Potilas ei kiellä työntekijöiden määrittelyä, mutta haluaa edelleen tarjota ongelmalle nimeksi pelkoa ja puhuu pelostaan veljeä kohtaan. Tilanne kuitataan sitten lyhyesti toteamalla asia. Potilaan materiaalia suhteutetaan yleiseen psykiatriseen määrittelyyn masennuksesta ja ahdistuksesta ("tietysti masennukseen ja

ahdistukseen kuuluu pelkoa”). Potilaan näkemykset ja kokemukset eivät sellaisenaan nouse etenemisen perustaksi, vaan ne selittyvät työntekijän tulkinnoilla.

Toinen työntekijä siirtää huomion potilaan ulkopuolelle kysymällä, onko veli uhkaillut potilasta. Huomio siirtyy potilaan kokemisesta ulkoiseen tekijään eli veljen tekemiseen. Potilas saa rajatun tilan puhua omista kokemuksistaan, mutta työntekijän kysymykset suuntaavat keskustelun noista valinnoista pois päin. Työntekijät ovat konkreettisten tietojen kanssa työskentelijöitä. Tilanne jatkuu edelleen siten, että työntekijä palaa siihen määrittelyyn, minkä hän tarjosi jo näytteen alussa eli että potilas on ahdistunut ja työntekijä perustelee sitä saamallaan vaikutelmalla, mitä ei kuitenkaan perustella. Esimerkissä työntekijät käyttävät yleistä tietoa tulkintojen ja arviointien perustana. Työntekijän tulkinnasta tulee koko keskustelua ohjaava totuus ja potilaan puheet vain todentavat tätä tulkintaa.

Ratkaisukeinoksi työntekijä ehdottaa sairaalahoidossa ahdistuslääkettä eli tilannetta määritetään jälleen sairausdiskurssista käsin. Potilaalla on jokin vaiva, jota pitää lääkittää. Hän suhtautuu lääkitykseen epäroiden, mutta työntekijä jatkaa perustellen lääkkeenkäytön merkitystä. Potilas jatkaa, että voi itse lääkettä pyytää, jos tarvitsee eli aikoo itse päättää asiasta. Potilas haluaa olla yhteistyöhaluinen ja toteaa vielä pehmentäen, että ehkä hänen on alussa hyväksyttävä lääke. Tämän jälkeen työntekijä alkaa sopia hoidon käytännön järjestelystä eli siitä, milloin pidetään seuraava hoitokokous, jolloin sovitaan hoidon pituudesta. Tässäkin puheenvuorossa työntekijä nostaa esille lääkehoidon ja nyt puhutaan masennuslääkkeestä. Potilaalta kysytään mielipidettä asiaan. Hän suhtautuu kielteisesti ja toteaa, ettei ainakaan tällä hetkellä halua, minkä jälkeen työntekijä pitää pitkän puheenvuoron asiantuntijana antaen tietoa masennuslääkkeestä ja sen vaikutuksista. Lääkehoidossa keskusteltaessa liikutaan vahvasti lääketieteellisessä diskurssissa, joka oletetaan itsestäänselvyydeksi. Potilaalla, jolta puuttuu lääketieteellinen asiantuntemus, ei ole juuri keinoa puuttua keskusteluun ja kyseenalaistaa asiantuntijan näkemyksiä. Diagnosoimalla potilaan ongelman masennukseksi työntekijä oikeuttaa lääkehoidon. Masennus määrittyy biologisena tautina, jota on syytä hoitaa lääkehoidolla. Lääketieteellinen diskurssi legitimoii hoidon ja keskustelijoiden positiot, samalla muut mahdollisuudet tulkita tilannetta ja löytää erilaisia ratkaisuja ohittuvat.

Psykiatrisen sairaalan työntekijä toimii Pirttilän (1997, 74-75) määrittelemän diagnostikon toimintaroolin tapaan. Diagnostikolla Pirttilä tarkoittaa ”kaikkia niitä asiantuntijoita, jotka

valmiin ja standardoidun luokitusjärjestelmän avulla esittävät korjaustoimenpiteitä esillä oleviin ongelmiin”. Diagnoosi on ongelman tunnistamista ja määrittelyä tiedon perusteella. Pirttilän mukaan diagnostisen asiantuntijan toimintarooli voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen: ensin tehdään alkuhavainnot, seuraavaksi havaittu materiaali luokitellaan valmiiseen käsitejärjestelmään ja kolmanneksi päätetään ratkaisutoimenpiteistä. Psykiatrisessa sairaalassa alkuhavainnot tehdään keräämällä tietoa ”oireista”. Kun saadaan kootuksi tietyt oireet, ne sijoitetaan tiettyyn luokkaan. Diagnosoinnin perusteella suunnitellaan jatkohoito. Diagnostointi on tietysti ammatillisesti perusteltuakin institutionaalisen tehtävän vuoksi. Diagnoosi voi toimia hoidon lähtökohtana. Se, että ongelmaa ei saataisi tunnistettua ja luokiteltua, saattaisi olla ongelma auttamistyön instituutiolle itselleen (vrt. Jokinen, Juhila & Pösö 1995, 19).

Wahlström (1992, 70-71) on tutkimuksessaan todennut, että työryhmän keskinäiset keskustelut perheen tilanteesta lähtevät yleensä liikkeelle diagnosoivasta diskurssista. Diagnosoivassa diskurssissa työntekijä rakentaa tavan keskustella oireista ja ymmärtää niitä yleisistä kategorioista käsin. Tälle diskurssille on ominaista se, että pyritään löytämään yksi konteksti, josta käsin oireille voi antaa merkitystä. Samalla tavalla psykiatrisen sairaalan työntekijä työskentelysuhteen alussa pyrkii suhteuttamaan potilaan materiaalia omiin käsitteisiinsä. Wahlström (1992, 71) toteaa kuitenkin, että diagnostinen tieto ei ole terapeutisesti riittävä, koska se ei anna mitään välineitä, joilla päästään eteenpäin. Uuden merkityksen löytäminen edellyttää usein diagnosoivan diskurssin rajojen ylittämistä.

Seuraavassa näytteessä rakentuu myös lääketieteellisen asiantuntijan ja potilaan positioasetelma. Aikaisemmassa vaiheessa keskustelua on puhuttu siitä, millaisia lääkkeitä potilas on käyttänyt ennen sairaalaan tuloa.

2. 354-363

*L: Kannattaisi ainakin alkuun täällä ottaa ((lääkettä)) ja varmistaa, että saat nukuttua. Sekin helpottais pahaa oloa ihan kummasti. (1.) Tarvittaessa voit ottaa sitä Tenoxia. (4.) ja jos tuo Truxal on helpottanut niin sitä, (1.) sehän vois olla sulla niinku tarvittavana lääkkeenä ja sitä voi myös sitten laittaa vaikka iltaan, ihan miten sääläät tästä nyt nukkumaan niin, että Tenox on aika hyvä semmonen unilääkekin, että sitä voi ottaa tavallaan unilääkkeeksi vähän isommalla annoksella.*

*P: Hhmm.*

*H: Onkos nyt jotain semmosta, jota haluaisit kysyä tai sanoo.*

P: No eipä tässä.

Työntekijä asettautuu positioon, joka mahdollistaa asiantuntijan roolissa pysyttämisen. Lääketieteen asiantuntija määrittelee, että potilaan on syytä käyttää lääkettä tilanteensa kohentamiseen. Potilaan ongelma määrittyy lääkehoidon avulla korjattavaksi ja hoidettavaksi asiaksi. Potilas lyhyesti myötäilee asiantuntijan kommentteja.

Tapaa ymmärtää ihmisten elämisen ongelmia ja henkistä hätää tauteina ja sairauksina on usein kritisoitu (mm. Rauhala 1999; Puhakainen 1998 ja 2002). Tässä ns. medikalisaation kritiikissä on todettu, että ihmisen ja hänen maailmansa kuvaukseen ja ymmärtämiseen tarvitaan muitakin ulottuvuuksia kuin terveys-sairaus - demensio. Medikalisaatio merkitsee elämäntapahtumien ja poikkeavuuksien lääketieteellistämistä. Lääketieteellinen asiantuntijuus ulotetaan sairauksien ulkopuolelle ja yhä useampi ilmiö määritellään terveyden ja sairauden termein. Lääketieteellinen käsitteellistäminen laajenee näin lääketieteen oman pätevyysalueen ulkopuolelle. Medikalisaatio johtaa paitsi terveystietämysten ja -ongelmien korostumiseen myös sosiaalisten ilmiöiden kontrollointiin terveystietämysten avulla (Ryynänen & Myllykangas 2000, 198). Rauhala (1999, 132-133) on kyseenalaistanut sairauden määrittelyä sitä, mistä psyykkisissä häiriöissä kärsitään. Hän on pohdinnoissaan tullut siihen tulokseen, että kysymys on enemmänkin elämiseen liittyvistä ongelmista ja määrittelee psyykkiset ongelmat elämäntaidollisiksi ongelmiksi. Mielen ongelmia tulisi tarkastella mieluummin ihmisen olemassaolon, merkitysten antamisen ja kokemusmaailman muodostumisen kysymyksinä kuin sairauksina (Puhakainen 2000, 12-14). Puhakaisen (2000, 13) mukaan sairausajattelun ja lääketieteellisen asiantuntemuksen ja puhettavan ylikorostunut asema estää ihmisten elämisen ongelmien ja henkisen hädän aitoa ymmärtämistä. Medikalisaatioon liittyy myös vaara omakohtaisen vastuun pois ottamisesta.

