

## **AVOIMET DIALOGIT JA ENNAKOINTIDIALOGIT SOSIAALISET VERKOSTOT PSYKOSOSIAALISESSA TYÖSSÄ**

Psykososiaalinen työ on ammatillistunut ja erikoistunut sadan viime vuoden aikana samaan tapaan kuin monet muut modernisoituvan yhteiskunnan alueet. ”Moniongelmaisuus” ilmentää tuon kehityksen paradoksaalisuutta: Kansalaisen tai perheen ympärillä on useitakin spesialisteja ratkomassa kukin ”oma” siivuaan pulmakokonaisuudesta. Tilanne voi kroonistua tai jopa mennä pahempaan päin, vaikka jokainen spesialisti toimii omalla tontillaan parhaiden oppikirjamääritelmien mukaisesti. ”Moniongelmatilanteista” tulee sektoroituneessa auttamisessa ”moniasiakkuustilanteita” (Imber-Black 1988), ja ne taas ovat herkkiä juuttumaan kehäliikkeisiin ja keskinäisiin syytöksiin. Monitoimijaisilla verkostoilla, joihin psykososiaalisessa työssä kytkeytyy niin maallikoita kuin ammattilaisiakin, ei ole vain yhtä keskipistettä. Kenelläkään ei ole yksiselitteistä mahdollisuutta ryhtyä säätelemään toimintaa.

Laajeneva professiosysteemi voi ”tyhjentää” kansalaisyhteiskuntaa sen voimavaroista siirtämällä sosiaalista tukea ja kontrollia kansalaisyhteiskunnalta asiantuntijajärjestelmälle. Termi ”moniongelmaisuus”, joka ilmaantui ammatilliseen käyttöön 70-luvulla, ei ilmaise diagnostisesti mitään, mutta kertoo kyllä, että useampikin ammattilainen on hämmennyksissä. Kun aiemmin auttamistyön perusasetelmaksi nähtiin ammattiauttajan ja asiakkaan/potilaan suhde, verkosto-orientaatiossa tämä asetelma muuttuu. Verkostotyöhön sisältyy yhtäaikaaisesti sekä asiakas/potilassuhde että kummankin yhteydet rajojen yli. Siinä ollaan kiinnostuneita moniäänisistä kytkennoistä: ammattilaisverkoston ja ”luomuverkoston” (Kaisu Naapilan osuva termi) kohtaamisista ja niissä syntyvistä dialogeista.

Erikoistunut ongelmanratkaisu on huomattava voimavara, joka kuitenkin tuottaa itse aiheutettuja häiriöitä. Hyvinvointivaltio ja sen sektori-

jakoinen palvelujärjestelmä – ja ammatillinen ekspertiisi niiden rajoissa – ovat osa yhteiskunnallista eriytymis- ja modernisoitumiskehitystä. Asiantuntevat ratkaisut, jotka lyhyellä aikavälillä ja oman ekspertiisin rajoissa vaikuttavat järkeviltä, voivat pitemmällä aikavälillä ja laajempaa kokonaisuutta tarkastellen osoittautua pulmallisiksi. Tarvitaan uudenlaisia rajanylityksiä, jotka nostavat esiin erityisosaamisen ja verkostoinnin yhdistelmiä. Seuraavassa 1. tarkastellaan teoreettisesti verkostotyön merkitystä pohjoismaisen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän asiantuntijuusongelmien ratkaisumahdollisuutena ja 2. kuvataan kirjoittajien omien kliinisten kokemusten ja tutkimustyön pohjalta syntyneet avoimen dialogin ja ennakointidialogien työtavat uuden verkostotyön käytännön toteutuksina. Näitä verkostotyön menetelmiä 3. tarkastellaan ”toisen modernin” yhteiskuntateorioiden valossa.

### **VERKOSTOTERAPIOIDEN VIENTI JA TUONTI**

Verkostosuuntautuneisuuden leviittäytyminen psykoterapian ja sosiaalityön kentille sattuu samaan aaltoon kuin ”verkostoinnin” eteneminen muillakin aloilla (talous, informaatioteknologia, tuotantoprosessit, yritys rakenteet jne., joista ks. Castells 2000). Yhteiskuntatieteissä etsittiin – kiistellen – ilmaisua ”postmodernille” (Lyotard 1985; Bauman 2000), ”post-traditionaalille” (Habermas 1981), ”refleksiiviselle modernille” tai ”toiselle modernille” (Beck & Giddens & Lasch 1995). Verkosto-käsite tuntui kuitenkin kelpaavan kaikille. Ilmeisesti sillä tavoitettiin jotain sellaista ilmaantumassa olevaa, jota yhteiskunta- ja taloustieteiden aiemmat metaforat eivät kuvanneet riittävän osuvasti ja joustavasti (Aro 1998).

Verkostoterapiat saivat alkunsa Yhdysvalloissa

1960-luvun puolivälin tienoilla ja herättivät vastakaikua varsinkin sosiaalityön sekä aikuis- että lastenpsykiatrian piirissä. Yritykset järjestellä uudelleen psykososiaalista työtä viime vuosikymmeninä tarjosivat verkostoterapioille maastoja (Trimble & al. 1984), kärjessä olivat erityisesti Ross Speckin ja Carolyn Attneaven (1973) kehittämät. Alun perin verkostoterapialla ymmärrettiin suurten verkostokokousten järjestämistä kriisitilanteissa (Trimble & al. 1984) ja näihin kokouksiin liittyvien perusluonteisten tunnekokemusten läpikäymistä. Kukoistuskauti oli 1970-luvulla. Yhteistyömenetelmien valikoima laajeni, inspiraationlähteinään mm. antropologinen kirjallisuus (Trimble 1996–1997).

Verkostoterapioiden vaikutusvalta väheni Yhdysvalloissa (Attneave 1990) juuri samaan aikaan, kun opit rantautuivat Eurooppaan. Suurten (jopa 30–50 ihmisen) verkostokokousten painottuminen työssä askarrutti monia. Taloudelliset rajoitteet sekä sosiaali- ja terveydenhuollon jäykät organisointimallit alkoivat hiertää. Jotkut alkoivat vahvasti epäillä metodia erityisesti niiden voimakkaiden emotionaalisten kokemusten vuoksi, jotka jylläsivät kokouksissa ja niiden jälkeen (Garrison 1981). Verkostokokoukset osoittautuivat vaikeiksi vetää; systeemiteoreettiset jäsenyykset löydettiin vasta 1980-luvun alussa (Attneave 1990), eikä noviisien ollut helppo toistaa karismaattisten tienraivaajien työskentelytapoja. Samaan aikaan jotkut yhdysvaltalaiset perheterapeutit suuntautuivat työskentelemään ”laajempien systeemien” (perheiden, läheisten ja ammattiauttajien) kanssa, ilman pyrkimystä syviin tunneprosesseihin kokouksissa (Schwartzman & Kneifel 1985; Imber-Black 1988). Täältä johtaa suomalaisenkin psykososiaaliseen työhön verkostosuuntautunut, mutta ei verkostoterapeuttinen haara.

Euroopassa verkostoterapia löysi kasvualustaa erityisesti niistä maista, joissa oli laaja-alaiset sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestelmät (Trimble 1996–1997). Se perusidea, että suhteiden sosiaaliset verkostot ovat merkityksellisiä asiakkaiden elämässä, rohkaisi kokoamaan eri osapuolia yhteistoimintaan kriisitilanteissa. Asiaan kytkeytyneet ammattilaiset kutsuttiin yhteisiin kokouksiin. Ammattiauttaminen hahmottui nyt yhteisenä toimintana sen sijaan, että asiantuntijat vain työskentelisivät yhteisten asiakkaiden kanssa erillään. Vieläkin tärkeämpää oli, että verkostosuuntautuneisuus tarjosi mahdollisuuden kutsua lä-

heisverkoston jäseniä noihin samaisiin kokouksiin. Kriisien ratkaisuun voitiin mobilisoida monien tahojen voimavaroja. Botkyrkan siirtolaisperheiden kanssa lähellä Tukholmaa toiminut kriisityöryhmä (Klefbeck & al. 1988) teki tässä pohjoismaista pioneerityötä.

Verkostoterapiat herättivät Atlantin tällä puolen kiinnostusta nimenomaan Pohjoismaissa. Tuolle kiinnostukselle on nähtävissä ainakin kolme syytä. Ensinnäkin, psykososiaalisen ammattiavun kynnykset ovat Pohjoismaissa sangen matalat. Järjestelmät ovat pääosin julkisia ja käyttäjälle maksuttomia tai edullisia. Niinpä niiden on palveltava koko väestöä. Asiakkaiden jyrkkä valikointi ei periaatteessa ole mahdollista, joten vaikeimmatkin tapaukset on otettava vastaan. Tämä lisää ammattilaisten kiinnostusta metodeihin, jotka lupaavat uskottavia ratkaisuja monimutkaisiin tilanteisiin. Toiseksi, sitä mukaa kuin sosiaalisen tuen ja kontrollin ”haltuunotto” kansalaisyhteiskunnalta ammattilaisjärjestelmille etenee, pulmien ratkaisemisen ”luomuvoimavarat” ehtyvät. Läheisverkostoja herätään kaipaamaan, kun ne on saatu ammatillisten oppien mukaisesti työnnettyä taka-alalle. Kolmanneksi, psykososiaalinen asiantuntijajärjestelmä joutuu alin omaa monimutkaisiin ”itse aiheutettuihin” hallintapulmiin. Erikoistumisen ja työn kohdistuksen viipalointi yhä ohuempiin siivuihin ei vaikuta lupaavalta näköalalta monitoimijaisuuden systeemiongelmien. Ammattilaisten halu ylittää rajoja niin kansalaisyhteiskunnan suuntaan kuin ammatillisessa järjestelmässäkin saa käyttövoimaa ”ensimmäiseen moderniin” (Beck 1994) liittyvän ”ensimmäisen ekspertiisin” (Giddens 1990) problematisoitumisesta.

