



Jaakko Seikkula
Tom Erik Arnkil

DIALOGINEN verkostotyö

Kirjan ensimmäinen painos ilmestyi vuonna 2005
kustannusosakeyhtiö Tammen kustantamana.

Taitto ja typografia: Katariina Tirkkonen-Wane
© Kirjoittajat ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2009
ISBN 978-951-33-2293-9 (nid.)
ISBN 978-951-33-2294-6 (pdf)
Painopaikka: Esa Print Oy

Sisällys

Asiakkaiden äänet kuuluviin	5
-----------------------------------	---

OSA I

1. VERKOSTOT JA DIALOGIT	11
Psykososiaalisessa työssä verkostot merkitsevät rajanylityksiä.....	12
Kirjan rakenne ja sisältö	15
2. DIALOGEJA TYÖNTEKIJÄ- JA LÄHEISVERKOSTOJEN RAJOILLA	19
Ei sittenkään yhteistä ongelmanmäärittelyä!	19
Asiakkaan läsnäolo muuttaa kaiken	24
Hoidon yhteinen suunnittelu olikin parasta hoitoa, ei vain suunnittelua	25
Ongelmasta vuoropuheluun	28
Käsitteitä etsimässä	29
3. TURHAUTTAVIA VERKOSTOKOKOUKSIA.....	33
Neljä oletusta monitoimijaisen kokoontumisten problematiikasta	33
Kohtaamisissa määritellään keskinäisiä suhteita.....	35
Ongelmia on yhtä monta kuin toimijoita.....	36
Kuormitusta säädellessä.....	38
Vuorovaikutustavat saattavat toistua	42

OSA II

4. AVOIMET DIALOGIT KRIISITYÖSSÄ.....	47
Käytännöstä johtopäätöksiksi	48
Välitön apu	48
Sosiaalisen verkoston huomiointi	49
Joustavuus ja liikkuvuus.....	51
Työryhmän vastuullisuus	52
Psykologinen jatkuvuus	53
Epävarmuuden sieto.....	54
Dialogisuus.....	56
Hoitokokous on yhdessä pohtimista	56
Miten rakentaa hoitojärjestelmän keskustelu moniääniseksi ja epävarmuutta sietäväksi?	58
5. ENNAKOINTIDIALOGEJA HUOLTEN VÄHENTÄMISEKSI.....	61
Aloite verkostokokouksesta on avunpyyntö	62
Vuoropuhelun helpottajat	64
Tulevaisuuden muistelun kulku	69
Ajateltu nykyhetki lähitulevaisuuteen	70
Omien tekojen ja saadun tuen muistelu.....	73
Huolet ja niiden väheneminen	74
Kaksi kysymystä työntekijöille	76
Suunnitelman hahmo ja koordinaation tuki.....	80
6. YHTEISTÄ MUTTA ERILAISTA	82
Toimintatapojen yhtäläisyyksiä.....	82
... ja erilaisuuksia	85
Dialogisuuden perusulottuvuuksia.....	87
Dialogisuus, polyfonia, sosiaaliset kielet	89

7. VERKOSTON DIALOGIEN AUTTAVAT JA PARANTAVAT TEKIJÄT	96
Asialistan käsittelystä yhteiseen jakamiseen	96
Ohjauskeskus siirtyy pään sisältä ihmisten väliin	98
Rakentuu uusi, yhteisesti jaettu kieli.....	99
Muodostuu uusi yhteisö	102
Keskustellaan arkikielellä arjesta	103
Esimerkki: Kaksi erilaista skitsofreniaa	104
Epävarmuuden sieto ja voimavaroja lisäävät kokemukset	106
Muutos on yhteiskehitystä	110
Koko ruumis, ei vain puhuvia päitä	112
Esimerkki: Tapetaanko minut?	113
Yhteenvedo yksinkertaisiksi toimintaohjeiksi puettuna	115

OSA III

8. DIALOGI JA VASTAAMISEN TAITO	121
Psykoottiset kommentit liittyvät puhuttuun.....	121
Esimerkki: Raiskaajat tulevat.....	122
Työryhmä luo tilaa uuden kielen ilmenemiselle	125
Hoitokokousten äänet	126
Dialogiin vaikuttavien tekijöiden analyysi.....	129
Dialogia ilmentävät ominaisuudet.....	129
Symbolinen kieli korostui hyvässä hoidossa	130
Dialogit väkivaltatilanteista	131
Hyvä hoitotulos: Työryhmän reflektiivinen dialogi	131
Ongelmallinen hoitotulos: työryhmä ei vastaa	133
”Ei ole kauheampaa kuin vastausta vaille jääminen”	135
9. DIALOGISEN VERKOSTOTYÖN TULOKSELLISUUS	137
Koulutus ja tutkimustyö osana käytännön kehittämistä.....	137
Ensimmäinen psykoosi Tornion seudulla	138
Hoito alkaa nopeammin	140
Hoitoprosessit verkostoissa, ei sairaalassa	140
Oireet väistyvät ja työhön paluu mahdollistuu	142
Hoitoa voi edelleen kehittää	143
Tulokset hoitokäytäntöinä: Kun hoito tuottaa tulosta tai ei johda toivottuun muutokseen.....	144
Hoitokäytännöt voivat muuttua	148
10. TUTKIMUS JA KÄYTÄNTÖJEN YLEISTYMINEN	153
Näyttöön perustuva tutkimus ja asetelmien yksipuolistuminen.....	154
Selitysmallien etsinnästä kuvaaviin tutkimuksiin	157
Hallintokulttuuri luo koeasetelmatutkimuksen kysyntää	159
Tutkimuksen agorat ja kontekstiin sitoutuminen	161
Käytäntöjen yleistäminen ja oppimisen foorumit	164
LOPUKSI: Vallasta ja valtaistamisesta	168
LÄHTEET	177

Asiakkaiden äänet kuuluviin

Kädessäsi on uusittu painos kirjastamme, joka julkaistiin ensimmäisen kerran 2005. Vaikka kirjan julkaisualallakin ajat muuttuvat nopeasti, mielestämme kolme vuotta sitten julkaistu ei ole menettänyt ajankohtaisuuttaan. Mutta joitakin ajatuksia ja uusia kehittämistävoitteita on virinnyt myös näinä vuosina.

Tämän kolmen vuoden aikana on tapahtunut yhteiskunnassamme valtava vaietun väkivallan esiinmarssi hyvin dramaattisella tavalla. Syksyllä 2007 Jokelan lukiossa koululainen ampui kahdeksan ihmistä, pääosa oppilastovereitaan ja sen jälkeen itsensä. Syksyllä 2008 Kauhajoella ammattikorkeakoulussa opiskelija ampui 10 ihmistä ja sen jälkeen itsensä. Tuntuu, että näiden käsittämättömien tekojen jälkeen mikään ei voi enää olla entisellään lasten, nuorten ja aikuisten palveluissa. Meidän kaikkien pitää jollain tavalla huomioida, miten voimme kehittää toimintaamme sekä ongelmien ehkäisemisessä että niiden kohtaamisessa. Me emme tiedä tapahtumien syitä, emmekä lähde niitä tässä pohtimaan. Mutta tiedämme, että ammattilaisten toimintaa pitää kehittää. Meidän ehdotuksemme on avoimuuden systemaattinen lisääminen ja ammatti-ihmisten ja asiakkaiden henkilökohtaisten sosiaalisten verkostojen yhteistoiminta.

Tämän kirjan ja oman kehittämistyömme kohdealue on laaja. Puhumme tässä mielenterveydestä, sosiaalityöstä, vammaispalveluista, perhepalveluista ja vanhustenhuollosta yhtä kuin hyvin kunnoutuksesta ja päihdetyöstä. Mutta näiden lisäksi puhumme myös ylipäätään hyvinvointipalvelujen kehittämisestä, mukaan lukien perusterveydenhuolto, koulut ja päivähoito. Parinkymmenen vuoden ajan olemme tutkineet niitä yhteistyössä kenttäammattilaisten kanssa. Nämä tutkimuksemme ovat vahvistaneet pääoletustamme: Asiakkaiden sosiaalisissa suhteissa ja ammatti-ihmisten yhteistyössä on korvaamaton voimavara, jonka avulla selviämme vaikeista kriiseistä. Olennaisin asia tämän voimavaran käyttöönsaamiseksi on avoimuus alusta lähtien. Asiakkaiden pitäisi tulla hoidon ja auttamistyön kohteesta sen aktiiviseksi toimijaksi. Kysymme vakavasti: eikö olisi jo aika hellittää asiantuntijakeskeisyydestä ja ottaa asiakkaat mukaan avoimeen yhteistyöhön. Esitämme kolmitahoisen vetoomuksen: ei asianosaisten selän takana, ei ongelmia ja vajavuuk-

sia listaten, ei unohtaan, että ihmisten tärkein tuki on heidän läheisverkostoissaan.

Moniammatillisissa kokouksissa pohditaan asiakkaan tai perheen asioita. Miksi heitä ei ole kutsuttu? Tiedon välittäminen ja asiasta sopiminen ammattilaisten kesken voi olla kätevää, mutta onko se sopivaa? Päivähoidossa ollaan huolissaan, kuinka esikoululaisen käy alakoulussa ja opettajaa informoidaan ongelmista. Yläkoulun oppilashuoltoryhmä käsittelee oppilaan ja perheen tilannetta, terveydenhuollon moniammatillisen ryhmän palaverissa vaihdetaan tietoja, vammaispalvelujen toteutusta suunnitellaan... Mielenterveystiimi suunnittelee hoitoa, lastensuojeluryhmä pohtii lapsen etua – keskenään. Ammattilaiset määrittelevät tilanteet ja sopivat yhteisestä linjasta. Perheitä koskevaa tietoa virtaa asiantuntijalta toiselle ohi perheiden ja usein heidän tietämättään. Ymmärrämme hyvin, että ammattilaisilla on hyvä tarkoitus auttaa parhaalla tavalla, mutta miksi sen pitää tapahtua asiakkaiden selän takana?

Ammatti-ihmisten yhteistyöstä on säädetty jo lailla ja asetuksilla. Kunnissa pitää olla oppilashuoltoryhmät ja kuntoutuksen yhteistyöryhmät. Lastensuojelulaissa säädetään entistä tarkemmin, miten lastensuojelutoimenpiteiden pitää kuulla lasten ääntä. Näiden myötä monin paikoin halutaan toimia toisin. Asiakkaat kutsutaan mukaan, mutta usein saatetaan jatkaa asiantuntijakeskeisesti, jolloin yhteisistä tapaamisista saattaa tulla kauheita kokemuksia. Niissä saatetaan lukea papereista, mitä kuuluu asiakkaalle, jota useat läsnäolijoista eivät ole ennen tavanneet, ja päätetään ammattilaisten kesken, mikä hänelle on parasta. Tällaisen itseä koskevan - usein ongelmiin keskittyvän - kuvauksen kuuleminen voi olla asiakkaalle musertava, tutkimusten mukaan. Toiminnan muodon muuttaminen ei riitä, vaan tarvitaan uudenlaisten, verkostokeskeisten työskentelytapojen oppimista. Onneksi on työntekijöitä, jotka eivät pysähdy puolitiehen. Monet ammattilaiset pitävät eettisenä johtotähtenään käsitellä asioita vain asianosaisten läsnä ollessa. He tähtäävät hyvään vuoropuheluun palvelun suunnittelemiseksi. He ottavat huomioon, että asiakkaan läheisillä voi olla erinomaisia keinoja tukea arjen sujumista. Demokraattinen palvelukulttuuri on paitsi mahdollista, myös toimivampaa - ja taloudellisempaa. Asiakkaiden avoin osallisuus tuottaa kestäviä ratkaisuja. Mikäli asiakkaan läheisten tuki huomioidaan, voimavarat moninkertaistuvat.

Työntekijöillä on kuitenkin voitettavana monia esteitä, koska organisaatiot on rakennettu tukemaan yksilökeskeistä ja asiantuntijakeskeistä työtä, jossa pääperiaatteena näyttää olevan, että asiakkaiden ääntä ei kuulla. Työ pakotetaan lyhyiksi asiakaskäynneiksi. Mitataan yksilökäyntejä, pätkäkohtaisia vaaditaan lisää tehokkuuden nimissä. Sama paine tuntuu sosiaalitoimessa ja työvoimatoimessa. Kouluissa opettajien työhön ei lueta lainkaan oppilaan tukemiseen tarvittavaa työaikaa, vaan kaiken pitäisi tapahtua samassa luokassa samalla tunnilla parinkymmenen muun huomiota tarvitsevan koululaisen kanssa. Ei ole ihme, että opettajan ainoaksi ratkaisuvaihtoehdoksi jää pulmatilanteessa oppilaan ohjaaminen erityisluokkaan tai hänen perheensä lähettäminen vaikkapa perheneuvolan keskusteluihin. Tehdasmaista tehoa, joka tuhoaa mahdollisuuksia yhdistää asiakkaiden, läheisten ja ammattilaisten voimavaroja yhteisten suunnitelmien laatimiseksi ja toteuttamiseksi.

Lukuisat ammattilaiset koettavat kääntää valtavirtaa. Uusissa käytännöissä asiakkaat, perheet ja työntekijät kokoontuvat vuoropuheluun antaen tilaa kuuntelulle ja painottaen asioita, jotka toimivat arjessa. On tutkittua tietoa siitä, että tällainen työskentely sekä tuntuu hyvältä, että tekee hyvää. Se lisää hyvinvointia ja elämänhallintaa. Epäilijät kysyvät, voiko kovin sairasta mielenterveyspotilasta ottaa mukaan avoimeen pohdintaan. Kyllä voi, sellainen eheyttää. Tulokset ovat tutkitusti hyviä. Kiireen ahdistamat työntekijät huokaavat, ettei ole aikaa. Ei olekaan. Hyvän vuoropuhelun vaatima aika sirottuu nyt toistuviin pätkäkäynteihin sekä työntekijöiden kokouksiin. Mutta voimme tehdä paljon myös itse muuttamalla omaa työkäytäntöämme. On mielenterveystoimistoja ja sosiaalitoimistoja, joissa puolet työajasta menee työntekijöiden keskinäisiin palavereihin. Entäpä jos luopuisimme niistä ja ottaisimme aina asiakkaat mukaan heidän asioista keskustellessamme?

Yhteisessä vuoropuhelussa löytyy ratkaisuja, jotka vähentävät päällekkäistä työtä ja pulmatilanteiden toistumista. Avoin yhteistyö ja tuloksellisuuden lisääntyminen tuottavat lisää aikaa yhteistyölle. Yhdessä toimien lievitetään inhimillistä ahdinkoa, säästetään rahaa ja huojennetaan työntekijöiden kuormittumista. Suomessakin asiakkaat, potilaat, perheet ja läheiset ovat alkaneet vaatia avoimempaa palvelutapaa. Toivomme, että kirjamme uudistettu painos antaa eväitä työntekijöille vuorovaikutuskeskeiseen kohtaamiseen.

Toivomme myös, että kirjamme antaisi rohkaisua asiakkaille vaatia auttamistapoja, jossa omat äänet tulevat huomioituiksi.

Haluamme Kiittää Stakesia kirjan kirjoittamisen tukemisesta jo ensimmäisessä painoksessa ja erityisesti tämän uudistetun painoksen julkaisemisesta. Edellisiin painoksiin olemme lisänneet tämän Esipuheen lisäksi myös Epilogin, joka käsittelee verkostodialogeja yhdestä uudesta näkökulmasta, valtasuhteena.

Helsingissä ja Jyväskylässä marraskuussa 2008

Jaakko Seikkula ja
Tom Erik Arnkil

OSA I

1. VERKOSTOT JA DIALOGIT

Suomessa on tehty verkostotyötä pitkään, 1980-luvun lopulta lähtien jopa ”verkostotyön” nimellä. Verkostoihin liittyyvää työtä ei näet voi oikeastaan olla tekemättä. Kansalaisilla on sosiaaliset suhteensa, vaikka heitä lähestyttäisiin erillisinä yksilöinä, ja ammattilaisten työ liittyy joko välittömästi tai välillisesti siihen, mitä muissa osissa työntekijäverkostoa tehtiin tai tehdään. Suomessa on mahdotonta kohdata kansalaista, joka ei olisi ollut syntyessään, vauvaiässä, pikkulapsi-iässä, koulukkaana, nuorena aikuisena, huoltajana, keski-ikäisenä tai ikäihmisenä kosketuksissa palvelujärjestelmiin. Niin ikään on mahdotonta kohdata henkilöä, joka olisi ilmaantunut maailmaan ja eläisi siinä tyystin sosiaalisten suhdekokonaisuuksien ulkopuolella. Jo kahdenkeskisessä asiakaskeskustelussa on yleisönä myös asiakkaan läheisverkosto. Kysyessämme hänen läheisistään tulee kyseinen henkilö mukaan keskusteluun asiakkaan sisäisessä dialogissa.

Jokainen kysymyksemme ja kommenttimme tuo uusia ääniä asiakkaan dialogeihin läheistensä kanssa. Teemme tärkeää verkostotyötä muotoillessamme kysymyksiämme tai kommentoidessamme sitä, mitä asiakas kertoo perheenjäsenistään ja muista hänelle tärkeistä henkilöistä. Meidän muotoilumme rakentavat sekä asiakkaan sisäistä dialogia läheistensä kanssa että vaikuttavat siihen, mitä asiakkaamme puhuu hänelle keskeisten ihmisten kanssa keskustelumme jälkeen. Emme siis voi olla tekemättä verkostotyötä hänen oman verkostonsa kanssa.

Asiakkaamme tuo myös mukanaan keskusteluun ne ammattiauttajat, joiden kanssa hän on ollut yhteydessä joko tällä hetkellä ajankohtaisen ongelmansa merkeissä tai aikaisemmin. Kommentoidessamme asiakkaan sanomisia tai muotoillessamme kysymyksiä hänen tilanteestaan puhumme myös muulle auttajaverkostolle. Aluksi ehkä siten, että asiakkaamme on välikätenä, sillä hänhän vertaa meidän sanomaamme jonkun toisen ammattiauttajan sanomaan. Puhumme toisille ammattiauttajille myös siten, että nämä ovat ääninä läsnä asiakkaan kanssa käymässämme kahdenkeskisessä keskustelussa, ja nuo äänet kaikuivat meille itsellemme sellaisina kuin kokemuksemme noista toisista ammattilaisista ovat aiemmin olleet. Verkostoihin ollaan siis suhteissa, vaikka läsnä olisi vain kaksi ihmistä. Niihin muodostetaan kaiken aikaa suhdetta,

koska ne kaikuvat ääninä keskusteluissamme. Jos suuntaudumme huomioimaan sekä asiakkaamme verkostoyhteydet että omamme, ei ole pitkä askel siihen, että kutsumme tuon verkoston paikalle tarvittaessa.

Työntekijäverkostot ovat läsnä myös siten, että ammatilliset toimenpiteemme liittyvät toisten toimenpiteisiin – joko hyvin sopivina täydentävinä osina tai enemmän tai vähemmän hankalasti auttamiskokonaisuuteen liittyvinä. Varsinkin sellaisissa tilanteissa, joissa käsiteltävänä ei ole yksittäinen selvärajainen pulma, työntekijöitä on asiakkaan tai perheen ympärillä useitakin. Asiat verkostoituvat siten, että tilanteeseen kytkeytyy useita toimijoita. Psykososiaalisen työn tehtävissä tällainen tilanne on pikemminkin sääntö kuin poikkeus.

Verkostoissa on työskennelty jo vuosia – ainakin niin kauan kuin on ollut olemassa moniammatillinen järjestelmä. Silti tuo työskentely ei ole itsestään selvää eikä yksinkertaista eikä läheskään aina sujuu suotuisalla tavalla. Yksilö-, työpari- ja tiimityön metodeihin kiinnitetään huomiota. Koetaan, että asiakkaan hyvän kohtaamisen tueksi tarvitaan koulutusta ja hyvien käytäntöjen pohdintaa. Sen sijaan verkostomaiseen yhteistyöhön suhtaudutaan joskus niin kuin monitoimijaiset kohtaamiset ilman muuta ja sen kummemmin pohtimatta toimisivat hyvin ja tuottaisivat tarkoitettuja tuloksia. Kokemukset eivät kuitenkaan ole kauttaaltaan tuon suuntaisia. Tässä kirjassa tarkastellaan läheisverkostojen ja työntekijäverkostojen kohtaamisia ja koetetaan pohtia, kuinka niistä tulisi hyviä dialogitilanteita.

Psykososiaalisessa työssä verkostot merkitsevät rajanylityksiä

Sen enempää verkostotyö kuin dialogisuuskään eivät ole mitään uutuuksia. Verkosto-käsitteen synty liitetään yhteiskuntatieteissä John Barnesin 1950-luvun tutkimuksiin (Barnes 1972). Yhteisöihin ja yhdyskuntiin suuntautuneilla lähestymistavoilla on pitkä historia ulottuen aina brittien siirtomaapolitiikkaan asti (ks. Sipilä 1989). Verkostotyö-nimike alkoi vakiintua 1970-luvulta lähtien sekä terapian että sosiaalityön piirissä (ks. Speck & Attneave 1973). Dialogi-käsitteen alkuperää etsittäessä on palattava ajassa aina Platoniin saakka ja ehkä kauemmaksikin. Dialogisuus, keskinäisen

ymmärryksen kehittäminen arvostavassa vuoropuhelussa, ei ole ennenkuulumatonta hoito-, kasvatus-, ohjaus- tai neuvontatöissä, eikä se liity pelkästään verkostoihin. Dialogisuutta on kehitelty ja eritelty erilaisissa yksilötöiden ja ryhmiin pohjautuvan työn muodoissa ja koulukunnissa. Sen sijaan verkostojen kanssa työskentelyyn liittyvää dialogisuutta on eritelty sangen vähän. Dialogisia verkostokäytäntöjä toteutetaan ehkä paljonkin, mutta niitä on kuvattu ja analysoitu niukasti.

Verkostot eivät ole ikuismuodostumia, aina samanlaisia. Kansalaisten omat verkostot; perhe, lähiyhteisö, sukusidokset, työyhteisöt muuttuvat. Samoin muuttuvat ammattiauttajien työnjaot ja toimintatavat. Samaan aikaan kun eri sektoreilla kehitetään yhä pidemmälle meneviä uusia työ- ja terapiamuotoja erilaisten ongelmien kohtaamiseen, lisääntyy yhteistyön tarve asiakkaiden kokonaistilanteen huomioimisen turvaamiseksi. *Rajanylitykset ovat tulleet ajankohtaiseksi, kun rajojen vetämisen käänköpuolet tulevat kasautuvasti esiin.* Etäisyyden ylläpitäminen ammattilaisten ja maallikoiden välillä edesauttaa asiantuntijajärjestelmien työrauhaa ja tuottaa upeita ammatillisia ratkaisuja. Toisaalta se hankaloittaa maallikoiden voimavarojen saamista mukaan pulmanratkontaan silloin kuin niitä tarvittaisiin. Selvät rajanvedot erikoistuneiden ammattilaisten kesken ovat hyödyllisiä erikoisosaamista vaativien tehtävien hoitamiseksi, mutta juuri nuo rajanvedot ovat hyvin pulmallisia kohdattaessa sellaisia ilmiöitä, jotka eivät noudata sektorijärjestelmän työnjakoa. Jos asiakkailla on monitahoisia pulmia, he joutuvat asioimaan usealla taholla yhtä aikaa tai peräkkäin. Rajanylitykset ovat tulleet erityisen ajankohtaisiksi, kun erikoistunut ammatillinen järjestelmä kohtaa muuttuvat sosiaaliset verkostot.

Parhaimmillaan moniammatillinen kokonaisuus muodostuu toisiaan täydentävistä osista, jossa ammattilaiset tietävät, keihin olla yhteydessä, kun täydentävää asiantuntemusta tarvitaan. Pahimmillaan moniammatillinen työ on epätietoisuutta vastuista, yrityksiä saada toiset tekemään osansa asiakkaan auttamiseksi, loputtomia verkostokokouksia ja avunhakijoiden tilanteen ajautumista umpikujaan tai kriisiin. Parhaimmillaan kansalaiset saavat asiantuntevaa apua ja palveluksia ammattilaisilta, jotka osaavat asiansa. Pahimmillaan he joutuvat kokemaan, etteivät tule kuulluksi, että heitä määritellään heille vierailta tavoilla, että ammattilaisten toimet sopivat huonosti heidän elämäntilanteeseensa tai että ammatti-

laisten toimista muodostuu sekava joukko toimenpiteitä, joissa heitä vedetään eri suuntiin.