Tyypillistä tapausesimerkeissä ratkaisukeskustelulle on se, että hoidosta sovitaan ulkoiset puitteet, kuten sairaalahoidon aloitus, sen alustava pituus, mahdolliset lomat. Välttämättä aina ei neuvotella sairaalahoidosta, vaan todetaan se ikään kuin itsestään selväksi asiaksi ja ratkaisuksi potilaan tilanteessa ( ”Nyt kun sää jäät tänne sairaalaan”, kts. seuraava näyte) Ääneen ei perustella sitä, miksi on tultu siihen tulokseen. Ei puhuta myöskään hoidon sisällöstä (paitsi lääkehoito), eikä määritellä, mitä hoito potilaan tilanteessa tarkoittaa. Puheella hoidosta rakennetaan toimija sinänsä. Seuraavassa näytteessä rakennetaan hoidon ulkoisia raameja.

1.344-370

L: *Nyt kun sää jää tälle sairaalaan, niin mitään pitkää sairaalahoitoa ei tarvita.*

P: Niin, hmmm.

L: *Sen verran oot ahdistunut ja masentunut.*

P: Joo, kyllä.

(2.)

H: *Hmmm. (1.) Oisko se sitten niin, että (1.) kumpi ois parempi vaihtoehto (1.) se, että kun siltä tuntuu ja vointi rupee olemaan semmonen, että vois tästä kotia lähteä, (1.) niin käyt kokeilemassa, miltä se kotona oleminen sujuu ja jos se sujuu hyvin, niin sitten ois tämmösen loman jälkeen se uloskirjoitus vai (2.) lähtisitkö sitten ihan saman tien, kun olo tästä korjaantuu, niin (1.) pois kokonaan?*

P: Niin, mitä sää sanoit?

H: *Kumpi on parempi vaihtoehto?*

P: Hetkinen (1.), sanopas uudesta?

H: *Että olisit muutaman [päivän täällä ja lähdet sitten lomalle?*

P: [nii?

H: *Tai sitten olet täällä jonkun aikaa (1.), muutaman päivän, viikko ja sitten lähtisit saman tien kotiin ja sinut [uloskirjoitetaan?*

P: [Joo. Semmonen vois olla joo (1.).

H: *Et sää uskot, et kunhan sää saat etäisyyttä ja turvaa täällä jonkun päivän, niin se riittää?*

P: Niin, (2.) se voi olla joo.

L: *Että jos ois sellainen, että sovittas, että ois hoitoaika viikko, mutta menisit viikonlopuks lomalle, (2.) sitten ois sitten ensi maanantaina vaikka uloskirjoitus.*

P: Joo, joo.

H: *Eli hoito kestää nyt ainakin perjantaihin ja (1.) sitten perjantaina ja viikonloppuna lomalle ja jos loma on mennyt hyvin, niin sitten maanantaina sitten uloskirjoitus.*

P: Selvä.

Näytteessä työntekijä toteaa jälleen asiantuntijan positiostaan, että potilas jää sairaalaan ja että sairaalahoidon ei tarvitse kestää pitkään. Potilas vastaa tähän minimipalautteella eli myötäilee asiantuntijan käsityksiä. Työntekijä perustelee asiaa sillä, että potilas on hänen mielestään sen verran ahdistunut ja masentunut. Työntekijä esittää oman tulkintansa potilaan tilanteesta saamiensa tietojen perusteella. Ääneen ei kerrota, miten noihin tulkintoihin on tultu. Varsinaisesta sairaalahoidon sisällöstä ei myöskään sovita mitään, sen sijaan potilaan kanssa neuvotellaan hoidon lopettamiseen liittyvistä käytännön järjestelyistä ja hänen mielipidettään kysytään eri vaihtoehtojen suhteen. Hoitoon liittyvät käytännön järjestelyt ovat työntekijöille arkipäivää, mutta ensimmäistä kertaa psykiatriseen sairaalaan tulevalle potilaalle

ne eivät voi olla selviä, ellei niitä hänelle esitellä, kuten esimerkissä käy. Työntekijän pitkähkön puheenvuoron (”hmm. Oisko se sitten niin, että kumpi ois parempi vaihtoehto...”) jälkeen potilas on ymmällä ja kysyy mitä työntekijä sanoo ja työntekijä kysyy uudelleen sitä, kumpi vaihtoehto olisi parempi huomaamatta vielä sitä, että potilas ei ymmärtänyt esitettyjä vaihtoehtoja, jotka ovat sairaalamaailman käytäntöön ja kielenkäyttöön tottuneille itsestään selviä. Työntekijä toistaa sitten valittavat vaihtoehdot, minkä jälkeen potilas valitsee. Herää kuitenkin kysymys, oliko potilaalla riittävästi tietoa valintansa pohjaksi.

Työntekijä esittää asiantuntijapositionaan käsin ehdotuksen potilaan sairaalahoidon perusteluksi. Hän arvelee, että etäisyys ja osaston antama turva riittävät potilaalle ja muutama päivä osastohoitoa on tarpeeksi. Potilas myöntää hieman epäröiden näin olevan. Keskusteluun hoidon ulkoisten puitten sopimisesta potilas osallistuu minimaalisesti myötäillen henkilökunnan ehdotuksia. Varsinaisesta hoidon sisällöstä ei käydä keskustelua. Hoidosta tulee tavallaan itsenäinen toimija (”eli hoito kestää nyt ainakin perjantaihin..”).

Jokinen ja Juhila (1993, 89-92; 1996, 64-66) ovat todenneet diskurssien tunnistamisesta, että jos asioiden moninaisuus, kompleksisuus ja ristiriitaisuus ovat väistyneet yksinkertaistamisen tieltä analysoitavassa aineistossa, on kysymyksessä hegemoniseen asemaan kohonnut diskurssi. Lääketieteellinen diskurssi toimii mielestäni psykiatrisen sairaalan vastaanottokeskusteluissa hegemonisen diskurssin tavoin. Asiat näyttävät kulttuurisesti itsestään selviltä ja kyseenalaistamattomilta totuuksilta. Aineisto on tässä suhteessa melko homogeenista sisällöltään. Asioiden diskursiivinen luonne hämärtyy, kun asiat muuttuvat itsestäänselvyyksiksi (institutionalisoituuksaan). Sosiaalinen todellisuus on tällöin vakiintunut tiettyihin tulkintoihin ja käytäntöihin. Tällöin myös identiteettien rakentamisessa tuotetaan keskustelijoille kiinteään persoonallisuuteen sidottuja subjektipositioita.

## 5. VAIHTOEHTOINEN KESKUSTELUKÄYTÄNTÖ

Vastaanottokeskustelujen yhteydessä on pitkin matkaa tullut esille myös piirteitä, jotka eroavat aikaisemmin kuvaamistani käytännöistä. Vaihtoehtoinen ja hallitseva käytäntö eivät ole toisiaan poissulkevia. Vaihtoehtoiset poikkeamat keskustelussa ovat yleensä ohimeneviä ja hetkittäisiä. Vaihtoehtoinen keskustelukäytäntö hahmottuu suhteessa hallitsevaan käytäntöön. Vaihtoehtoisella diskursiivisella käytännöllä luotu keskustelutodellisuus sisältää erilaisen työskentelysuhteen määrittelyn kuin mitä edellä on kuvattu olevan hallitsevassa keskustelukäytännössä. Työntekijät irrottautuvat välillä kaavamaisesta kyselystä ja tiedon jakamisesta ja pyrkivät ymmärtämään potilaan henkilökohtaista kokemusta ja ovat kiinnostuneita hänen ajatuksistaan. Tällöin samasta asiasta puhutaan yleensä pitempään kuin hallitsevassa keskustelukäytännössä ja silloin syntyy dialogia työntekijöiden ja potilaan välille. Potilaan asiantuntijuuteen oma elämänsä ja asioidensa suhteen luotetaan keskustelussa ja tilanteen määrittelyssä eri tavalla kuin hallitsevassa keskustelukäytännössä. Potilaan kompetenssin tukeminen ja lisääminen vastaanottokeskusteluissa on aineistossani vähäistä, mutta jonkin verran sitä esiintyy.

Esittelen seuraavassa niitä kielellisiä käytäntöjä, joilla vaihtoehtoista keskustelutodellisuutta luodaan. Hallitsevassa diskursiivisessa käytännössä asioiden käsittelyn yleinen suuntaus on potilaasta pois päin kohti kokemusta kehystävää tarinaa. Ongelma-, elämäntilanne- ratkaisupuheessa hallitsevan keskustelukäytännön avulla potilaan tilannetta kartoitetaan ulkoisten tapahtumien ja ammattitiedosta nousevan yleisen tiedon tasolla. Vaihtoehtoinen tapa kohdistaa huomion siihen, mikä on potilaan kokemus tapahtumien kulusta ja mitä ne ovat hänelle henkilökohtaisesti merkinneet. Se huomioi myös potilaan voimavaroja oman elämänsä suhteen. Yksinkertaistamisen sijaan asioita tarkastellaan erilaisista näkökulmista. Ilmiöiden moniselitteisyys on paremmin esillä.

Seuraavassa esimerkissä kysytään potilaan omaa käsitystä siitä, millaista apua hän itse arvelee tarvitsevansa. Keskustelua käydään enemmän potilaan omien ajatusten ja näkemysten kautta, vaikka esimerkiksi alkoholin käyttöä koskevassa keskusteluosuudessa onkin määrää kartoittavaa puhetta mukana.