Ehdittyään Pohjoismaihin verkostoterapiat alkoivat muuntua. Erityisen kiinnostuneita niistä olivat sellaisissa yksiköissä toimivat ammattilaiset, jotka eivät voineet pukata asiakkaita eteenpäin läheteketjussa. Tällaisia viimesijaisia toimijoita ovat mm. lastensuojelun työntekijät. Alkuaan kriisityöstä lähteneitä oppeja alettiin soveltaa myös yhteyksiin, jotka eivät olleet suoranaista akuuttien kriisien ratkontaa. Lastensuojelun – ja mm. päihdetyön – prosessithan ovat usein pikemminkin kroonisesti hankalan kuin äkkiä romahtavan tilanteen kohennusyritystä, vaikka jälkimmäiselläkin on merkittävä osuutensa (ks. Heino 1997). Myös verkostoterapian pohjoismaisessa ”keskuksessa”, Botkyrkassa, tapahtui uusia aluevaltauksia: verkostoterapian metodeja sovel-

lettiin muihinkin kuin kriisitalanteisiin. Seurauksena oli (sielläkin) sekä käytäntöjen muuntamista että terminologista horjuntaa. Puhuttiin yhtäältä verkostoterapiasta ja verkostotyöstä synonyymeina, toisaalta koetettiin nostaa verkostotyö yläkäsitteeksi ja verkostoterapia sen yhdeksi sovellusalueeksi. (Ks. Forsberg & Wallmark 1998.)

Suomessa verkostotyöllä on psykososiaalisissa yhteyksissä myös alun alkaen kriisityön ulkopuolella muotoutuneita ”haaroja”, joihin ammennettiin ideoita mm. E. Imber-Coppersmithiltä/Imber-Blackiltä (1984 & 1988) (de Bruijn 1989; Arnkil 1991a). Verkostosuuntautuneisuus oli niissä ennen muuta toimijoiden kokoamista yhteistoimintaan ilman pyrkimystä toteuttaa kokouksissa verkostoterapialle ominaisia ryhmäprosesseja. Tom Erik Arnkil (1991b) ja Esa Eriksson (Arnkil & Eriksson 1994) kehittivät ennen muuta viranomaisyhteistyötä osana sosiaalisia verkostoja. Ennakointidialogit ovat tästä jatkuneen kehittelytyön tulosta (Arnkil & Eriksson 1995 & 1996; Arnkil & Eriksson & Arnkil 2000). Jaako Seikkula (Seikkula & Sutela 1989) kiinnostui erityisesti ammattiauttajien ja perheiden rajasysteemeistä ja lähti kehittämään keinoja edistää vuoropuhelua niissä. Avoimet dialogit merkitsivät eräänlaista irtiotta verkostoterapian alkupe-  
räisistä malleista. Verkostotyön suomalaisiin kehitelmiin kuuluvat myös maahamme viime vuosina Uudesta-Seelannista tuodut ja täällä muunnellut ns. läheisneuvonpidot, joissa ”luomuverkostoa” aktivoidaan kehittämään omia ratkaisumallejaan lastensuojelun päätöksenteon tueksi (ks. Heino 2000). Yhteistä näille käytännöille on suuntautuminen sosiaalisiin verkostoihin, joilla ”tarkoitetaan yleensä niitä vuorovaikutussuhteita, joiden kautta yksilö ylläpitää sosiaalista identiteettiään. Näistä vuorovaikutussuhteista hän saa henkistä tukea, materiaalista apua ja palveluja, tietoja sekä uusia ihmissuhteita”. (Marsella & Snyder 1981; Seikkula 1994, 16.)

#### **ASIAANTUNTIJAJÄRJESTELMÄT SARANAKOHDASSA?**

Avoimet dialogit ja ennakointidialogit toteutuvat sektoroituneen palvelujärjestelmän ja kokonaisvaltaisten luomuverkostojen kohtaamis-  
noissa, kohdissa, joissa (Habermasin termin, 1981) kohtaavat ”systeemimaailma” ja ”elämismaailma”.

Tuen ja kontrollin yhteiskunnallistaminen on tuskin noudattanut mitään ”supersuunnitelmaa”. Sektoroitu systeemi muotoutui pikemminkin reformiyritysten ja poliittisten kompromissien sekoituksena. Se ei kuitenkaan kehkeytynyt täysin sattumanvaraisesti. ”Systeemimaailman” määrätietoinen rationalisointi oli keskeinen vaihe modernisoitumisprosessia. A. Gramski (1982, alkup. 1975) nimitti tuota yhteiskunnallistumismuotoa ”fordismiksi”. Jopa terveydenhuolto, koulutus ja muutkin psykososiaalisen työn osat joutuivat siihen kustannusvaikuttavuutta tavoittelevaan myllytykseen, joka jatkui mm. tavoitejohtamisena ja tulosjohtamisena (Arnkil 1990 & 1991a; Heinonen 1990). Suunnitteluun, johtamiseen ja tuotantoon juurtunut sektorijakoinen ”putkinäkö” on vasta viime vuosikymmeninä saanut haastajan joustavan tuotannon ja verkostoinnin visioista (vrt. Castells 2000). Oletus siitä, että kokonaisuutta voidaan hallita jakamalla se selvärajaisiin osiin, on osoittautumassa vakavaksi yksinkertaistukseksi niin sosiaalisten, biologisten kuin teknistenkin järjestelmien osalta.

Erikoistuneessa psykososiaalisessa palvelujärjestelmässä verkostotyö merkitsee vertikaalisen asiantuntijuuden ylittämistä. On sovellusalue kriisityötä tai ei, ajatus sosiaalisen verkoston ”jäsenten” kutsumisesta ongelmanratkaisuun merkitsee ammatillisen paradigman muutosta. Ongelmanratkaisu nähdään ”ensimmäisessä eksperttisissä” jona, jonka asiantuntija tekee yksilölle tai muulle kohteelle. Moni psykososiaalisen työn koulukunta vierastaa vieläkin ajatusta sosiaalisten verkostojen mobilisoinnista. Yhteiskunnallisesti tuetun yksilöllistymisen ja ammatillisen erikoistumisen rinnakkainen kehitys tuotti asiakas-ammattilainen dyadin, jonka oli määrä olla sangen kaikkivoipainen. Tuo pari on tavallaan psykososiaalisen työn ilmentymä siitä ”homo clausus”-rajauksesta, josta mm. N. Elias (1994) arvostelee yhteiskuntatieteitä. Tuossa kehystyksessä yksilöt nähdään singulaarisina toimijoina, sivuuttaen ne ”figuraatiot”, joihin toimijat punoutuvat toiminnassaan.

Erityisesti läheteketjujen häntäpäissä toimivat ammattiauttajat näyttävät kiinnostuvan herkimmin opeista, joissa tilanteet kehystetään singulaaritoimijoita systeemistemmin tai verkostomaisemmin. Läheteketjujen alkupäissä ja välitaipaleilla voidaan vielä osoittaa asiakas eteenpäin, kun ollaan itse neuvottomia. Imber-Black (1988) osoittaa, että psykososiaalisiin lähetekäytäntöihin sisältyy ansa: Mikäli moitteeton työ mielletään asiakkaan kaik-

kien vajavuuksien paikantamiseksi ja tarvittavien läheteiden varmistamiseksi, saatetaan joutua tilanteisiin, joissa nähdään tukku ongelmia ja niiden taustaongelmia eikä lainkaan voimavaroja, joita voitaisiin tukea. Tällaiset asiakkaat (ja perheet) päätyvät helposti ”toivottomiksi” (ja ”moniongelmaisiksi”) asoituaan lähes koko ammattilaisvalikoiman luona. Avohuollon työntekijät näyttävät olevan esim. sairaaloiden ammattilaisia vastaanottavaisempia ajatuksille kytkeytyneiden tahojen koostamisesta. Lisäksi ammattilaisten on havaintojemme mukaan ollut helpompaa omaksua ajatus eksperttien keskinäisistä kokoontumisista kuin luomuverkoston kutsumisesta mukaan ongelmanratkaisuun. Viimeksi mainittu onkin isompi haaste ”ensimmäisen modernin” professionalismille. Toisaalta ammattilaisten kokemus voimavarojensa ehtymisestä lisää kiinnostusta luomuverkostoihin. Jotkut ehkä toivovat modernisaation repimien huolenpito- ja yhteisösiteiden elpyvän. Monille verkostosuuntautuneisuus ei kuitenkaan ole palautusoperaatio. Ajatus maatalousyhteiskunnan ja varhaisen teollistumisen aikaisista lämminhenkisistä ja huolehtivista yhteisöistä saattaa hyvinkin olla romantisoitu näkemys. H. Lehtonen (1990) väittää, että ”yhteisöromantiikassa” tulevaisuuden toiveet projisoidaan menneisyyteen (toivotut yhteisöt selitetään kerran olleiksi) ja tällä visiolla puolestaan perustellaan nykyisyyden muuttamiseen liittyviä haaveita.

Ilmeisesti verkostoideoiden eräänlainen ”post-modernius” edesauttoi niiden suosiota Pohjoismaissa. Ne eivät edellyttäneet minkään yhteisömuodon vakiinnuttamista tai elvyttämistä. Mm. lähiöiden yhdyskuntatyön taustaideoissa oli 1980-luvulla eräänlaista nostalgiaa; ”privatisoituminen” nähtiin kielteisenä kehityksenä, josta ”narsistisena itseensäikäpertymisenä”, kuten M. Kortteinen (1982) aikalaikeskustelua kuvaa. Skandinaavisen verkostoterapian alkutaipaleella pilkahti tosin pyrkimys diagnosoida ja hoitaa verkostoja (ks. Eräsaari 1986), ja tällainenhan implikoi näkemystä ”normaaleista verkostoista”. Pohjoismaiset muunnelmat olivat lopulta joustavia muuttuvien perherakenteiden ja yhteisömuodostumien suhteen: mukaan ongelmanratkaisuun kutsuttiin ne henkilöt, jotka pulmien keskiössä olevat kokivat tärkeiksi asiansa kannalta. Niissä ei myöskään annettu erityistä etusijaa naapuruuksille tai lähiyhteisösuhteille. Pohjoismaisen psykososiaalisen työn verkosto-orientaatio ei taustoiltaan liity siihen yhteisösuuntautuneisuuteen, jo-

ka Yhdysvalloissa parhaillaan kokoaa voimiaan ”kommunitaristisena liikkeenä” (Haatanen 2000), eikä yksilösuuntautuneen psykososiaalisen työn ”kommunitaristiseen kritiikkiin” (Terling-Watt 2000).