Rajanylitykset koskevat sekä moniammatillisen järjestelmän sisäisiä, erikoistuneiden ammattilaisten kesken että ammattilaisten ja ”maallikoiden” välillä tapahtuvia kohtaamisia. Nämä aihepiirit liittyvät läheisesti toisiinsa. Ne itse asiassa sulautuvat toisiinsa. Kun psykiatrisessa hoidossa kutsutaan mukaan potilaan perheenjäseniä ja ehkä muitakin läheisiä ja järjestetään mahdollisuus vuoropuheluihin, heitä ei kutsuta hoidettaviksi vaan mukaan muodostamaan ymmärrystä hämmentävästä asiasta yhdessä potilaan ja ammattiauttajien kanssa. Tuollaisissa prosesseissa on vaikea vetää ehdotonta rajaa asiantuntijan ja maallikon välille. Totta kai lääkäri on edelleen lääkäri, psykologi psykologi ja sosiaalityöntekijä sosiaalityöntekijä, eikä heidän asiantuntemuksensa liukene mihinkään. Mutta dialogeissa hoito ei ole yksin heidän varassaan, vaan asiakkaan läheiset lisäävät koko yhteisön voimavaroja. Heidät pyydetään mukaan siksi, että ensinnäkin psyykkisen kriisin kohdanneen henkilön tilanne ei ole yksin hänen tilanteensa vaan koskettaa hänen läheisiäänkin. Toiseksi keskinäisessä vuoropuhelussa voidaan muodostaa sellaista ymmärrystä, joka ei olisi kenenkään yksin tavoitettavissa. Näin potilaan lähiverkosto tulee hoidossa voimavaraksi ja hoitoprosessin subjektiksi. Kun lapsen, nuoren, aikuisasiakkaan tai seniorikansalaisen tilanteen ratkointaan kutsutaan mukaan heidän läheisiään ja asiaan kytkeytyneitä työntekijöitä, ratkaisuja etsitään niiden osapuolten voimavarojen yhdistämisestä. Läheisiä ei kutsuta mukaan autettaviksi vaan tuomaan oma näkemyksensä ja panoksensa pulmien ratkaisemiseen. Heidä ei pyydetä mukaan asiakkaiksi vaan pikemminkin asiantuntijoiksi. Verkostojen kohtaamisessa voi muodostua jaettua asiantuntemusta, joka ylittää yksittäisten toimijoiden mahdollisuudet.

Olemme kumpikin tahollamme tehneet parikymmentä vuotta tutkimus- ja kehittämistyötä dialogien ja verkostojen parissa, Jaakko psykiatrisen työn piirissä ja Tom ennen muuta lapsiin, nuoriin ja perheisiin liittyvää moniammatillista työtä tutkien. Kerromme kahdesta dialogikäytännöstä. Jaakko kollegoineen on kehittänyt *avoimia dialogeja* ja Tom kollegoineen *ennakointidialogeja*. Dialogikäytäntöjä on toki lukuisia määriä muitakin kuin ne, joita tässä kirjassa erittelemme, ja lisää voi kehittää rajattomasti. Emme kuvaa näitä työmuotoja siksi, että haluaisimme piirtää yhtäläisyysmerkit dialogisuuden ja juuri näiden käytäntöjen välille, vaan siksi, että meille

on niiden kautta mahdollista pohtia *yleisemmin* dialogisuutta psykososiaalisen työn kannalta. Dialogisuus toteutuu käytännöllisissä yhteyksissä, ei ”yleensä” tai jossain käytäntöjen ulkopuolella. Siksi koetamme kuvata huolellisesti ne yhteydet, joissa olemme päätteliimme päätyneet. Onko dialogisuudella jotain annettavaa myös muihin käytäntöihin kuin niihin, joista meillä on omakohtaista kokemusta – esimerkiksi kuntoutuksen, hoidon, kasvatuksen, ohjauksen ja neuvonnan piirissä muodostuviin kohtaamisiin? Oletamme, että on, mutta sen pohdinta on lopulta niiden ihmisten tehtävä, jotka toimivat tuollaisissa tilanteissa.

Tämä on käytäntöihin suuntautunut oppikirja. Pohdimme dialogisuutta niiden käytäntöjen kautta, joita olemme tutkineet ja kehittäneet. Kirja kuvaa dialogisia toimintatapoja. Se ei kuitenkaan ole tekniikkaopas, vaikka tekniikoistakin puhutaan. Lähestymme dialogisuutta *ajattelutapana ja toimintakäytäntönä*, jota voidaan rikastaa sellaisten menetelmien avulla, jotka edistävät kuulluksi tulemistä ja yhdessä ajattelemista.

Kuvaamme dialogisten verkostokäytäntöjen kehittymistä ja erittelemme niiden toimintatapoja. Pohdimme myös uudenlaista tutkimuspolitiikkaa dialogisen verkostotyön prosessien ja tuloksellisuuden arvioimiseksi ja työn edelleen kehittämiseksi. Kirja on tarkoitettu henkilöille, jotka työskentelevät tai opiskelevat psykososiaalisen työn verkostoissa – lääkäreinä, sosiaalityöntekijöinä, terapeutteina, ohjaajina, opettajina, kättilöinä, terveydenhoitajina, psykologeina, työvoimaneuvojina tai vastaavissa tehtävissä.

Kirjan rakenne ja sisältö

Kirja jakautuu kolmeen pääosaan. Johdanto-osassa on tämän rakennekuvauksen jälkeen vielä kaksi lukua: luku 2 *Dialogeja työntekijä- ja läheisverkostojen rajoilla* ja luku 3 *Turhauttavia verkostoistuntoja*.

Kuvaamme ensin omia yllätyksiämme. Emme päätyneet dialogisiin käytäntöihin jonkin ennakkosuunnitelman pohjalta vaan kokeiluja tehden, Jaakko hoitotiimin jäsenenä ja hoidon tutkijana, Tom työntutkijana tiiviissä yhteistyössä kenttäihmisten kanssa. Teoria tuli usein askelen pari jäljessä, toisinaan se taas osoitti askelille paikkoja. Luvussa 2 hahmotetaan avoimiin dialogeihin ja ennakkointidialogeihin johtaneita polkuja. Ne eivät ole suoraviivaisia, ja mutkien, jopa

täyskäännösten, kuvaaminen on mielestämme hedelmällisempi tapa esitellä niitä kuin antaa virtaviivaistettu kuvaus valmiista käytännöstä. Luvussa 3 pohdimme kokemustemme pohjalta tekijöitä, jotka saattavat viedä verkostokokoukset umpikujiiin. Oletamme, että meidän tavoin moni on kokenut prosesseja, joissa koetetaan määritellä yhteistä ongelmaa, mutta joudutaankin kiistaan siitä, kuka on pätevin määrittelemään kysymyksen. Tai moni on joutunut tilanteisiin, joissa kaikki tai useat kannattavat lämpimästi yhteistä toimintaa mutta välttävät itse joutumasta osallistumaan siihen, tai ovat kokeneet palaveriin osallistuvien ammattilaisten vuorovaikutuskuvioita, jotka merkittävällä tavalla muistuttavat asiakasperheen vuorovaikutustapoja. Miten siis välttää niitä salakareja, joita on pinnan alla, kun verkostot kokoontuvat? Sitä kirja paljolti käsittelee.

Toisessa osassa on neljä lukua: luku 4 *Avoimet dialogit kriisitiläisyydessä*, luku 5 *Ennakointidialoigeja huolten vähentämiseksi*, luku 6 *Yhteistä mutta erilaista* sekä luku 7 *Verkoston dialogien auttavat ja parantavat tekijät*.

Avointen dialogien periaatteet syntyivät analysoitaessa hyvin toteutuneen verkostokeskeisen psykiatrisen hoidon keskeisiä piirteitä. Niitä ei siis luotu etukäteen ohjeistoksi, jota tulisi noudattaa. Avoimet dialogit ovat sekä hoidon järjestämisen tapa että erityinen keskustelutapa verkostojen kohdatessa. Periaatteiksi tiivistettyjen kokemusten taustana on monivuotinen kehittäelytyö Tornion seudulla sekä hoitoprosesseihin alusta asti liittynyt tutkimus. Niinpä luvussa 4 kuvataan, kuinka verkostokeskeinen psykiatrinen hoito voidaan järjestää kokonaisuutena. Luvussa 5 kuvataan ennakointidialoigeja, joita on kehitelty ennen kaikkea lapsiin, nuoriin ja lapsiperheisiin liittyvässä moniammatillisessa työssä. Ne ovat tapa saada lapsen tai nuoren tilanne ja perheen arki kuvan keskiöön sen sijaan, että lasta tai nuorta ja muita perheenjäseniä tarkasteltaisiin vain kunkin ammattilaisen toimenpiteiden kohteena. Kuvaa luodaan ”tulevaisuutta muistellen”, niin että saadaan moniäänistä ymmärrystä huolia huojentavasta lähitulevaisuudesta sekä teoista, jotka tukevat pyrkimyksiä siihen. Luvussa 6 vertailemme avoimia dialoigeja ja ennakointidialoigeja. Näin niistä myös hiukan irtaudutaan, jotta voitaisiin pohtia yleisempiä dialogisuuden ulottuvuuksia. Kirjahan ei ole avointen dialogien ja ennakointidialogien toteuttamisen käsikirja vaan kirja dialogisuudesta laajemminkin ottaen psykososiaalisen työn kohtaamisissa. Koska kirjoittajien kokemus – myös tutkimuskokemus – on nimenomaan avoimista ja ennakointidialoigeista, niitä

käytetään yleistysten aineistona. Luvussa 7 keskustelemmekin teorian suuntaan. Pohdimme dialogisuutta käsittelevää teoriaa, ennen kaikkea Mihail Bahtinin käsitteistöä punniten. Etsimme vastausta siihen, mikä dialogeissa auttaa ja parantaa.

Kirjan kolmannessa osassa on kolme lukua: luku 8 *Dialogi ja vastaamisen taito*, luku 9 *Dialogisen verkostotyön tuloksellisuus* ja luku 10 *Tutkimus ja käytäntöjen yleistäminen*. Kirjan viimeinen osa käsittelee siis vaikuttavuustutkimusta ja mahdollisuutta siirtää tai yleistää hyviksi havaittuja käytäntöjä.

Luvussa 8 aineistona ovat avoimet dialogit ja luvussa kysytään, onko mahdollista löytää eroja hyvään tai huonompaan hoitotulokseen johtaneiden dialogiprosessien välillä. Dialogeilla ja dialogeilla on eroa, myös avointen dialogien käytännön sisällä. Ne eivät kaikki ole yhdestä puusta. Luvussa etsitään vastausta siihen, miten tutkimuksella voidaan löytää tekijöitä, jotka edesauttavat hyvien dialogien kehittymistä. Luvussa 9 avointen dialogien hoitotuloksia tarkastellaan potilaiden psykososiaalista suoriutumista koskevien seurantatietojen valossa. Tulokset ovat hämmäntäviä; ne ovat näet kovin erilaisia kuin psykiatrista hoitoa koskevien suositusten taustana olevat käytännöt ja tulokset – jopa paikoin niiden vastaisia. Neuroleptilääkityksen ja sairaalahoidon tarve voitiin minimoida sosiaalisen verkoston kanssa työskenneltäessä; potilaiden paraneminen oireistaan ja sosiaalinen selviytyminen näyttivät paranevan. Psykiatrisen hoidon perinteisiä potilaita kontrolloivia hoitomuotoja voidaan siis tulosten valossa korvata. Luvussa 10 pohditaan, mistä tulosten erot johtuvat ja laajennetaan tarkastelu koskemaan näyttöön perustuvan tutkimuksen perusoletuksia. Käypä hoito-suositusten taustalla on sellaisia tutkimusasetelmia, joilla ei tavoiteta dialogisuuden olennaisimpia puolia. Vaikuttavia tekijöitä yksinkertaistavat asetelmat ovat kohoamassa seurantatutkimuksen tieteellisyyden mittapuuksi. Tarvittaisiin avarampaa evidence based -tutkimusta; sellaista, joka tunnistaa myös muut kuin monologiset kohtaamiset, joissa toimija kohdistaa interventioita kohteeseen. Luvun lopulla tarkastellaan hyvien käytäntöjen siirrettävyyden tai yleistämisen problematiikkaa. Hyvät käytännöt eivät ole yksinkertaisesti monistettavissa. Kontekstien ja toimijoiden erilaisuus tulisi aina huomioida. Nykyisin pohditaankin tutkimusta, joka sitoutuisi toimintaympäristöihin paremmin kuin laboratoriotutkimus ja tuottaisi näin sosiaalisesti pätevämpää tietoa. Tätä koskevassa tutkimuspoliittisessa keskustelussa on nostettu erityisesti esiin

tarve muodostaa kohtaamisen ja oppimisen areenoita ja edistää osapuolten dialogisuutta noilla areenoilla. Aivan lopuksi tarkastelemme dialogisuuden muodostamaa haastetta ja mahdollisuutta psykososiaalisen asiantuntijuuden kehittymiselle.

Kirja on syntynyt yhteisessä keskustelu- ja kirjoitusprosessissa. Toinen on kirjoittanut jonkin luvun tai osan käsikirjoituksen yhteisen keskustelun pohjalta. Tätä käsikirjoitusta olemme sitten yhdessä työstäneet syventävissä keskusteluissa. Luvut 1 ja 2 koostuvat kummankin kirjoittajan osuuksista, luku 3 pohjautuu Tomin käsikirjoitukseen. Luvun 4 pohjalla on Jaakon kirjoitus ja luvun 5 Tomin. Luku 6 sisältää kummankin osuuksia. Lukujen 7, 8 ja 9 kirjoitustyö on enemmän Jaakon käsialaa ja luku 10 puolestaan Tomin. Tärkeintä meille on kuitenkin, että olemme tehneet yhteisen kirjan integroiden kummankin erityistä näkökulmaa.

2. DIALOGEJA TYÖNTEKIJÄ- JA LÄHEISVERKOSTOJEN RAJOILLA

Olemme etsineet ratkaisuja pulmatilanteisiin. Jaakko toimi alun alkaen ”sisällä” niissä käytännöissä, joita hän tutki. Hän oli psykiatrisen hoitotiimin jäsen. Niinpä hänellä käytännön kehittelyt ovat useimmiten kulkeneet edellä ja kokemusten teoreettinen jäsentely rinnanmitan jäljessä. Tomille käsitteiden kehittely on ollut erityisen keskeistä, toki läheisessä yhteydessä käytäntöön. Hän ei ollut niiden lasten, nuorten ja perheiden avopalveluyksiköiden tiimien jäsen, joita tutki. Verkostodialogiset käytännöt muotoutuivat tiiviissä yhteistyössä kentän ammattilaisten kanssa.

Kuvaamme kahta erilaista dialogista toimintakäytäntöä, joilla on paljon yhteistä. Yrittämällä eritellä yhteisiä ja erottavia piirteitä koetamme pohtia dialogisuutta yleisemmin kuin vain juuri kuvattuihin menetelmiin liittyvänä.

Dialogisuudessa ei ole keskeisintä tekninen osaaminen vaan suhtautumistapa, perusasenne, ajattelutapa. Verkostotyökään ei ole pohjimmiltaan sarja verkostomenetelmiä vaan käsitys suhteiden merkityksestä yksilöille, suuntautuneisuutta suhdeverkostoihin. Menetelmät eivät tietenkään ole yhdentekeviä. Dialogeja ei oikein saa edistettyä monologisilla keinoilla koettamalla määritellä toisille, kuinka asioiden pitäisi heille näyttäytyä. Jotkut keinot ovat toisia hedelmällisempiä vuoropuhelun synnyttämisessä ja ylläpitämisessä. Avointen dialogien ja ennakoitdialogien periaatteet ja käytännöt muotoutuivat monivuotisissa hankkeissa. Tie ei kuitenkaan ollut suoraviivaista. Matkan varrella olemme joutuneet pyörtämään ajatuksiamme muutama kertaan oikein perusteellisesti. Kuvaamme seuraavassa noita käännteitä. Niistä ilmenee mielestämme enemmän tarkoittamamme ajattelutavan perusteista kuin esittämällä virtaviivaistettu kuvaus ikään kuin valmiina syntyneistä käytännöistä.

Ei sittenkään yhteistä ongelmanmäärittelyä!

Ennakointialogit ovat kehittyneet yrityksissä päästä avaramille vesille *umpikujan ajautuneista moniammatillisista tilanteista*. Tom tutki yhteiskuntatieteellisestä näkökulmasta sektorijakoisen palvelujärjestelmän ja ihmisten arjen kohtaamista. Ennakointialogit kehitettiin sarjassa Stakesin hankkeita, joissa

yhdistyi kehittäminen ja tutkimus. Tomin työpariksi tuli Esa Eriksson. ”Moniongelmatilanteissa” syntyy asiakkuutta usealle taholle, ja usein tuo työskentely jumiutuu, vaikka kunkin ammatilaisen toimenpiteet olisivat erikseen tarkasteltuina hyviä ja perusteltuja. Palvelujärjestelmä joutuu ikään kuin häiriötilaan, mutta tuollainen tila on pikemminkin tyypillistä kuin poikkeuksellista. Yhteistoiminnan sijalla on tuolloin toistuvia yrityksiä saada toiset tekemään jotain, mitä itse pitää tärkeänä. Tämä oli ennakointidialogien kehittelyn maastoa. Yhdessä palvelujärjestelmän työntekijöiden kanssa koetettiin kehittää menetelmiä, jotka avartaisivat toimintaa toistoon urautuneissa tilanteissa. Työskentelystä lasten, nuorten ja perheiden psykososiaalisten palveluiden piirissä tuli ennakointidialogien tärkein kehittäminen.

Tom ja Esa toteuttivat yhdessä kenttätyöntekijöiden kanssa sarjan projekteja 1980-luvun puolivälistä alkaen. Ensimmäisen tutkimus- ja kehittämisyhteisönä oli kolme sosiaalitoimistoa ja yksi A-klinikka (ks. Arnkil 1991, 1992), sitten toisaalla kaksi sosiaalitoimistoa ja psykiatrinen nuorisopoliklinikka (ks. Arnkil & Eriksson 1995, 1996). Seuraavaksi kehittämaaston ja yhteistyötahot tarjosivat kahden kaupungin laajat lapsiin, nuoriin ja lapsiperheisiin liittyvät verkostot päivähoidosta päihdehuoltoon, neuvoloista terapiaan. (Ks. Arnkil, Eriksson & Arnkil 2000.) Tuon jälkeen tutkimus- ja kehittelykumppaneita oli kuusi kuntaa eräässä maakunnassa ja kahdeksan toisessa ja niissä lapsiin, nuoriin ja lapsiperheisiin liittyvät verkostot päivähoidosta poliisiin ja sittemmin vastaavat verkostot kunnissa ja kuntayhtymissä eri puolilla maata.

Ennakointidialogien kehittäminen ei ollut kulkua jotain tiedossa olevaa päämäärää kohti. Aluksi dialogisuus ei ollut etualalla. Se tuli keskeiseksi käytännön kokemusten myötä. Ensimmäisessä vaiheessa päähuomio liittyi keinoihin, joilla työntekijät voisivat toteuttaa tutkivaa tukea eli toteuttaa tueksi tarkoitettuja tekoja, joilla samalla tutkitaan mahdollisuuksia olla avuksi. Tämä tehtiin ennen kaikkea *ennakoimalla omien tekojen seurauksia ja reflektoiden yhdessä, kuinka kävi ja mitä siitä voidaan oppia*. Työntekijä siis pyrki muuttamaan omaa toimintaansa. Tarkoituksena oli löytää tapoja, jotka eivät toistaisi aiempaa urautunutta toimintatapaa, mutta eivät myöskään olisi jotain niin poikkeuksellista, että työskentelysuhteet katkeilisivat. Ennakoiden etsittiin siis jotain sellaista, joka olisi *sopivasti toisin*.

Muutos perinteiseen työtapaan oli vähäeleinen mutta olennainen. Perinteisestihän eritellään, mitkä ovat asiakkaan ongelmat ja koetetaan muuttaa häntä tai hänen toimintaansa. ”Moniongelmatilanteissa” tätä tehdään monella taholla. Katse kohdistuu eri suunnista asiakkaaseen – ja kukin erikoistunut taho koettaa oman perustehtävänsä puitteissa muuttaa asiakasta. Mikäli kokonaisuus ei edisty toivotulla tavalla, työntekijät lisäävät yrityksiä *muuttaa toisiaan*. Muodostuu toistuva kuvio, joka ei ole yksin asiakkaiden aikaansaannosta eikä vain työntekijöiden tekoa. Vuorovaikutuskuviota ylläpidetään yhdessä mutta ilman yhteistä suunnitelmaa tai sopimusta. Varsinainen, julkilausuttu suunnitelma tai sopimus, jos sellainen on, voi kertoa jotain aivan muuta kuin mikä keskinäisten tekojen yhdistelmänä toteutuu. Monitoimijaista vuorovaikutuskuviota ei voi muuttaa mieleisekseen yksipuolisella kehoituksella, komennolla tai vetoomuksella. Mutta sillä, mitä itse tekee, on seurausta muiden toiminnalle. Niinpä kokonaisuutta voi koettaa muuttaa muuttamalla omaa toimintaansa. Omista teoista seuraa hyvin harvoin juuri sitä, mitä on ennakoitunut. Jotain kuitenkin seuraa, ja verkostoseurauksia voi reflektoida työparin kanssa tai tiimissä – ja muunnella toimintaa. Näin tueksi tarkoitettu työskentely voi yhdistyä toimintaympäristön tutkimiseen, tutkivaan tukeen.

Tom ja Esa yksinkertaistivat yhdessä tiimien kanssa ennakoitimetodia mahdollisimman selkeäksi. Lopulta se tiivistyi kolmeen kysymykseen, joita tiimin jäsenet pohtivat tarkastellessaan ja muunnellensa positiotaan monitoimijaisissa verkostoissa. Kysymykset olivat seuraavat:

- 1) Mitä tapahtuu, jos et(te) tee mitään?
- 2) Mitä voisit(te) tehdä sopivasti toisin?
- 3) Mitä seuraa, jos teet(te) sen?

Kysymyssarja alkoi alun perin kysymyksellä ”mikä tilanteessa on mielestäsi olennaista”. Tom ja Esa ollettivat, että yhteistoiminnan aikaansaamiseksi tarvittaisiin yhteinen käsitys ongelmasta. Asia osoittautui päinvastaiseksi.

Seuraavissa hankkeissa verkostoja ei enää lähestytty jonkin yksikön tai tiimin suunnasta. Keskiöksi otettiin itse asiointitapaukset, ne ”moniongelmatilanteet”, jotka saivat ympärilleen työntekijöitä useista toimipisteistä yhtä aikaa. Hankkeissa olivat mukana kaikki-

en niiden yksiköiden työntekijät, jotka kyseisissä kunnissa toimivat lasten, nuorten ja lapsiperheiden parissa. Tom ja Esa toimivat ”verkostokonsultteina” tuollaisille psykososiaalisen työn ammattilaisverkostolle. Tämä tapahtui järjestämällä moniammatillisia istuntoja ”moniongelmakysymyksissä”. Istunnot kutsui koolle kulloinkin sellainen ammattilainen, joka koki olevansa epätietoinen kokonaisuudesta, johon hänen työnsä liittyi ja oli yhä enemmän huolissaan siitä, mihin yhteistyö – tai sen puute – oli johtamassa. Istuntoihin tuotiin edellä kuvattu ennakoitirakenne. Pohdinnat organisoitiin siten, että keskinäiselle kuuntelulle jäi tilaa. Kukin sai puhua vain vuorollaan; yhden puhuessa toiset kuuntelivat. Tällä tavoin koettiin edistää *sisäistä dialogia* keskinäisen kommentoinnin sijasta.