1.142-182

*L: Minkälaista apua sää ite arvelet, että tarvitset?*

*P: No, jonkinlaista turvallisuutta tai semmosta, ettei nyt tulis tuommosia ajatuksia päähän ja että pystys oleen suhtkoht rauhallisesti, ettei tulis niitä semmosia mielenmaltin menetyksiä.*

*H: Mites sitte tuota, voisko siihen turvallisuuden tunteeseen mitenkää vaikuttaa, että onko sellasia tilanteita tai asioita, mitä pitäis välttää?*

*P: No viinaa ei nyt pitäis varmaa ollenkaa ottaa, se vaan [pahentaa*

*H: [Ahaa, joo]*

*L: Ootko viime aikoina enempi käyttäny?*

*P: E:n mää, en, en (.) pyrin ihan omaehtoisesti välttämään, mutta kun se himo iskee, niin sit sitä on pakko ottaa ja sit sitä on ihan sekaisin.*

*H: Onko vielä muita asioita, joita tulee mieleen, mitä pitäis välttää, muuta kun tää alkon käyttö?*

*P: En mää tiijä, (2.) en ainakaan nyt.*

*H: Onko asioita, joiden miettimistä pitäis välttää tai mitä muuta?*

*P: Niin no ehkä sekín, että mää on semmonen turhan murehtija ja kyselijä ja murehdin tulevia ja kasailen siitä tonne sisälle ja ne sit rupee ahistamaan, mää en tee kuitenkaan mitään, vaan murehdin. (2.). No kyllä mää nyt esimerkiksi tuon Tainan ((tyttöystävän)) puolesta murehdin, kun hän sairastaa perinnällistä nivelsairautta ja häntähän avustetaan, (.) minäkin avustan sen minkä itse pystyn ja (.) mää murehdin Sannan takia(1.) ja äidin takia. Hän on itsekseen asuva ja juoppohullu veli asuu hänen kanssaan (1.) hänellä ((äidillä)) on siitä omat ongelmansa (2.) ja tässä nyt tulee montakin murehdittavaa asiaa ja (1.) se rupee jo vaikuttaa ja sitten rupee entistä enemmän vituttaa.*

Näytteen alussa kysytään potilaalta, millaista apua hän ajattelee tarvitsevansa. Kysymyksellä potilas itse asetetaan asiantuntijaksi oman tilanteensa suhteen. Potilas sanoo tarvitsevansa turvallisuutta ja seuraavalla siirrollaan työntekijä pyrkii herättämään ajatuksia siitä, miten turvallisuuden tunteeseen voisi vaikuttaa. Työntekijän kysymyksen asettelussa tarjoamien vaihtoehtojen tarkoituksena on ilmeisesti herättää potilaan omien vaikutusmahdollisuuksien miettimistä turvallisuuden tunteeseen. Verrattuna hallitsevaan keskustelukäytäntöön tässä keskustelussa ei lähdetä tarjoamaan valmiita ratkaisuja työntekijöiden toimesta. Potilas joutuu työskentelemään itse ja työntekijä sitkeästi kysymyksillään pyrkii toimimaan ideoiden ja vaikutusmahdollisuuksien löytymisen virittäjänä ja potilas itse on erilaisten ratkaisuvaihtoehtojen esittäjä ja määrittyä aktiivisempänä.

Seuraavassa esimerkissä työntekijä esittää ensin oman arvelunsa siitä, että suunniteltu hoitoaika sairaalassa olisi suunnilleen sama kuin potilaan edelliselläkin hoitotaksolla



(aikaisemmin tekstissä tullut esille, että hoitoaika on silloin ollut neljä viikkoa). Työntekijä kysyy kuitenkin potilaan omaa käsitystä asiasta.

2.289-305

- L: Hhmm. (2.) Todennäköisesti semmonen aika varmasti sulla toipumisee menee nytkin, että liian aikaisin ei kannata sitten töihin palata, (2.) ettei sitten käy ylivoimaseks (4.). Mitäs sää ite aattelet tästä hoitoajasta?*
- P: Ei nyt välttämättä tarvi sellasta, mutta kun pääsee tämän pahimman yli niin, (1.) viikko.*
- L: Voitashan me sopia, että viikko ja sitten viikon päästä pidettäs semmonen hoitokokous, jossa sitten, jos näyttää siltä, että tarviis jatkaa, niin toki vois sitten jatkaa, mutta sovittas nyt viikko näin alustavasti.*
- P: Se voi olla hyvä niin, se on kuitenkin tarpeeksi pitkä aika ja ei kuitenkaan liian lyhyt.*
- L: Joo hhmm (2.) mitä se ois tavoitteena sitte, viikon hoito on kuitenkin lyhyt, että mitä (1.) sen ajaksi vois ottaa tavoitteeks. Ei mitään kauheen isoja kannata, mitä sää toivosit?*
- P: Mää toivosin, että palaa semmonen tunne, että mää selviän.*
- L: Mistä sen tietää sitten?*
- (2.)*
- P: Tulee usko elämään takaisin.*
- L: Hhmm.*
- P: Että jaksaa normaali elämää pyörittää.*
- H: Mitkähän asiat sua auttas? (1.) Mitä sää toivot? (1.) Miten me voijaan sua auttaa?*
- P: Kotiympäristöstä irti pääseminen auttaa näkemään asioita eri tavalla. Niihin saa etäisyyttä ja niitä voi miettiä eri tavalla. (2.) Puhua tietysti pittää.*

Potilas otetaan tasavertaisena neuvottelukumppanina mukaan sopimaan sairaalahoidon suunniteltua kestoja. Potilaan näkemys otetaan asiaa sovittaessa huomioon ( ” ei nyt välttämättä tarvi sellasta...”). Potilas on oman tilanteensa asiantuntija. Työntekijä luopuu pidemmän hoidon suunnittelusta, vaikka aluksi onkin todennut, että sama aika menee nyt kuten edelliselläkin kerralla. Potilas itse arvelee, ettei tilanne nyt vaadi yhtä pitkää hoitojaksoa ja siitä muodostuu jatkosuunnitelman pohja. Hoidon tavoitteita kysytään potilaalta ja hän asettaa tavoitteeksi sen, että ”palaa semmonen tunne, että mää selviän”. Seuraavalla työntekijän kysymyksellä potilas asetetaan jälleen asiantuntijaksi siinä, mistä tietää tavoitteen saavutetun. Sairalahoidon sisällön suhteen kysellään potilaan odotuksia ja ajatuksia, eikä työntekijä lähde niitä asiantuntijana määrittelemään ulkoapäin. Positiokombinaatioksi muodostuu *konsultoiva työntekijä - asiantunteva potilas*.

Työntekijän asiantuntijuus poikkeaa edellisessä näytteessä hallitsevan käytännön mukaisesta tietäjän roolista. Jokinen (1995, 145) puhuu uudeltaisesta tiedon ja ymmärryksen jäsentämisestä. Auttamisen asiantuntija voisi ”totuuden” tietäjän sijasta olla keskustelija ja keskustelun ylläpitäjä. Hän pyrkii suhteellistamaan kiinteitä määrittelyjä ja hahmottamaan vuorovaikutustilanteen ja kielenkäytön perustavanlaatuisuuden merkitysten ja identiteettien tuottamisen prosessissa. Gergen ja Kaye (1992, 165-184) puhuvat työntekijän taidosta pyrkiä refleктоimaan omia keskustelullisia tapojaan.

Anderson ja Goolishian (1992, 31-32) korostavat työntekijän ”ei-tietävää” asemaa. Tietämättömyyden positiota voisi kuvata jatkuvaksi yritykseksi kyseenalaistaa yleisiä annettuja merkityksiä, kysyä itsestään selvyyskysymyksiä. Tämä koskee myös (ja etenkin) työntekijän omia merkityksiä. Liian nopean ymmärtämisen välttäminen on tärkeää, koska se helposti lopettaa keskustelun. Työntekijän on hyvä asettua potilaan elämästä ja kokemuksista tietämättömän kysyjän rooliin ja pitää potilasta oman elämänsä suhteen asiantuntijana (Anderson 1997, 64).

Seuraavassa näytteessä potilaan asiantuntemusta oman elämänsä ja itsensä suhteen kysytään. Potilas määrittyy oman elämänsä ja itsensä tuntijaksi.

2.306-333

*L: joo, mitäs tässä lähetteessä lukee, (4.) sää oot siellä mielenterveystoimistossa puhunu näistä syyllisyydentunteista, (1.) että sää jotenkin tuonut esiin, (1.) että oisit jotenki ite tuntenu olevassa vastuussa näistä maailman tapahtumista.*

*P: Taikka en vastuussa, enhän mä voi olla vastuussa, tiedänhän mä että en voi olla vastuussa.*

*L: Hhmm, (1.) mitä sää oot tällä tarkoittanu?*

*P: En tiijä, (1.) jotenkin, kun aina tapahtuu jotakin ja siitä kuulee, niin se tuntuu, että kun jysähtäs kivi palleaan, että (1.) ensimmäis enä kiroo mielessään, että voiko ihminen olla näin tyhmä.*

*L: Hhmm.*

*P: Sitä niinku tavallaan (1.) kaikkien puolesta, joita kohtaan tehhää väärin, (1.) sitten mulle tulee niinkun paha mieli.*

*L: Hhmm.*

*P: Ihan kaikenlaisia tapauksia, mitä on tehty (2.). varmaan se on sitä, että on ihan hirveen hyvin syyllisyydentuntoinen siitä, mitä ihminen tekee ylimalkaan pahaa toiselle.*

*L: Hhmm.*

*P: Sen tosiaan tietää järjellä itekkin, että ei voi mitenkää vaikuttaa (3.). Siskolla on ihan sama ”vika”. (1.) puhuttiin tästä, ei (1.) oo varmaan kun pari viikkoa, (1.) hän sano, että hänellä on*

ihan samanlaisia tuntemuksia, että hän on lopettanut melkein TV:n katsomisen, kun ei kestä sitä paskaa, mitä sieltä tulee (1.), että tulee niin [toivoton olo, että

L: *[ joo, hmm]*

P: mihin tää on (1.) tää ihminen menossa tässä maailmassa.

L: *Hhmm . (2.) että sää helposti reagoit sitten ihan noihin maailman asioihin?*

P: Kyllä.

L: *Oot sää aina ollut semmonen?*

P: Kyllä se varmaan on ollut jollakin tasolla aina. (2.) Siitä lähtien, kun ala-asteella on luettu jotain historiaa ja kaikenlaista on paljastunut, niin (1.) sitä oon mietiskellyt, että mitähän tässä kaikessa on takana, mikä saa ihmisen olemaan niin julma toista kohtaan.