Verkostotyö kysyy mobilisointiin liittyviä taitoja. Ammattilainen ei enää olekaan yksinomainen ratkaisujen haltija. Verkostomaiselle ongelmanratkaisulle ”antauduttaessa” kohdataan häkellyttävää ennustamattomuutta. Juuri ennalta arvaamattomat ratkaisut ja voimavarayhdistelmät ovatkin tuollaisen työn tavoite. ”Ensimmäisessä eksperttiisissä” ammattilaisilla odotettiin olevan merkittävää hallintaa toiminnan seurauksiin nähden, ja moni varmaankin kuvitteli näin olevan. ”Toisessa eksperttiisissä” on keskeistä epävarmuuden sieto. Varsinkin ympäristöongelmat ovat osoittaneet, että monet sellaisetkin asiantuntijoiden ennustukset ja toimet, jotka ovat kapea-alaisesti ja lyhyellä aikavälillä tarkasteltuina olleet täysin päteviä, ovat laajemmassa yhteydessä ja pitkällä aikavälillä paljastuneet jopa vaarallisiksi. Toiminnan ei-aiotut seuraukset piirtyvät hämentävinä esiin – usein aivan muualla kuin ammattilaisen ”omalla” sektorilla. Refleksiivisyys, kaiken kaikuminen tavalla tai toisella takaisin, on keskeistä toisessa modernissa tai ”riskiyhteiskunnassa” (Beck 1986). Psykososiaalisessa työssä ”moniongelmaisuuksien” hoitelun systeemihäiriöt kuvastavat vastaavanlaista takaisin kaikumista.

Refleksiivinen asiantuntemus voi tuskin olla yksilöekspertin ominaisuus. Tässä mielessä yksilörajauksella operoivat professionalismipyrkimykset ovat toivottoman tehtävän edessä. Refleksiivinen asiantuntemus ”sijoittuu” pikemminkin ammattilaisten ja muiden asianosaisten verkostoon. Tarvitaan erityisosaamisen, rajoja ylittävän ammatillisen yhteistyön ja ”luomuverkostojen” voimavarojen yhdistämistä. Tämä on perusluonteisempi kysymys kuin yksilöekspertiisiä haastamaton ”asiakaslähtöisyys”.

Seuraavissa luvuissa käsitellään kahta verkostotyön muotoa, avoimia dialogeja ja ennakointidialogeja, joissa painopisteenä on itse ongelmasta syntyvä dialogi kriisin kohdanneen luonnollisen verkoston ja ammattiauttajien verkoston kesken.

#### AVOIMET DIALOGIT

Avoimen dialogin verkostotyön juuret ovat Kemi-Tornion seudulla. Keroputaan sairaalassa, jossa

yksi kirjoittajista (Seikkula) toimi psykologina, pyrittiin rakentamaan perhe- ja verkostokeskeinen hoitomalli. Vuonna 1984 perinteinen potilaiden sisäänottotapa alkoi muuttua. Potilaan tuloa sairaalaan hoitava työryhmä alkoi järjestää avoimia hoitokokouksia ongelman analysoimiseksi ja hoitosuunnitelman tekemiseksi. Hoitokokous oli kehitetty Turun psykiatrian klinikalla Yrjö Alasen työryhmässä (Alanen 1992). Näihin kokouksiin potilas ja hänen perheensä osallistuvat kokouksen alusta lähtien siten, että henkilökunta ei valmistellut keskenään käsiteltäviä asioita. Samaan aikaan perhe alettiin kutsua automaattisesti kaikissa tapauksissa sen sijaan, että perheet kutsuttiin perheterapiaan erikseen suunnitelluissa tapauksissa. Työtavan muutos merkitsi sekä potilaan että hänen perheensä aseman olennaista muuttumista. He eivät enää olleet hoidon vastaanottajia tai tarkkailijoita, vaan yhteisen prosessin aktiivisia osallistujia. Tämä tuli ilmeiseksi useissa hoidon umpikujatilanteissa, joissa hoitavan työryhmän jäsenet huomasivat, että muuttaakseen tilannetta heidän oli itse muututtava ensin (Seikkula & al. 1995). Tämä asetti kyseenalaiseksi sen systeemisen perheterapian peruslähtökohdan, jossa perhe nähdään muutoksen kohteena olevana vuorovaikutusyksikkönä (Selvini-Palazzoli & al. 1978; Boscolo & Bertrando 1993).

Ovien avaaminen perheille ongelman analysoimiseen, hoitosuunnitelman työstämiseen ja hoitokokouksiin osallistumiseen koko hoitoprosessin ajan oli ensimmäinen askel siihen suuntaan, että ongelmat alettiin ylipäänsä nähdä sosiaalisena konstruktiona. Monet muut ongelman havainneet tulivat myös tärkeiksi hoidon osapuoliksi. Strukturaalisen paradigman mukaisesti perheterapian perusyksikkö on ydinperhe ja ongelmat nähdään perhesysteemin toimintatapana (Kemenoff & Jachimczyk & Fussner 1999). Uudessa lähestymistavassa oli luonnollista kutsua kaikki tärkeät sosiaalisen verkoston jäsenet kertomaan oma näkemyksensä ongelmasta ja täten lisäämään potilaan selviytymisvoimavaroja ja avaamaan uusia perspektiivejä umpikujatilanteeseen. Seuraava askel oli muuttaa organisaatiota siten, että tuli mahdolliseksi järjestää ensimmäinen kokous välittömästi, ennen sairaalaan sisäänkirjoitusta. Tämä johti nopeasti siihen, että sairaalahoidon tarve väheni (Keränen 1992; Seikkula 1991 & 1994) ja avohoitoon luotiin liikkuvia kriisiryhmiä.

Perusajatus on järjestää jokaiselle potilaalle psykoterapeuttinen hoito hänen sosiaalisessa verkostossaan (Keränen 1992; Seikkula 1991 & 1994; Seikkula & al. 1995). Kriisiavun mahdollistamiseksi jokainen hoitotyöntekijä voi osallistua tarvittaessa kriisiryhmään. Tämä lähestymistapa koskee kaikkia kriisitilanteita diagnoosista riippumatta. Jos kyseessä on mahdollinen sairaalahoido, sairaalan poliklinikka järjestää ensimmäisen hoitokokouksen joko ennen sairaalaan tuloa tai, jos potilas on toimitettu sairaalaan pakkolähetettää käyttäen, ensimmäisen päivän kuluessa. Ensimmäisessä hoitokokouksessa muodostetaan tapauskohtainen hoitava työryhmä, joka useimmiten koostuu sekä avo- että sairaalahenkilökunnasta. Tiimiin voi kuulua kolme jäsentä, esimerkiksi lääkäri poliklinikalta, sairaanhoitaja osastolta sekä psykologi mielenterveystoimistosta. Tämä tiimi vastaa sitten koko hoitoprosessista riippumatta siitä, onko potilas kotonaan vai tarvitaanko väliaikaisesti sairaalahoidoa. ”Ensimmäiseen asiantuntemukseen” vielä liittyvä ydinperhemallin ja perheterapian tiivis liitto alkoi siis väistyä. Kävi tärkeäksi liittää vuorovaikutukseen hyvin monimuotoinen sosiaalinen verkosto ja joustavat rätätälöidyt tiimit.

Hoitokokous on terapeuttisen vuorovaikutuksen päänäyttämö, jossa sosiaalisen verkoston jäsenet yhdessä potilaan kanssa keskustelevat kaikista sen hetken ongelmaan liittyvistä asioista. Myös hoitosuunnitelmat ja hoitopäätökset tehdään kaikkien läsnä ollessa. Tämä tukee hyvin ajatusta, jossa painopiste siirtyy potilaan regressiivisten piirteiden tarkastelusta hänen aikuisuuteensa ja vastuullisuuteensa (Alanen 1997). Keskustelun tarkoitus on rakentaa uutta kieltä potilaan ja hänen läheistensä sellaisille kokemuksille, joita ei vielä ole ollut mahdollista pukea puhuttuun muotoon, ottaa huomioon kokemusten prenaratiivinen luonne (Holma & Aaltonen 1997). Analysoidessaan avoimen dialogin perusluonnetta K. Gergen & S. McNamee (2000) totesivat sen merkitsevän siirtymistä sairauskielestä muutettavaan dialogiin. Avoimen dialogin työtapana näyttää sopivan kaikkiin psykiatrisiin kriisitilanteisiin, mutta erityisesti psykoottisten ongelmien kohdalla sen erityispiirteet tulevat parhaiten esille. Siksi seuraavassa jaksossa tarkastellaan psykoosia sosiaalisen konstruktionismin ja dialogisuuden näkökulmasta.

Psykoottinen käyttäytyminen voidaan nähdä yksilön tapana toimia sellaisten kauheiden kokemusten kanssa, joilla ei vielä ole muita sanoja kuin hallusinaatioiden (aistiharhojen) ja deluusioiden (harhaluulojen) ilmaisu. Esimerkiksi useimmat naispotilaat ovat olleet väkivallan tai seksuaalisen hyväksikäytön uhreja lapsuudessaan tai aikuisena (Goodman & al. 1997). Hoitotilanteissa nämä traumaattiset kokemukset tulevat esiin potilaan hallusinaatioissa (Karon, 1999).

Hoitokokouksessa olivat mukana pari viikkoa sairaalassa ollut naispotilas, hänen miehensä ja poikansa, hoitava lääkäri, osaston hoitajia ja psykologi sekä mielenterveystoimiston sairaanhoitaja. Keskustelu siirtyi niihin tapahtumiin, jotka johtivat sairaalaan tuloon. Potilas kertoi, että kun hän oli eräänä iltpäivänä kotona yhdessä nelivuotiaan poikansa kanssa, poika oli kysynyt, että huomasi äiti jonkun liikkuvan pihalla. Hän säikähti, mutta arveli, että pihalla todella liikkui joku, vaikka hän ei enää tätä nähnytäkään. Hän oli vakuuttunut, että tämä oli hänen entinen miehensä, jonka kanssa hän oli asunut 17 vuotta sitten. Seuraavana päivänä hänen miehensä oli palannut työmatkalta. Kun hän näki auton kääntyvän pihaan ja miehen nousevan autosta, hänelle tuli yhtäkkiä ajatus, että mies oli huumeiden vaikutuksen alaisena ja oli tulossa tappamaan hänet. Siksi hän lukitsi ovet, niin että mies ei päässyt sisälle, jolloin tämä suuttui ja alkoi rynnäköitä ovea. Hänen paniikkinsa kasvoi, ja lopulta hän heitti huonekaluja ikkunan läpi pihalle. Tämän jälkeen mies soitti paikalle poliisit, jotka toivat vaimon sairaalaan.