Ennakointimettiin alkoi siis liittyä tietoinen pyrkimystä dialogisuuden edistämiseen. Jo aikaisemmissa hankkeissa oli osoittautunut hyvin hedelmälliseksi saada työntekijöiden kanssa työskennellen esiin heidän ennakoitiansa *kirjo*. Keskinäisen erilaisuuden havaitseminen oli näyttänyt rikastavan kunkin omaa ajattelua. Nyt *moniäänisyydestä* tuli tietoinen pyrkimys. Juuri se näytti avartavan umpeutuvia ajatus- ja vuorovaikutusrakenteita. Niinpä istunnoissa kultakin asiaan kytkeytyneeltä työntekijältä kysyttiin vuoron perään: mitä tapahtuu, jos et(te) tee mitään, mitä voisit(te) tehdä sopivasti toisin, mitä seuraa, jos teet(te) sen? Lopuksi sovittiin keskustellen, mitä kuka tekee kenenkin kanssa seuraavaksi. Sellainen ongelmapuhe, jossa ammattilaiset kokoontuvat erittelemään asiakkaan ongelmia, korvautui puheella, jossa ammattilaiset pohtivat, mitä voisivat tehdä sopivasti toisin – kuunnellen toistensa ennakoiteja.

Katseen kohdistaminen omaan toimintaan vaikutti erittäin hedelmälliseltä. Istunnoissa löytyi luovia ratkaisuja, joissa olennaisena osana oli kiinnostuminen ei-ammattillisista voimavaroista, asiakkaiden läheisverkostojen mahdollisuuksista. Hyvin toimivalta näytti myös puhumisen ja kuuntelun erottelu. Alkuperäinen idea tähän oli peräisin Tom Andersenin ja hänen työryhmänsä (1991) tavasta organisoida reflektioivia tiimejä. Kun ei voinut kommentoida, oli käsiteltävä myötä- ja vastaväitteet omassa sisäisessä keskustelussaan.

Istunnot sujuivat erityisen kiinnostuneissa merkeissä erityisesti sen jälkeen, kun kysymyssarjasta pudotettiin pois kysymys ”mikä tässä tilanteessa on olennaista”. Tom ja Esa olivat olettaneet, että yhteinen ongelmanmäärittely edistäisi yhteistyötä, mutta koko ongelmanmäärittelyn jättäminen pois ja tarkastelun pelkistäminen

siihen, miten itse kukin ennakoi tekojensa seuraukset, kohensi yhteistyön tarkastelua teoista koostuvana toimintana. Kokemusten tarkempi erittely osoitti, että palaveriin kokoontuneilla toimijoilla ei edes voinut olla yhteistä ongelmaa, jota määritellä. Heillä kullakin oli oma perustehtävänsä ja sen toteuttamiseen liittyvät pulmansa.

Kun kaikki oli ”valmista” eli ennakkointien kysymyssarja oli hiottu mahdollisimman pelkistetyksi, istuntoihin tuli asiakkaita ja kaikki oli arvioitava uudelleen.

Asiakkaan läsnäolo muuttaa kaiken

Projekteissa oli rohkaistu työntekijöitä kutsumaan istuntoihin myös asiakkaita. Kun erään kerran niin ilman ennakkotietoa tapahtuikin, jouduttiin kehittämään hyvin nopeasti menetelmämuunnelma, joka sopisi asiakkaiden ja työntekijöiden verkostokohtaamiseen. Työntekijöiden ja asiakkaiden yhteisistuntohan on suora interventio asiakkaiden elämään, ja *minimiehto tuollaiselle kohtaamiselle on, että asiakkaat lähtevät siitä kuntoutuneempina kuin siihen tulivat*. Tähän asetelmaan kysymyssarja ei tuntunutkaan sopivalta. Jos kysyttäisiin ensimmäiseksi ”mitä tapahtuu, jos ei tehdä mitään...”, avaus voisi olla jopa loukkaava. Se olisi kerta kaikkiaan sopimaton, jos tilanteeseen liittyy itsemurhan uhkaa tai muuta huomattavaa vaaraa.

Muutkaan kysymykset eivät tuntuneet otollisilta. Työskentelymalli oli muokattava perusteellisesti – kahdessakymmenessä minuutissa. Tom ja Esa punnitsivat tuntemiaan voimavarakeskeisiä oppeja ja kokemuksiaan toiminnasta, joka voisi herättää *uskottavaa toiveikkuutta* läsnäolijoissa. Käyttäen pohjana organisaatiokonsultaatiossa, työnohjauksessa ja asiakastyössä kokeilemiaan keinoja he tekivät suunnitelman asiakkaan ja hänen perheensä sekä ammattilaisten haastattelemiseksi ”tulevaisuutta muistellen”.

Uusi tulokas oli todellakin asiakas. Työntekijöiden ohella paikalle oli tullut perheen äiti – yksin. Huoneeseen järjestettiin kaksi pöytäkuntaa vieretysten. Tom ja Esa kertoivat alkajaisiksi säännön: puhuminen ja kuuntelu erotetaan, kommentteista pidättäydytään, jotta vaikutelmien kuulostelulle sisäisissä dialogeissa tulee tilaa; kaikkia haastatellaan; kukin saa rauhassa tehdä ajatuskokeita. Ensin haastatellaan asiakas, sitten työntekijät. Edelleen todettiin, että kysymyksissä lähdetään tulevaisuudesta käsin ikään kuin siel-

lä oltaisiin jo. Näin muodostetaan yhteistoiminnan suunnitelmaa, joka kootaan lopuksi. Kaikkien näkemykset kirjataan tiivistetyssä muodossa paperitaululle, jotta ne voidaan loppukeskustelussa koota yhteistyön suunnitelman aineksiksi.

Tom ryhtyi haastattelemaan toisen pöydän ääressä asiakasta, työntekijät kuuntelivat omassa pöytäkunnassaan. Hän kysyi asiakkaalta ensimmäiseksi: ”Vuosi on kulunut ja asiat perheessäsi ovat aika hyvin. Miten ne ovat sinun kannaltasi?” Tom auttoi asiakasta konkreettisilla kysymyksillä, jotka liittyivät arkeen. Toiseksi hän kysyi: ”Mistä sait tukea tämän hyvän kehityksen toteuttamiseksi?” Aika ajoin Tom toisti sanatarkasti, mitä asiakas oli sanonut ja kysyi: ”Kuulinko oikein, kun kuulin sinun sanovan, että...” Näin asiakasta autettiin saamaan kiinni ajatuksistaan ja samalla viestittiin, että häntä kuunnellaan tarkoin.

Kaikki tapahtui katsekontaktissa; muihin läsnä oleviin ei vilkuiltu eikä puheita suunnattu heille. Kolmanneksi Tom kysyi: ”Olitko huolissasi jostain silloin vuosi siten ja mikä sai huolesi vähenemään?” Tuolla kysymyksellä kartoitettiin nykyisiä huolia mutta huojentuneesta perspektiivistä.

Esa kirjasi kaiken aikaa tiivistelmät asiakkaan pohdinnoista paperitaululle. Tuli vuoronvaihto. Esa ryhtyi haastattelemaan työntekijöitä, yhtä kerrallaan. Asiakas kuunteli. Tom kirjasi. Ensimmäinen kysymys työntekijöille (kullekin vuorollaan) oli: ”Kuten kuudit, asiat perheessä ovat aika hyvin, nyt kun vuosi on kulunut. Mitä teit tuon hyvän kehityksen tukemiseksi ja mistä itse sait tukea, millaista?” Toinen kysymys kuului: ”Olitko huolissasi jostain silloin vuosi siten ja mikä sai huolesi vähenemään?” Paperitaululle kirjautui siis hyvä vuosi ja sen tuki sekä huolet ja niitä vähentävät seikat. Lopuksi käytiin kirjauksia tarkastellen keskustelu: Voivatko kaikki olla tässä mukana? Kuka tekee mitä kenen kanssa seuraavaksi? Kuka koordinoi? Tapaatteko vielä joukolla, milloin? Taulun paperi varustettiin lopuksi senhetkiselällä ja muisteltua tulevaisuutta koskeneilla päivämäärillä ja annettiin asiakkaalle.

Tapaaminen sujui ällistytävän hyvin. Suunnitelma oli arkisen elämänläheinen ja konkreettinen. Asiakas poistui iloisena ja ammattilaiset huokuivat tyytyväisyyttä. Samankaltaisia dialogeja on sittemmin toteutettu kymmenittäin, metodia edelleen kehitellen. Yhden asiakkaan sijasta istuntoihin tuli jatkossa työntekijöiden ohella perheitä sekä perheiden tuekseen kokemia läheisiä: lapsia, vanhempia, isovanhempia ja tärkeäksi tueksi koettuja ystäviä. Mikä

sai istunnot toinen toisensa jälkeen sujumaan kiinnostuneessa ilmapiirissä – olivathan pulmatilanteet olleet jumissa varsin kauan? Erään asiakkaan toteamus antoi jonkinlaista osviittaa. Pariskunnan haastattelun ja työntekijäpöytäkunnan haastattelun välissä pidettiin tauko. Esa ja Tom olivat asiakkaiden kanssa väljässä ringissä pihalla. Vaimo vetäisi pitkät sauhut savukkeestaan ja sanoi miehelleen: ”Eikö ole ihme juttu, että me puhutaan niiden kanssa siitä, kun meidän asiat on hyvin (hän viittasi työntekijöihin päin). Eihän me olla koskaan puhuttu niiden kanssa siitä, kun meidän asiat on hyvin!”

Hoidon yhteinen suunnittelu olikin parasta hoitoa, ei vain suunnittelua

Avoimen dialogin taustalla on Torniossa sijaitsevassa Keroputaan sairaalassa tehty kehitystyö. Vuonna 1984 alettiin järjestää avoimia hoitokokouksia. Näissä potilas oli aina mukana, kun hänen asioistaan puhuttiin. Siis alusta lähtien siten, että henkilökunta ei kokoontunut ensin keskenään valmistelemaan, mitä potilaalle ehdotetaan. Kaikissa tapauksissa perhe kutsuttiin yhteisiin keskusteluihin riippumatta siitä, oliko olemassa jokin indikaatio varsinaiselle perheterapialle. Tämä hoitokokouskäytäntö oli saanut alkunsa Turun yliopiston psykiatrian klinikalta vuotta aiemmin (Alanen, 1997).

Kun Jaakko tuli töihin Keroputaan sairaalaan 1981, oli työryhmällä tavoitteena rakentaa perhekeskeinen psykiatrinen hoitojärjestelmä. Aluksi yritettiin toimia perinteisen hoitomallin mukaisesti, niin että potilaan tultua sairaalaan hoitava työryhmä rakensi hoitosuunnitelman, jossa eri hoitomenetelmät myös suunniteltiin. Ajatuksena tässä oli, että hoito piti ensin suunnitella huolellisesti määrittellen ongelma ja nimeten käytettävät menetelmät ja seuraten suunnitelman toteutumista. Ensin suunnitellaan, sitten hoito toteutetaan. Itse suunnittelu ei ole vielä hoitoa.

Varhaiset perhekeskeisen hoidon rakentamiskäytännöt eivät tuoneet kuitenkaan tyydyttäviä tuloksia. Vaikka työryhmillä oli kädet täynnä perheterapioita, niin vain 5–10 % perheistä saattoi osallistua tällaiseen hoitoon. Tämä oli siis tilanne sellaisessa toimintatavassa, jossa työryhmä määrittelee keskenään potilaan keskeiset ongelmat ja niiden hoitomenetelmät. Perhekeskusteluihin hoitomenetelmänä päädyttiin todella harvoin. Tähän ongelmaan Turusta

saadut ajatukset toivat ratkaisun. Sen sijaan, että pitäisi miettiä jokin indikaatio perheen kutsumiselle perheterapiaan, alettiin ymmärtää, että jo sairaalaan joutuminen on niin iso kriisi, että jokaisella perheellä tulisi olla mahdollisuus keskusteluun hoitajien kanssa. Samaan aikaan toteutettu hoidon suunnittelutilanteen muutos siten, että potilas kutsuttiin alusta lähtien mukaan keskusteluun, mullisti ajatuksen hoidon suunnittelun ja toteuttamisen irrottamisesta toisistaan. Ensimmäisestä avoimesta kokouksesta lähtien havaittiin, että jo yhteinen keskustelu, johon myös hoitajat osallistuivat kommentoiden kuulemaansa, muutti potilaan käyttäytymistä. Tämä merkitsi hoitokäytännön radikaalia muutosta siihen suuntaan, että enää ei voitukaan seurata järjestystä ensin suunnittelu – sitten toteutus, vaan nyt itse suunnittelu näytti olevan tehokasta hoitoa.

Uusi toimintatapa avasi tietä myös toiselle kriisille, joka koski hoitajien käsitystä omasta ammattitehtävästään. Kun uusina perheterapeutteina (Jaakko oli perheterapiakoulutuksessa 1983–1986) oltiin juuri totuttelemassa siihen toimintamalliin, että interventioilla pystytään kontrolloimaan perheterapiaprosesseja ja saamaan aikaan muutosta perheissä, niin avoimessa vuorovaikutustilanteissa perheet eivät käyttäytyneetkään odotusten mukaisesti. Hämminkiä lisäsi vielä systeemisen perheterapian yhden oppi-isän Ciafranco Cecchinin toteamus, että hänen mielestään systeeminen työ on mahdotonta sairaalassa. Keroputaan työryhmä yritti kuitenkin sovittaa systeemistä perheterapiaa sairaalaan, vaikka tämä johtikin hämmentäviin kokemuksiin. Kun perheet osallistuivat alusta lähtien aktiivisesti hoitokokouskeskusteluihin, he myös vaikuttivat aktiivisesti hoitoprosessin muotoutumiseen eivätkä enää olleet pelkästään suunniteltujen perheterapiainterventioiden vastaanottajina. Työryhmä joutui toistuvasti hankaliin umpikujatilanteisiin, joista ulospääsy näytti edellyttävän työryhmän toiminnan muuttumista ennen kuin muutos alkoi tapahtua potilaassa tai perheessä. Tällainen johtopäätös ei ollut tietenkään ensimmäisenä mieleen tuleva vaan usein ennemminkin sattumalta jälkeenpäin tehty havainto siitä, että muutos hoitosuhteessa ja sitä myöten perheen vuorovaikutuksessa ja potilaan tilanteessa alkoi tapahtua sen jälkeen, kun hoitajat olivat itse tehneet jonkin radikaalin uudelleenarvion hoidosta.

Näistä tilanteista on useita esimerkkejä (Seikkula, 1994). Usein ne ovat lähes tragikoomisia, koska niissä näyttävät törmäävän kaksi erilaista viitekehystä: toisaalta erilaisilla interventioilla on perhettä

ja hoitoa kontrolloiva perheterapeuttinen ”parantajan” viitekehys, toisaalta avointa vastavuoroista vuorovaikutusta painottava dialoginen kulttuuri. Seuraavassa yksi esimerkki tällaisesta tilanteesta.

”Tapan sen, ...tana”

Matti tuli sairaalaan alkoholin liikakäytön seurauksena. Hänellä oli jo psykoottisia kokemuksia ja lääkäri pelkäsi hänen joutuvan deliriumiin. Ensimmäisessä hoitokokouksessa hän oli vaimonsa kanssa. Tässä sovittiin sairaalahoidojaksosta ja yhteisistä perhekeskusteluista. Vaimolla oli hyvin kielteinen käsitys Matin mahdollisuuksista tulla kotiin, koska hän pelkäsi, että Matti voisi olla väkivaltainen. Hoidon alettua osaston työryhmä sai Matista hyvin positiivisen ja miellyttävän kuvan, kun vaimo sen sijaan sai antipatioita pitäessään tiukasti kiinni siitä, ettei hän uskalla ottaa Mattia kotilomalle viikonloppuna.

Psykoottisten oireiden hälvettyä noin kuukauden hoidon kuluttua hoitava työryhmän teki päätöksen, että nyt Matin on viimein päästävä kotilomalle. Järjestettiin yhteinen hoitokokous, jossa olivat läsnä Matti ja hänen vaimonsa sekä osastolta useita työntekijöitä ikään kuin tehdyn suunnitelman läpimenon varmistamiseksi. Kun hoitokokouksen keskustelu oli jatkunut jonkin aikaa, osaston lääkäri ehdotti, että nyt Matin olisi hyvä käydä viikonloppuna kotilomalla. Välittömästi tämän kuultuaan Matti kiivastui, nousi seisomaan ja alkoi uhata, että ”minä kyllä tapan sen ... tana, kunhan pääsen kotiin”. Hoitajat rauhoittelivat Mattia ja keskustelu jatkui muista teemoista hieman rauhallisemmin. Mutta sama toistui kaksi kertaa: aina kun kotiloma otettiin puheeksi, Matti kiivastui ja uhkasi vaimonsa henkeä. Siinä vaiheessa eräs mielisairaanhoitajista alkoi kysellä ääneen toisilta työntekijöiltä: ”Mitä me olemme oikein tässä tekemässä? Aina kun kotiin meno tulee puheeksi, Matti alkaa uhata vaimonsa henkeä. Kuinka me voimme sellaista ehdottaa, jos se lisää väkivallan uhkaa?”

Työryhmä alkoi keskustella keskenään tilanteesta ja tuli siihen ymmärrykseen, että heidän etukäteen tekemänsä suunnitelma ei ollut realistinen ja nyt he ymmärsivät paremmin Matin vaimon tilannetta. Heidän väkisin läpiajamansa hoitosuunnitelma ei vastannutkaan perheen todellisuutta vaan itse asiassa lisäsi väkivallan riskiä. Työryhmän tehtäväksi tuli sopeutua tähän tilanteeseen ja alkaa toteuttaa hoitoa, niin että vaimon ääni tuli siinä enemmän kuulluksi. Hoitoa jatkettiin sairaalassa, ja yhteisissä perhekeskuste-

luissa ilmeni avioparin syvä kriisi, joka myöhemmin johtikin avioeroon.

Tämänkaltaiset kokemukset toistivat työryhmälle samansuuntaista johtopäätöstä: avoimessa vuorovaikutustilanteessa hoitajien on sopeutettava oma toimintansa perheen ja muun verkoston vuorovaikutustapaan. Tuo johtopäätös oli lähtökohta sairaalan ja perheen välisen rajan merkityksen tarkemmalle analyysille. Näytti siltä, että tällä rajalla potilaan, perheen ja hoitavan työryhmän sekä muiden hoitoon liittyvien tahojen (kuten avohoidon, sosiaalityön ja vaikkapa poliisin) kesken alkaa syntyä aivan erityinen vuorovaikutussysteemi, jonka toimintaa ei voikaan määrätä sairaalan osastolta käsin. Tätä vuorovaikutuskokonaisuutta alettiin nimittää rajasysteemiksi (Seikkula, 1987). Nimitys oli monella tavalla hyvin hyödyllinen, koska se auttoi ymmärtämään, että tärkein tapahtuma on tässä vuorovaikutuksessa, rajalla. Aiemmin oli tärkeänä pidetty vain sitä, mikä tapahtui osaston sisällä. Tämä ei tietenkään ollut vain Keroputaan sairaalassa ilmenevä ongelma, sillä koko psykiatrinen teoriahan rakentui potilaan oireiden kuvaamiseen, niiden syiden todentamiseen ja niihin hoitotoimenpiteisiin, joilla vaikutetaan oireisiin ja niiden syihin. Kaikissa teorioissa toimittiin siis ”potilaan sisällä” hänen maailmansa muuttamiseksi.

Johtopäätös ei ollut kuitenkaan helppo. Sehän merkitsi sitä, että käsitys terapeuttien asemasta yhteisessä prosessissa muuttui hyvin olennaisesti. Hoitoprosesseja ei enää voitu kontrolloida hoitointerventioilla, vaan tehtäväksi jäi sovittautua yhteiseen, vastavuoroiseen prosessiin, jossa muutos voi alkaa yhtä hyvin työntekijöiden toiminnan muuttumisesta kuin perheen tai potilaan muutoksesta. Tuo merkitsi myös haastetta systeemisen perheterapian peruslähtökohdille.

Ongelmasta vuoropuheluun

Keroputaan kokemusten yksi johtopäätös oli se, että työntekijöiden täytyi kiinnittää huomio enemmän omaan toimintaan kussakin asiakastilanteessa. Kun ensin pyrittiin muuttamaan asiakkaiden käyttäytymistä, niin nyt löysimmekin itsemme oman toimintamme arvioimisesta.

Kokemuksissa kiteytyy myös eräitä dialogisuuden ydinkysymyksiä. Tuolloin 1980-luvulla emme vielä tienneet dialogisuudesta

paljonkaan, mutta jälkepäin voitiin nähdä, että tuossa johtopäätöksessä toteutui dialogisuuden perusajatus. Kun paikalla on potilaan elämän useita eri ääniä, ei yksi osapuoli voi kontrolloida vuorovaikutuskokonaisuutta, vaan tavoitteeksi voi tulla vain keskinäisen ymmärryksen luominen.

Käsitteitä etsimässä

Tom koetti jäsentää tarkastelemaansa ilmiötä yhteiskuntatieteellisin käsittein, mutta ”moniongelmatilanteet” tuntuivat karkaavan niiltäkin. Organisaatioita ja instituutioita koskevat käsitteet tuntuivat etäisiltä kohtaamistilanteisiin nähden, vuorovaikutuksen yksityiskohtiin liittyvät käsitteet taas tuntuivat etäisiltä työn organisointiin ja yhteiskuntapolitiikkaan nähden. Näytti ilmeiseltä, että sektorijakoisen palvelujärjestelmä oli pulmissa kompleksisuuden hallinnan kanssa.

Monimutkaisuutta yritetään hallita jakamalla kokonaisuus osiin ja koettamalla hallita kutakin osaa erikseen. Kullakin erikoistuneella yksiköllä on oma osuutensa kokonaisuudesta. Erikoistuminen puolestaan tuottaa lisää monimutkaisuutta. Evan Imber-Black (1988; 1984 nimellä Imber-Coppersmith) on huomauttanut, että sen sijaan, että puhutaan ”moniongelma-perheistä”, tulisi puhua ”monen yksikön asiakasperheistä”, sillä erikoistuneessa järjestelmässä ”moniongelmaisuudesta” tulee väistämättä moniasiakkuutta. Sektoroitunut tapa ratkaista ongelmaa voi muodostua ongelmalliseksi, sillä kohdeilmiöt, ihmisten arkiset toiminnot, eivät ole sektorijakoisia. Yritykset ratkoa ”moniongelmatilanteita”, niin että kokonaisuus lohkotaan erillis-ongelmiksi, saattaisi toimia, jos asiat olisivat arjessa erotettavissa selvärajaisesti toisistaan. Usein ne eivät ole. Kun kohdeilmiöt eivät jakaudu selvärajaisesti, palvelujärjestelmän työnjakokaan ei toimi selvärajaisesti. Työnjakoa joudutaan ratkomaan jokaisen ”moniongelmatilanteen” kohdalla erikseen, aina uudelleen. Tom alkoi kiinnostua palvelujärjestelmän ”itse aiheutetuista ongelmista”. Se pulmallinen vuorovaikutus, jota moniasiakkuustilanteissa silloin tällöin ilmeni, ei ollut lähtöisin yksinomaan asiakkaista eikä yksinomaan työntekijöiden toiminnasta vaan näiden yhdistelmästä.

Palvelujärjestelmä kohtaa *yksilöllistymisprosessin* ilmentymiä. Yksilön ja yhteiskunnan suhteet ovat murroksessa. Perinteisiltä lähiyhteisöiltä ei enää saa entisen kaltaista sosiaalista tukea.