L: *.hhh joo (4.) onhan tässä nyt syksyn aikanakin ollut kaikenlaisia ikäviä uutisia maailmalla ollu. (1.) Ne on sitten vaikuttanut sinuun?*

P: Kyllä ne on. Oon kovasti pohtinut ihmisenä olemista.

Näytteessä työntekijä lukee lähetteestä, että potilas on mielenterveystoimistossa puhunut syyllisyydentunteistaan ja siitä, että kokee olevansa vastuussa maailman tapahtumista. Työntekijä pyytää potilasta selittämään, mitä tämä tarkoittaa. Nyt lähdetään hakemaan potilaan omaa selitystä asialle. On tietysti mahdollista, että kysymyksellä halutaankin testata potilaan realiteettitajua eli sitä, ovatko hänen ajatuksensa psykoottisia. Potilas saa kysymyksen jälkeen kuitenkin paljon tilaa selittää asiaa omalta kannaltaan. Työntekijä vastaa potilaan mietteisiin hyvin lyhyesti, eikä lähde niitä mitenkään kommentoimaan. Potilas jatkaa kuitenkin jokaisen lyhyen työntekijän palautteen jälkeen ja tarkentaa omia ajatuksiaan. Potilas voi näin ollen itse osallistua tilanteen määrittelyyn. Nyt työntekijä ei suhteuta potilaan tekstiä valmiiseen kehykseen, eikä yksioikoisesti määrittele ongelmaa oireeksi jostakin asiantuntijan tunnistamasta luokituksesta, vaan yrittää selvittää, mikä merkitys asioilla on potilaan elämässä.

Keskustelussa potilas rakentaa itselleen herkän ihmisen identiteettiä, eikä työntekijä lähde sitä kyseenalaistamaan, vaan vahvistaa sitä, kysymällä reagoiko potilas herkästi maailman tapahtumiinkin. Työntekijä vielä tarkistaa, onko potilas aina ollut tällainen. Taustalla työntekijällä ilmeisesti kysymys ja samalla tarkistus siitä, onko reagoitiherkkyys tämänhetkiseen tilanteeseen liittyvää (diagnoosidiskurssi) vai onko se tavallaan potilaan taipumus. Lopuksi vielä mainitaan, että maailmalla on ollut ikäviä uutisia ja arvellaan, että ne ovat herkkään ihmiseen vaikuttaneet, minkä potilas vahvistaa. Vaikka työntekijä kysymyksillään merkityksellistäisikin asioita sairausdiskurssista, ovat potilaan omat ajatukset ja kokemukset vahvasti esillä ja ne nousevat hallitsevaan asemaan, eivätkä saa

sairausmerkitystä tässä keskustelussa. Syyllisyydentunteita ei nyt luetakaan merkiksi jostakin objektiivisesti olemassa olevasta häiriöstä, kuten masennuksesta, vaan sille haetaan merkitystä potilaan omista ajatuksista.

Shotterin (1993, 118-119) mukaan työskentelysuhteessa olennaisinta olisi tarjota tila asiakkaan omana itsenä olemiselle ja mahdollisuus tulla kuulluksi. Jos asiakas kokonaisuutena olisi kiintopisteenä eivätkä yksittäiset objektivoituvat asiat, niin asiakkaan rooli vahvistuisi ja hänestä tulisi myös varsinaisen työn tekijä hoidossa. Myös Anderson (1997, 94) korostaa, että työntekijän päätehtävä ja pyrkimys on keskustelun avulla luoda tilaa potilaan toimijuudelle ja mahdollisuuksille, jotka ovat hänelle ja hänen tilanteelleen ainutlaatuisia.

Seuraavassa näytteessä selvitetään, mitä potilaan elämässä tapahtunut viime päivinä. Tilanteessa kartoitetaan tapahtumien ulkoista kehystä, mutta ollaan kiinnostuneita myös potilaan kokemuksesta ja omista ajatuksista tapahtumien suhteen.

4. 210-233

*L: Mitäs sitten tässä ihan viime päivinä on sitten tapahtunut?*

*P: Mä lähin sieltä mun miehen luota pois ((nyyhkien)).*

*L: Minkälaisessa tilanteessa sä lähdit sieltä?*

*(4.)*

*P: No, kun vaikka se ((mies)) lupas käyvä siellä a-klinikalla. Se oli viime perjantaina. Niin se lähti kaupungille (1.) ja otti mun bussilipun ja haki mun lääkkeit ja sitten mää (4.) mää olin sanomassa...*

*L: Mitä sitten tapahtu sen jälkeen, kun hän oli käynyt?*

*P: Se toi sitten viinaa ja se kysy multa lähtiessä, että mitä mää toisin ja mää sanoin, että tuot glögiä (1.) ja mää luulin, että se toi tavallista glögiä ja pipareita (2.) niin se toikin tuota viinaglögiä (1.) no minä join sitten sen pullon, kun suutuin.*

*L: Onkos se sitten niin, että hänen alkoholinkäyttönsä on niin runsasta, että se on sun mielestä ongelma?*

*P: On se, (1.) sillä on huomenna aika a-klinikalle.*

*L: Onkos hän käynyt siellä säännöllisesti vai onkos hän nyt aloittamassa?*

*P: Nyt vasta aloittaa. Huomenna on ensimmäinen kerta.*

*L: Onkos se sulle niin tärkeä asia, että hän aloittas sen ?*

*P: On tärkeää.*

*L: Onkos sinä jonkinlainen pettymys, kun hän nyt osti sitä alkoholia?*

P: Joo, mä luulin, että se tuo jouluglögiä (1.), kun mä sanoin, että tuo piparia ja kun hän tuo glögiä, se toikin viinaaglögiä ja se sano, että nyt hän ei enää peittele, vaan hän ottaa nyt ihan vapaasti, (1.) niinkun näin sit sillä oli toinenkin pullo ja se varmaan joi sen.

(2.)

L: *Sittenkö se kriisiyty se teijän tilanne ja sä lähit sieltä pois?*

(1.)

P: Niin, sitten se haukku mut, kun mä lähin, että sää makaat vain vanhempies luona, (1.) kotonas ja sitten tuut taas tänne.

L: *Miten sää koit tämän tilanteen?*

P: Se masentaa ja ahistaa mua.

Potilas kertoo lähteensä miehensä luota. Työntekijä haluaa tietää, minkälainen oli se tilanne, josta potilas lähti. Potilas selittää asian puhuen miehen alkoholinkäytöstä. Työntekijä on kiinnostunut tietämään, onko miehen alkoholinkäyttö potilaan mielestä ongelma eli haetaan potilaan asialle antamaa merkitystä. Tosin työntekijä rajaa kysymyksillään potilaan vastaamista antamalla valmiita vastausvaihtoehtoja, mutta hakee kuitenkin kysymyksillään kokemuksia, mitä hallitsevissa keskustelukäytännöissä ei tapahdu. Merkityksellistä ei ole vain se, mitä on tapahtunut, vaan myös potilaan kokemukset ovat tärkeitä. Potilaan kuvaama asia ei saa merkityksiä tai selityksiä työntekijän viitekehyksestä, vaan se toimii tietolähteenä. Tarpeellinen tieto näyttää olevan potilaalla. Hänen esittämänsä asiat ja näkökulmat otetaan lähtökohdiksi. Näin potilaan ongelman määrittely pääsee esiin ja ohjaa toimintaa. Potilaan kokemukset eivät asetu johonkin ennalta tiedettyyn rakennelmaan, vaan määrittyvät potilaan selontekojen ja tulkintojen kautta. Keskustelussa pysytellään siis enemmän potilaan henkilökohtaisen kertomuksen äärellä, eikä haeta yleistä masentuneen kertomusta. Potilaan kokemusta tavoittelevan keskustelun positiokombinaatioksi muodostuu *ymmärtämään pyrkivä työntekijä – kokeva potilas*. Painopiste tässä asetelmassa on nimenomaan potilaassa.

Hallitsevassa keskustelukäytännössä potilas konstruoituu ongelmaiseksi ja avun tarvitsijaksi. Keskeistä on diagnosointi ja jatkon suunnittelu. Ongelmakieli asettaa leimoja ja siitä on vaarana kehittyä itseään toteuttava ennuste potilaan toiminnalle (Riikonen 1992; Seikkula 1991, 87). Potilaan omista voimavaroista ja selviytymiskeinoista ei juurikaan puhuta. Ollaanko huolissaan siitä, että potilaan voimavarojen ja selviytymiskeinojen esiin ottaminen merkitsisi ongelmien ja vaikeuksien vähättelyä vai ohjaako tilanteen jäsenystapa huomioimaan vain ongelmia ja selviytymättömyyttä? Voidaan myös kysyä, voisiko

kompetenssin huomioiminen luoda hyvän pohjan hoidolle lähteä yhdessä työstämään potilaan huolia ja vaikeuksia?

Seuraavassa näytteessä potilaan vaikeudet huomioidaan, mutta tilannetta tarkastellaan eri näkökulmista, jolloin asioiden moninaisuus tulee esille.

5.123-134

L: *En mää mitenkään vähättele sitä, että sulla nyt on varmaan jotenkin hankalampaa ja monet asiat on siihen vaikuttanut. Ehkä ne ei oo ihan uusia asioita, Mutta (1.) oisko ne jotenkin sitten nyt kärjistynyt sillä tavalla, että sitä myötä on tullu sitä turvattomuuden tunnetta ja masennuksen kokemusta sitten, (2.) mutta sulla on kuitenkin selvästi voimavarojakin. Sää oot kuitenkin pärjänny ja oot siellä toimintatalolla käyny ja sitä kurssia suorittanu.*

Näytettä edeltävässä puheessa potilas on kertonut monista vaikeuksistaan. Työntekijä ei lähde rakentamaan näistä potilaalle ongelmasta masentuneen identiteettiä, vaan näkee potilaalla olevan voimavaroja. Turvattomuuden tunteesta ja masennuksen kokemuksesta huolimatta potilaalla on resursseja. Koska potilas on **'kuitenkin on pärjänny'**, rakentuu hänestä käsitys kykenevänä ihmisenä vaikeuksista huolimatta. Tässä näytteessä potilaan kokemat oireet eivät myöskään rakenna masennuksesta luokiteltavaa ja sinänsä hoitoa vaativaa häiriötä, vaan nuo kokemukset määrittävät potilaan vaikeuksiin liittyviksi tuntemuksiksi. Asioita ja tapahtumia ei merkityksellistetä sairaus-, vaan voimavaradiskurssista käsin. Positiokombinaatioksi rakentuu *vaikeuksista kertova potilas- kannustava työntekijä*.