Kokouksessa alettiin kysellä hänen entisestä miehestään. Hän sanoi siitä puhumisen olevan vaikeaa; hän ei ollut tehnyt sitä aikaisemmin. Hän alkoi kuitenkin varovasti kuvata, että mies oli ollut huumeiden väärinkäyttävä ja oli aina huumehumalassa tullut hyvin väkivaltaiseksi ja pieksänyt hänet. Hän ei ollut kertonut siitä kellekään, oli vain odottanut kotona mustelmien poistumista, ennen kuin oli liikkunut missään. Vajaan kahden vuoden liiton jälkeen hän oli koonnut voimansa ja ottanut eron. Hän kertoi, että viisi vuotta aikaisemmin tämä mies oli yllättäen soittanut hänelle kotiin 12 vuoden jälkeen. Hän kuvasi, kuinka kauhuissaan hän oli ollut tästä soitosta; ei ollut osannut sanoa mitään, oli vain tärisnyt. Pari kuukautta tämän jälkeen hän oli jou-

tunut ensimmäisen kerran sairaalaan psykoosin vuoksi.

Hyvin konkreettiset, mutta kauhua sisältävät kokemukset tulevat usein esiin hallusinaatioiden tai deluusioiden kautta. Psykoottisen käyttäytymisen voi nähdä yksilön yhtenä psykologisena tapana yrittää käsitellä sellaisia traumaattisia kokemuksia, joita ei vielä ole ollut mahdollista pukea sanalliseksi kertomukseksi. Stressitilanteissa nämä kokemukset saattavat jälleen aktualisoitua, jolloin ne etsivät metaforisen ilmaisuväylän. Edellä kuvatussa esimerkissä nainen koki, että hänen miehensä uhkaa hänen henkeään. Tämä kokemus oli psykoottinen, sillä hänen miehensä ei aikoon vahingoittaa häntä eikä ollut huumeiden vaikutuksen alaisena, mutta samaan aikaan potilas puhui jostakin, minkä hän oli todella kokenut (entisen) miehensä kanssa.

Yhdessä ilman ennakkosuunnittelua aloitettu avoin keskustelu näyttää olevan hyvä ennakkoehto sille, että keskustelussa aletaan rakentaa uusia sanoja vaikeiden kokemusten kuvaamiseksi ja pohtimiseksi. Olkoonpa psykoottisen puheen tausta mikä hyvänsä, se kannattaa ottaa vakavasti koettamatta lainkaan kriisivaiheessa realisoida näitä potilaan sairauden oireiksi. Sen sijaan terapeutti voi kysyä esimerkiksi: ”Nyt en ymmärtänyt. Kuinka sinun on mahdollista hallita toisen ajatuksia. Itse en ole koskaan kokenut sellaista mahdolliseksi. Voisitko kertoa siitä lisää?”. Toisilta verkoston jäseniltä voi taas kysyä esimerkiksi, että ”mitä te muut ajattelette tuosta, mitä M. sanoo”. Tällä tavoin annetaan tilaa useille eri äänille, kun kuvataan samaa tilannetta ja myös psykoottista kokemusta. Jos tiimi onnistuu luomaan luottavaisen ja pohdiskelevan ilmapiirin keskusteluun, saa verkosto mahdollisuuden alkaa rakentaa ennalleen palauttamisen tai vahinkojen korjaamisen kertomusta, kuten S. Stern kollegoineen sen nimesi (Stern & al. 1999).

Keskustelussa potilaat saattavat alkaa puhua hallusinaatioistaan tai vainoajatuksistaan sellaisessa erityisessä tilanteessa, jossa käsitellään juuri kaikkein olennaisimpia ja vaikeimpia teemoja. Olettaen, että juuri silloin käsiteltiin jotain vielä-puhuttua kokemusta, tiimin kannattaa ottaa tuo kohta pohdinnan alaiseksi. Voidaan kysyä esimerkiksi, että ”mitä minä sanoin väärin, kun aloit puhua noin”, tai että ”odottakaapa hetki, mitä me puhuimme äsken, kun M. alkoi puhua äänistä, jotka hallitsevat häntä?”. Psykoottinen puhe on yksi ääni muiden joukossa tämän hetken kes-

kustelussa. Näin myös psykoottisen käyttäytymisen ”syy” voidaan nähdä tämänhetkisessä keskustelussa.

Tiimin toimintaohje voi olla se, että verkostolle annetaan aloite johdattaa puhetta niihin teemoihin, jotka se katsoo tärkeimmiksi. Tiimin tehtävä on vastauksillaan avata tietä dialogiselle pohdinnalle ja ymmärryksen luomiselle keskustelun osallistujien väliin (Voloshinov 1996; Bakhtin 1984). Yksi hyvä vastauksena on käydä reflektiivistä keskustelua (Andersen 1995) tiimin sisällä, siis niiden kesken, jotka myös ovat vastuussa kokouksen kulusta. Tässä tilanteessa ei muodosteta erityistä reflektiivistä tiimiä, vaan tiimin jäsenet vaihtavat positiotaan joustavasti siten, että he voivat kääntyä toistensa puoleen ja alkaa keskustella siitä, mitä he ovat kuulleet. Joskus tämä näyttää edellyttävän, että verkostolta kysytään lupa siihen esimerkiksi näin: ”Voitteko odottaa hetken aikaa, kun me keskustelemme keskenämme tästä? Toivon, että voisitte istua hiljaa ja kuunnella jos tahdotte tai ajatella omanne jos tahdotte. Kun me lopetamme, saatte sitten kommentoida sanomaamme”. Useimmiten perhe ja muu verkosto kuuntelevat hyvin tarkkaavaisesti, mitä hoitavan työryhmän jäsenet ovat alkaneet ajatella heidän ongelmastaan. Reflektiivisellä keskustelulla on myös erityinen funktionsa siksi, että kaikki hoitopäätökset pitää myös keskustella ja perustella kaikkien läsnä ollessa läpinäkyvästi. Tällaisia asioita ovat esimerkiksi hoitopaikan päättäminen, lääkityksen harkinta ja motivointi, uusien terapiamenetelmien suosittaminen. Ajatuksena on koko ajan avata uusia näkökulmia ja vaihtoehtoisia tapoja. Esimerkiksi pakkohoitopäätöstä harkittaessa tuntuu tärkeältä, että hoitajat eivät muodosta yksimielistä raatia, vaan jotkut voivat tuoda esiin myös vaihtoehtoja pakkohoidolle.

#### AVOINTEN DIALOGIEN PERIAATTEET

Kehittelytyön ja siihen liittyneiden tutkimusten (Seikkula & Alakare & Aaltonen 1999 & 2000 & 2001) tuloksena on kiteytynyt seitsemän keskeistä periaatetta optimaalisen hoidon kuvaamiseksi avoimessa dialogissa: 1. Välitön apu. Ensimmäinen hoitokokous on parasta järjestää 24 tunnin kuluessa yhteydenotosta mihin hyvänsä hoitopisteeseen. Kaikkiin yhteydenottoihin tulisi vastata, tekee sen sitten potilas itse, omaiset tai kollega läheteellä. Tämän tukemiseksi on hyvä järjestää

ympäri vuorokautinen kriisipalvelu. 2. Sosiaalisen verkoston huomioon ottamisen näkökulma. Potilas, hänen perheensä, muut tärkeät sosiaalisen verkoston edustajat tulisi kutsua kaikissa tapauksissa ensimmäisiin kriisikokouksiin. Sosiaalisen verkoston tärkeät edustajat voivat olla tapauksesta riippuen muut auttavat tahot, työvoimaviranomaiset, työpaikan kollegat, naapurit tai ystävät. 3. Joustavuus ja liikkuvuus merkitsevät aina hoitovastauksen sovittamista kunkin potilaan ja hänen verkostonsa erityisiin ja muuttuviin tarpeisiin. Ensimmäisten kokousten järjestäminen potilaan kotona, jos perhe itse niin haluaa, lisää perheen turvallisuudentunnetta. 4. Vastuullisuus merkitsee sitä, että kuka hyvänsä ammattiauttajat toimiessaan julkishallinnon työntekijänä ottaisi vastuun ensimmäisen kriisikokouksen järjestämisestä, jos hänen otetaan yhteyttä. Tämä merkitsisi käytännössä sitä, että asiakkaille ei enää saisi vastata, että ”tämä asia ei kuulu meille, teidän tulisi ottaa yhteyttä...”. Hoitokokoukseen tulevat työntekijät ottavat sitten vastuun kaikesta ongelman analyysistä ja hoitopäätöksistä. 5. Psykologinen jatkuvuus sisältää ajatuksen, että alussa mobilisoitu tiimi ottaa vastuun koko hoidosta hoitopaikasta riippumatta. Voitaisiin muodostaa sektorirajat ylittävä integroitu tiimi, jossa on tarpeen mukaan edustaja esimerkiksi sosiaalitoimesta, mielenterveystoimistosta ja sairaalasta. 6. Epävarmuuden sieto kuvaa hoitojärjestelmän ja tiimin ominaisuutta sietää sitä, ettei nopeita johtopäätöksiä tai ratkaisuja voida eikä kannata tehdä. Kriisissä ensimmäinen tehtävä on rakentaa riittävän turvallinen vuorovaikutusnäyttämö, jolla pysyviä johtopäätöksiä voidaan lykätä. Esimerkiksi psykoottisessa kriisissä olisi hyvä olla valmius tavata päivittäin ensimmäisten 8–12 päivän aikana, jonka ajan kiihkeimmistä psykoottisesta vaiheesta selviäminen näyttää vievän. 7. Dialogisuudessa keskustelun painopiste on ensisijaisesti ymmärrystä lisäävän dialogin synnyttämisessä ja vasta toissijaisesti potilaan tai perheen muuttamisesta.