Asiantuntijajärjestelmät – kuten muun muassa psykososiaalinen ammattiapu – pyrkivät pitämään yksilöt toimintakykyisinä ja kontrolloimaan poikkeavuutta. Näin asiantuntijajärjestelmät eivät ainoastaan kohtaa yksilöllistymisprosessin tuloksia vaan myös tuottavat tuollaista kehitystä. Yksilöiden on mahdollista elää aiempaa riippumattomampana perinteisistä siteistä, mutta heidän on myös elettävä vailla traditionaalista tukea. Yhtäällä on siis eriytyvä palvelujärjestelmä, toisaalla perinteisistä siteistään vapautuvat ja niitä vaille jäävät yksilöt. Välissä ovat niiden kohtaamiset ja moniasiakkuustilanteissa muodostuvat uudenlaiset ameebamaiset rakenteet. Tätä liikkuvaista ilmiötä Tom koetti paikantaa yhteiskuntatieteellisin käsittein mutta ei löytänyt tarpeeksi joustavia ehdokkaita.¹

Jaakon kehittämä *rajasysteemin* käsite (Seikkula 1987) tuli Tomille yllättäen ja pyytämättä erään artikkelikäsitteilykirjoituksen yhteydessä. Se osoittautui oivalliseksi välineeksi kuvata ja eritellä juuri sitä ”uusmuodostumaa”, joka ilmaantui palveluverkoston ja asiakkaiden verkostojen kohtaamisissa.

Jaako oli kehittänyt käsitteen, jolla kuvata niitä prosesseja, joita muodostui sairaalan ja perheen kohtaamisissa. Niissä ylitettiin rajoja. Sairaala ei ollut osapuolena sinänsä. Perheen kohtasi hoitotiimi. Juuri ne henkilöt, jotka olivat kussakin konkreettisessa tilanteessa vuorovaikutuksessa niin perheen puolelta kuin hoitotiimistäkin, vaikuttivat siihen, millainen tuosta kohtaamisesta muodostui. Jaakon erittelyn mukaan vuorovaikutus ei muodostu hoidolliseksi siitä, että osapuolena on hoitotiimi, vaan siitä, että tiimin jäsenet tuovat kohtaamiseen järjestäytyneisyyttä, joustavuutta ja ongelmien monipuolista jäsentämistä. Toisinkin voi käydä.

Useissa vaikeissa hoitotilanteissa oli havaittu, että hoitavan osapuolen käyttäytyminen alkoi muistuttaa perheen vuorovaikutustapaa. Jos perhe oli hyvin tiivis ja näytti toisiinsa kietoutuneelta, saattoi hoitava työryhmäkin päätyä usein loputtomilta tuntuviin keskusteluihin ymmärryksen saamiseksi. Tai jos perhe toimi jäykästi, kuten edellä tapausesimerkissä näytti käyvän, työryhmäkin saattoi jääräpäisesti ja jäykästi toistaa samaa ratkaisuyritystä kerta toisensa jälkeen. Näissä tilanteissa muutos saattoi alkaa siitä, että työryhmä lisäsi joustavuuttaan ja muutti toimintatapaansa.

¹ Ulrich Beck (1995) käyttää nimitystä ”zombie-käsitteet” sellaisista yhteiskuntatieteellisistä käsitteistä, jotka edelleen kummittelevat keskuudessamme, vaikka elämän muutokset ovat jo vieneet niiltä sisällön.

Näissä pohdinnoissa nousi keskeiseksi sairaalan ja perheen raja. Koska vain itse keskusteluihin osallistuneet näyttivät voivan vaikuttaa rajan tapahtumiin, oli tärkeä pohtia tämän vuorovaikutustapahtuman itsenäistä luonnetta. *Rajasysteemin* käsite tavoitti jotain tuosta itsenäisyydestä. Se määrittyi vuorovaikutukseen osallistuvien vastavuoroisesti kehittyväksi toimintajärjestelmäksi. Tuota vastavuoroista kehittymistä voi nimittää *ko-evoluutioksi, yhteiskehitykseksi*. Vain rajasysteemiin osallistujat voivat osallistua sen merkityksen määrittämiseen, sitä ei voi kontrolloida ulkoapäin. Samalla tässä uudessa systeemissä avautuu aivan uusia näkökulmia asiakkaan kriisitilanteesta. Näitä ei voi nähdä vain jostakin yksittäisestä osasta käsin. Rajalla voi syntyä sellainen vuorovaikutus, jossa saadaan käyttöön odottamattomia voimavaroja.

Perhe tuo rajasysteemiin hoidettavan ongelmansa ja oman toimintakulttuurinsa. Hoitava työryhmä taas voi tuoda hoitajan tehtävänsä, järjestäytyneisyytensä ja joustavuutensa. Rajasysteemissä ei enää painottunut työryhmän yleinen asiantuntijuus ongelma-kysymyksissä vaan se, miten se kykeni sopeutumaan kuhunkin tilanteeseen. Jos perheen toimintatapa valtaa tämän vuorovaikutustilanteen, voi olla, että paranemista ei ala tapahtua. Sen sijaan jos työryhmä pystyy sekä joustavasti sopeutumaan perheen toimintatapaan että tuomaan vuorovaikutukseen järjestäytyneisyyttä ja monipuolisuutta, ko-evoluutio voi edistää paranemista ja keskinäistä oppimista (Seikkula, 1991).

Tom omaksui Jaakon rajasysteemi-käsitteen avoimuuden ”moniongelmatilanteiden” tarkasteluun (Arnkil 1991). Rajasysteemejä syntyi siis sairaalan ja perheen kohtaamisten ohella esimerkiksi sosiaalitoimiston, perheneuvolan, koulun, päiväkodin, A-klinikan, mielenterveystoimiston ja perheen välimaastoon. Tomia alkoi kiinnostaa, *onko työntekijöillä ja tiimeillä eri yksiköistä tuotavana rajasysteemeihinsä järjestäytyneisyyttä, joustavuutta ja monipuolisuutta*. Kun rajasysteemi muodostuu asiakkaan verkoston ja hyvin erilaisten yksiköiden kohtaamispiintaan, ei ole niinkään sanottua, että ne ”tuomiset”, joita keskenään erimieliset työntekijätahot sinne yhteisvaikutuksenaan tuovat, ovat kovin järjestäytyneitä, joustavia tai monipuolisuutta edistäviä. Jäykkien byrokratioiden, vaihtuvan henkilökunnan, tempoilevien organisaatiouudistusten, valtavien tapauskuormien, kiireen ja yksin pärjäämistä painottavien organisaatiokulttuureiden oloissa tuo vaikutti pikemminkin vaaranalaiselta tai epätodennäköiseltä. Pulmallisten vuorovaikutuskuvioiden kulku

voi siis hyvinkin olla kaksisuuntaista; ei ainoastaan perheistä rajasysteemeihin päin vaan myös auttamisjärjestelmästä rajasysteemeihin päin.

Sektoroituneen palvelujärjestelmän ja asiakkaiden arjen kohdassa muodostuu vuorovaikutuskuvioita, jotka eivät ole yhdenkään osapuolen tekoa tai hallinnassa yksin. Jos tätä ajattelee teoreettisena kysymyksenä, mahdollisuutena on ylittää mikro- ja makrotarkastelujen välinen kuilu. Kysymys on *sekä* palveluiden organisointivasta ja siis sosiaali-, terveys-, koulutus- ym. sektoripolitiikasta *että* kasvokkaisista kohtaamisista julkisen ja yksityisen rajapinnoilla. Jos tätä ajattelee käytännöllisenä kysymyksenä, mahdollisuutena on *koettaa vaikuttaa rajasysteemissä toteutuvaan ko-evolutioon muuttamalla omaa toimintaa joustavammaksi, järjestäytyneemmäksi ja monipuolisemmaksi.*

Edellä kuvattujen vaiheiden aikana emme vielä olleet yhteistyössä keskenämme. Jaakko kehitteli avoimia dialogeja hoitotiimin jäsenenä psykiatrisen kriisityön piirissä, Tom kehitteli ennakointidialogeja yhdessä Esa Erikssonin ja projekteissa olleiden työntekijöiden kanssa lasten, nuorten ja lapsiperheiden avohuollon tilanteissa. Niinpä ne käytännöt, joita tuonnempana kuvaamme, ovat monin tavoin erilaisia, vaikka molemmat liittyvät verkostojen kohtaamiseen ja tavoittelevat niissä dialogisuutta.

3. TURHAUTTAVIA VERKOSTOKOKOUKSIA

On tuskin kovinkaan monta lääkäriä, terapeuttia, opettajaa, sosiaalityöntekijää, kuntoutuksen ammattilaista, päivähoidon työntekijää, terveydenhoitajaa, päihdetyön ammattilaista, perhetyöntekijää..., joka ei koskaan ole ollut verkostokokouksissa. Verkostokokouksiahan on niin paljon, että moni alkaa kysellä niiden tarkoituksenmukaisuutta. Verkostokokoukset saattavat mennä junnaamiseksi, vaikka pitäisi löytää yhteinen sävel. Niinpä moni on jo turhautunut niihin.

Kysymmekin lukijalta,

- oletko ollut verkostokokouksissa, joissa ”ilmitasolla” puhutaan asiakkaasta ja ongelmasta, mutta jollain toisella tasolla on menossa kiista tai kilpailu siitä, kuka on pätevä määrittelemään mistä on kysymys
- oletko ollut verkostokokouksissa, joissa koetetaan määritellä yhteistä ongelmaa ikään kuin lintuperspektiivistä, etkä oikein saa sanottua omaa kantaasi eikä muidenkaan subjektiivisia näkökulmia pidetä tärkeinä
- oletko ollut verkostokokouksissa, joissa lämpimästi kannatetaan yhteistyötä mutta samalla koetetaan välttää oma sitoutuminen yhteiseen toimintaan
- oletko ollut verkostokokouksissa, joissa ammattiauttajien keskinäinen vuorovaikutus muistuttaa outona kaikuna sitä vuorovaikutusta, jota nuo ammattilaiset kohtaavat perheissä ja muissa asiakaskuvioissaan?

Neljä oletusta monitoimijaisten kokoontumisten problematiikasta

Moni ymmärtää verkostotyön ytimeksi kokoukset: yhteistyön toteuttamiseksi pitää koota paljon ihmisiä samaan huoneeseen. Verkostokokouksia voidaan kuitenkin pitää verkostotyön *erityistapauksena*, ja valtaosa verkostoihin suuntautuvasta työstä menee hyvin – jopa paremmin – ilman kokouksia kuin niitä järjestäen. Suurin osa verkostotyötä tehdään ottamalla omassa toiminnassa

huomioon, että sen enempää asiakkaat kuin työntekijätkään eivät ole irrallisia toimijoita. He elävät ja toimivat erilaisissa sosiaalisissa suhteissa. Verkostotyötä voi tehdä jopa yksin asiakkaan kanssa. Ajatukset suuntautuvat verkostosuhteisiin jo pohtimalla, keitä muita kuin asiakas–työntekijä-kaksikko asiassa on mukana. Kysymykset ja keskustelun tapa saavat uutta sävyä, kun pohditaan ihmisiä sosiaalisissa suhteissaan. Mikäli jopa suuntaudutaan ottamaan yhteyttä toisiin osapuoliin, ollaan pitkällä verkostotyössä, vaikkei kokouksia järjestettäisikään. Kokouksia tarvitaan, mikäli on keskustellen sovitettava asioista. Aivan erityisesti ne ovat tarpeen silloin, kun pitää kohdata kasvokkain keskinäisen ymmärryksen saavuttamiseksi. Monenkeskinen ymmärrys muodostuu tällöin osanottajien ”väliin”, vuoropuhelun kautta.

Verkostokokouksia järjestetään usein pohtimatta sen enempää, kuinka ne kannattaisi toteuttaa. Niinpä ne joskus tuottavat turhauttavia kokemuksia. Vaikka monenkeskinen yhteistyö on yksilökeskusteluja monimutkaisempaa, sen oletetaan sujuvan itsestään. Usean ihmisen kokoontuessa käsittelemään senkaltaisia pulmia kuin psykososiaalisessa työssä kohdataan, tarjolla on vähintään yhtä hyvät mahdollisuudet päätyä ohi- ja päällepuhumiseen kuin avartavaan vuoropuheluun.

Ensinnäkin, verkostokokouksissa *kommunikoidaan suhteita*. Ihmiset eivät ylipäättäen voi olla kommunikoidessaan, ja kommunikoidessaan he eivät voi olla asemoimatta itseään suhteessa toisiin. Kun palaverissa määritellään ongelmaa, tullaan myös määritelleeksi, kuka on pätevä määrittelemään ongelman.

Toiseksi, kun monitoimijaisessa tilanteessa etsitään tietä yhteistyöhön, pyritään usein määrittelemään pohjaksi yhteinen ongelma. Yhteistä ongelmaa ei kuitenkaan ole. *Määriteltäessä yhteistä ongelmaa tullaan siis tavoitelleeksi mahdotonta*. Kolmanneksi, monitoimijaisissa kokoontumisissa tunnustellaan sitoutumista yhteiseen toimintaan, ja *itse kukin pyrkii samalla säättelemään kuormitustaan*. Sitoutumista myös vältellään. Neljänneksi, ne *vuorovaikutuskuviot*, joiden kanssa ammattilaiset ovat asiakastyönsä kautta tekemisissä, *pyrkivät toistumaan* myös ammattilaisten välissä; silloinkin, kun asiakkaat eivät ole läsnä.

Kohtaamisissa määritellään keskinäisiä suhteita

Psykososiaalisen työn tekijät ovat ehkä olleet kokouksissa, joissa ammattilaiset väittelevät siitä, mistä asiakkaan tilanteesta oikeastaan on kysymys. Joku saattaa painottaa vaikkapa medikaalisia syitä, toinen esimerkiksi sosiaalisia. Mikä on oikea määrittely esimerkiksi ”ylivilkkauspulmasta”? Yhtäällä on vahvoja ADHD-pulmien selitysmalleja, jotka painottavat vuorovaikutussuhteiden merkitystä, toisaalla yhtä vahvoja selityksiä, jotka korostavat synnynnäisten tekijöiden – yhä painokkaammin geenien – merkitystä. Vanha kunnon ”perimä vai ympäristö” -kiista on siis auliisti tarjolla. (Ks. Suominen 2003.)

Etsittäessä selitysperstusta tullaan myös asemoineeksi määrittelyyn osallistuvia henkilöitä. Kuka siis on pätevin määrittelemään, mistä on kysymys? Gregory Batesonin (1972) kommunikaatioteorioiden pohjalta muotoutui teesi: You cannot not communicate, et voi olla kommunikoimatta. Ihmiset kommunikoivat kaiken aikaa – sekä verbaalisesti että ruumiinkielellään – ja he kommunikoivat *nimenomaan suhteita*. Kun läsnä on ammattilaisia, jotka kukin ovat kytkeytyneitä asiaan omalta kannaltaan oman perustehtävänsä mukaisesti, he kommunikoivat paitsi ”itse asiaa” eli sitä, mistä tilanteesta on heidän mielestään kysymys, myös sitä, keitä he mielestään ovat asian määrittelijöinä.

Lääkärillä on sangen määrittely asema terveydenhuollon yksiköissä, sosiaalityöntekijällä sosiaalitoimen yksiköissä, opettajalla koulutoimessa ja työvoimaneuvojalla työvoimatoimen yksiköissä, mutta mitkä ovat heidän keskinäiset suhteensa, kun he kohtaavat yksiköiden välimaastoissa?² Nuo suhteet on neuvoteltava, mutta se tapahtuu harvoin julkilausutusti. Esityslistalla on tuskin koskaan kohtaa ”keskinäisten suhteiden määrittely”. Sen sijaan listalla on usein asiakasasian käsittely. Keskinäisten suhteiden määrittely tapahtuu asiakasasiaa käsiteltäessä.

Yksiköiden välimaastoissa käydään moniammatillisia neuvotte-luja. Juuri tällaiset areenat ovat yleistymässä. Yhä yleisemmiksi ovat siis tulossa tilanteet, joissa keskinäiset suhteet eivät ole samalla ta-

² Toki asemat täytyy määrittellä myös silloin, kun ollaan oman toimialan puitteissa. Britti-sosiologi Anthony Giddens (1984) toteaa, että toimijat käyttävät institutionalisoituneita rakenteita resurssinaan ja tulevat näin tehdeksään uusintaneeksi ne. Kun lääkäri toimii kuin lääkäri, opettaja kuin opettaja, sosiaalityöntekijä kuin sosiaalityöntekijä, hän tukeutuu niihin rakenteisiin, jotka tekevät hänestä tunnustetun lääkärin, opettajan ja sosiaalityöntekijän – ja tulevat näin omalta osaltaan turvanneeksi instituutioiden jatkuvuutta.

voin selviä tai itsestään selvinä pidettäviä kuin hierarkkisen yksikön sisällä. Kun käytetään puheenvuoroja asiakkaan problematiikasta, tullaan väistämättä kommunikoineeksi oma tulkinta tai ”ehdotus” omasta asemasta asian määrittelijänä. Se tehdään pikemminkin äänenpainoilla, ilmeillä ja eleillä kuin julkilausutusti. Pohdinta voi luontua sujuvasti, etenkin silloin, kun ollaan kutakuinkin samaa mieltä sekä asiasta että keskinäisistä suhteista. Kovin suurta vuorovaikutuspulmaa ei koidu silloinkaan, kun ollaan eri mieltä, mutta arvostetaan toisten asemaa tilanteen määrittelijänä eli hyväksytään toisen määrittely asemastaan. Hankalinta on silloin, kun mitätöidään sekä toisen määrittely käsiteltävästä asiasta että hänen auktoriteettinsa määrittelijänä. *Toisen pätevyys tunnistamista ei tarvitse lausua erikseen – eikä sen mitätöintiäkään.* Riittää, että mielipide otetaan mukaan vuoropuheluun tai sitä ei tavalla tai toisella huomioida muiden veroisena.

Vaikka kysymys on myös henkilösuhteista ja henkilöiden ominaisuuksista, ”neuvoteltu järjestys” ei palaudu niihin.³ Ammattilaisilla on keskenään erilaiset rakenneresurssit. Heidän kauttaan myös instituutiot ovat vuorovaikutuksessa. Lääkäri Matti ja sosiaalityöntekijä Maija ovat vuorovaikutuksessa ja niin ovat myös terveyskeskus ja sosiaalitoimisto.

Keskinäisten suhteiden määrittely monitoimijaisissa työtilanteissa ei ole pelkkää ”henkilökemaa”, mutta suhteet eivät myöskään määrity suoraan instituutioiden välisinä, ohi toimijoiden. Kun verkostokokouksissa keskustellaan siitä, mistä asiakkaan tilanteessa on kysymys, niissä neuvotellaan myös toimijoiden sosiaalisesta järjestyksestä.

Ongelmia on yhtä monta kuin toimijoita

Ammattilaisten kokoontuessa pyritään usein määrittämään, minkä ongelman äärellä ollaan. Jotta toiminta olisi koordinoitua, mahdollisimman yhteinen ongelman määrittely tuntuisi toivottavalta. Tässä on toinen verkostopalavereiden sudenkuoppa. Yhteistä ongelmaa ei näet voi määritellä, koska sellaista ei lopulta ole. Asianosaisten ongelmat voivat kyllä kytkeytyä tai punoutua toisiinsa tai sysätä

³ Anselm Strauss (1978) käyttää käsitettä ”neuvoteltu järjestys” prosessista, jossa instituutioita edustavat henkilöt asemoivat toisiaan koettaessaan toteuttaa insituutiionsa toimintaideoologiaa, -politiikkaa ja -tavoitteita sekä muita sosiaalisen järjestyksen elementtejä. (Ks. myös Kokko 2003, 73–75.)

toisiaan liikkeelle, jopa tietyllä tavalla tuottaa toisiaan, mutta *kullakin toimijalla on oma ongelmansa*. Mikäli ammattilaiset yrittävät määritellä yhteistä ongelmaa, he tavoittelevat saavuttamatonta ja tämä taas puurouttaa palavereita. Toisinaan saavutetaan näennäiselkeyttä. Ongelma määritellään niin, ettei se lainkaan näyttäydy ammattilaisten pulmana vaan ainoastaan asiakkaan ongelmana.

Kun vaikkapa lääkäri, terveydenhoitaja, opettaja ja sosiaalityöntekijä kokoontuvat yhteen pohtimaan (keskenään tai yhdessä perheen kanssa), mikä on yhteinen ongelma pojan, äidin ja isän tilanteessa, kuvasta saattaa kadota, että kullakin toimijalla on omat pulmansa, jotka eivät ole vaihdettavissa keskenään. Lääkäriin ongelma perheen tilanteeseen liittyen ei ole sama kuin opettajan. Se ei näistä kummallekaan ole yhteinen muidenkaan ammattilaisten kanssa – eikä ongelma ole työntekijöistä kenellekään sama kuin se on perheenjäsenille. Perheenjäsentenkään ongelma ei ole kaikille sama. Ei siis ole ”perheen ongelmaa”.

Olettakaamme, että isä on allapäin ja muut perheenjäsenet huolissaan. Opettajan, lääkärin, terveydenhoitajan ja sosiaalityöntekijän pulmat isän ja muiden perheenjäsenten auttamisessa ovat keskenään erilaiset. Heillä on eri perustehtävät, eri lähestymiskulmat ja eri kontaktit – jopa eri perheenjäseniin – ja siis kovin erilaiset mahdollisuudet olla avuksi. Myöskään pojan tai tyttären pulma ei ole sama kuin äidin tai isän itsensä. Keskenään vuorovaikutuksessa olevien ihmisten pulmat sivuavat toisiaan ja jopa tavallaan tuottavat toisiaan, mutta ne eivät ole täysin yhteneviä. Pojalla voi olla huoli isän tilanteesta ja se voi heijastua hänen koulunkäyntiinsä ja näyttäytyä tätä kautta opettajallekin. Se ongelma, mikä opettajalle tästä perustehtävänsä toteuttajana koituu, ei ole sama kuin pojan ongelma. Kummankaan ongelma ei ole täsmälleen sama kuin isän tai muiden. Yritys määrittää ongelma niin, että se on yhteinen, häivyttää *näkökulmaisuuuden*. Kuitenkin vain näkökulmaisuuutta on tarjolla, sillä ketkään eivät ole täsmälleen samassa paikassa sosiaalisissa suhteissa.

Jopa niinkin selvältä tuntuvassa tapauksessa kuin selkeästi diagnostisoitavissa olevan sairauden yhteydessä ongelma on eri osapuolille eri asia. Sairaus vaikuttaa ehkä perheenjäsenten elämään ja aiheuttaa asiointitarpeita terveydenhuoltoon ja muuhunkin ammatilliseen järjestelmään. Asia siis verkostoituu. Sairaalle ongelma on kuitenkin eri ongelma kuin omaiselle – ja eri kuin eri hoitotyöntekijöille.

Yhteinen ongelmanmäärittely edellyttäisi yhtä pistettä, josta käsin tilanne näyttäytyisi kaikille samana. Tarkastelupisteitä on kuitenkin yhtä monta kuin toimijoita. Mikä tai kenen siis olisi yksi yhteinen ja oikea määrittely siitä, mistä on kysymys?

Näkökulmat eivät ole valittavissa. Ranskalainen sosiologi Pierre Bourdieu kirjoitti: ”Sosiaalinen tila nielaisee minut kuin pisteen. Mutta tämä piste on *näkökulma*. Se on lähtökohta sosiaaliseen tilaan sijoittuvasta pisteestä luodulle katseelle, *perspektiiville*, jonka muodon ja sisällön määrää se objektiivinen asema, josta se avautuu.” (Bourdieu, 1998, 24, korostus alkuperäisessä.) Kun monta ammattilaista kohtaa, heillä on kullakin näkökulmansa – jopa aivan sananmukaisesti, siis kulma, josta perspektiivi aukeaa. Sama koskee asiakkaita ja heidän läheisiään, siis kaikkia asiaan kytkeytyneitä. *Kullakin subjektilla on subjektiivinen näkökulmansa, joka ei ole mielevaltaisesti valittavissa.* Näkökulmia ei voi vaihtaa keskenään, mutta kukin voi monipuolistaa katsomuksiaan; toisen toisenlaisista lähestymiskulmista ja näkemyksistä voi oppia lisää. Toisten erilaisen näkökulman tarjoaman kontrastin avulla voi oppia ymmärtämään lisää omasta näkökulmaisuudestaan.

Näkökulmaisuus ei tarkoita sitä, että mikä tahansa tarkastamaton kanta käy selitykseksi asiasta. Sitä se kyllä tarkoittaa, että huolellisesti tarkastamalla asia ei näyttäydy kaikille samanlaisena. Lintuperspektiiviä ei voi omaksua, mutta toisten näkökulmista – ja omastaan – voi muodostaa rikkaamman käsityksen. Tarkastetut tiedot ovat tässä hyödyksi. Ne tarjoavat tarkasteluille kiintopisteitä. Silti tarkastettuja tietojakaan ei voi omaksua vailla näkökulmaa niihin. Objektiivisimmatkin faktat aukeavat subjekteille jostain toiminnasta käsin ja saavat mielekkyytensä siitä.