Vaihtoehtoisessa keskustelussa työntekijät yrittävät selvittää, mikä merkitys ongelmalla on potilaan elämässä ja mihin oireet mahdollisesti liittyvät. Potilaan tuottamaa materiaalia käsitellään potilaan maailmaan liittyneenä, ei hänestä irrotettuina objekteina. Työntekijän tuella hän voi löytää tilanteessa jotain uutta. Asiat voivat saada uusia näkökulmia ja merkityksiä. Näin potilas itse joutuu työskentelemään ja hän määrittyy aktiivisempänä omien asioidensa työstämisessä ja osallistumisessa hoitoon.

## 6. POHDINTA

Tämän tutkimuksen aineiston analyysi osoittaa, että vastaanottokeskustelujen keskustelukäytännöissä hallitsevana on työntekijäkeskeinen puhumisen tapa, joka liittyy institutionaaliseen tehtävään. Hallitsevassa käytännössä työntekijä asettuu ulkopuolisen asiantuntijan rooliin, kartoittaa potilaan tilannetta ja diagnosoi sitä yleisen psykiatrisen tiedon ja luokittelusysteemin perusteella. Ulkoinen todellisuus, kuten näkyvät oireet ja asioiden ja tapahtumien ulkoinen kulku, on työntekijöiden mielenkiinnon kohteena. Asiat määritellään siten kuin ne olisivat olemassa sellaisenaan ja kuin sanat kuvaisivat sitä jotenkin yksiselitteisesti. Potilas on tarkkailun, tutkimuksen ja toimenpiteiden kohteena. Potilaan omat kokemukset ja ajatukset asioista ohittuvat. Menettelystä muodostuu haastattelunomainen kysely, missä työntekijät kysyvät ja potilas vastaa. Asetelma on tyyppillinen monille institutionaalisille tilanteille, missä potilaalle on varattu vastaajan rooli.

Vastaanottokeskustelussa pyritään perinteiseen, asialliseen tapaan ongelmien ja niiden ominaispiirteiden ja taustan selvittelyyn. Lääketieteellinen diskurssi on keskusteluissa hallitseva. Potilaat itse osallistuvat ongelmien määrittelyyn lääketieteellisestä diskurssista käsin. Hehän yleensä aineiston mukaan aloittavat määrittelyn käyttämällä psykiatrista kieltä asettuen samalla potilaan rooliin. Työntekijät lähtevät määrittelyyn mukaan kyseenalaistamatta, mitä potilaat tarkoittavat käyttämillään psykiatrista oireita kuvaavilla sanoilla. Näin ”yhteinen” kieli tavallaan löytyy helposti. Potilaan ongelmien moninaisuus ei tule esille, vaan diskurssin hegemonisuus astuu esiin sulkien pois muut mahdollisuudet tulkita tilannetta. Tässä ympäristössä on tavallaan itsestään selvää, että ihmiset ovat masentuneita ja ahdistuneita, eikä sitä lähdetä ihmettelemään tai kyseenalaistamaan.

Potilaat tarkastelevat elämän ilmiöitään tavalla, jolla ne saavat sairastamisen merkityksiä (sairausdiskurssi). Työntekijät eivät pyri tämän tutkimuksen mukaan käynnistämään ongelmien käsittelyä muusta diskurssista käsin. Työntekijät ammattiryhmästä riippumatta osallistuvat keskusteluun lääketieteellisen diskurssin sisällä, jolloin he eivät kykene tuomaan keskusteluun riittävästi erilaisuutta ja uusia näkökulmia, vaan keskustelu jatkuu potilaalle tuttuun teemojen ja merkitysten toistamisessa.

Korostamalla vaikeuksiaan potilas rakentaa itsestään ongelmallista ja avun tarpeessa olevan kuvaa. Peräkylä (1996, 99) toteaa, että usein myös asiakkaat tekevät oman osuutensa rakentaakseen sosiaalisen suhteen, jossa työntekijällä on auktoriteettia ja valtaa. Tällä kenties haetaan asiantuntijalta diagnoosia ja varmistusta oikeutukselle saada hoitoa. Ollaanhan tilanteessa, missä hoidon tarvetta arvioidaan. Aineistosta löytyy poikkeus, jossa potilas määrittelee ongelmansa enemmän arkielämän ongelmien kielellä, mutta työntekijät tulkitsevat tilanteen ammatillisesta näkökulmastaan psykiatrisiksi oireiksi ja sen jälkeen keskustelu jatkuu lääketieteellisestä diskurssista käsin. Työntekijän tulkinnasta tuli myöhemmin koko keskustelua ohjaava totuus. Pohjolan (1993, 81) mukaan ammatillisessa toiminnassa pyritään usein tietoisesti ja neutraalisti oletettuun ammattikieleen, jolla kuitenkin säädellään asiakassuhteen luonnetta.

Vastaanottokeskustelujen käytäntöjen perusteella ei voi tehdä johtopäätöksiä laajemmin sairaalassa hoitoprosessin aikana käytävistä keskusteluista, mutta vastaanottokeskustelu muodostaa kuitenkin alun tulevalle työskentelylle ja siksi puhumisen käytännöt ja niissä muodostuva yhteistyön rakenne ovat merkityksellisiä jatkoon kannalta. Työskentelysuhteen tasolla hallitsevassa keskustelukäytännössä on vaarana, että potilas jää passiivisen hoidon vastaanottajaksi ja työntekijä määrittyy asiantuntijaksi. Analyysissä kävi ilmi, että eniten potilas esiintyy aineistossa kohteen positiossa. Tämä tulee esille etenkin ratkaisukeskustelussa hallitsevan keskustelukäytännön mukaan toimittaessa. Tilanteen määrittelyt ja suunniteltavat jatkotoimet ovat vahvasti asiantuntijoiden esittämiä ja yleensä potilaat vain myötäilevät näitä näkemyksiä. Keskustelukäytäntö ei rohkaise potilaita ja heidän lähipiirään käyttämään omia ongelmien tulkinta- ja vaikutusmahdollisuuksia. Tilanteesta muodostuu hierarkkinen asetelma. Potilaan ja hänen läheistensä vaikeus toimia tilanteen parantamiseksi korostuu, samalla hallinnan väheneminen merkitsee sitä, että motivaatio ja vastuu käyttää omia ja läheisten ongelmien ratkaisuun ja hallintaan liittyviä taitoja ja kykyjä vähenee. Vastaanottokeskustelu on potilaan toimijuuden kannalta kuitenkin tärkeä tilanne. Onko se omiaan herättämään vastuuta ja halua osallistua itse aktiivisesti omaan hoitoonsa? Millaisia vaikutuksia potilaan hoitoon on tällä keskustelulla?

Hallitsevan keskustelukäytännön mukainen toiminta edustaa objektivistista lähestymistapaa. Riikosen (1992, 3-4) mukaan objektivistinen lähestymistapa merkitsee sitä, että potilaan ongelmia pidetään ihmisiin tai ihmisten välisiin suhteisiin sijoittuvana, objektiivisina puutteina, vikoina tai häiriöinä. Näiden puutteiden ja rajoitusten paikallistamista, piirteiden



kartoittamista ja ongelmien taustan ymmärtämistä pidetään auttamisen ja hoitamisen edellytyksenä. Keskeistä on, että objektiivisesti suuntautunut haastattelija etsii ja löytää ongelmia koskevia totuuksia. Diagnoosit operoivat kulttuurina ja ammatillisina koodeina, jotka toimivat tiedon keräämisessä, järjestämisessä ja analysoinnissa (Anderson 1997,32). Tämänäyttöisellä lähestymistavalla on Riikosen (1992, 4) mukaan väistämättä usein myös tarkoittamattomia seurauksia. Ne korostavat automaattisesti ”rivien välistä” lukemisen ja ”pinnan alle” näkevän asiantuntijan erityistietämystä. Tällöin työntekijän ei tarvitse ajatella itse osallistuvansa potilaan ongelmien luomiseen ja ylläpitämiseen. Psykiatrisen auttamistyön tekijät ovat tottuneet ajattelemaan, että tietojen keruu tai tutkimuksellisesti suuntautunut haastattelu ja potilaan varsinainen hoitaminen ovat pitkälti eri asioita

Myös Gergen ja Kaye (1992, 169) näkevät ongelmallisena tämänäyttöisen ns. modernistiseen lähestymistapaan liittyvän asiantuntija–asiakas – asetelman, mikä luo epätasa-arvoa työntekijöiden ja potilaan välille. Työntekijän teoreettinen tietämys on helposti valta-asemassa edustaen tavallaan oikeaa yleispätevää ajattelua. Kysymykset nousevat ikään kuin ”piilossa olevasta esityslistasta” tai olettamuksista. Teoreettisesta tiedosta lähtee tietynlainen ennakkotietäminen, jolle haetaan kysymyksillä vahvistusta. Olettamukset voivat helposti johtaa näkemään, kuulemaan ja lähestymään potilasta ja ongelmia tavalla, joka sulkee työntekijän ajatukset muilta mahdollisuuksilta.