#### ENNAKOINTIDIALOGIT

Ennakointidialogit on verkosto-orientoituneen työskentelyn menetelmäkokonaisuus, jota on kehitelty noin kymmenvuotisessa tutkimus- ja kehittämisprojektien sarjassa. Kehittelytyö on tehty yhteistyössä Stakesin ja muutamien kaupunkien

eri sektorien laajojen, erityisesti avohoidon, lasten ja lapsiperheiden psykososiaalisen tuen palvelujärjestelmien kanssa. Pää tavoitteena on ollut kehittää monisektorista ja -ammattillista yhteistyötä moniasiakkuustilanteissa (tuoreimpana raporttina Arnkil & Eriksson & Arnkil 2000).

Vaikka sekä avoimet dialogit että ennakointidialogit suuntautuvat vuoropuheluihin ja verkostoihin, ne ovat kuitenkin menettelytavoiltaan varsin erilaisia. Seuraavassa esitellään lyhyesti, esimerkkienkin avulla, kaksi ennakointidialogien keskeistä menetelmää: tulevaisuuden muistelu ja moniammatillinen ennakointidialogi. Menetelmät ovat varsin strukturoituja. Niissä ulkopuoliset verkostokonsultit ottavat johtakseen ulkoisen dialogin, joka toteutuu sarjana kommentoimattomia monologeja. Konsultit tukevat reflektioita kysymyksillään. Olennaista on, että konsultit eivät yritä ”ratkaista tapausta” eivätkä esitä neuvoja. Pitäytyminen fasilisointiin, dialogin mahdollistajan tehtävään, on paras palvelus, minkä he voivat verkostolle tehdä.

Lapsen tilanteesta huolissaan oleva sosiaalityöntekijä kutsui – perheen kanssa sovittuaan – koolle verkostokokouksen. Vanhemmat päättivät tulla ilman lasta, mutta kumpainkin otti mukaan äitinsä. (Kuvatun kaltaisia istuntoja on toisissa yhteyksissä toteutettu useita myös lasten ottaessa niihin osaa.) Kokoukseen osallistuivat myös ne noin kymmenen viranomaista, jotka olivat kytkeytyneet perheen tukemiseen ja kontrollointiin. Heidät oli kutsuttu yhteisymmärryksessä perheen kanssa. Kokoon tuleminen toi yhteen osallisia, jotka olivat toimineet jo vuosia erillään, tehneet parhaansa mutta olleet yhä enemmän huolissaan lapsen tilanteesta.

Me (Arnkil ja Eriksson) saimme kutsun vetää vuoropuhelua verkostokonsultteina. (Toiminta liittyi erääseen edellä mainittuun projektiin.) He selittivät osanottajille perusideat: a) Puhuminen ja kuuntelu erotetaan toisistaan – puheenvuoroja ei siis kommentoida –, jotta sisäisille dialogeille jäisi rauhaa ja tilaa. b) Verkostokonsultit kyselevät vanhemmilta ja isoäideiltä sekä ammattilaisilta hyvästä tulevaisuudesta, jotta c) saataisiin hahmoteltua hyvää tulevaisuutta toteuttavan yhteistoiminnan kiintopisteet. He siis selvensivät, että kysymyksessä on neuvottelu, ei päätöksentekotilanne. Verkostokonsultit pyysivät vanhempia ja isoäitejä ryhmittymään perhepöytäkunnaksi ja ammattilaisia viranomaispöytäkunnaksi. Toinen konsulteista istuutui perhepöydän, toinen viran-

omaispöydän ääreen. Pöytäkunnat olivat samassa huoneessa, kaikki osanottajat kuuloetäisyydellä toisistaan.

Ensimmäinen vuoro annettiin perhepöytäkunnalle. Verkostokonsultti pyysi kutakin ajattelemaan ääneen vuorollaan: 1. ”Olettakaamme, että on kulunut vuosi. Asiat perheessä ovat sangen hyvin, lapsen tilanne on hyvä. Kuinka asiat ovat sinun näkökulmastasi?”. Verkostokonsultti koetti auttaa hyvään tulevaisuuteen eläytymistä kysymällä myös mm.: ”Mistä olet erityisen tyytyväinen, mikä erityisesti ilahduttaa sinua nyt, kun vuosi on kulunut hyvin?”. Ajatuskokeita tukevat lisäkysymykset liittyivät arkiin ja konkreettisiin asioihin. Silloin tällöin verkostokonsultti toisti yhteenvedonomaaisesti, mitä asianosainen oli sanonut, pitäytyen huolellisesti lausuttuun sanamuotoon ja kysyen: ”Olenko kuullut oikein, kun kuulin, että...?”. Tällaisilla ”kaikupalautteilla” konsultti pyrki tukemaan puhujan reflektointia ääneen ajattelun virrassa sekä viestittämään, että tässä istunnossa on tarkoituksena kuunnella kaikkia tarkkaan. Kuultuaan kunkin perhepöytäkunnan jäsenen näkökannat hyvästä tulevaisuudesta verkostokonsultti kysyi heiltä, edelleen tulevaisuusperspektiivissä pysytellen: 2. ”Mitä teit tämän hyvän tulevaisuuden toteutumiseksi; keneltä sait tukea ja millaista?”. Tällä tavoin kartoitettiin tukiverkoston. Kolmas kierros perhepöytäkunnassa liittyi kysymykseen 3) ”Olitko jostain huolissasi ’silloin vuosi sitten’, ja mikä sai huolesi vähenemään?”. Ajankohtaisia huolia siis lähestyttiin keventyneen tulevaisuuden suunnasta. Näitäkin reflektioita verkostokonsultti tuki tiiviillä lainauksilla osallisten pohdintoista, kysellen, oliko kuullut heidän tuumintaansa oikein. Hyvän tulevaisuuden peruselementit kirjattiin fläpille kaikkien nähtäväksi – asianosaisilta tarpeelliset korjaukset pyytäen.

Viranomaispöytäkunnassa oleva verkostokonsultti aloitti ammattilaisten haastattelun. Kutakin pyydettiin vastaamaan ääneen ajatellen kahden kysymyksen vuorollaan, kaikkien muiden kuunnellessa: 1. ”Kuten kuulitte, lapsen ja perheen asiat ovat hyvin nyt, kun vuosi on kulunut. Mitä teit tukeaksesi tätä hyvää kehitystä?”. 2. ”Olitteko huolissanne jostain ’silloin vuosi sitten’, ja mikä sai huolenne vähenemään?”. Myös viranomaisten reflektioita tuettiin tiiviillä ”kaikupalautteilla”. Jokaisen pohdittua vuorollaan viranomaisten ilmaisemat toimet koottiin fläpille, korjailleen niitäkin, mikäli tarvetta ilmeni. Kaikilta



osanottajilta kysyttiin, olivatko fläpeille kertyneet suunnitelman aihiot sellaisia, joihin kukin voisi sitoutua. Lopuksi käytiin neuvottelu seuraavista askelista ja mahdollisesta seurannasta ja sovittiin, kuka osanottajista toimisi yhteistoiminnan koordinaattorina jatkossa.

#### ISOMORFISIA KUVIOITA

Tulevaisuutta muistelevissa dialogeissa kaikki osanottajat saavat samanaikaisesti vaikutelmia samoista ääneen pohdinnoista. He myös tietävät, että muut kuulevat sen, minkä he itsekin. Tämä on jo itsessään melkoinen interventio. On tavanomaisempaa, että eri puolilla viranomaisverkostoa asiakasta tai perhettä tavataan erikseen. Ammatillaiset arvailevat eri tahoilla toisistaan (ks. Eriksson & Arnkil 1995). Sangen usein viranomaisten keskinäinen vuorovaikutus heijastaa ”luomuverkoston” vuorovaikutusta, tullen jopa samankaltaiseksi sen kanssa (Arnkil & Eriksson 1995). Tällainen samankaltaistuminen on dynamiikaltaan peri-inhimillinen prosessi. Se ei ole ”hoitovirhe” eikä edes kielteinen kehityskulku. Se kertoo ammattilaisten kyvystä samastua emotionaalisesti asiakkaiden tilanteeseen ja vuorovaikutustapoihin – ja näin heidän (yleisinhimillisestä) mahdollisuudestaan ymmärtää kohtaamiaan ihmisiä kokonaisvaltaisemmin kuin olisi mahdollista vain kognitiivisin orientaatiokeinoin. (Ks. Galperin 1979.) Toisaalta tällainen empaattinen samastuminen uhkaa samankaltaistaa ammattilaisten toiminnan asiakkaiden toiminnan kanssa siinä määrin, että menetetään muutosta edistävän erilaisuuden mahdollisuus ja toteutetaan kuviota, josta on tullut ”lisää samaa kuin ennenkin” (vrt. Watzlawick & al. 1974).

Ammattiauttamisessa ollaan jatkuvasti tekemisissä isomorfisten, samarakenteisten, vuorovaikutusilmioiden kanssa (Schwartzman & Kneifel 1985). Vaikutussuunnat eivät tietenkään ole yksisuuntaisia. Myös ammattilaisten toiminnan kuviot ovat tarjolla yhteistoiminnan tanssiaskeliksi. (Ks. Seikkula & Sutela 1989; Seikkula 1991; Arnkil 1990.) Jos osapuolten toiminta on jyrkästi erilaista, kontakteja ei synny tai yhteydet eivät kestä. Jos toimintakuviot ovat hyvin samankaltaiset, kontaktit säilyvät mutta muutosta ei synny. Muutosta voi edesauttaa ”sopiva erilaisuus”. (Andersen 1990.)