Kuormitusta säädellään

Riitta-Liisa Kokko (2003) tutki kuntoutuksen asiakasyhteistyöryhmiä ja tiivistä havaintonsa mm. toteamukseen, että *yhteinen asiakas on helposti ei-kenenkään-asiakas*. Palaverit voivat päätyä ikään kuin yhteisymmärrykseen siitä, että asiakas on yhteinen, mutta seurauksena onkin väliinputoaminen. Työskentelyvastuu ei jäänyt selkeästi kenellekään.

Kun käsitellään useampaa toimijaa koskevaa tilannetta, käsillä on myös *toiminnan velvoittavuus kunkin kannalta*. Jos hahmotellaan yhteistoimintaa, itse kukin joutuu punnitsemaan, mihin sitoutuu

ja mihin ei. Omakohtaisen sitoutumisen sääntely on tärkeää psykososiaalisessa työssä, jossa sitoutuminen toimintaan merkitsee itsensä asettamista alttiiksi paitsi määrälliselle kuormitukselle myös laadulliselle – sille henkiseen kuormitukselle, jota hoitotyössä, auttamisammateissa, opettamisessa yms. koetaan. Niinpä verkostokokousten yksi jännite on *ratkaisujen etsintä ja omakohtaisen kuormituksen sääntely*. Kun psykososiaalisen työn tekijät kohtaavat Suomessa, yhteen tulee henkilöitä, jotka toimivat palveluissa, joista useat ovat olleet supistusten kohteena. Psykososiaalisten palveluiden yksiköt eivät olleet erityisen runsaskätisesti resursoituja ennen 1990-luvun lamaakaan, mutta tuosta murroksesta lähtien monet niistä ovat toimineet tehtäviin nähden niukin voimavaroin. Hyvinvointipalvelujen henkilöstö uupuu, ja osansa voimista on verottanut organisaatiouudistusten – ja niiden vaatimien kokousten – vuorovesiliike. Suomessa psykososiaaliset palvelut ovat valtaosaltaan julkisia. Ne eivät siis ole tekijöilleen liiketoimintaa. Kuormittuneiden ammattilaisten kohdatessa ei ehkä pääasiassa kilpailla siitä, kuka saisi pulman ratkottavakseen.

Moniasiakkuustilanteissa tarvitaan yhteydenpitoja puhelinsoittoineen, palaverineen jne. Yhtäällä on jokseenkin selvästi ”oma” tapauskuorma, joka sekin saattaa sijaisen hankintakieltojen tms. vuoksi olla uuvuttavan suuri. Toisaalla ovat asiakkaat, joiden asioita ratkoo moni muukin. Mihin kaikkeen voi sitoutua ja mihin voi sitoutua niin, ettei kerta kaikkiaan repeä?

Klefbeck ym. (1988) ovat verkostoterapeuttisia istuntoja havainnoidessaan todenneet, että niissä tie omakohtaiseen sitoutumiseen kulkee toivottomuuden kokemisen kautta. Ellei jaa vaikeassa asemassa olevien henkilöiden kokemusta asioiden vaikeudesta, on helppo ehdotella *muille*, mitä pitäisi tehdä. Ehdotuksetkin ovat tuolloin usein olosuhteisiin nähden ylimitoitettuja. Klefbeck ym. tarkastelevat lapsiin liittyviä kriisitilanteita ja niiden verkostoterapeuttista käsittelyä. Kun palaverissa siirrytään esittäytymisistä ja tutustumisista varsinaiseen asiaan, mielipiteet alkavat polarisoitua. Tulee ilmi erilaisia ja vastakkaisiakin mielipiteitä. Väki alkaa jakautua leireihin. Tottunut verkostoterapeutti ohjaa prosessia jopa voimakkaampiin kärjistyksiin. Näin verkosto voi mobilisoida asian käsittelyyn, eli osalliset tempautuvat asian ratkontaan. Vihdoin saavutetaan vaihe, jossa kaikki näppärät ehdotukset on esitetty eikä ratkaisua vieläkään ole näköpiirissä. Tilanne aletaan kokea toivottomaksi. Asiat näyttävät vaikeina, vaikeampina kuin oli aa-

vistettukaan. Klefbeckin ym. mielestä tuo juuttumisen tunne auttaa jakamaan kriisin silmässä olevien emotionaalista taakkaa: aletaan kokea omakohtaisesti, millaista on olla tuossa vaikeassa tilanteessa, tunnetaan niitä tunteita, joita asianosaisilla on vaikeuksiansa keskellä. Mikäli ei luovuteta, voidaan päästä läpimurtoon. Joku esittää pienen, mutta toiveita herättävän ehdotuksen siitä, mitä voisi tehdä asian auttamiseksi. Toinen liittyy siihen omalla ehdotuksellaan. Kohta kolmaskin jne. Verkostosta saadaan arkisia ja yllättäviä ratkaisuja. Sellaiset toimijat – mummot ja kummit ja muut – joiden voimavarat eivät ehkä ole olleet käytössä, kantavat ehdotuksillaan kortensa kekoon. Tällaisen luovan ja uskottavan voimavarayhdistelmän ja suunnitelman muotoutuminen nostaa ahdingosta ja vie spiraalin viimeiseen vaiheeseen, innostumiseen ja vihdoin uupumukseen intensiivisen prosessin päätteeksi. (Ks. myös Forsberg & Wallmark 1998.)

Edellä todettu on tiivistys Klefbeckin ym. kuvaamasta *kriisikoukosen* spiraaliprosessista. Kriisikoukukset ovat tietysti jännitteiltään erityisiä. Mutta myös tavanomaisemmat palaverit voivat ajautua spiraaliprosessiin – varsinkin, jos käsitellään asiaa, joka jakaa väkeä vastakkaisiin mielipiteisiin. Moni on ehkä kokenut, että ”viation” verkostokokous tai työryhmäpalaveri kääntyy tunnelmaltaan toivottomaksi: mielipiteet eroavat, väitellään ja riidellään, esitetään ratkaisuehdotuksia, mutta mikään ehdotus ei tunnu oikeasti uskottavalta. Osanottajat alkavat löytää syytä lähteä palaverista ”tärkeisiin tehtäviin, jotka odottavat toisaalla”.

Niin kauan kuin verkostopalaverien osanottajat ehdottelevat, mitä *toisten pitäisi tehdä*, he voivat enemmän tai vähemmän huolletta ehdottaa isojakin muutoksia – ilman että edes välttämättä uskovat aloitteisiinsa itse. He pysyvät tällöin ikään kuin asian ja ratkaisujen ulkopuolella. Kun joudutaan toivottomuuden syöveriin eikä tilanteesta päästä pois, alkaa henkilökohtaisesti kiinnostaa, miten toivottomuudesta päästään valoisampaan tilanteeseen. *Omakohtaisesta toivottomuudesta tulee siis ongelma*, johon haluaa ratkaisun. *Siihen nähden* ei enää olekaan ulkopuolinen. Tuolloin alkaa kiinnostua uskottavista – omakohtaisesti uskottavista – ratkaisuista. Ne ovat usein mittakaavaltaan pienempiä ja toteutukseltaan arkisempia kuin ne neuvot, joita vielä sitoutumattomana esitti. Siinä saattaa jopa ehdottaa itse tekevänsä jotain. Ja mikäli joku muu esittää jotain omakohtaista mainiten mahdollisuudestaan tehdä sitä tai tätä, aloitteisiin on helpompi liittyä omia tekojaan lupaamalla kuin

lupaamalla yksin jotain suurisuuntaista. Näin muotoutuu verkostomainen ratkaisu, yhdistelmä yhdistettävissä olevista voimavaroista.

Sitoutumisen välttelyn onnistuminen edellyttää, että onnistutaan välttämään *ahdingossa olevien ihmisten emotionaalisen taakan kokeminen*. Tähän ammattilaisjärjestelmällä on tietysti paljonkin keinoja. Riitta-Liisa Kokko (2003, 232) totesi, että vuorovaikutus oli usein ohipuhumista: joskus viranomaiset puhuvat, mutta eivät toimi; joskus he toimivat asiakkaiden taustalla ilman että puhuvat siitä; joskus he varovat puhumasta, ettei tulisi velvoitetta; joskus he puhuvat siten, että velvoite toimia säilytetään toisille; joskus he puhuvat ja toimivat yhdessä mutta ilman asiakasta.

Vastuullinen työntekijä sitoutuu tuottamaan laadukkaita palveluja, ja työtehtävien ja kuormituksen sääntely on olennainen osa tuota vastuullisuutta. Tapauskuormaa on syytä säädellä, jotta työ pysyy korkeatasoisena. Asia on kuitenkin myös paradoksaalinen. Onnistuessaan välttämään sitoutumisen yhteistyöhön ja omaan työhönsä työntekijä voi samalla tuottaa itselleen lisää kuormaa, mikä puolestaan uhkaa palvelun laadukkuutta. Mikäli pulmaan ei puututa riittävän varhain, se saattaa tulla vastaan paljon hankalampana. Toisin sanoen, asiakkaan tilanne voi kaiken aikaa käydä yhä vaikeammaksi työntekijöiden säädellässä sitoutumisestaan ja sysätesä velvoitteita toisilleen.

Tulosjohdettu sektorijakoinen järjestelmä houkuttaa katsomaan asioita sormien läpi: ”onnekkaassa tapauksessa” pulma ilmeneekin naapurisektorin toimintapiirissä! Tapauskuormat muotoutuvat *hyvinvointipalvelujen poliittisen ohjauksen oloissa*. Palvelujen henkilöresursseja on karsittu ankarasti. Työntekijät joutuvat priorisoimaan, tekemään valintoja. Priorisointipäätökset onkin Suomessa jätetty pääasiassa yksilötasolle.

Kontrollitehtävien delegointi on sängen yleinen psykososiaalisilla toimintakentillä toteutuva kuvio (ks. Arnkil & Eriksson 1996). Tuki, auttaminen, nähdään usein myönteisenä tehtävänä, johon sitoutumista sitäkin on toki syytä säädellä. Kontrolli, valvominen ja rajoittaminen, nähdään sen sijaan usein tehtäväksi, joka kuuluu ennen muuta ”kontrolliammattilaisille”. Silloinkin, kun työntekijä kokee, että tarvittaisiin vaarallisen tai vahingollisen (esim. lapsen tilannetta vaikeuttavan) toiminnan rajoittamista, vältellään asian ottamista puheeksi tai sen työstämistä vältellään etenkin jos koetaan, ettei asiakas- tai potilassuhde ”kestä” kontrollin esiin ottamista. Toivotaan, että suhde lujittuisi ja että joku muu (esim. lastensuojel-

lun sosiaalityöntekijä) olisi sillä välin aktiivinen kontrollitehtävissä. Kuitenkin kaikki sosiaaliset suhteet sisältävät sosiaalisen kontrollin elementtejä (Cruikshank 1999, 60) eikä psykososiaalisen työn piirissä ole ainuttakaan ammattilaista, joka ei olisi lastensuojelun ilmoitusvelvollisuuden kautta julkisen vallan valvontaviranomainen. Eri asia on, kuinka tuo kontrolli toteutetaan. Sekä tukeminen että kontrollointi voivat olla voimauttavia tai alistavia. Voimauttava auttaminen ei tee toista avuttomaksi, alistava tekee hänet riippuvaiseksi avusta. Voimauttava kontrolli lisää toisen mahdollisuuksia omakoh- taiseen hallintaan, alistava tyypistää itsemääräämisen piiriä.

Vuorovaikutustavat saattavat toistua

Kun verkostokokoukseen osallistuu henkilöitä, jotka omissa asia- kas- tai potilassuhteissaan ovat tekemisissä mutkikkaiden vuoro- vaikutusilmiöiden (esimerkiksi perheenjäsenten tai läheisverkoston monitasoisen vuorovaikutuksen) kanssa ja kun jotain tuollaista ”tapausta” käsitellään palaverissa, ei ole lainkaan tavatonta, että perheen tai läheisverkoston piirissä koettu vuorovaikutus kulkeutuu ammattilaisten väliin. Tämä pohjautuu ennen muuta *samastumis- prosessiin* eikä se ole mikään ammatillinen virhe. (Ks. Arnkil & Eriksson 1995.) Silti se saattaa tuottaa outoja prosesseja verkostoko- koukseen, jopa palavereiden ajautumista umpikujuihin.

Kuten edellä kerroimme, Jaakko kollegoineen eritteli *sairaalan ja perheen rajasysteemejä* (Seikkula 1987, 1991, 1992) ja tarkasteli niissä vuorovaikutusprosesseja, jotka kulloinkin näyttivät ”valloit- tavan” rajasysteemin. Sairaalan (psykiatrisen) tiimin työskentelyä ei määrittänyt hoidolliseksi se, että työryhmä on hoitotiimiksi nimi- tetty kokoonpano, vaan se, kykeneekö se tuomaan rajasysteemiin *järjestäytyneisyyttä, joustavuutta ja ongelmien monipuolista hahmot- tamista*. Voi yhtä hyvin käydä niin, että se perheen vuorovaikutus, jolla perhe käsittelee läheisen psyykkistä kriisiä ja siihen liittyviä ahdinkoja, tempaa mukaansa myös hoitotiimin.

Tom vei rajasysteemi-käsitteen avopalveluiden moniamma- tillisten kohtaamistilanteiden tarkasteluun (Arnkil 1991b, 1992). Häntä kiinnosti erityisesti se, mistä ja miten avopalveluiden ei-ke- nenkään-maille muotoutuvat tapauskohtaiset kokoonpanot saavat voimavaroiukseen tarvittavan järjestäytyneisyyden, joustavuuden ja monipuolisuuden. Tämä vei erittelemään myös työn johtamisen, resurssoinnin ja organisoinnin kysymyksiä. Jos palveluyksiköt ovat

epäjärjestyksen, joustamattomuuden tai yksipuolisten ongelmanhahmotusten tilassa, ne tuskin voivat ”tuoda” tuollaisia ominaisuuksia rajajärjestelmien sisälle.

Tarkasteluissa nousee keskeiseksi oletus *isomorfoista*, rakennetyhtäläisyyksistä. Tiivistetysti ilmaistuna tämä tarkoittaa oletusta siitä, että *keskenään vuorovaikutuksessa olevat systeemit (esimerkiksi tiimi ja perhe) alkavat tuottaa yhteistä rakennetta ja samankaltaistuvat*. Humberto Maturana ja Fransesco Varela (1980) väittävät, että systeemit tuottavat kytkeytyessään ”yhteiskehitystä” (ko-evoluutiota), jossa ne molemmat muuttuvat. Helen B. Schwartzman ja Anita W. Kneifel (1985) ovat tarkastelleet lapsipalveluiden tiimien ja perheiden vuorovaikutuskuvioiden samankaltaistumista: kiinteiden perheiden kanssa työskentelevät tiimit tuppaaavat olemaan sangen tiiviitä, hajanaisempien perhesuhteiden kanssa tekemisissä olevat tiimit eivät tahdo edes löytää yhteistä aikaa pohdinnoilleen, ja niiden työntekijöillä on usein valtaiset tapauskuormat.

Tom ja Esa pohtivat isomorfisten ilmiöiden ydintä ja päätyivät oletukseen, että kysymyksessä on samastumisprosessi, jossa keskeisellä sijalla on *tunteiden tarttuminen*. (Arnkil & Eriksson 1995). Ihmisillä on kyky samastua toisiin eli tuntea toisten tunteita. Samastuminen on olennaista ihmisten keskinäisen ymmärryksen kannalta: ellei kyetä tuntemaan, miltä toisesta tuntuu, häntä ei juurikaan ymmärretä. Ymmärtäminen ei ole ainoastaan kognitiivinen prosessi. Toisen ilo tarttuu, samoin kauhu. Suru tarttuu ja niin tekee myös innostus. Veikko Surakan (1999) mukaan tunteiden tarttuminen on hyvin ruumiillista: ihmiset toistavat mm. toistensa kasvojen ilmeitä pienempiä mikroliikkeitä, toistavat ääneti äänihuulillaan puhujan äänihuulten liikkeitä. *Samastuva ymmärtäminen on keskeistä kaikessa sosiaalisessa kanssakäymisessä*. Ihmiset pystyvät Surakan mukaan lähettämään yli sata vuorovaikutussignaalia sekunnissa ja se ilmiömäinen ”vastaanotin”, joka kykenee lukemaan tuon kaiken, jopa usean ihmisen vuorovaikutustilanteissa, on emotiot. Emootiot ovat keskeinen vuorovaikutuskenttien ”tunnustelija”, ja emotioissa subjektille ilmenee, mitä tilanteet ja toiset ihmiset ovat hänelle. Koska toisten tunteisiin kyetään samastumaan, heitä voidaan edes jossain määrin ymmärtää. Ja kun ymmärretään toisten tunteita, ymmärretään, mihin vuorovaikutus on suuntautumassa. Näin voi ymmärtää hieman sitä, kuinka itselle on käymässä.

Kun verkostokokoukseen osallistuu ammattilaisia, he tuovat mukanaan kaikki asiakassuhteistaan, joista heillä ei ole ainoastaan

kognitiivisia jäsenyyksiä. He ovat asiakassuhteissaan kaiken aikaa – huomaamattaankin – ”kuulolla”, mihin vuorovaikutus on suuntautunut ja kuinka heille itselleen on käymässä. He ovat mahdollisesti saavuttaneet samastuvaa ymmärrystä. Tämän he tuovat – huomaamattaankin – lähestymistapoinaan niihin kokoonpanoihin, joissa kyseisiä asiakassuhteita käsitellään. Niinpä ei ole kummallista, että ne vuorovaikutusilmiot, joiden kanssa ammattilaiset ovat olleet tekemisissä, kulkeutuvat myös verkostopalaveriin.

Samastuminen asiakkaisiin ja ”meneminen mukaan” vuorovaikutuskuvioihin on keskeistä ymmärtämisen kannalta. Toisaalta se voi tuottaa vuorovaikutuskuvioiden samankaltaistumista niin pitkälle, että menetetään auttamisen mahdollisuuksia. Samastumisessa ja vuorovaikutuskuvioiden toistamisessa ei ole mitään periaatteellisesti pulmallista. Pulmallista on se, että ammattiauttajilta saattaa jäädä joskus huomaamatta, että *he myös* ovat tällaisissa inhimillisissä prosesseissa mukana, jopa enemmän tai vähemmän kiihkeinä osapuolina verkostokokouksissaan, ehkä yrittämässä saada toiset omalle kannalleen. Tuolloin *näkökulmien rikastaminen ja toisin toimimisen mahdollisuuksien etsintä pikemminkin kaventuvat kuin avartuvat*. Saatetaan havaita dominoivia tahoja, jotka koettavat voimallisesti saada toiset käsittämään, mistä asiassa on kysymys ja mitä asialle pitäisi tehdä. Voidaan havaita, että joku jää ehdotuksineen vaille vastakaikua, ehkäpä asetetuksi kuin lapsen asemaan. Yksi voi liitoutua jonkun toisen kanssa lisätäkseen väitteidensä painoa ja kolmas voi kuiskia merkityksellisesti jonkun luotetun kanssa antamatta paljonkaan arvoa muiden yrityksille käsitellä asioita yhdessä.

Yritykset saada toiset omalle kannalle ja pyrkimykset puhua enemmän kuin kuunnella nousevat pintaan erityisesti silloin, kun *omat huolet kasvavat*. Sellaiset verkostokokoukset, joissa käsitellään tuntuvaa huolta nostattavia kysymyksiä, ovat erityisen alttiita isomorfisille ilmiöille.

Tavanomaisissakin verkostokokouksissa riittää jännitteitä. Erityisen latautuneita ovat sellaiset kokoontumiset, joissa käsitellään emotionaalisesti koskettavia, huolta herättäviä, ammatillisesti vaikeita ja vailla selkeitä patenttiratkaisuja olevia tilanteita. Niitä on psykososiaalisessa työssä tarjolla riittämiin. Tilanteiden käsittely monitoimijaisissa kokoonpanoissa saattaa kallistua *monologisten* muutostyrytysten suuntaan – yrityksiin muuttaa toisia erilaisin interventioin.

OSA II

4. AVOIMET DIALOGIT KRIISITYÖSSÄ

Johdannossa kuvasimme Jaakon ensimmäisiä kokemuksia verkostoajattelun juurruttamisesta psykiatrisen sairaalan toimintaan. Ensimmäiset kehittelyt korostivat sairaalan ja perheen sekä muiden ammatti-ihmisten välisen rajan merkitystä ja johtivat rajasysteemin kuvaukseen. Nämä kehittelyt kuvasivat sen, miten yhteistyön rakenne voidaan hahmottaa sosiaalisessa verkostossa. Siinä kuvauksessa ei kuitenkaan vielä paljonkaan huomioitu sitä, mitä itse hoitoprosesseissa tapahtuu. Tässä mielessä Jaakon väitöskirja (Seikkula, 1991) avasi tietä rajasysteemin hoitotapahtumien sisällön kuvaukseen. Tutkimus toteutettiin vuosina 1988–1991. Dialogisuus alkoi tulla yhä enemmän pohdinnan keskiöön. Bahtinin dialogisuuden erittelyt tuntuivat erityisen hyvin sopivan uudenlaisen psykiatrisen hoidon kuvaukseen. Tässä luvussa tarkastelemme avoimen dialogin hoitoajatuksen muotoutumista ja sitä kuvaavien keskeisten hoidon periaatteiden kiteytymistä.

Jaakko teki yhdessä Jukka Aaltosen kanssa analyysin vuosina 1985–1994 Kemin ja Tornion kaupungeissa hoitoon tulleista ensimmäistä kertaa psykoosiin sairastuneista potilaista. Kun hoitoprosesseja seurattiin sairaskertomusten kuvausten perusteella kaksi vuotta, alkoi ilmetä optimaalisesti toteutuneen hoidon ominaisuuksia. Vertailu suoritettiin 1980-luvulla tulleiden ja 1990-luvulla tulleiden välillä. Perustelu tälle jaolle oli se, että 1989–1990 lähtien alueella toteutui varhaisen kriisiavun periaate siten, että liikkuvat kriisiryhmit järjestivät ensimmäiset hoitokokoukset ensimmäisen vuorokauden kuluessa yhteydenotosta. Tämä on suuri rakenteellinen ero verrattuna siihen 1980-luvun järjestelmään, jossa kaikki psykoottiset potilaat sisäänkirjoitettiin sairaalaan psykoottisen kriisin ajaksi. Ero on suuri siitäkin huolimatta, vaikka sairaalassa oli jo alettu kutsua kaikkien potilaiden perheitä hoitokokouksiin.

Optimaalisesti toteutuneita hoitoprosesseja kuvasivat parhaiten seuraavat ominaisuudet: (1) välitön apu kriisissä, (2) sosiaalisen verkoston näkökulma hoitoratkaisuissa, (3) joustavuus ja liikkuvuus hoitopäätöksissä, (4) työntekijöiden vastuullisuus, (5) hoidon psykologisen jatkuvuuden turvaaminen, (6) epävarmuuden sietäminen sekä (7) dialogisuus keskustelun muotona. (Aaltonen ym., 1999). Nämä ovat siis hoitoprosessien analyysissa syntyneitä johtopäätöksiä. Eivät siis ensin luotuja periaatteita, joita sitten yritetään nou-

dattaa. Tutkimuksen yhteydessä ja sitä raportoidessa hoitoajatusta alettiin nimittää avoimen dialogin hoidoksi (Seikkula ym., 1995).

Käytännöstä johtopäätöksiksi

Edellä kuvatut periaatteet voi nähdä verkostokeskeisen hoitomallin peruskuvauksena, mutta emme pidä niitä kaikkiin tilanteisiin soveltuvina malleina. Enemminkin ne ovat yksi esimerkki siitä, miten verkostojen kanssa työskentely tulee mahdolliseksi. Nämä periaatteet ovat kiteytyneet tutkimalla psykoottisten potilaiden hoitoa. Ne eivät kuitenkaan ole vain psykoottisten ongelmien hoitoon tarkoitettuja periaatteita, vaan niitä voidaan käyttää kaikenlaisen kriisityön järjestämisessä. Esittelemme periaatteet ensin luettelomaisesti ja luvun lopussa pohdimme sitä, miten niitä voi soveltaa käytännössä.