Aineiston keskusteluista puuttuu lähes täysin metatason puhe, jossa työntekijät ja potilaat olisivat yhdessä tarkastelleet sitä tilannetta, jossa keskustelijat parhaillaan ovat. Työntekijä ei myöskään aineiston mukaan tuo keskusteluun niitä ajatuksiaan ja tulkintojaan, joiden perusteella hän ratkaisukeskustelussa valitsee toimenpiteet. Prosessointi on työntekijän mielessä ja keskusteluun pääsevät vain lopputulokset. Käytäntö on omiaan luomaan etäisyyttä potilaan ja työntekijän välille. Työntekijä joutuu tietävän ja viisaan rooliin. Tosin usein potilaat haluavatkin tällaista asetelmaa. Tällöin vastuu oman tilanteen muuttamisesta on toisilla ja potilaat voivat jättäytyä passiivisen avun vastaanottajan rooliin. Valtasuhteista vapaata keskustelua tuskin voi olla olemassakaan. Olennaista onkin se, miten vallankäyttö realisoituu keskustelussa. Materiaalin kartoittamisen ja sen prosessoinnin välisen yhteyden esille tuominen keskustelussa voisi vähentää tilanteeseen liittyvää vallankäyttöä tai ainakin toisi sen näkyviin.

Potilaiden tarpeiden parempaa huomioon ottamista ja hoitoprosessin potilaslähtöisyyttä on yleisesti korostettu. Tämän tutkimuksen mukaan potilaan tilannetta tarkastellaan enemmän järjestelmän lähtökodista ja työn tekemisen suunnasta, jolloin potilaasta tulee työn objekti. Asiantuntijanäkökulmassa tilanteen määrittelyä ohjaa työntekijän näkökulma ongelman luonteesta ja sen ratkaisemisesta. Asiantuntijatiedon käyttö auttamistyössä on kuitenkin monimutkainen ilmiö. Keskustelu, jossa toinen osapuoli esittää kysymyksiä ja toinen vastaa, voi saada kyselyn, jopa kuulustelun luonteen, kuten aineiston mukaan keskusteluissa aika ajoin käy.

Aineistosta löytyneessä vaihtoehtoisessa keskustelukäytännössä lähdetään liikkeelle potilaan kokemuksista ja asiantuntijuudesta omien asioidensa suhteen, jolloin myös potilaalla on valtaa ja mahdollisuutta vaikuttaa asioihin. Asiantuntijatieto ja maallikotieto eivät näyttäyty tällöin hierarkisessa suhteessa, vaan ovat läsnä erilaisina näkökulmina, joita molempia tarvitaan. Keskustelu on neuvottelunomaista ja potilaaseen suhtaudutaan tasavertaisena keskustelukumppanina. Keskustelut saavat enemmän dialogista luonnetta. Vaihtoehtoinen keskustelukäytäntö toimii näin ollen avauksena postmodernille lähestymistavalle vastaanottokeskusteluissa. Edustaako se ajan hengen mukaista murrosta vastaanottotilanteiden keskustelukäytännöissä ja asiantuntijuudessa?

Riikosen (1992, 3) määrittelyn mukaan vaihtoehtoinen keskustelukäytäntö edustaa ei-objektivistista lähestymistapaa, joka huomioi kielen keskeisen merkityksen ongelmien rakentumisessa. Diskursiivisen ajattelutavan mukaan ongelman hahmottaminen riippuu enemmän tarkastelijan viitekehystä ja kulttuuriin sekä tietokäsityksiin liittyvistä tekijöistä kuin ilmiön omista piirteistä. Tällöin kyseenalaistuu myös näkemys siitä, että tietojen keruu ja varsinainen hoitaminen olisivat erotettavissa toisistaan. Haastattelu ja tutkiminen on tästä näkökulmasta aina samalla tapahtumien ja kokemusten jäsentämistä ja muuttamista. (Riikonen 1992, 7-8.) Tämän tutkimuksen perusteella vastaanottotilanteissa ei huomioida sitä, että ongelmat ovat sosiaalisesti muodostuneita realiteetteja ja keskustelussa kielen avulla rakentuneita, mikä kuitenkin alkaa olla tunnettu käytäntö sosiaali- ja terapiatyössä.

Jos ongelmia pidetään edes osittain kuvauksista koostuvana, niitä on samalla pidettävä monimerkityksellisinä ja tämä näkökulma ei tule oman aineistoni hallitsevassa puhekäytännössä esille keskustelijoiden orientoituessa pääasiassa lääketieteelliseen diskurssiin. Kuitenkin sanalliset kuvaukset voi tulkita monella tavalla. Keskustelun

kielellinen moninaisuus kuuluu postmoderniin auttamistyöhön Työntekijän tehtävä on huolehtia siitä, että erilaiset kielet (tavat puhua) voivat osallistua tasavertaisena keskusteluun. Vastaanottokeskustelun moniäänisyys tarkoittaa sitä, että hoitosysteemin näkökulma ei dominoi (kuten tapahtuu aineistoni vaihtoehtoisessa keskustelukäytännössä). Se tarkoittaa myös sitä, että keskustelussa mukana olevat eri ammattiryhmien edustajat tuovat esille omia näkemyksiään ongelmista ja tuovat ne nimenomaan näkemyksinään, eivät objektiivisina totuuksina. (Haarakangas 1997, 33.) Vastaanottokeskustelussahan on paikalla sairaalan eri ammattiryhmien edustajia, jotka erilaisen koulutuksensa ja kokemuksensa perusteella kiinnittävät huomiota eri asioihin ja tekevät erilaisia tulkintoja ongelmista. Sama ilmiö on siis yhtä aikaa mahdollista tulkita ja määritellä eri tavoin sekä yhdistää erilaista asiantuntijatieta. Näkemyksillään eri työntekijät voivat rikastuttaa ja monipuolistaa asioiden tarkastelua ja samalla edistää keskustelun moniäänisyyttä ja sitä kautta uusien merkitysten syntymistä ongelmien tulkitsemiseen.

Tutkimuksessa en lähtenyt eri ammattiryhmien roolien tai työryhmän keskinäisen toiminnan selvittämiseen, mutta aineistosta nousee esiin toiminnan lääkärijohtoisuus. Muiden ammattiryhmien osallistuminen on lähinnä lääkärin tukemista ja myötäilyä. Työryhmän keskinäistä vuorovaikutusta on vähän. Konttisen (1997, 56) mukaan postmodernin asiantuntijuuden pitää suuntautua kohteeseensa kokonaisvaltaisemmin, kapea-alainen erikoistuminen ei enää riitä. Tämä edellyttää sekä perinteisen näkökulman ylittämistä yksittäisen asiantuntijan kohdalla että eri alojen asiantuntijoiden aikaisempaa tiiviimpää yhteistyötä. Myös Launis (1997, 125) uskoo, että asiantuntijatyöltä edellytetään ratkaisuja, jotka eivät sijoitu perinteisen, pääosin tieteenalakohtaisen asiantuntemuksen piiriin. Taitavina yksilösuorituksina tai koulutukseen perustuvana ammattihierarkiana hahmoteltu asiantuntijuus on käymässä yhä vähemmän merkitseväksi ja keinotekoiseksi jaotteluksi, joka enemmän ehkäisee kuin mahdollistaa uusien ratkaisujen syntymistä.

Ongelmanmääritykset voivat ainakin periaatteessa jäsentyä monilla erilaisilla tavoilla ja johtaa erilaisiin ratkaisuvaihtoehtoihin. Kieli ja ajattelu ovat sidoksissa toisiinsa. Kun asioiden kuvaustapojen nähdään rakentavan ongelmien muotoutumista, on erityisen tärkeää kiinnittää huomiota kielenkäyttöön ja siihen, mitä sillä tehdään vastaanottokeskusteluissa. Tärkeäksi nousee sen pohtiminen, mitä vuorovaikutuksessa tullaan keskustelullisilla siirroilla tehneeksi, millaista todellisuutta niillä tullaan tuottaneeksi ja millaisen paikan potilas tässä määrittelyprosessissa saa. Vuorovaikutustilanteissa avataan joitakin potilaan elämään

konkreettisesti vaikuttavia vaihtoehtoja ja suljetaan pois toisia (Jokinen 1995, 146). Kun keskustelu tapahtuu psykiatrisessa sairaalassa vaikeudet ja ongelmat saavat helposti liikaa sairastamisen merkityksen. Potilaan ongelmia on kyettävä tarkastelemaan eri näkökulmista. Käytännön työssä on tullut esille, että ongelmat ovat monimutkaistuneet, kietoutuneet toisiinsa ja niiden keskinäiset yhteydet ovat muuttuneet yhä vaikeammin näkyviksi. Tämä asettaa myös psykiatrisen sairaalan sosiaalityölle vastaanottokeskustelussa haasteen ja vastuun laajentaa tilanteen tarkastelua. Sosiaalityön erilainen orientaatio ja kieli voivat diskursiiviselta kannalta ajatellen monipuolistaa keskustelua ja tuoda siihen erilaisia, vähemmän patologisia ja sairauskeskeisiä merkityksiä.

Sosiaalityön ammatin asiantuntijuus on eri aikoina määritelty terveydenhuollon moniammatillisessa työssä suhteellisen lähelle potilaan arjen maailmaa. Sosiaalityössä on korostettu ihmisen jäsentämistä elämänyhteyksissään, osana perhettä, lähiyhteisöä ja ympäristöä. Ihminen on ymmärretty ensisijaisesti sosiaalisena ja ympäristönsä kanssa vuorovaikutussuhteisiin kietoutuneena olentona (Pohjola 1993, 73). Työn kohteeksi on määrittynyt ihmisten elämäntilanne. Tämä sosiaalityön määrittely tulee lähelle Puhakaisen (1998, 2000) ja Rauhalan (1999) käsitystä siitä, miten psyykkisiä häiriöitä tulisi ymmärtää. Bergerin ja Luckmannin ajatukset tukevat myös arkielämän tutkimisen tärkeyttä. Heidän (1995, 29-30) mukaansa jokapäiväinen elämä näyttäytyy ihmisten tulkitsemana ja subjektiivisesti merkityksellisenä. He ovat todenneet, että tärkeintä on keskittyä tutkimaan sitä, minkä ihmiset ”tietävät” olevan ”todellista” jokapäiväisessä elämässään. Jokapäiväisen elämän todellisuutta he nimittävät perustodellisuudeksi.