Ennakointialogeissa erotetaan puhuminen ja kuuntelu, jotta runsaille sisäisille dialogeille jäisi ”tilaa”. Tämä on peräisin T. Andersenin (1990) reflektiovien tiimien metodista. Seikkulalta (1991) on peräisin huomion kiinnittäminen viranomaisverkoston ja luomuverkoston rajasysteemeihin ja niissä tapahtuviin vuorovaikutusprosesseihin. Ratkaisukeskeisten menetelmien tapaan ongelmia lähestytään ratkaisuista käsin, joskin poiketen mm. S. deShazerin (1991) toimintatavoista ennakointialogeissa painotetaan myös huolia. Niiden tarkastelu on jopa keskeistä. Havaintojemme mukaan huolten käsittely ilmaantuu viranomaisten kommunikointiin jälkipuheina, ellei niitä käsitellä yhteisissä dialogeissa. Jotta syntyisi sitoutumista, tarvitaan subjektiivisesti uskottavaa toivoa. Pelkkä toivopuhe ei tunnu vakuuttavan. Ensimmäinen teema (eläytyminen siihen, että asiat ovat hyvin ”nyt, kun vuosi on kulunut”) tuottaa eräitä euforisia elementtejä; onhan huojentavaa ajatella tilannetta, jossa ongelmat ovat väistyneet. Kolmas kysymys (olitteko huolissanne jostain ”siloin vuosi sitten”) on tavallaan realisoiva teema. Verkostokonsultit koettavat ehkäistä ajautumista isomorfsille syytöskelille

a) auttamalla konstruoimaan suunnitelmien kiintopisteeksi kuvaa perheen hyvästä tulevaisuudesta – sen sijaan, että jatkettaisiin kommunikointia, jota dominoivat toistuvat muutosvaatimukset,

b) edesauttamalla moniäänisyyttä haastattelumisen keinoin ja siten johtamalla ulkoista dialogia – sen sijaan, että annettaisiin vuorovaikutuksen toistaa jumiin johtaneita kuvioita sekä

c) rohkaisemalla subjektiivisuutta kysymällä kultakin osanottajalta hänen henkilökohtaisista näkökulmistaan ja toiminnastaan – sen sijaan, että toteutettaisiin keskustelu, jossa osapuolet yrittävät määritellä ”yhteistä ongelmaa” tai esittävät toisiin kohdistuvia muutosvaatimuksia.

#### VOIT MUUTTAA VAIN OMAA TOIMINTAASI

Ennakointialogit ovat osa ns. kehittäviä kokeita, interventioita sektorijakoisen palvelujärjestelmän rajapintoihin, eräänlaisia ”positiivisia häiriöitä”, joiden sääntelyn kautta monitoimijaisen järjestelmän oletetaan avautuvan tutkittavaksi (Arnkil 1991b; Arnkil & Eriksson 1994). Var-

haisissa versioissa työskenneltiin viranomaiskokoontamisiin ilman asiakkaita. Jo tämä ns. moniammatillinen ennakointidialogi tuottaa vähäisen mutta merkittävän haasteen ammatilliselle orientaatiolle, kuten seuraavasta ilmenee.

Jos (projektiin osallistuva) ammattilainen tunsi jatkuvaa huolta asiakkaasta ja koki viranomaisverkoston olevan jumissa tai riidoissa, hän kutsui tapaukseen kytkeytyneet viranomaiset selkeyttävään neuvonpitoon, ja me (Arnkil ja Eriksson) saimme pyynnön toimia verkostokonsultteina. Puhuminen ja kuuntelu erotettiin toisistaan. Kullekin viranomaiselle esitettiin kolme kysymystä, joita he pohtivat ääneen toisten kuunnellessa: 1. Mitä tapahtuisi, jos et tekisi mitään tässä tapauksessa? 2. Mitä voisit tehdä tueksi – siis sopivasti toisin kuin tähän asti? 3. Mitä tapahtuu, jos teet niin; ketkä reagoivat ja miten? Viranomaisia rohkaistiin siis keskittymään asiakkaiden sijasta itseensä ja pohtimaan tekojensa aiottuja ja aikomattomia seurauksia sen sijaan, että he yrittäisivät määrittellä ongelmaa. Katseen uudella kohdistamisella yritettiin tukea ammattilaisten uteliaisuutta, uteliaisuudella taas toiminnan kokeilevuutta, kokeilevuuden palauttamisella taas ”sopivasti toisenlaisten” toimintatapojen löytymistä. Muutostyölle pyrittiin muodostamaan toteuttamiskelpoista kohdetta: lopulta ainoa asia, jota toimija voi suoraan muuttaa, on hänen oma toimintansa – ja siitä seuraa verkostossa jotakin. Yhteenvetoja, määritelmiä tahi kattavia suunnitelmia ei laadittu. Istuntojen lopuksi vain yksinkertaisesti sovittiin, kuka tekee mitään ja kenen kanssa seuraavaksi. Ideologisten yhteenvetojen sijasta tähdättiin praktiseen konstruktionismiin, varmojen ennustusten sijasta subjektiivisiin ennakoointeihin.

#### YHTEISIÄ ONGELMIA EI OLE

Pidättyminen yrityksistä määrittellä yhteisiä ongelmia näytti parantavan merkittävästi yhteistyön edellytyksiä – niin selvästi, että olimme ymmällämme. Jo istuntojen asetelma alleviivasi, että jokaisella on oma näkökulmansa ”havainnoivassa verkostossa”. Yritykset määrittellä yhteistä ongelmaa, ikään kuin asettuen näkökulmien ulkopuolelle, näyttävät ehkäisevän moniammatillista yhteistyötä – mielestämme siksi, että ne ovat lopulta mahdottoman yrittämistä. Yhteisiä ongelmia ei ole. Kullakin on ongelmansa, ja niillä voi olla

leikkausalueita. Jos ongelmat nähdään toiminnan pulmina sen sijaan, että ne mielletään yksilöiden, perheiden, ammattilaisten, palveluyksikköjen tms. ominaisuuksina, käy erittäin ilmeiseksi, että kullakin toimijalla on omat toimintaongelmansa. Siirtymä ”selittävien taustaongelmien” määrittely-yrityksistä omien tekojen seurausten ennakoointiin näyttäisi hillitsevän ammatillisia määrittelykilpailuja: Kun asiantuntijoita pyydetään ennakoimaan tekojensa seurauksia, heistä tulee jännittävällä tavalla ”tasaveroisia”. Kukaan ei tiedä täysin varmasti, mitä seuraa, jos tehdään jotain tai ei tehdä mitään. Subjekti ei voi olla objektiivinen – edes omaksuessaan mahdollisimman tarkoin testattua tietoa; subjektina hän senkin omaksuu. Sen sijaan hän voi kiinnostua subjektiivisuudestaan – ja tämän myötä myös toisten subjektiivisuudesta. ”Objektiivinen käsitys” aukeaa tuolloin subjektiivisuuksien moniäänisyytenä. Se taas on työläs hallittavaksi. Siihen voi pikemminkin vain liittyä – ja koettaa oppia palautteista, epävarmuutta sietäen. Non-interventioiden seurausten ennakoiminen (mitä tapahtuisi, jos ei tehtäisi mitään) näyttää lisäksi virittävän ammattilaisten uteliaisuutta luomuverkostoja kohtaan: Hyvin usein ammattilaiset huomasivat, etteivät tunne asiakkaiden luomuverkostoja juuri lainkaan – eivätkä näin ollen voi perustaa ennakoitejaan niitä koskevaan kokemustietoon. Uteliaisuus luomuverkostoja kohtaan madaltaa kynnystä ryhtyä yhteistyöhön niiden kanssa.

#### ENNAKOINTIDIALOGIEN PERIAATTEET

Edellä kuvattiin kahta ennakointidialogien ”perheeseen” kuuluvaa metodologiaa, tulevaisuuden muistelu ja moniammatillista ennakointidialogia. Esimerkeissä käsiteltiin asiakastason toimintaa. Ennakointidialogeja, etenkin tulevaisuuden muistelu, on käytetty laajalti myös muissa yhteyksissä, kuten kaupunkipolitiikan strategisessa suunnittelussa; poliitikot ja viranhaltijat ”muistelema” hyvää lähitulevaisuutta sekä kertomassa teoistaan ja tuestaan sen aikaansaamiseksi sekä huolistaan ”siltoin vuosi sitten”. (Sovellusalueista ks. Arnkil & Eriksson & Arnkil 1999 & 2000.) Ennakointidialogeilla on tuntuva kotimaista ja ulkomaista kysyntää nimenomaan sellaisissa monitoimijaisissa suunnittelutilanteissa, joissa yhdelläkään asianosaisella ei ole itsestään selvää kohtaan tai fasilitaattorin roolia.

Ennakointidialogeissa painotetaan vahvasti 1. subjektiivisuutta. Osallisia rohkaistaan kehittämään näkökulmaansa, sen sijaan että yritettäisiin löytää ”yleinen näkökulma”. Keskeistä on myös 2. ammatillisen työn vastavuoroinen luonne. Siirtymä ”objektiivisista ongelmista” subjektiivisiin huoliin vaikuttaa keskeiseltä tässä. Oman huolen ilmaus on periaatteessa ammattilaisen avunpyyntö asiakkaalle ja hänen luomuverkostolleen. Subjektiivisuus tuo esiin 3. moniäänisyyden. Kukin on verkostojensa keskipisteessä. Juuri subjektiivisuutensa kautta toimijat pystyvät jäsentämään monisubjektisia verkostojaan, jotka näyttävät heille heidän oman toimintansa potentiaalisina kenttinä. Ne ovat liian monimutkaisia hallittaviksi suoraan tai yksisuuntaisesti. Niinpä tarvitaan 4. huomattavaa epävarmuuden sietoa. Sitä edistää sekä 5. dialogisuus että 6. aktiivinen eksperimentointi. Dialogien kautta on mahdollista monipuolistaa vaikutelmia verkostoistaan. Omiin tekojen seurausten ennakoiminen (joka kuitenkin menee usein enemmän tai vähemmän ”pieleen”) tuo valoon inhimillisen toiminnan perustavanlaatuisesti kokeellisen luonteen – ja verkostojen fundamentaalisen ”hallitsemattomuuden”. Ennakointidialogeissa on keskeistä myös 7. tulevaisuusperspektiivi ja uskottava toivo. Mennyt on läsnä oikeastaan vain nykyhetkessä tehtävien ennakointien ja tulevaisuusmuistelusten rakennusaineiksena – kullakin sellaisena, kuin se subjektille näyttää. Viimeinen periaate, välittäjä, fasilitaatio 8. toteuttaa seitsemän edellistä. ”Fordistis-tayloristinen” järjestelmä on heikko tuottamaan rajanylityksiä niin vertikaalisesti (joh-to-alaiset jne., julkinen valta–kansalaisyhteiskunta) kuin horisontaalisestikin (yli ammattikunta- ja sektorirajojen jne.). Monimutkaisuuden hallintayritykset tuottavat rajanylitystarpeita – ja noissa ylityksissä muotoutuu ”toista modernia”.

#### POHDINTAA

Ennakointidialogeilla ja avoimilla dialogeilla on yhteisiä sukujuuria. Muun muassa perheterapiaopit ja Andersenin (1990) tapa käyttää reflektointia tiimejä ovat vaikuttaneet molempiin. Vaikka niissä on paljon yhteistä, ne ovat eräiltä puoliltaan miltei toistensa vastakohtia. Ennakointidialogit sopivat huonosti sellaisiin tilanteisiin, joissa avoimet dialogit ovat parhaimmillaan – ja päinvas-

toin. Paljastavatko ne ehkä toistensa kontrasteina jotakin olennaista niistä konteksteista, joissa niitä sovelletaan ja kehitellään?