Välitön apu

Hädässä olevat ihmiset on paras kohdata välittömästi, eikä odottaa esimerkiksi psykoottisen potilaan koostumista ennen kuin perhe voidaan tavata. Yleiseksi periaatteeksi on muodostunut tavata 24 tunnin kuluessa yhteydenotosta. Tämä on hoitoyksikölle selvä raja, mutta sillä on psykologista merkitystä myös itse asiakkaille. Samaan periaatteeseen kuuluu järjestää kriisipalvelu vuorokauden ympäri, siten että joku on aina sekä asiakkaiden että päivystävien tai kriisityöntekijöiden tavoitettavissa.

Asiakkaiden välitön kohtaaminen tapahtuu järjestämällä hoitokokous siten, että kaikki osallistuvat keskusteluun alusta lähtien. Kriisissä oleva potilas näyttää tavoittavan vaikeimmissa kokemuksissaan jotain ”ei vielä sanottua” sekä hänen omista että läheistensä kokemuksista. Vaikka esimerkiksi potilaan psykoottiset puheet saattavat työntekijöistä ja läheisistä tuntua käsittämättömiltä, voidaan hoitoprosessin jatkuessa usein todeta, että potilas puhuikin todella tapahtuneista vaikeista ja kauhua herättävistä tapahtumista. On tärkeää, että ne ihmiset, joita nämä kokemukset myös koskettavat, ovat paikalla jakamassa potilaan kertomusta ja aloittamassa uuden kielen rakentamista. Voidaan ajatella, että potilas käsittelee psykoottisessa elämyksessään kokemuksia, joilla ei vielä ole sanoja. Tämä

ei ole kuitenkaan vain psykoottisiin ongelmiin liittyvä ominaisuus. Muunkinlaisissa kriisitilanteissa potilas usein puhuu joko sellaisista asioista tai sellaisista tunnekokemuksista, joita muut perheenjäsenet eivät tavoita. Potilas tavoittaa eräällä tavalla muita pidemmälle sille puhumattomien kokemusten alueelle, joka koskettaa kaikkia asianosaisia. Nämä kokemukset voivat olla esimerkiksi sellaisia tunteita (viha, epäluulo, epäluottamus), joista ei puhuta arkipäivässä. Hoidon tehtäväksi avoimissa keskusteluissa tulee sanojen rakentaminen näille kokemuksille.

Parin ensimmäisen päivän aikana yhteydenotosta potilaan näyttää olevan mahdollista puhua avoimemmin myös psykoottisista kokemuksistaan. Ikään kuin ikkuna näihin eriskummallisilta ja pelottavilta tuntuviin kokemuksiin olisi avoinna. Usein alkuvaiheen jälkeen potilas saattaa sulkea tuota ikkunaa niin, että esimerkiksi hallusinaatioista puhuminen tulee vaikeaksi. Asiaan palaaminen saattaa tulla mahdolliseksi vasta useamman kuukauden jälkeen, kun on rakennettu riittävän turvallinen suhde omaan psykoterapeuttiin tai hoitajaan. Jos työryhmä onnistuu turvallisen yhteyden rakentamisessa ensimmäisen päivän kuluessa, hoitoprosessiin saadaan mukaan teemoja, jotka saattavat olla hyvin ratkaisevia hoitotuloksen kannalta. Luvussa 8 esitetään tapaus, joka havainnollistaa sitä, miten tämä ikkuna psykoottisiin kokemuksiin on avoinna, mutta työryhmä ei vastaa potilaan avauksiin.

Sosiaalisen verkoston huomiointi

Kriisi koskettaa kaikkia läheisiä, ei vain potilasta. Jopa niin pitkälle, että kriisin lähtökohta voidaan nähdä itse potilaan läheisten määrittelynä. Ongelma tulee ongelmaksi silloin, kun se sellaiseksi kielessä määritellään. Vaikeimmissa kriisitilanteissa useimmiten potilaan läheiset huomioivat ensiksi oudon käyttäytymisen. Näistä huomioista syntyvät ongelmat silloin kun jokin käyttäytyminen ei enää vastaa joko yksilön omia tai läheisen sosiaalisen verkoston odotuksia. Esimerkkinä on vaikkapa se, että perheessä epäillään nuoren käyttävän huumeita. Nuori ei miellä tätä ongelmaksi, mutta vanhemmat kyllä huolestuvat huumeiden käyttöön vihjaavista havainnoista. Kuten Anderson ja Goolishian (1992) totesivat, tulevat ongelman havainneet osaksi ongelman määrittämää systeemiä. Verkostonäkökulman mukaisesti nämä ihmiset tulisi jollain tavalla

huomioida kriisin kohtaamisessa, koska ongelma lakkaa olemasta vain, jos kaikki sen havainneet voivat nähdä sen loppuneen. Hoitoon osallistuu yleensä potilaan läheisin sosiaalinen verkosto, joka on kohdannut ongelman kaikkein raskaimmin. Erityisissä tapauksissa voi myös järjestää laajemman verkostokokouksen. Verkosto on hyvä määritellä jo ensimmäisessä yhteydenotossa mahdollisimman yksinkertaisesti. Yksi tapa on kysyä yhteydenottajalta, että (1) kuka tietää tästä tilanteesta ja kuka on ollut huolissaan, (2) kuka voisi olla avuksi ja tulla ensimmäiseen tapaamiseen sekä (3) kenen olisi parasta kutsua heidät, yhteydenottajan itse vai ammatti-ihmisten. Näin verkoston osallistumisen tärkeys tulee luontevaksi keskusteluteemaksi, ja yhteydenottaja voi myös arvioida, keitä henkilöitä hän ei halua kutsuttavan mukaan.

Ongelmia potilaan tai hänen läheistensä motivoimisessa saattaa ilmetä, jos asia on esitetty liian muodollisesti esimerkiksi kysymällä, että ”saammeko luvan kutsua perheen paikalle”. Tällainen ehdotus saattaa aiheuttaa epävarmuutta tai epäluuloa yhteisen kokouksen tarkoitukselta ja kutsutut saattavat kieltäytyä. Osana verkoston kartoitusta olisi hyvä muistaa selvittää, keiltä muilta asiakas on jo hakenut apua tähän kriisiin, tai onko hän muuten yhteydessä muihin auttajatahoihin. Nämä tulisi kutsua mukaan mahdollisimman varhain. Usein tapaamismahdollisuuden järjestäminen heti ensimmäisen päivän aikana saattaa olla muille työntekijöille vaikeaa, mutta on hyvä sopia sellaisesta ajasta, jolloin hekin pääsisivät paikalle.

Verkosto voidaan huomioida monilla tavoilla. Aina kannattaa huomioida ne, jotka eivät voineet osallistua kokoukseen. On hyvä kysyä, ”kutka muut tietävät ongelmasta”, ”voisiko Matti-setä olla avuksi tässä tilanteessa?”, ”mitähän työnantaja sanoisi, jos hän osallistuisi tähän keskusteluun?”. Hoitokokouksen loppupuolella on myös hyvä selvittää, ”kuka olisi meistä paras soittamaan Matti-sehdälle ja kertomaan, mitä olemme täällä puhuneet? Ehkä hänellä on terveisiä meille, kun me seuraavan kerran tapaamme”. Tällä tavalla ylläpidetään myös avoimina perheen yhteyksiä omaan sosiaaliseen verkostoonsa. Yleensä kriisitilanteissa on vaarana, että perheen yhteydet ulospäin vähenevät, jolloin perhe ei enää saa sosiaalista tukea silloin, kun se sitä erityisesti tarvitsisi (Gutstein, 1987).

Sosiaalisen verkoston näkökulma kiinnittää huomion ennen kaikkea tällä hetkellä oleviin ihmissuhteisiin, jotka voivat sisältää kenet tahansa tärkeältä tuntuvan. Se sisältää ensinnäkin potilaan henkilökohtaisen verkoston, johon kuuluu hänen perheensä, muita

sukulaisiaan, mahdollisesti ystäviään, työvereitaan tai naapureitaan aina kulloisenkin kriisitilanteen mukaan. Toiseksi se sisältää potilaan työntekijäverkoston kunkin tilanteen tarpeen mukaisesti, siis ne työntekijät, joilta potilas on hakenut apua joko tässä kriisissä tai johon hänellä on merkitsevä suhde aikaisemmin.

Joustavuus ja liikkuvuus

Kriisitilanteessa hoitavan työryhmän tehtäväksi tulee vastata kunkin potilaan ja tämän verkoston ainutkertaisiin tarpeisiin. Jokainen potilas tarvitsee hänelle parhaiten soveltuvan lähestymistavan, siis hänelle parhaiten sopivan keskustelutavan, parhaiten soveltuvat terapeutitiset menetelmät ja juuri hänen ongelmaansa sopivan hoidon keston. Esimerkiksi psykoottisessa kriisissä ensimmäisten 10–12 päivän aikana tarve on toinen kuin kolmen viikon kuluttua. Akuuteimman psykoottisen kriisin aikana on hyvä olla valmius tavata päivittäin. Tämän vaiheen jälkeen perhe yleensä itse pystyy määrittämään sille sopivan aikavälin seuraavaan tapaamiseen. Nämä periaatteet noudattavat tarpeenmukaisen hoidon periaatteita, joita Yrjö Alasen (1997) johtama ryhmä kehitti.

Tapaamisen paikka voidaan joustavasti valita sen mukaan, mikä perhe tuntee turvallisimmaksi. Useimmiten tällainen paikka on koti, koska siellä potilaan ja hänen perheensä elämä tulee parhaiten osaksi hoitoa. Tämä näyttää myös edesauttavan sairaalahoidon välttämistä (Keränen, 1992; Seikkula, 1991). Tapaamispaikka voi tietysti olla muukin, esimerkiksi poliklinikka, jos perhe sitä haluaa. Muissa kriisitilanteissa esimerkiksi onnettomuuksien tai katastrofitilanteiden jälkeen on hyvä huomioida myös onnettomuuden tapahtumapaikka.

Psykoottisten kriisien psykososiaalinen hoito on kehittynyt laajasti. Valtaosassa näitä ohjelmia sovelletaan sairauskeskeistä ajattelutapaa, jossa psykoottinen ongelma nähdään yhtenäisesti kuvattavana sairautena, jota perheen on hyvä oppia hoitamaan omalla toiminnallaan. Perheen huomioimisessa käytetään ns. psykoedukatiivisia eli psykologis- kasvatuksellisia menetelmiä, joissa perheelle annetaan tietoa psykoosin luonteesta ja koulutetaan stressinhallinnan lisäämiseksi perheen vuorovaikutustilanteissa. Useissa psykoedukatiivisen ajattelutavan mukaan toimivissa tutkimuskeskuksissa pyritään rakentamaan tietty terapeutitinen ohjelma, jota toistetaan tapauksesta toiseen. Tällä tavalla saadaan raken-

nettua tutkimusasetelmaan sopiva toimintatapa, mutta vaikeudeksi tulee kunkin potilaan yksilöllisten tarpeiden huomiointi. Perheet saattavat helpommin kieltäytyä ohjelmasta, kuten ilmeni norjalaisessa TIPS-projektissa (Friis ym., 2003). Tarpeenmukaisen hoidon toteutustavoilla voidaan välttää tällainen ohjelmien ei-aiottu seuraus. Psykoedukatiivisilla työtavoilla voi olla paljon annettavaa myös tarpeenmukaisen hoidon kokonaisuudessa, kun niitä sovelletaan kunkin tilanteen mukaisesti. Tarpeenmukainen hoitojärjestelmä näyttää soveltuvan hyvin pohjoismaiseen malliin, jossa hoitoyksiköt vastaavat kaikkien alueellaan asuvien potilaiden hoidosta. Niillä on vastuu myös niistä potilaista, jotka eivät sovellu johonkin tiettyyn hoito-ohjelmaan. Terveystieteiden yksiköt ovat kokonaisvastuussa omalla maantieteellisellä alueellaan koko väestöstä, jolloin niiden tulisi joustaa potilaiden ja heidän henkilökohtaisen verkostonsa suuntaan eikä päinvastoin.

Työryhmän vastuullisuus

Kaikenkattavan kriisiavun järjestäminen on hyvin vaikea toteuttaa, jos toiminnan vastuualueen kaikki työntekijät eivät ole sisäistäneet sitä, että kriisitilanteita pidetään etusijalla. On hyvä luoda periaate, että se työntekijä, johon otetaan yhteyttä, on vastuussa ensimmäisen tapaamisen järjestämisestä ja hoitavan työryhmän organisoimisesta alkavaa hoitoa varten. Yhteydenottaja voi olla potilas itse, hänen omaisensa, päivystävä lääkäri tai muu ammattiauttaja. Hoitavan työryhmän jäsenet tietävät olevansa vastuullisia hoitoprosessista tämän jälkeen. Periaate sisältää sen ajatuksen, että puhelimeen vastaava työntekijä tai mielenterveystoimistoon kävelevän asiakkaan vastaanottava työntekijä ei voi sanoa, että ”tämä tapaus ei kuulu meille, teidän on otettava yhteys A-klinikkaan”. Tämä ohje ei tietenkään merkitse sitä, ettei asiakkaan esittämään kysymykseen voi vastata neuvomalla oikealta tuntuvan toimipisteen. Jos työntekijä alkaa ajatella, että äidin kertoman mukaan hänen poikansa psykoottisessa käytöksessä alkoholin liikakäytöllä on merkitystä, on hyvä ehdottaa, että työryhmä kutsuu jonkun A-klinikalta mukaan kriisikokoukseen. Tässä kokouksessa sitten suunnitellaan, ketkä olisivat sopivia ottamaan vastuun hoitoprosessista. Parasta on muodostaa hoitava työryhmä useiden eri toimipisteiden työntekijöistä, jos kyseessä on monia alueita käsittävä ongelma.

Vastuullisuus sisältää myös ajatuksen, että kokoukseen tuleva työryhmä ottaa keskustelussa vastuun tilanteesta, tekee tarvittavan analyysin ongelmasta, keskustelee ja päättää hoitosuunnitelmasta ja tekee hoitopäätökset. Työntekijät eivät siis keskustelun lopuksi ilmoita ottavansa asian esille lähetetiimissä hoitopäätösten tekemiseksi. Suunnitelma ja päätökset on parasta tehdä paikan päällä. Jos vastuullinen lääkäri ei ole voinut osallistua kokoukseen, häntä pitää konsultoida tehdyistä päätöksistä puhelimitse heti kaikkien vielä läsnä ollessa. Jos vastuullinen lääkäri on eri mieltä tehdystä päätöksestä (esimerkiksi näkee turvallisemmaksi ottaa potilas sairaalaan vastoin työryhmän suunnitelmaa), on hyvä järjestää uusi kokous niin pian kuin mahdollista. Tällöin lääkärin ja työryhmän erilaisista käsityksistä voidaan keskustella avoimesti potilaan ja perheen kuullen. Avoin keskustelu erilaisista näkemyksistä ja erimielisyyksistä lisää perheen ja potilaan mahdollisuuksia palauttaa elämänsä hallintaa itselleen. Vastuullisuus ei merkitse sitä, että työryhmä ottaa potilaan vastuuta vaan tulee tietoisemmaksi omasta vastuustaan.

Psykologinen jatkuvuus

Vastuullisuuden kanssa käsi kädessä kulkee kysymys siitä, miten turvaamme hoidossa psykologisen jatkuvuuden. Miten voimme turvata sen, että ensimmäisessä yhteydenotossa syntyneet kuvaukset ongelmasta tulisivat sen jälkeen alkavan prosessin osaksi? Optimaalinen tavoite on luonnollisesti se, että ensimmäisessä hoitokokouksessa päätetty hoitava työryhmä voisi ottaa vastuun koko prosessista, tapahtuipa se potilaan kotona tai osittain sairaalassa. Työryhmän olisi hyvä saada jäseniä sekä mielenterveystoimistosta että sairaalan osastolta, jolloin psykologinen jatkuvuus voidaan turvata, vaikka välillä tarvittaisiin sairaalahoitoa.

Kriisin alussa ei voi koskaan tietää, kuinka pitkään se kestää. Prosessi voi olla ohi kahden hoitokokouksen jälkeen, mutta yhtä hyvin se voi edellyttää vuosien intensiivistä hoitoa. Jos kriisityöryhmällä on periaate tavata vain esimerkiksi viisi kertaa kriisin alussa, hoidon jatkuvuus tulee ongelmalliseksi, kun potilasta lähetetään seuraavalle hoitotaholle. Näissä tilanteissa hoito saattaa tulla liian toimenpidekeskeiseksi, koska työryhmän pitää koko ajan ratkaista kysymystä siitä, kuka jatkaa hoitoa.

Psykologiseen jatkuvuuteen liittyy myös erilaisten hoitomenetelmien integrointi yhteiseen prosessiin. Uudet hoitomenetelmät on aina hyvä sopia yhteisessä hoitokokouksessa kaikkien läsnä ollessa. Jos hoitokokouksessa syntyy ajatus yksilöpsykoterapian tarpeellisuudesta, voi psykologisen jatkuvuuden turvata esimerkiksi siten, että joku kriisityöryhmän jäsen voi alkaa yksilöpsykoterapeutiksi. Jos tämä ei ole mahdollista tai järkevää, on hyvä kutsua mahdollinen terapeutti mukaan pariin hoitokokoukseen, jossa rakentuu yhteinen merkitys psykoterapian pohjaksi. Prosessin kuluessa psykoterapeutti kannattaa kutsua keskusteluihin aika ajoin. Tällä tavoin turvataan eri terapeuttisten menetelmien yhteensovittaminen siten, että ne tukevat toisiaan. Ongelmallisia tilanteita on saattanut syntyä, jos yksilöpsykoterapeutti ei ole halunnut osallistua hoitokokouksiin perheen kanssa. Tämä voi lisätä perheen epäluuloisuutta, joka purkautuu sitten muuhun hoitavaan työryhmään. Erityisesti nuorten ja lasten kohdalla tämä periaate tuntuu erittäin tärkeältä. Yhteisistä hoitokokouksista syntyy myös paljon puhuttavaa yksilöterapiasuhteeseen.

Epävarmuuden sieto

Kriisitilanteissa auttajien ensimmäinen tehtävä on lisätä turvallisuutta siten, että potilas ja hänen läheisenä voivat sietää sitä epävarmuutta, että kukaan ei tiedä valmiita ratkaisuja tämänhetkiseen ongelmaan. Tarkoituksena on mahdollistaa potilaan ja hänen perheensä omien psykologisten voimavarojen käyttö elämänhallinnan lisäämiseksi. Nämä psykologiset voimavarat tarkoittavat ensisijaisesti mahdollisuutta pukea sanoiksi vaikeimpia elämänkokemuksia. Hoitava työryhmä ei pysty tarjoamaan perheelle parempia sanoja ja parempaa kieltä heidän vaikeimpien kokemustensa kuvaamiseksi. Kysymys on potilaan ja hänen läheistensä elämästä, jonka he itse parhaiten tuntevat. Kriisi merkitsee sitä, että heidän mahdollisuutensa oman elämänsä perspektiivien rakentamiseen on juuri nyt vähäinen. He eivät tarvitse kuitenkaan ulkopuolelta tulevaa ratkaisua kriisiin, vaan mahdollisuutta oman elämänhallinnan uudelleen palauttamiseen. Tämä on estynyt kriisin synnyttämän valtavan tunnekuohon takia.

Joissakin sairauskeskeisissä toimintamalleissa hoidon ensimmäiseksi tehtäväksi nähdään oireitten poistaminen mahdollisimman tehokkaasti, mikä esimerkiksi psykoottisissa kriiseissä merkit-

see antipsykoottisen lääkityksen aloittamista välittömästi. Tämän toiminnan riski on siinä, että samalla potilaalta viedään pois psyykkisiä voimavaroja, joita hän tarvitsisi. Lääkkeethän vaikuttavat paitsi oireisiin, myös rauhoittavasti muuhun psyykkiseen toimintaan ja näin saattavat sivuvaikutuksenaan luoda esteitä omalle psyykkiselle työlle. Tärkeintä on löytää prosessi, joka lisää turvallisuutta mutta huomioi myös potilaan omien resurssien lisäämisen. Pysyvää lääkitystä ei pitäisi aloittaa heti ja sen aloittamista ylipäänsäkin kannatta harkita useammassa kokouksessa. Tämä johtopäätös saa vahvistusta myös niissä tutkimuksissa, joita käsittelemme 9. luvussa.

Riittävä turvallisuus edellyttää ensiksi sitä, että perhettä ei jätetä liian pitkäksi aikaa yksin, vaan tapaamiset järjestetään riittävän tiheästi, vaikkapa päivittäin vaikeimmissa kriiseissä. Toiseksi riittävä turvallisuus edellyttää sellaista keskustelun laatua, että kaikki kokevat tulevansa kuulluiksi. Tämä taas edellyttää työryhmänä työskentelyä, koska perheen ja potilaan kokemukset saattavat olla hyvin vastakkaiset. Potilas saattaa sanoa: ”En minä mitään hoitoa tarvitse. Vanhemmat ne sairaita ovat, heille sitä hoitoa tarvitaan.” Ja samaan aikaan vanhemmat näyttävät olevan lojen uupuneita yrittäessään auttaa nuorta. Kun paikalla on useampi ammatti-ihminen, voi joku keskittyä vanhempien kokemuksen huomiointiin ja joku toinen taas enemmän potilaan äänen kuulemiseen ja aloittaa keskustelua näiden eri äänien välillä. Ensimmäisessä kriisikokouksessa ei luonnollisesti voi edetä vielä kovin pitkälle, jos taustalla on selkeä konflikti. Mutta jo tässä keskustelussa työntekijät voivat kommentoida toisilleen havaintojaan eri positioista käsin. Jos he voivat kuulla toisen sanomaa, se saattaa raottaa mahdollisuutta myös perheenjäsenille alkaa kuunnella toistensa näkemyksiä.

Potilaan ja hänen läheistensä voimavarat tulevat huonosti käyttöön sellaisissa tilanteissa, joissa työryhmällä on kiire seuraavaan kokoukseen ja päätöksiä yritetään saada aikaan nopeasti ajan puutteen vuoksi. Näissä tilanteissa on parempi määritellä tilanne avoimeksi. Tämä voi tapahtua esimerkiksi sanomalla: ”Olemme nyt keskustelleet tunnin verran, eikä vielä ole ollut mahdollista ymmärtää täysin, mistä on kysymys ja mitä olisi parasta tehdä. Mutta silti olemme voineet keskustella tärkeistä asioista. Olisiko paras jättää tämä tilanne avoimeksi ja jatkaa keskustelua ylihuomenna?” Tällöin on tärkeä sopia konkreettisesti, miten edetään seuraavaan tapaamiseen. Perheelle on hyvä jättää puhelinnumero, johon voi soittaa avun tarpeessa.

Dialogisuus

Hoidon ensimmäiseksi tavoitteeksi ei tule potilaan tai hänen perheensä muuttaminen vaan dialogin synnyttäminen eri äänten välillä. Ylipäänsäkään minkäänlaisen uuden ymmärryksen syntyminen ensimmäinen ehto on dialogisen keskustelun kehittäminen monologisen kielen sijasta. Ammattiauttajilta tämä edellyttää nimenomaan ammattitaitoa dialogisen keskustelun synnyttämiseksi. Kaikki muu asiantuntemus, esimerkiksi kunkin työntekijän omat ammattialat tai erityiskoulutukset, tulevat parhaiten koko prosessin käyttövoimaksi dialogisessa prosessissa. Muutos tilanteessa ylipäänsä ja muutos potilaan oireissa ja käyttäytymisessä samoin kuin perheessä tapahtuu väistämättä tässä prosessissa.