Arjenläheisessä sosiaalityössä pyritäänkin ymmärtämään ihmisen omaa kokemusta, tulkitsemaan asioita elämänkaaren ja elämäntilanteen kokonaisuudessa eikä haluta kieltää elämän monimutkaisuutta. Terveydenhuollon sosiaalityössä on puhuttu asiakkaan tilanteen kokonaisvaltaisuuden huomioimisesta. Kokonaisvaltaisuuden voi ymmärtää arjen käsitteellistämisen valossa kolmena eri ulottuvuutena. Ensiksi kokonaisvaltaisuus tarkoittaa ihmisen omien kokemusten huomioon ottamista niin tilanteita selvitetessä kuin suunnitelmia tehtäessä. Ihmisen oma kokemus tilanteeseen hyväksytään tosiasiana, jolla on vaikutusta siihen, mitä tehdään. Toiseksi kokonaisvaltaisuus terveydenhuollon sosiaalityössä tarkoittaa muun muassa yksittäisten oireiden tai ratkaisujen merkityksen tarkastelemista suhteutettuna ihmisen elämäntilanteeseen tai elämän kokonaisuuteen. Kolmanneksi kokonaisvaltaisuus merkitsee ihmisen tilanteen ymmärtämistä ottamalla huomioon kulttuuriset, institutionaaliset

ja yhteiskunnalliset ehdot ja ennen kaikkea näiden ehtojen ja ihmisen toiminnan suhde. Sosiaalityön kokonaisvaltaisuus arjen näkökulmasta pyrkii ennen kaikkea säilyttämään tilanteen monimutkaiset yhteydet. (Metteri 1996, 143-144.)

Työ psykiatrisessa sairaalassa perustuu pitkälti moniammatilliseen työhön. Launis (1997, 123-132) korostaa eri asiantuntijoiden välisessä yhteistyössä kumppanuutta, jossa luotetaan kaikkien keskusteluun osallistujien asiantuntijuuteen ja pyritään sellaiseen moniammatillisuuteen, jossa erilaista asiantuntemusta yhdistetään ja kehitetään toisiinsa yhdistyneenä. Tällöin pyritään pois professionaalista ja hallinnollisista hierarkioista, mikä on usein tyypillistä sairaalaorganisaatiossa. Työryhmän jäsenten keskinäinen luottamus ja yhteistyökyky nousee merkittäväksi tekijäksi. Tällöin moniammatillinen työ rakentuu lähtökohdiltaan sosiaaliselle konstruktionismille, missä ei ole kamppailua asiantuntijuudesta eri ammattiryhmien välillä, vaan erilaisia näkökulmia tilanteeseen. Näin ollen sosiaalityöllä on ammatilliset toimintamahdollisuudet, oma osallisuus vastaanottokeskustelussa. Sosiaalisen ulottuvuuden esille tuominen vaatii aktiivisuutta ja vastuullisuutta.

Oman ammatillisen identiteetin sekä työn sisällöllisen ja periaatteellisen perustan vahvistaminen on psykiatrisessa organisaatiossa työskentelevälle sosiaalityöntekijälle erityisen tärkeää. On pidettävä yhteyttä omien perustieteiden ajatteluun ja kehitykseen, muutoin on uhkana sulautuminen omalle ammatille vieraaseen toimintatapaan ja tällöin sosiaalityö ei pysty tuomaan täydentävää erilaisuutta psykiatriseen työhön.

Jatkotutkimuksen kannalta mielenkiintoista olisi keskittyä tutkimaan keskustelukäytäntöjä ja niiden mahdollista muuttumista koko sairaalahoitoprosessin ajalta.

Muuttuvatko keskustelukäytännöt hoidon aikana? Millaisessa asemassa keskustelukumppanit ovat suhteessa toisiinsa hoidon aikana? Pääseekö potilas tasavertaisempaan asemaan myöhemmässä vaiheessa? Mielenkiintoista olisi esimerkiksi tapaustutkimuksen omaisesti tehty keskustelukäytäntöjen tutkimus hoitoprosessin ajalta.

Mielenkiintoista olisi myös selvittää, miten vastaanottokeskusteluissa rakennetaan lääketieteellisen diskurssin hegemonisuus?

## LÄHTEET

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

Aittola, T. & Raiskila, V. (1995). Jälkisanat. Teoksessa Berger P. & Luckmann T. Todellisuuden sosiaalinen rakentuminen. Tiedonsosiologinen tutkielma. Raiskila, V. (Suom. ja Toim.). Alkuteos The Social Construction of Reality (1966). Helsinki: Gaudeamus. 213-231.

Alanen Y. O. (1993) Skitsofrenia. Syyt ja tarpeen mukainen hoito. Juva: WSOY.

Anderson, H. (1997). Conversation, language and possibilities. A postmodern approach. New York: Basic Books.

Anderson, H. & Goolishian, H.A. (1992). The client is the expert: a not-knowing approach to therapy. Teoksessa: Mcnamee, S. & Gergen, K.J. (Ed.). Sage:London. 25-53.

Anderson, H. & Goolishian, H.A. (1988). A View of Human Systems as Linguistic Systems: Some Preliminary and Evolving Ideas about the Implications for Clinical Theory. Family Process Vol. 27. 371-393.

Berger, P. & Luckmann, T. (1995). Todellisuuden sosiaalinen rakentuminen. Tiedonsosiologinen tutkielma. (Suom. ja Toim.) Raiskila, Vesa. Alkuteos The Social Construction of Reality (1966). 2. painos. Helsinki: Gaudeamus.

Burr, V. (1995). An introduction to social constructionism. London: Routledge.

Conrad, P. & Schneider, J.W. (1992). Deviance and medicalization. London: The C.V. Mosby Company.

Conrad, P. (1997) Public Eyes and Private Genes: Historical Frames, News Constructions and Social Problems. Social Problems, 44 (2).

Davies, B. & Harrè, R. (1990). Positioning: the Discursive Production of Selves. Journal for the Theory of Social Behavior, 20 (1), 43-63.

Drew, P. & Heritage, J. (1992). Analyzing talk at work: an introduction. Teoksessa Drew P. & Heritage, J. (Ed.). Talk at work. Interaction in institutional setting. Cambridge: University Press. 3-65.

Eräsaari, R. (1997). Mistä asiantuntijuus on kotoisin? Teoksessa Kirjonen, J., Remes P. & Eteläpelto, A. (Toim.). Muuttuva asiantuntijuus. Jyväskylän yliopisto. Koulutuksen tutkimuskeskus. 62-72.

Eskola, J. & Suoranta, J. (1999). Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Fairclough, N. (1992). Discourse and Social Change. Polity Press: Cambridge.

Feigelson, E.B., Davis, E.B., Mackinnon, R., Shands, H.C. & Schwartz, C.C (1978) The decision to hospitalize. *American Journal of Psychiatry*, 135. 354-357.

Foucault, M. (1988). *Madness and Civilization. A history of insanity in the age of reason.* (Trans.). R. Howard. New York: Random House.

Gergen, K.J. & Kaye, J. (1992). *Beyond Narrative in the Negotiation of Therapeutic Meaning.* Teoksessa McNamee S. & Gergen, K.J. (Ed.) *Therapy as social construction.* Newbury Park Ca: Sage Publications. 166-185.

Haarakangas, K. (1997). *Hoitokokouksen äänet: Dialoginen analyysi perhekeskeisen psykiatrisen hoitoprosessin hoitokokouskeskusteluista työryhmän toiminnan näkökulmasta.* Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research, 130, Jyväskylä, Jyväskylän yliopisto.

Howe, D. (1994). *Modernity, Postmodernity and Social Work.* *British Journal of Social Work* (24) 5. 513-532.

Ingleby, D. (1983). *Mental Health and Social Order.* Teoksessa Cohen, S. & Scull, A. (Ed.) *Social Control and the State.* Oxford: Basil Blackwell. 141-188.

Jaatinen, J. (1996). *Terapeuttinen keskustelutodellisuus. Diskurssianalyttinen tutkimus alkoholiongelmien sosiaaliterapeuttisista hoidosta.* Helsinki: Stakes tutkimuksia 72.

Jokinen A., Juhila, K. & Suoninen (1993). *Diskursiivinen maailma: teoreettiset lähtökohdat ja analyttiset käsitteet.* Teoksessa Jokinen, A., Juhila, K. & Suoninen, E. *Diskurssianalyysin aakkoset.* Tampere: Vastapaino. 17-47.

Jokinen, A. & Juhila, K. (1993) *Valtasuhteiden analysoiminen.* Teoksessa Jokinen, A., Juhila, K. & Suoninen, E. *Diskurssianalyysin aakkoset.* Tampere: Vastapaino. 75-106.

Jokinen A. (1995). *Neuvottelu asiakkaan identiteeteistä.* Teoksessa Jokinen, A., Juhila K. & Pösö T.(Toim.). *Sosiaalityö, asiakkuus ja sosiaaliset ongelmat. Konstruktionistinen näkökulma.* Helsinki: Sosiaaliturvan keskusliitto. 127-154.

Jokinen, A. & Juhila K. & Pösö, T. (1995). *Tulkitseva sosiaalityö.* Teoksessa Jokinen, A., Juhila, K. & Pösö, T. (Toim.) *Sosiaalityö, asiakkuus ja sosiaaliset ongelmat. Konstruktionistinen näkökulma.* Helsinki: Sosiaaliturvan Keskusliitto. 9-31.

Jokinen A. & Juhila, K. (1996). *Merkitykset ja vuorovaikutus. Poimintoja asunnottomuuspuheiden kulttuurisesta virrasta.* *Acta Universitatis Tamperensis. Ser. A vol.* 510.