Näiden menetelmien yhteinen nimittäjä on se, että ne ovat verkostotilanteiden työmenetelmiä. Sosiaalisten verkostojen mukana auttamistyöhön tulee moniäänisyys ja siinä eläminen on dialogin synnyttämistä. Ennakointidialogit ovat strukturoituja, avoimet eivät juurikaan. Ennakointidialogit toteutuvat sarjana kommentoimattomia yksinpuheluja, avoimissa dialogit virtaavat väljemmin. Avoimet dialogit ovat parhaimmillaan psykoositilanteissa ja akuuteissa kriiseissä, joihin taas ennakointidialogit sopivat huonosti. Luulisi, että juuri vaikeasti jakautuneissa tai psykoottisissa tilanteissa tarvittaisiin vahvasti strukturoituja metodeja. Kuitenkin juuri avoimet dialogit toimivat hyvänä interventiona nimenomaan vahvasti strukturoiduissa asetelmissa kuten mielisairaaympäristöissä. Ennakointidialogit puolestaan soveltuvat (asiakastyössä) parhaimmin avohoidon kaltaisiin ympäristöihin, joissa eri yksiköiden ammattilaiset kohtaavat toisiaan ja yhteisasiakkaita epämääräisillä ei-kenenkään-maan kentillä ja jotka ovat häilyvän rakenteensa vuoksi erityisen alttiita isomorfisille ilmiöille. Tapaukset, joita viimeksi mainituissa ratkotaan (esimerkiksi lastensuojelussa), eivät lopulta ole ”kevyempiä” kuin aikuispsykiatriassa kohdatut. Erottavana tekijänä on pikemminkin se, millä tavoin hoitokäytännöt suodattavat ammatillisen järjestelmän läpi. Aikuispsykiatriassa vakavat tapaukset ottaa (periaatteessa) hoitoonsa pitkälle erikoistunut ja institutionalisoitu systeemi jo alusta alkaen. Lastensuojelussa taas perusvastuu on avohoidolla, ja siinä lastensuojelun sosiaalityöntekijöillä, ja vasta hoitoketjun loppupäissä (jos sielläkään) on pitkälle erikoistunutta ja strukturoitua palvelua. Avoimemmat menetelmät ja asetelmat ovat ehkä ”sopivasti erilainen” interventio strukturoiduissa ympäristöissä, tiukemmin metodisoidut ja johdetut järjestelyt vastaavanlainen ”positiivinen häiriö” häilyvissä rakenteissa.

Sekä avoimissa dialogeissa että ennakointidialogeissa korostuvat moniäänisyys ja käytännöllinen konstruktionismi. Niissä ehkä lähestytään eri kulumista ja eri konteksteissa jotain ”postfordistista”. Olennaista siinä ei lopulta olekaan interventio tai metodi sinänsä, vaan asiakkaan todellisuuden polyfonisen luonteen havaitseminen. Tässä mielessä kieli vuorovaikutuksen fokuksena – ja dialogi erityisenä tapana ”olla kielessä” – te-

kee terapeutekniikan toissijaiseksi. Kummassakin lähestymistavassa ammattiauttamisen perusta rakentuu asiakkaan, perheenjäsenten ja verkoston huolellisesta kuuntelemisesta: ennakoitidialogeissa hyvää tulevaisuutta koskevista reflektioista, avoimissa dialogeissa kauhistuttavien tai muuten vielä sanomattomien kokemusten kielellisten ilmausten muotoutumisesta. Asiantuntijajärjestelmä saa kuunteluissa ikään kuin muistutuksen siitä, että ankkurointiperusta auttamiselle on kokonaisvaltaisessa ”elämämaailmassa”, ei niissä erikoistuneissa fragmenteissa, joiden kautta arki näyttäytyy ”systeemimaailmalle”.

Dialogisuus ei ole mikään ihmelmäke eikä myöskään tee erikoistumista tarpeettomaksi. Mielestämme juuri polyfonisuus saattaa avata sekä asiakkaille ja heidän luomuverkostoilleen että viranomaisille avartuvia mieltämistapoja ja toiminnan mahdollisuuksia. Tässä mielessä dialogit avaa-

vat ”toisia mahdollisuuksia” (second chances). Nuo elämänpolitiikan vaihtoehtoväylät (Giddens 1990; Roos & Hoikkala 1998) uhkaavat umpeutua, mikäli asiakkailla on palvelujärjestelmissä tarjolla vain ”yläpuoliseen ekspertisiin” pitäytyviä asiantuntijoita, jotka moniasiakkuustilanteissa mieltävät tehtäväkseen määrittellä, miten asiat ovat ja mitä muiden on niistä ajateltava. Asiakas-/potilassuhteen sisällä työskentelevän ei ole mahdollista nähdä niitä yllättäviä sosiaalisia voimavaroja, joita tarjoutuu, kun asetelma avataan yksilökontekstista verkoston eri osapuolten kohtaamisiin. Dialogisuus ei poista epäsymmetristä valta-asetelmaa eikä liioin tuota ”kumppanuutta” tai rauhoita tuen ja kontrollin ristiriitoja. Se voi kuitenkin selkeyttää – niin asiakkaille kuin työntekijöillekin – sitä moninäkökulmaisuutta, joka huolta herättäviin tilanteisiin liittyy, sekä avartaa toiminnan vaihtoehtoja.

#### KIRJALLISUUS

Alanen, Y.: Skitsofrenia. Syyt ja tarpeenmukainen hoito. Juva: WSOY, 1992

Alanen, Y.: Schizophrenia. Its Origins and Need-Adapted-Treatment. London: Karnac Books, 1997

Andersen, T.: The Reflecting Team. In: Andersen, T. (ed.): The reflecting team. Dialogues and dialogues about dialogues. New York: Norton, 1990

Andersen, T.: Reflecting processes. Acts of informing and forming. In: Friedman, S. (ed.): The reflective team in action. New York: Guilford Publication, 1995

Arnkil, E.: Sosiaalityö rajasysteemeissä. Makroanalyysistä Markoanalyysiin. Sosiaalihalituksen julkaisusarja 4. Helsinki 1990

Arnkil, E.: Social work and the systems of boundary. Suggestions for conceptual work. In: Arnkil, E. (ed.): Keitä muita tässä on mukana. Viisi artikkelia verkostoista. Sosiaali- ja terveyshallituksen raportteja 23. Helsinki: VAPK-kustannus, 1991. 1991a

Arnkil, E.: Peilejä. Hypoteeseja sosiaalityön ristiriidoista ja kehitysvyöhykkeestä. Sosiaali- ja terveyshallituksen tutkimuksia 5. Helsinki: VAPK-kustannus, 1991. 1991b

Arnkil, E. & Eriksson, E.: Deficiencies, Resources and Curiosity. In: Hänninen, S. (ed.): Silence, Discourse and Deprivation. Research Report 43. Jyväskylä: Stakes, 1994

Arnkil, T. E. & Eriksson, E.: Mukaan meneminen ja toisin toimiminen. Nuorisopoliklinikka verkostoissaan. Tutkimuksia 51. Saarijärvi: Stakes, 1995

Arnkil, T. E. & Eriksson, E.: Kenelle jää kontrollin Musta Pekka -kortti? Sosiaalitoimisto verkostoissaan. Tutkimuksia 63. Jyväskylä: Stakes, 1996

Arnkil, T. E. & Eriksson, E. & Arnkil, R.: Anticipation Dialogues. Vertical and Horizontal Dialogue Methods for Strategic Management and Smart Networking. Themes 3/1999. Helsinki: Stakes, 1999

Arnkil, T. & Eriksson, E. & Arnkil, R.: Palveluiden dialoginen kehittäminen kunnissa. Sektorikeskeisyydestä ja projektien kaaoksesta joustavaan verkostointiin. Raportteja 253. Jyväskylä: Stakes, 2000

Aro, J.: Verkosto yhteiskuntatieteellisenä metaforana. Tiede ja edistys 3/1998

Attneave, C.: Core network intervention: An emerging paradigm. Journal of Strategic and Systemic Therapies 9 (1990), 3–10

Bakhtin, M.: Problems of Dostojevskij's poetics. Theory and History of Literature. Volume 8. Manchester University Press, 1984

Bauman, Z.: Dialectic of Modernity. London: Sage, 2000

Beck, U.: Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt/M.: Suhrkamp Verlag, 1986

Beck, U.: Reflexive modernization. Politics, tradition and aesthetics in the modern social order. Cambridge: Polity, 1994

Beck, U. & Giddens, A. & Lasch, S.: Nykyajan jäljillä. Refleksiivinen modernisaatio. Tampere: Vastapaino, 1995

Boscolo, L. & Bertrando, P.: Times of time. New York: Norton, 1993

Bruijn, T. de: Onko perhe pahin. Perheterapia 1989: 5, 8–12

Castells, M.: Materials for an exploratory theory of the network society. The British Journal of Sociology 51 (2000), 15–25

Elias, N.: The Civilizing Process. Oxford: Backwell, 1994

Eriksson, E. & Arnkil, T. E. (toim.): Ammattilaiset arvailevat toisistaan – tulkintaverkostot psykososiaalisessa työssä. Raportteja 184. Jyväskylä: Stakes, 1995

Eräsaari, R.: Sosiaaliansunnittelusta verkostoterapiaan. Yhteiskuntasuunnittelu 2/1986

Forsberg, J. & Wallmark, M.: Nätverksboken.