Dialogisessa terapiakeskustelussa ei pyritä potilaan ja perheen käyttäytymisen tulkittamiseen siten, että jonkin havaitsemamme ilmiön perusteella sanoisimme, mistä itse asiassa on kysymys. Perheen kieltä kuunnellaan ja seurataan sellaisenaan. Keskustelussa voidaan esimerkiksi toistaa sanasta sanaan, mitä potilas sanoi. Tällä tavoin ammatti-ihmiset kääntävät potilaan sanoja omiksi tutuiksi sanoikseen ja samalla potilas voi kuulla jotain, jonka lähtökohta on hänen kokemuksissaan, mutta samalla kertaa jotain uutta, koska joku ulkopuolinen toistaa hänen sanomansa. Tällaisessa keskustelussa on tärkeää luoda riittävän hidas rytmi, jotta osallistujille jäisi tilaa kunkin ilmaisuuden vastaanottamiseen ja sen sisäiseen pohdintaan.

Hoitokokous on yhdessä pohtimista

Millaisella foorumilla edellä mainitut periaatteet sitten toteutuvat? Avoimien dialogien perusajatus elää hyvin hoitokokouksissa (Alanen, 1993). Tarkan kuvauksen hoitokokouksen kulusta voi lukea esimerkiksi Jaakon kirjasta (Seikkulan, 1994). Hoitokokous järjestetään siten, että sitä valmistellaan mahdollisimman vähän etukäteen. Tavoitteena on luoda kaikkien keskusteluun osallistujien historia mahdollisimman samankaltaiseksi kyseisessä kriisissä. Huoneessa kaikki istuvat samassa ringissä, ja keskustelun avaa tavallisesti se, kehen on ensimmäiseksi otettu yhteyttä. Kerrottuaan lyhyesti, mitä hän tietää kyseisestä ongelmasta etukäteen, keskustelun avaajaa esittää mahdollisimman avoimen kysymyksen, esimerkiksi sanomalla ”kukahan olisi paras kertomaan tästä lisää”

tai ”miten haluaisitte käyttää tämän ajan”. Näin mahdollisimman varhain pyritään asiakkaiden äänen kuulemiseen.

Haastattelu alkaa sitten näistä ensimmäisistä kommenteista. Dialogin synnyttämisessä haastattelun teemoja ei suunnitella etukäteen, vaan seuraava kysymys syntyy edellisessä vastauksessa. Kaikkia rohkaistaan kertomaan oma näkökulmansa kuhunkin keskusteluaiheeseen. Kaikki työntekijät voivat myös osallistua kysymyksillään keskusteluun. Tärkeää on se, että keskusteluun pyritään luomaan rauhallinen etenemistahti ja siinä keskitytään mahdollisimman konkreettisiin kuvauksiin tapahtumista ja teoista. Keskustelun vetäjien on tärkeää huomioida se, että kaikille turvataan mahdollisuus omien näkemyksien esittämiseen riippumatta siitä, kuinka erilaisia tai samankaltaisia ne ovat muihin nähden.

Vaikka puhumme avoimista dialogeista, se ei tarkoita, että keskustelulla ei ole mitään rakennetta. Sillä ei ole etukäteen valmisteltua muotoa, mutta rakenne syntyy kyllä kussakin keskustelutilanteessa sen tilanteen ehtojen mukaisesti. Tämän rakenteen synnyttämisessä hoitava työryhmä tai yksi työntekijä voi olla aktiivisessakin roolissa, jos niin tarvitaan. Toisissa tilanteissa kokouksen vetäjien tehtäväksi saattaa jäädä vain keskustelun avaaminen ja lopun yhteenvedon tekeminen. Tilannekohtaiset vaihtelut ovat siis suuria.

Informaation kertyessä joku työntekijöistä voi ilmaista halunsa pohtia työntekijöiden kesken ajatuksiaan. Aloitteen tähän voi tehdä kuka hyvänsä työntekijöistä. On hyvä kysyä tähän lupa asiakkailta. Usein työntekijöiden reflektiivinen keskustelu voi alkaa myös hyvin spontaanisti ikään kuin luonnollisen keskustelun kulun yhtenä osana. Kun työntekijöille tulee tunne, että asiaa on pohdittu tällä kertaa riittävästi, tulee reflektiivinen keskustelu päättää kysymällä asiakkailta, haluaisivatko he kommentoida työntekijöiden keskustelua. Tämä on hyvin tärkeää, koska siinä turvataan se, että asiakkailta on koko ajan mahdollisuus vaikuttaa siihen, millaisia merkityksiä työntekijät heidän kriisinsä kohtaamisessa saavat.

Yleensä reflektiivisen keskustelun jälkeen hoitokokous ei jatku enää kovin pitkään. Työntekijöiden tuomat teemat – kuten hoitopäätökset, lääkityksen määrääminen yms. – on parempi käsitellä kokouksen loppupuolella kuin kokouksen alussa. Näin voidaan paremmin turvata, että työntekijöiden antamat teemat eivät määritä koko kokouksen kulkua. On tärkeää myös lopettaa hoitokokous asiakkaiden sanoihin. Tämän voi tehdä esimerkiksi toteamalla, että ”minusta tuntuu, että voimme alkaa lopettaa tätä keskustelua.

Mutta ennen kuin teemme sen, haluaisin tietää, onko vielä jotain, mitä meidän pitäisi käsitellä?” Kokouksen lopuksi on hyvä vielä kiittää tehdyt päätökset mahdollisimman konkreettisesti. Erityisen tärkeää tämä on sellaisessa tilanteessa, jossa lopullista ratkaisua asioille ei saatu. Verkostoa voi rohkaista toteamalla, että ”emme vielä pystyneet selvittämään, mistä on kysymys tai mitä olisi parasta tehdä, mutta siitä huolimatta tuntuu, että olemme keskustelleet erittäin olennaisista asioista”.

Miten rakentaa hoitojärjestelmän keskustelu moniääniseksi ja epävarmuutta sietäväksi?

Edellytysten luominen dialogiselle ja moniääniselle hoitojärjestelmälle ei tapahdu erityisten haastattelutekniikoiden tai terapeuttien interventioiden kautta. Itse asiassa tietynlaisen haastattelutekniikan toistaminen eri hoitotilanteissa saattaa ennemminkin ehkäistä dialogista vuoropuhelua, koska sellaisen yksi perusehto on se, että keskustelun osanottajat sovittavat kommenttinsa koko ajan siihen, mitä toiset keskustelun osanottajat sanoivat. Dialogista keskustelua voi eniten edesauttaa *kiinnittämällä huomion omaan puhetapaansa*. Erityisesti vaikeimmista psyykkisistä kriiseistä kärsivien potilaiden hoitokokouksissa voi ehdottaa seuraavia toimintatapoja:

- *Varmista, että kaikki hoitokokouksen osanottajat voivat osallistua niin varhain kuin mahdollista keskusteluun.* Aluksi kukin sanoo oman käsityksensä ongelmasta. Se on useimmiten aika monologinen, koska sitä ei ole vielä jaettu muiden keskusteluun osallistujien kanssa. Jos hoitava työryhmä osoittaa kuulleensa itse kunkin huolenaiheen ja arvostaa sitä, alkavat toisetkin keskustelijat kuunnella enemmän toistensa puheenvuoroja. Tämä on erityisen tärkeä asia potilaan psykoottisten tai muuten toisille vastakkaisten kommenttien suhteen.
- *Sovita ensimmäiset kommenttisi niihin sanoihin, mitä toiset sanoivat.* Tämä voi tapahtua esimerkiksi toistamalla sanasta sanaan jokin osa toisen puheenvuorosta. Jatka alkanutta teemaa seuraavassa kysymyksessäsi sanomalla esimerkiksi: ”Sanoit, että tuntui kauhealta, kun isä muutti pois kotoa.” Sen jälkeen voi pitää puheessa pienen tauon, jotta asiakkaalle jää

aikaa miettiä, tarkoittiko hän todella sitä, mitä kommentoija toisti. Jos näin on, voi puhuja kuulla, mitä tämä kokemus hänelle itselleen merkitsee. Tällaisilla ilmaisuilla voit olla rakentamassa yhteistä kielialuetta potilaan ja hänen verkostonsa kanssa. Yhteisellä kielialueella tulee mahdolliseksi ymmärtää sanojen sisältö riittävän samalla tavalla, jolloin hoitosopimusten teko tulee mahdolliseksi.

- *Älä tulkitse tai realisoi sairaudeksi potilaan psykoottisia puheenvuoroja, vaan sano haluavasi tietää enemmän myös hänen näistä kokemuksistaan.* Keskustelu psykoottisesta teemasta voi tapahtua samalla tavalla kuin keskustelu mistä muusta teemasta tahansa. Voit sanoa, että ”kun se porukka tunkeutui sinun huoneistoosi, mitä he tekivät. Mistä he olivat saaneet avaimen huoneistoosi?”. Sairauden oireiksi ne kannattaa nimetä vain siinä tapauksessa, että potilas itse niin tekee. Silloinkin voi olla hyvä jättää tilaa myös vaihtoehdoille selityksille. Jos puhujan pitää ottaa kantaa siihen, ovatko potilaan kertomat tapahtumat harhaa vai totta, voi sanoa, että ”minä itse en ole kokenut tuollaista. Voisitko kertoa siitä enemmän, että ymmärtäisin paremmin”.
- *Kommentoi havaintojasi ja ajatuksiasi toisille läsnä oleville ammatti-ihmisille.* Tällainen reflektiivinen pohdinta kehittää sellaista ilmapiiriä, jossa syntyy enemmän tilaa vaihtoehdoille selityksille ja ratkaisuille. Erilaisten merkitysten ja erilaisten vaihtoehtoisten ratkaisujen myötä perheen oma osuus korostuu, koska kyse on silloin valinnoista eikä ennalta määräytyneestä todellisuudesta. Jos perhe käyttää hyvin konkreettista kieltä, älä itsekään spekuloi kovin symbolisilla käsitteillä. Voit aloittaa reflektiivisen keskustelun esimerkiksi pohtimalla jotain keskusteluhuoneessa tapahtunutta, jonka kaikki paikallaolijat ovat havainneet.
- Jos keskustelu jumiutuu paikoilleen, voit käyttää yllättäviä kysymyksiä tai esimerkiksi sirkulaarisia eli kehämäisiä kysymyksiä. Sirkulaarisissa kysymyksissä keskistytään etsimään suhteiden eroja. Yhdessä kysymyksessä voidaan kysyä esimerkiksi kolmen ihmisen välisiä suhteita tiedustelemalla vaikkapa, ”kun sinulle tuli näitä ongelmia, miten se vaikutti

isän ja äidin suhteeseen”. Yllättävät kommentit voivat myös sisältää sen, että asiakkaan ja perheen vaikeasta tilanteesta aletaan etsiä positiivisia puolia: ”Kun kerroitte noin pitkään jatkuneesta pelosta, teillä täytyy olla paljon voimavaroja, joilla olette selvinneet. Monilta ihmisiltä tällaiset mahdollisuudet omien voimien testaamiseen puuttuvat.”

Edellä esitetyt kohdat ovat vain joitakin huomioita dialogisen asenteen mahdollistamiseksi vaikeimmissa hoidoissa. Etenkin esitetyt vuorosanaesimerkit ovat vain havainnollistavia esimerkkejä, ei ohjeita siitä, miten pitäisi sanoa. Dialoginen keskustelu luodaan aina kussakin tilanteessa sen keskustelun ehdoilla. Tätä aihealuetta kuvataan tarkemmin luvuissa 7 ja 8.

5. ENNAKOINTIDIALOGEJA HUOLTEN VÄHENTÄMISEKSI

Edellä on kuvattu avoimia dialojeja, jotka soveltuvat hyvin kriisitilanteisiin. Tässä osassa kuvataan ennakointidialojeja hieman lievemmissä pulmissa. Ennakointidialogit eivät ole hoitokäytäntö vaan keino toteuttaa verkostokokouksia niin, että osanottajat löytävät tapoja *koordinoida yhteistoimintaansa*. Ennakointidialojeissa käytetään vuoropuhelun vetäjiä, jotka ovat käsiteltävään asiaan nähden ulkopuolisia.

Ennakointidialojeista on hyötyä erityisesti silloin, kun tilanteeseen liittyy monta tahoa, kun on epäselvää, mitä kukin on tekemässä tai toisten tekemisiin ollaan tyytymättömiä, kun tarvittaisiin voimavarojen yhdistämistä huoltien vähentämiseksi, mutta *toiminnan koordinaatio on jotenkin hukassa*. Ennakointidialojeja on toteutettu lapsiin, nuoriin ja perheisiin liittyvien tilanteiden ohella vanhus-tenhuollossa (mm. mutkikkaissa kotiuttamista tai laitossijoitusta koskevissa neuvotteluissa) sekä pitkäaikaistyöttömyyden ympärillä muodostuneissa verkostoituneissa tilanteissa. Ennakointidialogien ympäristöä ovat olleet pitkittyneet ja jumiutuneet auttamistilanteet. Ennakointidialogien ”menetelmäperhe” sisältää myös muunnelmia, joita käytetään myös muissa yhteyksissä kuin välittömässä asiakastyössä.⁴ Emme kuitenkaan käsittele niitä lähemmin tässä kirjassa.

Ennakointidialogit on kehitelty Stakesin verkostotutkimuksen ja kehittämisen ryhmässä, yhteistyössä psykososiaalisen työn kenttämattilaisten kanssa. Kuvaamme seuraavassa ennakointidialojeja perheiden kanssa.

⁴ Ennakointidialogien muunnelmia käytetään mm. asuinaluekohtaisessa yhteistyön suunnittelussa sekä esimerkiksi kouluissa toteutettavan yhteistoiminnan suunnitteluun. Näitä muunnelmia kutsutaan alue- ja teemanuovonpidoiksi. Ennakointidialojeja on hyvin kokemuksiin käytetty myös projektien aloitusvaiheissa, uusien toimintayksikköjen käynnistysvaiheissa, työyhteisöjen keskipitkän tähtäimen suunnittelussa, kunta- ja kaupunkistrategisessa suunnittelussa jne. Muunnelmia tästä menetelmästä on käytetty myös työnohjauksessa, opintojen ohjaamisessa ja konsultaatiossa, ja huomattava sovellusalue on evaluointi, jonne on kehitelty erityinen muunnelma, arviointidialogit. Menetelmiä on kuvattu [www-sivulla www.stakes.fi/hyvinvointi/verk/menetelmät](http://www.sivulla www.stakes.fi/hyvinvointi/verk/menetelmät).

Aloite verkostokokouksesta on avunpyyntö

Aloitteen verkostokokouksesta tekee joku lapsen/nuoren hyvinvoinnista huolestunut taho. Sosiaalityöntekijä, terveydenhoitaja, lääkäri, opettaja tai joku muu lapsen, nuoren tai perheen kanssa työskentelevä ammattilainen saattaa kokea, ettei hänen huolensa vähene, ellei työntekijäverkoston yhteistyötä keskenään ja perheen kanssa saada paremmaksi. Myös asiakkaat voivat ehdottaa palaveria. Dialogi toteutetaan *tulevaisuuden muistelu -menetelmällä*, ja sen vetäjänä toimii työpari. Työpari esittää kaikille osanottajille sarjan kysymyksiä ääneen ajateltavaksi. Ennakointidialogeilla on lähitulevaisuuteen kurkottava tavoite: tähdätään huolia vähentävän yhteistyösuunnitelman laadintaan. Niillä on kuitenkin myös välitön, itse dialogitilanteeseen liittyvä tavoite. Kuulluksi tuleminen ja toisten kuuleminen voivat vaikuttaa voimaannuttavasti ”tässä ja nyt”. Yhteistyösuunnitelma laaditaan niin, että itse tuo laadintaprosessi antaisi asianosaisille toivoa ja voimia.

Ensimmäinen askel on huolen ottaminen puheeksi huoltajien kanssa ja palaverin ehdottaminen. On tärkeää huomata, että työntekijä on pyytämässä apua *oman* huolensa huojentamiseksi. Mikäli työntekijä kokee, ettei lapsen tai nuoren tilanne huojeudu, vaikka hän tekee sen mitä voi, huoli lapsesta/nuoresta koskee myös työntekijää itseään. Työntekijää huolestuttaa, miten *auttamismahdollisuuksille* ja näin muodoin myös *hänelle auttajana* on käymässä. Ammatillinen työskentely ei kuitenkaan tapahdu tyhjiössä. Auttamismahdollisuuksien voidaan kokea ehtyvän, jos toiminnalle ei saada vastakaikua tai tukea toisilta. Niinpä työntekijän huolensa on usein vähintäänkin häivähdys siitä toimijoiden verkostosta, johon asia työntekijän mielessä liittyy: perheestä, mahdollisesti muista lapsen/nuoren oman verkoston henkilöistä, toisista lapsen/nuoren/perheen kanssa työskentelevistä ammattilaisista. Työntekijä on ehkä koettanut olla yhteydessä näihin toisiin osapuoliin, mahdollisesti kuhunkin kerrallaan, mutta vailla huolia hälventävää tulosta.

Ennakointidialogin valmistelu alkaa keskusteluna huoltajien kanssa. Mikäli aloite verkostokokouksen kutsumisesta koolle esitetään *työntekijän avunpyyntönä* huoltajille, voidaan välttää syytteleviä sävyjä. Avunpyyntö on vilpiton, jos työntekijä todella kokee tarvitsevansa huoltajilta apua oman huolensa vähentämiseen. Puheeksiottamisen sävy on hyvin erilainen pyydetessä *itselle* apua kuin vaadittaessa *toisilta* muutosta. Sävy ja viesti ovat kovin erilaisia

esimerkiksi seuraavissa avauksissa: ”Olen huolissani siitä, ovatko auttamisyrittäkseni tarpeeksi tueksi lapsellenne. Tarvitsin parempaa selkoa työn kokonaisuudesta. Voisimmeko kutsua koolle ne työntekijät, jotka asiaan liittyvät ja teidän perheenne ja ehkä sellaisia läheisiänne, joita haluaisitte mukaan. Suunnittelisimme lapsen hyvinvointia tukevaa yhteistyötä. Tämä vähentäisi minun huoltani..” Tai: ”Teidän ja lapsenne ongelmat ovat niin monisyisiä, että tarvitaan koolle asiantuntijajoukko toteamaan, mitkä ovat ongelmat ja mitä toimenpiteitä tarvitaan. Olisi hyvä, että koko perheenne olisi läsnä.”

Nimitämme aloitteentekijää, verkostopalaverin ehdottajaa jatkossa sen *tilaajaksi*. Tuo nimike liittyy siihen, että aloitteentekijä pyytää verkostokokousta vetämään työparin, joka ei ole työnsä puolesta tai henkilökohtaisten suhteiden kautta sidoksissa kyseiseen perheeseen. Tuollaisen työparin saa ”tilaamalla” sen ennakointidialogeja koordinoivalta yhdyshenkilöltä. Tilaaja on yleensä joku yhteistyöstä huolestunut työntekijä mutta voi myös olla asiakas, joka toivoo kokonaisuuden selkeyttämistä. Verkostopalaveria toivova työntekijä tietysti kuvailee asiakkaalle dialogia, jota on ehdottamassa – ja tästä syystä hänellä tulee olla siitä tietty peruskuva.⁵ Tilaaja kysyy asiakkaalta, keitä olisi hyvä kutsua asiakkaan henkilökohtaisten verkostojen puolelta. Tällöin pohditaan sitä, keistä läheisistä, ystäväistä tms. voisi olla apua huolia vähentävän yhteistoiminnan suunnittelussa. Tilaaja pohtii myös asiakkaan kanssa, keitä työntekijöitä lapsen/nuoren/perheen tilanteeseen on kytkeytynyt ja keitä heistä olisi hyvä kutsua vuoropuheluun. Verkostopalaveriin kutsuttava joukko on siis asiakkaan päätettävissä. Sinne ei kutsuta henkilöitä, joista ei ole sovittu yhdessä asiakkaiden kanssa.⁶

⁵ Niillä paikkakunnilla, joilla on organisoitua ennakointidialogeihin liittyvää toimintaa, työntekijäverkostoon sekä asiakkaiden ulottuville (mm. kirjastoihin, eri virastoihin) jaetaan toimintaa koskevia esitteitä. Niissä kuvataan ennakointidialogien tarkoitusta ja kulkua, kerrotaan ketkä alueella toimivat vuoropuhelun vetäjät (vetäjäpankkina) ja annetaan koordinaattorin (”pankkiirin”) yhteystiedot.

⁶ Kerran, vuosia sitten, kun toimintakäytännön rakennetta vasta luotiin, tilaaja kutsui asiakkaan tietämättä mukaan myös A-klinikan työntekijän. Tämä tietysti viestitti jo pelkällä läsnäolollaan kokoukseen osallistuvalla opettajalle, neuvolan työntekijälle, perhepäivähoitajalle jne., että kuvaan liittyi myös päihdepulma.

Vuoropuhelun helpottajat

Ennakointidialogeja vetävät työntekijät eivät ole mitään yläpuolisia asiantuntijoita vaan vertaisia, kollegoita, joiden tehtävä on helpottaa vuoropuhelun kulkua.⁷ Ennakointidialogien toteuttamiselle näyttää olevan eduksi, että vetäjäpari on riittävän ulkopuolinen käsiteltävään asiaan nähden. Vetäjien riittävä ulkopuolisuus varmistetaan asiakkaiden kanssa. Nimenomaan heiltä kysytään, onko joku käytettävissä olevista verkostokokouksen vetäjistä heidän mielestään kytkeytynyt kyseisen asian käsittelyyn siten, että asiakas toivoisi jotakuta muuta vetämään palaveria. Tämä ulkopuolisuus on tärkeitä selkeyden vuoksi. Jos vetäjä on tosiasiaa kytkeytynyt tapauksen käsittelyyn, mutta toimii vuoropuhelun helpottamistehtävässä ikään kuin ei olisi, hän joutuu kaksoisasemaan eikä sellainen edistä selkeyttä. Havaintojen mukaan vetäjäparin ulkopuolisuus käsiteltävään asiaan nähden on sitä tarpeellisempaa mitä korkeammat ovat huolet ja mitä vahvemmin verkoston osapuolet ovat koettaneet saada toisiaan muuttumaan. Tällöin näet on perusteltu syy olettaa, että ne vuorovaikutustavat, joilla asiaa on yritetty ratkoa, toistuvat verkostokokouksessakin. Mikäli vetäjät ovat itse osa tuollaista vuorovaikutuskuviota, heidän mahdollisuutensa toteuttaa toisenlainen vuorovaikutustapa – ennakointidialogiin kuuluva tulevaisuuden muistelu – on ohkaisempi kuin vetäjäparille, joka ei ole ollut mukana asian käsittelyssä. Silloin, kun käsitellään asioita, joihin ei liity mainittavia huolia, riittävä ulkopuolisuus voidaan saavuttaa jopa sopimalla, että jotkut ”vapautetaan” hetkeksi toimimaan vuoropuhelun vetäjinä. Tällaisia ovat esimerkiksi suunnittelukokoukset, joissa teema on yhteinen, mutta on tarvetta monen näkökulman kehittelyyn.

Asiakkaiden palaute kertoo, että vetäjäparin ulkopuolisuutta pidetään arvossa. Se nähdään mm. turvallisuutta lisääväksi tekijäksi. Jotta tuota arvokasta asemaa voisi vaalia, vetäjien on vältettävä erityisesti kahta asiaa. Ensinnäkin, heidän ei tule etukäteen hankkia tai joutua kuulemaan liikaa tietoja perheestä ja perheen kanssa tehdystä työstä. Riittää, että he tietävät, mikä on tilaajan huoli ja millainen kokoonpano palaveriin on kutsuttu. Runsaat kuvaukset ja tiedot hukkuvat tulkintoihin, ja tilanteen tulkitseminen taas ei ole ennakointidialogien vetäjien tehtävä. Heille muodostuu tietysti niukoistakin

⁷ Vetäjäpareissa toimii terapeutteja, sosiaalityöntekijöitä, nuoriso-ohjaajia, lääkäreitä, opettajia, lastentarhanopettajia, terveydenhoitajia, kättilöitä... siis työntekijöitä kuta kuinkin kaikilta psykososiaalisen työn aloilta.

aineksista tulkintoja – ihmisiähän he ovat ja ihminen muodostaa merkityksiä – mutta mitä seikkaperäisemmin joku on tarjonnut ”tapaus-historiaa”, sitä vaikeampaa vetäjien on itse dialogissa pitäytyä vihjaamattomien kysymysten esittäjän tehtävässä. Toiseksi, vetäjien tulee dialogissa pidättäytyä neuvomasta tai muutoinkaan mielipiteillään osallistumasta ”tapauksen” käsittelyyn. Tässä heitä auttaa vuoropuhelun eteneminen haastattelun tavoin. Vetäjien tehtävänä on huolehtia vuoropuhelun kulusta siten, että se palvelee mahdollisimman hyvin kuulluksi tulemistä, monipuolisten vaikutelmien saamista ja yhteisen huolia huojentavan suunnitelman laadintaa. Siinä ”kaikki”. Vetäjäpari ei ole asiantuntija-asemassa ratkomassa lapsen, perheen tai työntekijäverkoston tilannetta vaan edistämässä osapuolten dialogia.