Jokinen, A. (1999). *Diskurssianalyysin suhde sukulaistraditioihin.* Teoksessa Jokinen, A., Juhila, K & Suoninen, E. *Diskurssianalyysi liikkeessä.* Tampere: Vastapaino. 37-53.

Jokinen, J. & Juhila, K. (1999). *Diskurssianalyttisen tutkimuksen kartta.* Teoksessa Jokinen, A., Juhila, K. & Suoninen, E. *Diskurssianalyysi liikkeessä.* Tampere: Vastapaino. 54-97.

Juhila, K & Suoninen, E. (1999). Kymmenen kysymystä diskurssianalyysistä. Teoksessa Jokinen, A., Juhila K. & Suoninen, E. Diskurssianalyysi liikkeessä. Tampere: Vastapaino. 233-252.

Juhila K. & Pösö T. (2000) Auttamisen organisaatiot ja ongelmien tulkinnat. Teoksessa Jokinen A. & Suoninen, E. (Toim.) Auttamistyö keskusteluna. Tutkimuksia sosiaali- ja terapiatyön arjesta. Vastapaino: Tampere. 35-64.

Keränen, J. (1992). Avohoitoon ja sairaalahoitoon valikoituminen perhekeskeisessä psykiatrisessa hoitojärjestelmässä. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research, 93. Jyväskylä : Jyväskylän yliopisto.

Konttinen, E. (1997). Professionaalinen asiantuntijatyö ja sen haasteet myöhäismodernissa. Teoksessa J. Kirjonen, P. Remes & Eteläpelto, A. (Toim.). Muuttuva asiantuntijuus. Jyväskylän yliopisto. Koulutuksen tutkimuskeskus. 48-61.

Launis, K. (1997). Moniammatillisuus ja rajojen ylitykset asiantuntijatyössä. Teoksessa Kirjonen, J., Remes, P. & Eteläpelto, A. (Toim.). Muuttuva asiantuntijuus. Jyväskylän yliopisto. Koulutuksen tutkimuskeskus.122-133.

Lehtinen, K. & Aaltonen, J. & Koffert, T. & Rökköläinen, V. & Syvälahti, E. & Vuorio, K. (1996). Integrated Treatment Model for First-Contact Patients with a Schizophrenia-type Psychosis: The Finnish API- project. Nordic Journal of Psychiatry, 50 (4).281-287..

Leinonen, A. (2000). Kohtaamisia vanhussosiaalityössä. Tutkimus sosiaalityöntekijöiden ja ikääntyneiden asiakkaiden välisistä keskusteluista. Sosiaaligerontologian ja yhteiskuntapolitiikan pro gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto

Lowe, R. (1991). From systems to discourse: pre-paving the path of inquiry. Paper presented at the 3<sup>rd</sup> World Family Therapy Congress, June 2-6, Jyväskylä, Finland.

Lönnqvist, J. & Hemmi, A. & Ostamo, A. & Sihvonen M. & Kapanen-Grönfors, U. (1985). HYKS:n Psykiatrian klinikan potilastutkimus 1983: Vuodeosastoille 1.1-30.6.1983 otettujen potilaiden sairaalaan lähettäminen, sairaalaan ottoprosessi, häiriöiden luonne, sopivuus sairaalaan ja jatkohoito. Helsingin yliopistollinen keskussairaala. Tutkimusjulkaisu 4, 104.

McNamee, S. & Gergen, K.J. (Ed.). Therapy as Social Construction. London:Sage.

Metteri, A. (1996). Arjen tieto ja sosiaalityö terveydenhuollon moniammatillisessa työryhmässä – tietojen yhteensovitus. Teoksessa Metteri A. (Toim.) Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Sosiaalityön vuosikirja 1996. Helsinki: Oy Edita Ab.143-157.

Mäkelä, K. (1990). Kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteet. Teoksessa Mäkelä, K. (Toim.). Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Helsinki: Gaudeamus. 42-60.

Ojanen, M. (1975). Mielisairaalapotilaan ura. Sairaalaan tulon syyt, hoitoaikaan vaikuttavat tekijät ja paluu. Tampereen yliopiston psykologian laitoksen tutkimuksia 95.



- Oranen, M. (1996). ”Semmonen pikkunen huoli”. Diskurssianalyttinen tutkimus lastensuojelun arviointikeskusteluista. Kehitys- ja kasvatopsykologian erikostumiskoulutuksen lisensiaattitutkimus. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Parker, I. & Georgaca, E. & Harper, D. & Mclaughlin, T. & Stowell-Smith, M. (1995). Deconstructing Psychopatolgy. London:Sage.
- Parker, I. (1992). Discourse Dynamics. Critical Analysis for Social Psychology. London: Sage Publications.
- Peräkylä, A. (1990). Kuoleman monet kasvot. Identiteettien tuottaminen kuolevan potilaan hoidossa. Vastapaino: Tampere.
- Peräkylä, A. (1992). Toiminta rakenne ja intersubjektiviteetti keskustelunalyysissa. Sosiologia 29 (4). 264-276.
- Peräkylä, A. (1996). Vuorovaikutus, valta ja instituutiot. Sosiologia 33 (2) . 89-102.
- Peräkylä, A. (1997). Institutionaalinen keskustelu. Teoksessa Sainio L. (Toim.). Keskustelunalyysin perusteet. Tampere:Vastapaino. 177-202.
- Pirttilä, I. (1997). Teoria, markkina-analyysi ja futurologinen silmä eksperttiyden ehtona. Teoksessa Kirjonen, J., Remes, P. & Eteläpelto A.(toim.). Muuttuva asiantuntijuus. Jyväskylän yliopisto. Koulutuksen tutkimuskeskus.73-82.
- Pohjola, A. (1993). Asiakas sosiaalityön määrittäjänä. Teoksessa Granfelt, R., Jokiranta, H., Karvonen, S., Matthies A. & Pohjola A. Monisärmäinen sosiaalityö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy. 53-95.
- Potter, J. & Wetherell, M. (1987). Discourse and Social Psychology. Beyond attitudes and behavior. London: Sage Publications.
- Potter, J. (1996). Representing Reality. Discourse, Rhetoric and Social Construction. London: Sage.
- Puhakainen, J. (1998). Persoonan kieltäjät. Juva: WSOY.
- Puhakainen, J. (2002). Ihmisen arvo tässä ja nyt. Vaasa: Ykkösoffset Oy.
- Raevaara, L., Ruusuvuori J. & Haakana, M. (2001). Institutionaalinen vuorovaikutus ja sen tutkiminen. Teoksessa Ruusuvuori J. (Toim.), Haakana, M. & Raevaara, L. Institutionaalinen vuorovaikutus. Keskustelunalyttisiä tutkimuksia. Pieksämäki: RT-Print Oy. 11-38.
- Rauhala, L. (1998). Ihmisen ainutlaatuisuus. Helsinki: Yliopistopaino.
- Riikonen, E. (1992). Auttamistyön ongelmakäsitykset ja haastattelukäytännöt. Ongelmakielestä kompetenssieleen. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 32.
- Rostila, I. (1997). Keskustelua sosiaaliluukulla. Acta Universitatis Tamperensis 547.

- Ryynänen, O-P. & Myllykangas, M. (2000). *Terveysthuollon etiikka*. Juva: Werner Söderström Osakeyhtiö.
- Salokangas, R.K.R (1997). *Psykoosien hoidon haasteet 2000-luvun Suomessa*. Teoksessa Achte, K. & Tamminen, T. (Toim.). *Psykoosi ja sen hoito*. Jyväskylä: Gummerus.
- Seikkula, J. (1991). *Perheen ja sairaalan rajasyntymä potilaan sosiaalisessa verkostossa*. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research 80. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Silverman, D. (1993). *Interpreting Qualitative Data: Methods for Analysing Talk, Text and Interaction*. London: Sage.
- Shotter, J. (1993) *Conversational Realities. Constructing life through language*. London:Sage.
- Slife, B. & Williams, R. (1995). *What is Behind the Research? Discovering hidden assumption in the behavioural sciences*. California: Sage Publications.
- Ståhlström, O. (1997). *Homoseksuaalisuuden sairausleiman loppu*. Gaudeamus.
- Suoninen, E. (1993). *Kielen käytön vaihtelevuuden analysoiminen*. Teoksessa Jokinen, A., Juhila, K. & Suoninen, E. *Diskurssianalyysin aakkoset*. Tampere: Vastapaino. 48-106.
- Suoninen, E. (1996). ”Tietysti sitäkin, mutta toisaalta” – perheterapeuttinen identiteettineuvottelu. *Janus*, 4 (2), 131-156.
- Suoninen, E. (1997). *Miten tutkia moniäänistä ihmistä? Diskurssianalyttisen otteen kehittäminen*. *Acta Universitatis Tamperensis* 580.
- Suoninen, E. (1999). *Näkökulma sosiaalisen todellisuuden rakentamiseen*. Teoksessa A. Jokinen & K. Juhila & Suoninen, E. *Diskurssianalyysi liikkeessä*. Tampere: Vastapaino. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä. 17-36.
- Tuori, T. (1994). *Skitsofrenian hoito kannattaa. Raportti skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallisen kehittämissuunnitelman 10-vuotisarviointista*. Helsinki: Stakes, raportteja 143.
- Törrönen, J. (2000) *Subjektiaseman käsite empiirisessä sosiaalitutkimuksessa*. *Sociologia* 37 (2). 243-255.
- Virtanen, H. (1986). *Millä perusteella psykiatriseen sairaalaan?* *Suomen lääkärilehti* 4: 22-23.
- Wahlström, J. (1992). *Merkitysten muodostuminen ja muuttuminen perheterapeuttisessa keskustelussa*. Jyväskylä studies in Education, Psychology and Social Research 94. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Wetherell, M. & Potter, J. (1992). *Mapping the Language of Racism. Discourse and the Legitimation of Exploitation*. Cornwall: Harvester Wheatsheaf.

Wilding, P. (1982). Professional power and social welfare. London: Routledge & Kegan Paul.