Stockholm: Liber, 1998

Galperin, P. J.: Johdatus psykologiaan. Pori: Kansankulttuuri, 1979

Garrison, J.: Clinical construction of action social networks. *International Journal of Family Therapy* 5 (1981), 258–267

Gergen, K. & McNamee, S.: From disordering discourse to transformative dialogue. In: Neimeyer, R. & Raskin, J. (eds.): *Constructions of disorders*. Washington, DC.: American Psychological Association, 2000

Giddens, A.: *The Consequences of Modernity*. Cambridge: Polity, 1990

Goodman, L. & Rosenberg, S. & Mueser, K. & Drake, R.: Physical and sexual assault history in women with serious mental illness: Prevalence, correlates, treatment, and future research directions. *Schizophrenia Bulletin* 23 (1997), 685–696

Gramski, A.: Amerikanismi ja fordismi. Teoksessa: Gramski, A.: *Vankilavihkot, valikoima 2*. Oulu: Kansankulttuuri, 1982/1975

Haatanen, K.: Yhteisöllisyyden paradoksit. Helsingin yliopiston sosiaalipolitiikan laitoksen julkaisuja 4. Yliopistopaino 2000

Habermas, J.: *Theorie des kommunikativen Handelns*. Band 1. *Behandlungsrationalität und gesellschaftliche*. Augsburg: Suhrkamp Verlag, 1981

Heino, T.: Asiakkuiden hämäryys lastensuojelussa. *Tutkimuksia* 77. Jyväskylä: Stakes, 1997

Heino, T. (toim.): *Läheisneuvonpito – uusi sosiaalityön menetelmä*. Oppaita 40. Jyväskylä: Stakes, 2000

Heinonen, J.: *Pienviljelijäprojektista sosiaalivaltion*. *Acta Universitatis Tampereensis*, ser A vol 302. Tampere 1990

Holma, J. & Aaltonen, J.: The sense of agency and the search for a narrative in acute psychosis. *Contemporary Family Therapy* 19 (1997), 463–477

Imber-Black, E.: *Families and larger systems. A family therapist's guide through the labyrinth*. New York: Guilford, 1988

Imber-Coppersmith, E.: *Families and Multiple Helpers: A Systemic Perspective*. In: Campbell, D. & Draper, R. (eds.): *Applications of Systemic Family*. Milan Approach. London 1984

Karon, B.: The tragedy of schizophrenia. *The General Psychologist* 32 (1999): 1, 3–14

Kemenoff, S. & Jachimczyk, J. & Fussner, A.: Structural family therapy. P. 11–145. In: Lawson, D. & Prevat, F. (eds.): *Casebook in family therapy*. Toronto: Brooks/Cole Wadsworth, 1999

Keränen, J.: The choice between outpatient and inpatient treatment in a family centred psychiatric treatment system. English summary. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research* 93, 1992

Klefbeck, J. & Bergerhed, E. & Forsberg, G. & Hultkranz-Jeppson, A. & Marklund, K.: *Nätverksarbete i multiproblemfamiljer*. Botkyrka, 1988

Korttinen, M.: Lähio. *Tutkimus elämäntapojen muutoksesta*. Keuruu 1982

Lehtonen, H.: *Yhteisö*. Jyväskylä 1990

Lytard, J.-F.: *Tieto postmodernissa yhteiskunnassa*. Jyväskylä 1985

Marsella, A. & Snyder, K.: *Stress, social support and schizophrenic disorders: Towards an interactional model*. *Schizophrenia Bulletin* 7 (1981), 152–163

Roos, J. P. & Hoikkala, T.: *Elämänpolitiikka*. Tampere: Gaudeamus, 1998

Schwartzman, H. & Kneifel, A.: How the child care system replicates family patterns. In: Schwartzman, J. (ed.): *Families and Other Systems*. New York: Guilford, 1985

Seikkula, J.: Family-hospital boundary system in the social network. English summary. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research* 80, 1991

Seikkula, J.: When the boundary opens: family and hospital in co-evolution. *Journal of Family Therapy* 16 (1994), 401–414

Seikkula, J. & Sutela, M.: Co-evolution of the Family and the Hospital. *The System of Boundary*. *Journal of Strategic and Systemic Therapies* n:o 2, 1989

Seikkula, J. & Alakare, B. & Aaltonen, J.: Potilaat sosiaalisissa verkostoissaan – kahden vuoden seuranta-tutkimus akuutin psykoosin kotihoidosta. Teoksessa: Haarakangas, K. & Seikkula, J. (toim.): *Psykoosi – uuteen hoitokäytäntöön*. Helsinki: Kirjayhtymä, 1999

Seikkula, J. & Alakare, B. & Aaltonen, J.: A two year follow-up on open dialogue treatment in first-episode psychosis: Need for hospitalization and neuroleptic medication decreases. (Published in Russian, English manuscript from the authors.) *Social and Clinical Psychiatry* 10 (2000), 20–29

Seikkula, J. & Alakare, B. & Aaltonen, J.: Open dialogue in first-episode psychosis II: A comparison of good and poor outcome cases. *Journal of Constructivist Psychology* (painossa 2001)

Seikkula, J. & Aaltonen, J. & Alakare, B. & Haarakangas, K. & Keränen, J. & Sutela, M.: *Treating psychosis by means of open dialogue*. In: Friedman, S. (ed.): *The reflective team in action*. New York: Guilford Publication, 1995

deShazer, S.: *Putting difference to work*. New York: Norton, 1991

Selvini-Palazzoli, M. & Boscolo, L. & Cecchin, C. & Prata, G.: *Paradox and counterparadox*. New York: Jason Aronson, 1978

Speck, R. & Attneave, C.: *Family Networks*. New York: Pantheon Books, 1973

Stern, S. & Doolan, M. & Stables, E. & Szmukler, G. L. & Eisler, I.: Disruption and reconstruction: Narrative insights into the experience of family members caring for a relative diagnosed with serious mental illness. *Family Process* 38 (1999), 353–369

Terling-Watt, T.: A Communitarian Critique of the Child Protective System. *Journal of Sociology and Social Welfare XXVII* (December 2000): 4, 3–23

Trimble, D.: *Network therapy*. *AFTA Newsletter* 1996–997, 26–30

Trimble, D. & Kliman, J. & Villapiano, A. & Beckett, W.: Follow up of a full-scale network assembly. *International Journal of Family Therapy* 6 (1984), 102–113

Watzlawick, P. & Weakland, J. H. & Fish, R.: *Change. Principles of Problem Formation and Problem Resolution*. New York: Norton, 1974

Voloshinov, V.: *Marxism and the philosophy of language*. Sixth printing. Massachusetts: Harvard University Press, 1996.

## ENGLISH SUMMARY

*Tom Erik Arnkil & Jaakko Seikkula & Esa Eriksson: Open and anticipation dialogues: social networks in psychosocial work (Avoimet dialogit ja ennakoitidialogit: sosiaaliset verkostot psykososiaalisessa työssä)*

The aim of this paper is to provide a theoretical description of the importance of networking and network therapy as a way of finding a solution to the problems created by specialised expertise in the Nordic social and welfare system and to describe open and anticipation dialogues as forms of the second modern network therapy. These ideas are analysed against the background of contemporary sociological theories of post-traditional or post-modern society.

Network therapy originated in the United States in the mid-1960s especially through the work of Ross Speck and Carolyn Attneave (1973). It had implications in both social care and adult and child psychiatry. Originally, network therapy meant mobilising full-scale network meetings around crisis situations (Trimble & al. 1984) and undergoing profound emotional experiences at these meetings. After an initial period of strong growth, the weight of network therapy began to decline in the United States (Attneave 1990). Early network therapists were great enthusiasts with huge personal charisma. This was difficult or impossible for novices to replicate. Network therapy crossed over to Europe, especially to countries which has comprehensive social and health care systems in place (Trimble 1996–1997). This was particularly the case in the Nordic countries, where work was started with immigrant families and their social problems in the suburbs of Stockholm in Sweden (Klebeck & al. 1988). When the professionals had built up enough courage to bring in lay people, they were delighted to find new resources for problem-solving in crisis situations. This presented a challenge for the concept of expertise. It was no longer the professional alone who held the keys to solutions. New competencies were required of professionals: Instead of prescriptive expertise, skills of mobilisation were called for. For us, there are signs of "second expertise" here. The "first modern" produced the sectorised service systems and specialised expertise where the expert knew better. A key element in "second expertise" is dialogism.

In the Open Dialogue approach the team organises open treatment meetings for analysing the problem and preparing a treatment plan in any crisis. The patient, the family and the rest of the social network participate from the very outset in the treatment meetings, where all analysis of the problem and treatment decisions is out in the open with everyone present. Families are no longer objects for staff-planned treatment. Instead, they are active participants in joint processes.

The social network is involved in the process throughout the entire treatment sequence. In every case a tailor-made team, consisting of both outpatient and inpatient staff, should be constituted. The team takes charge of the entire treatment sequence, regardless of whether the patient is at home or in the hospital and irrespective of how long the treatment period is expected to last.

The Anticipation Dialogues set of methods (AD) is in essence a close relative of Open Dialogues, even though on the surface they are almost diametrically opposed. Anticipation Dialogues are highly structured, not open. The dialogues are conducted by network consultants. Strikingly, Anticipation Dialogues are suited to crisis situations where Open Dialogues are at their best. And vice versa, AD yield the best results in open care muddles where OD methods do not work at all. The ideas are as follows: (a) Speaking and listening are separated to allow for rich inner dialogues. (b) Facilitators interview family members and professionals about a good future in order to (c) bring to the fore fixing points for a plan of joint action to make a good future come true. The platform is for negotiating clarity, not for decision-making. The facilitators arrange the family around one table and the professionals around a second one. One facilitator joins the family, the other the professionals. The extended family group has the first turn. "Recalling the Future" seems to be the most powerful method in the set of Anticipation Dialogues.

There are no common problems to be defined. The shift of focus from defining underlying problems to anticipating possible consequences of one's actions seems, in our experience, to keep professional duels at bay. Increasing subjectivity, to the extent that one realizes that "objectivity" comprises an endless polyphony of subjectivities, seems to pave the way to "second expertise" with less fantasies of control and a high tolerance of uncertainty – and curiosity towards others' subjectivity. Open Dialogues and Anticipation Dialogues share common ground in dialogism, polyphony and practical constructionism. We are intrigued by the possibility of approaching something "Post-Fordist" from different angles and in different contexts. What becomes essential seems no longer to be the therapeutic method itself, but seeing the polyphonic nature of our clients' reality. In this respect language – and dialogue as a specific form of being in language – as the focus of treatment makes the practical forms of different approaches secondary. We can live in Open Dialogues especially in the heaviest crisis situations and in Anticipation Dialogues in stuck cases of social care, and make use of our understanding that the resources for recovery are in the dialogue itself.

## KEY WORDS:

*Psychosocial work, social networks, networking methods, open dialogues, anticipation dialogues, post-modern society*