Tämä dialogin edistämistehtävä on erilainen kuin mitä William Isaacs (2001, 257–258) arvostelee. Hän vastustaa ”muodikkaaksi tulleita” fasilisaattoreiden, helpottajien, käyttöä dialogeissa. Hänen mielestään on keskeistä, että dialogia käyvä yhteisö kohtaa kriisinsä – sen hämmennyksen, joka täyttää mielen, kun ihminen tajuaa, että hänen odotuksensa jäävät toteutumatta ja ettei ryhmä voi täysin hallita tuloksiaan. Isaacs tarkoittaa sellaisia helpottajia, joilta voi odottaa jäsennyksiä ja ryhmää parempaa näkemystä. Ennakointidialogeissa on aivan olennaista, että vetäjät eivät tee tulkintoja asianosaisten puolesta. He nimenomaan eivät neuvo eivätkä koeta tehdä selittäviä yhteenvetoja.

Vetäjien koulutuksessa painottuu se, kuinka toteutetaan menettelytapoja, jotka helpottavat puhumista ja kuuntelua monitoimijaisissa umpikujatilanteissa. Tuollaisissa tilanteissa on usein vahva lataus. Asioille on ehkä eri tahoilla yritetty tehdä jotain jo jonkin aikaa. Toisiin kohdistuu sekä muutosodotuksia että epäuskoa muutosten mahdollisuudesta. Avoimet dialogit ovat psykiatriisiin kriiseihin liittyvä toimintakäytäntö. Ennakointidialogeja ei toteuteta akuutissa kriisissä vaan näköalattomaksi jumiutuivissa avopalvelutilanteissa. Niihin ei välttämättä liity yhtäkkiä hätäännyttä mutta niissä kytee paljon huolta.

Kun dialogi sovittuna päivänä järjestetään, sen alkajaisiksi koetetaan lieventää jännitystä, onhan kysymys ihmisistä, joista kaikki eivät tunne toisiaan ja jotka ovat kokoontuneet huolten merkeissä. Avaussanoissaan tilaaja kiittää osanottajia siitä, että *ovat tulleet auttamaan hänen huolensa huojentamisessa*. Hän kertoo lyhyesti huolensa ja ojentaa sitten tilanteen järjestämistehtävän vetäjäparille. Nämä ottavat vuoropuhelun organisoidakseen.

Vetäjäpari on tavallaan palvelutehtävässä. He ovat ”fasilisoijia”, dialogisuuden edistäjiä. Heitä käytetään, jotta päästäisiin eteenpäin umpikujaan ajautuneista tai ajautuvista tilanteista. Heidän palveluksensa verkostoille voidaan tiivistää seuraavasti:

- Vuoropuhelun vetäjät ottavat hoitaakseen palaverin kulun. Näin he keventävät osanottajien taakkaa. Monen ihmisen palaverissa ei ole helppoa saada ääntään kuuluville eikä varsinkaan tulla kuulluksi – varsinkaan, jos joutuu samaan aikaan jännittämään, saadaanko tälläkään kertaa asioita käsiteltyä kunnolla. Vuoropuhelun vetäjät strukturoivat istunnon sananmukaisesti *vuoropuheluksi* – ja *vuorokuunteleksi*. Kukin saa pohdiskella ääneen toisten kommentoimatta – ja toiset taas saavat rauhassa kuunnellen tunnustella vaikutelmiaan.
- Vetäjät auttavat yhteistoiminnan suunnittelussa. He kertovat, että hyvä osa istunnon lopusta on varattu keskustelulle, jossa sovitaan, mitä tehdään seuraavaksi ja kuka tekee mitäkin kenen kanssa. Osanottajat voivat rauhassa antautua pohtimaan ja kuuntelemaan. Vetäjät koettavat huolehtia siitä, että istunto myös lopuksi tuottaa toiminnallisia johtopäätöksiä.
- Kolmas palvelus on se, että itse pohdintaprosessia helpotetaan. Ei ole helppoa ryhtyä ajattelemaan ääneen isossa joukossa – varsinkaan jos on ”maallikko” ja joukossa on paljon eri alojen asiantuntijoita (joista jotkut saattavat suhtautua perheen toimintaan kriittisesti). Perheenjäsenille ei välttämättä ole keskenäänkään helppoa ilmaista ajatuksiaan huolta aiheuttavasta tilanteesta. Helppoa se ei ole myöskään sellaiselle työntekijälle, joka kokee olevansa jotenkin alakynnessä tai valtavirtaa vastaan. Ylipäätään ääneen ajattelu julkisessa tilanteessa on vaativa tehtävä, vaikkei ilmassa olisikaan jännitteitä. Ajatukset eivät ole päässä valmiina eivätkä sanat ole kielellä niitä kyytiinsä poimimassa. Pikemminkin ajatukset muotoutuvat puhuttaessa, ja ääneen ajattelija saa ääneen ajatellessaan kiinni ajatuksistaan. Niinpä ennakoitidialogeissa pyritään luomaan mahdollisimman otollinen tilanne tuollaiselle ääneen ajattelulle ja omien ajatusten muotoutumiselle. Sen lisäksi, että kunkin vuoro rauhoitetaan keskeytyksiltä ja kommenteilta, ääneen ajattelijaa autetaan kysymyksin, haastattelemalla. On aivan

toista vastata yhdelle ihmiselle ajatuksia herättäviin kysymyksiin kuin aloittaa ääneen ajattelu suuren joukon ympäröimänä ilman ”vetoapua”. Pohdintaprosessia edesautetaan myös sillä, että kukin kuulee myös toisten ääneenajattelut ja saa niistä vaikutelmia omiin ajatuksiinsa.

- Kysymykset ovat sillä tavoin avoimia, ettei niihin ole oikeita tai vääriä vastauksia. Ne ovat myös sangen yllättäviä, sillä osanottajia pyydetään ”muistelemaan” hyvää lähitulevaisuutta ja siihen johtaneita tekoja. Vetäjät kysyvät kysymyksiä, joiden vastaukset ovat sekä omakohtaisia että odottavat täydentyäkseen toisten omakohtaisia ajatuksia. Vastauksista muodostuu *väljästi kudottu* kuva lähitulevaisuudesta. Vuoropuhelun vetäjien keskeinen palvelus on tarjota tulevaisuuden muistelua *yhdessä ajattelun välineeksi*.
- Vetäjien viides palvelus osanottajille onkin se, että he koettavat edesauttaa uuden ymmärryksen muodostumista ihmisten *välillä*, jaetun ymmärryksen muodostumista. Kun kaikki kuulevat toistensa pohdinnat, kaikilla ovat kaikki nuo ainekset omisissa sisäisissä dialogeissaan. Vaikka osanottajista tuskin ketkään ymmärtävät asian täysin samalla tavalla toisen kanssa, he ovat saaneet mahdollisuuden muodostaa ymmärrystään jaetussa tilanteessa ja osanottajien äänten kaikuessa toisissaan. Olisi aivan toista, jos vetäjät kävisivät haastattelemassa samat osanottajat erikseen, kunkin tahollaan, haastatellen toistensa kuulematta niin perheen ja läheisverkoston jäsenet kuin eri tahojen työntekijätkin. Vetäjillä olisi ehkä paljonkin ääniä sisäisessä dialogissaan, mutta juuri tuo olennaisin keskinäisen ymmärryksen edesauttaja jäisi puuttumaan muilta.
- Vuoropuhelun vetäjät myös helpottavat osanottajien mahdollisuuksia puhua nykytoiveistaan ja huolistaan. Hyvin harva ihminen ajattelee täsmällisesti, millaista hänen elämänsä on (esimerkiksi) vuoden kuluttua ja mitkä omat ja muiden teot auttaisivat pääsemään tuohon tilanteeseen. Sekä päämäärä että keinot ovat luultavasti enemmän tai vähemmän summitaisia. (Poikkeuksen muodostaa tietysti sellainen elämäanalue, esimerkiksi työhön liittyen, jota on mahdollisesti suunniteltava jossain tilanteessa vaihe vaiheelta.) Useimmilla lienee kuitenkin

kin lähitulevaisuuteen liittyviä toiveita ja huolia. Vuoropuhelun vetäjä auttaa ajattelemaan niitä – sekä huolia vähentäviä tekoja – ”viemällä” pohdinnan nykyhetken tulevaisuuteen ikään kuin ”siellä” oltaisiin jo. On eri asia tarkastella ikään kuin taaksepäin katsoen tietä, joka johti hyvään tilanteeseen, kuin katsoa ongelmista tulevaisuuteen päin ja pohtia, mikä poistaisi ongelmat. Ensin mainitussa käyttövoimana on toivotun tilanteen subjektiivinen hahmottelu, viimeksi mainitussa kuvan tarkentaminen epätoivotuista ilmiöistä. Kun asioita tarkastellaan huojentuneesta perspektiivistä, myös huolet voi ilmaista hieman vapaammin. Jos nimittäin aloitetaan nykyhuolista, itse kukin voi joutua varomaan, ettei loukkaa sanomisillaan henkilöitä, joihin huolet liittyvät. Jos aloitetaan tilanteesta, jossa huolet ovat vähentyneet, huolten ”muistelusta” jää pois loukkaavia sävyjä.

- Vuoropuhelun vetäjien eräs palvelus onkin, että ennakkointidialogi suo mahdollisuuden ajatella hyvää tulevaisuutta toteutettavissa olevana. Tällaisella on voimaannuttavia (empowering) vaikutuksia.
- Vuoropuhelun vetäjät edesauttavat sitä, että perheen (moniääninen) lähitulevaisuus tulee tarkastelun keskiöön ammatillisten toimenpiteiden sijasta. Auttamistekojen kokoomapisteeksi tulee perheenjäsenten hyvä arki.
- Vuoropuhelun vetäjät koettavat auttaa sellaisen konkreettisen suunnitelman muotoutumista, jossa ”tilaaja” (aloitteen tehnyt huolestunut taho) ei jää huolineen yksin – eikä kukaan muukaan varsinkaan lapsi.
- Vaikka ennakkointidialogien näköala on tulevaisuudessa (eli verkostopalaverissa koetetaan muodostaa huolia hälventävää yhteisen toiminnan suunnitelmaa), sillä on myös välittömään, istunnossa toteutuvaan hetkeen liittyviä päämääriä. Parhaimmillaan osanottajat saavat kiinni toiveistaan ja huolistaan, kokevat tulewansa kuulluiksi, kuulevat ajatustensa kaikuvan toisten käyttämissä puheenvuoroissa, saavat lisää ymmärrystä toisten näkökannoista, kokevat jakavansa ymmärrystä ja saavat kokemuksen keskinäisen tuen levittäytymisestä verkostoon. Tuo tarkoittaa myös kosketetuksi tulemistä.

Tulevaisuuden muistelun kulku

Tulevaisuuden muistelun kulkua kuvattiin lyhyesti luvussa 2. Nyt sitä kuvataan hieman tarkemmin tehden täydentäviä huomioita menettelytavan tarkoituksista.

Vetäjät toimivat työparina. Toinen haastattelee, toinen kirjaa. (Vuoroja saatetaan vaihtaa.) Kirjaukset tehdään julkisiksi muistiinpanoiksi, esimerkiksi paperitaululle. Muistiinpanot ovat tarpeen, jotta loppukeskustelussa voidaan koota niistä sellainen toimintasuunnitelma, josta itse kukin löytää oman kiinnukohtansa.

Osanottajat järjestetään kahdeksi pöytäkunnaksi: perhe- ja työntekijöpöytäkunnaksi. On tärkeää, että kaikki kuulevat toistensa pohdinnat. Perhepöytäkuntaan osallistuvat perheenjäsenet lisäksi ne läheiset, ystävät jne., joita perheenjäsenet ovat kutsuneet mukaan.

Haastattelut aloitetaan perhepöytäkunnasta. Asianosaisten kanssa sovitaan, mikä on sopiva haastattelujärjestys. Kulttuuriset seikat huomioidaan, mm. maahanmuuttajaperheiden kulttuurisia tapoja kunnioittaen. Suomalaisen valtaväestön keskuudessa näyttää käyvän päinsä aloittaa yhtä hyvin lapsista kuin aikuisista tai haastatella perheen äitiä ennen isää. On kulttuureja, joissa tällainen on sopimatonta. Perhepöytäkunnasta aloittaminen on tärkeää siksi, että juuri perheen arki on se ”kokooma-alusta”, johon tukitoimien tulisi liittyä. Elleivät työntekijöiden teot ”istu” hyvin perheen arkeen, hyvätkään toimenpiteet eivät välttämättä ole avuksi. Kuva perheen hyvästä tulevaisuudesta on monisävyinen: kullakin perheenjäsenellä on siitä oma näkemyksensä, omasta näkökulmastaan. Niinpä kukin haastatellaan erikseen. Perheenjäsenet kanssa sovitaan, mikä olisi sopiva lähitulevaisuuteen suuntautuva ajanjakso, jota tarkastellaan. Usein se on vuosi ”eteenpäin” haastatteluhetkestä.

Tomin kollega Jukka Pyhäjoki kertoi kokemuksestaan islaminuskaisen perheen kanssa. Hän oli varautunut siihen, että haastattelut on syytä aloittaa isästä, ja sopikin näin. Kun hän kysyi isältä tulkin välityksellä ensimmäiseksi ”vuosi on kulunut ja asiat perheessänne ovat aika hyvin; mikä teitä erityisesti ilahduttaa”, isä kieltäytyi vastaamasta. Tulkki selitti: Hyvä muslimi ei voi vastata tuohon. Tulevaisuus on Jumalan kädessä. Hän neuvoi kysymään ”... jos Jumala suo”. Jukka menetteli näin, ja haastattelu sujui erinomaisesti.

Ajateltu nykyhetki lähitulevaisuuteen

Vetäjäparin esittämät kysymykset kuvataan tässä pelkistäen. Dialogitilanteissa ne eivät ole mekaanisia, tilanteesta riippumatta toteutettuja. Kuitenkin niissä on tietty ydin, joka liittyy vetäjien palvelutehtävään, dialogisuuden fasilisointiin. Kysymykset ovat haastattelun perusteemoja.

Ensimmäinen kysymys vie tulevaisuuteen. Kysymyksen ydin on: *”Vuosi on kulunut ja perheenne tilanne on aika hyvä. Millainen se on sinun kannaltasi? Mikä sinua erityisesti ilahduttaa?”* Kun on kysymys lapsiin/nuoriin liittyvästä huolesta, kiintopisteenä on nimenomaan heidän tilanteensa helpottuminen. Tulevaisuuteen ”mennään”, jotta voitaisiin tarkastella niitä tekoja ja sitä tukea, jotka mahdollistavat tilanteen helpottumisen – ja tehdä niistä koostettu suunnitelma. Nimenomaan *hyvään* tulevaisuuteen mennään, jotta tilanteen huojentuminen valaisisi nykyhetkeä sen sijaan, että nykyhuolet varjostaisivat tulevaisuuden pohdintaa. Vaikka tarkastelun kuviteltu nykyhetki on asetettu tulevaisuuteen, asianosaiset itse asiassa pohtivat ääneen *tämänpäiväisiä* ajatuksiaan – toiveitaan ja huoliaan – tulevaisuudesta.

Kutakin pyydetään ajattelemaan asiaa *omasta näkökulmastaan* siksi, että kullakin todellakin on vain oma näkökulmansa. Samalla tulee viestitetyksi, että tuo näkökulma on arvokas. Aika ajoin vetäjä kysyy ”kuulinko oikein, kun kuulin sinun sanovan, että...” Hän toistaa sanotun tiivistetysti ja ilman yritystä tulkita sanomaa. Näin asianosaista autetaan ajattelemaan ajatuksiaan. Palautteilla (”kuulinko oikein, kun...”) viestitään myös, että asianosaisia todellakin halutaan nyt kuulla – ja kuulla nimenomaan se, mitä henkilö sanoo, pyrkimättä tulkitsemaan hänen tarkoituksiaan. Vetäjän haastatellessa kutakin yksilöä vuorollaan, läheisessä katsekontaktissa, suunnaten kysymyksensä nimenomaan hänelle, häntä tiiviisti kuunnellen, muodostuu ”puhu minulle” -tilanne, ikään kuin kahden kohtaaminen, jossa muut häipyvät hieman taka-alalle, vaikka heidän ruumiillinen läsnäolonsa tuntuu – ja heidän läsnäolonsa kaikuu haastateltavan ajatuksissa. Tällä ”kahdenkeskeisyydellä” pyritään helpottamaan äänen ajattelua monitoimijaisessa tilanteessa.

Mihail Bahtin on todennut, että jokainen lause on vastaus johonkin toiseen lauseeseen ja sen lausujalle (ks. luku 7). Tuo toinen ei välttämättä ole läsnä vastausta kuulemassa. Puheenvuoro tässä hetkessä saattaa esimerkiksi olla vastauspuheenvuoro keskusteluun,

jota henkilö kävi toisessa yhteydessä eilen. Ennakointidialogeissakin ihmiset osoittavat sanojaan sellaiselle vastaanottajalle, joka ei ole läsnä, mutta myös sellaisille, jotka ovat. Tätä osoittamista ei tehdä suoraan vaan vastauksina haastattelijalle. Jokainen kuitenkin ymmärtää vastatessaan haastattelijalle, että ne läsnäolijat, joille sanat ovat vastauksena, kuulevat hänen lauseensa. Nuo sanat ovat vastausta toisten äsken esittämiin puheenvuoroihin ja mahdollisesti jatkoa muissa yhteyksissä käytyihin keskusteluihin. Tässä on eräs ennakointidialogien erityinen voima. Yhtäältä yksilön puhumista helpotetaan luomalla ikään kuin kahdenkeskeinen ”puhu minulle” -tilanne ja esittämällä kysymyksiä, joihin ei ole oikeita vastauksia. Nimenomaan jokaisen omakohtainen näköala kiinnostaa. Toisaalta tämä luodaan tilanteessa, jossa jokainen tietää, että kaikki kuulevat kaikki ilmaisut. Näin toisten läsnäolo kuuluu jokaisen puheenvuoroissa.

Eräissä ennakointidialogissa äiti kuunteli poikaansa hämmästyneenä näköisenä. Haastattelu oli aloitettu pojasta. Yksinhuoltajaäiti ja läsnä oleva työntekijöiden joukko kuuli pojan kertovan, että ”nyt kun vuosi on kulunut ja asiat ovat aika hyvin, minä olen ammattikoulussa”. Äidin hämmästyks vain kasvoi, kun poika kertoi myös, mitä teki ja mitä tukea sai – äidiltäänkin – näiden asioiden toteutumiseksi. Kun vetäjä kysyi ”mistä olit huolissasi ’silloin vuosi sitten’ ja mikä sai huolesi vähenemään”, poika kertoi, että häntä oli vuosi sitten huolestuttanut, ettei äiti koskaan kuunnellut häntä vaan aina vain haukkui, ettei hän tee mitään. ”Mikä sai tuon huolen vähenemään”, vetäjä kysyi. ”Se kun äiti kerrankin kuuli, mitä minä haluan.” ”Milloin se tapahtui”, vetäjä kysyi. ”Silloin, kun sinä kyselit ’silloin vuosi sitten’”, poika vastasi.

Jos henkilö, jolle puheenvuoro on haastattelijan ”kautta” osoitettu, on läsnä, tilanne voi olla salpauttava, mikäli henkilön on varottava sanojaan. Ennakointidialogeissa kysymykset liittyvät nimenomaan *hyvään* tulevaisuuteen ja huolten *vähentämiseen*. Kysymisen tapaa on koetettu hioa sellaiseksi, että lisättäisiin henkilön mahdollisuuksia puhua huolistaan. Palaamme tähän hieman tuonnempana.

Toinen vetäjä kirjaa toisen haastattellessa tiivistetysti paperitaululle tai muulla kaikkien nähtävissä olevalla tavalla ilmaisut hyvästä tulevaisuudesta. Niitä kirjattaessa kysytään, onko ne muotoiltu riittävän oikein välittämään asianosaisen ajatukset. Julkiset muistiinpanot

ovat tärkeitä paitsi suunnitelman ainesten kokoamiseksi yhteiseen tarkasteluun, myös läpinäkyvyyden ja selkeyden kannalta: kaikki tapahtuu esillä, asiakirjamuotoilujakaan ei tehdä jossain selän takana.

Hyvää tulevaisuutta koskevan kysymyksen voi esittää monin tavoin, ja tilanteissa siihen liittyy paljon tarkentavia kysymyksiä. Vuoropuhelun vetäjä ei toista mekaanisesti kysymysrunkoa vaan *generoi* tilanteessa tapoja kysyä niin, että olennaisin tulee toteutettua. Olennaisinta on auttaa henkilöitä ajattelemaan ja ilmaisemaan nykytilanteeseensa liittyviä toiveitaan ja huoliaan, tulemaan kuulluksi ja saamaan vaikutelmia toisten ajatuksista ja ilmauksista, jotta voitaisiin suunnitella tekoja, jotka lisäävät toivoa ja vähentävät huolia. Nykytilanteen lähestyminen tulevaisuudesta käsin on *keino tähän*, ei päämäärä sinänsä. Ihmisiä autetaan ajattelemaan arkisen elämän (ilahduttavia) asioita, sillä arjen tukemiseenhan yhteistyön pitäisi kiinnittyä. On tärkeitä puhua tavallisella kielellä, siis ammattisanastoa välttäen. Ihmisiä ei haastatella instituutioroolinsa kantajina (oppilaana, potilaana tai asiakkaana), vaan elämänsä eläjinä – ihmisinä, jotka toki myös asioivat vaikkapa koulussa, terveydenhuollon yksiköissä tai sosiaalitoimen palveluissa.

Tärkeä dialogisuuden ehto ennakkointialoigeissa on, että vetäjät todella kuuntelevat hyvin tarkasti sitä, mitä kukin sanoo, ja haastattelevat heitä yksilöinä. Heidän tapansa kysyä on heidän dialogisuuttaan. Dialogisuus edellyttää *responsiivisuutta*, vastaukseen suuntautumista ja vastavuoroisuutta. Niinpä kysymykset muotoutuvat sen mukaan, mitä osanottajat sanovat. Taitava vetäjä kysyy kussakin ennakkointialoigissa hyvästä tulevaisuudesta, teoista ja tuesta sekä huolista ja niiden vähenemisestä, mutta jokaisessa niin, että kysytään nimenomaan siltä ainutkertaiselta yksilöltä, joka on haastatteluvuorossa, hänen ilmaisujaan kuunnellen ja niiden mukaan edeten. Tätä responsiivisuutta edistää se, ettei vetäjän tarvitse eikä missään nimessä tulekaan tehdä niistä tulkitsevia yhteenvetoja tai selittäviä päätelmiä. Hän voi pysyä avoimena sille, mitä kukin ilmaisee ja keskittyä palvelutehtäväänsä: edistämään sitä, että kukin tulee kuulluksi ja kuulee.

Tällä tavoin haastatellaan vuorollaan kaikkia perhepöytäkunnan jäseniä, aikuisia ja lapsia. Itse kukin saa ajatuksia kuulemastaan. Usein on näyttänyt siltä, että perheenjäsenet kuulevat kuin ensimmäistä kertaa toistensa ajatuksia hyvästä lähitulevaisuudesta. Tuskin onkaan paljon perheitä, jotka laatisivat kutakin kuunnellen vuotuisuunnitelmia. Tulevaisuudesta puhuttaessa ajankohtaiset huolet tah-

toivat monesti painaa päälle niin, että tulee pikemminkin puhuttua kuin kuunneltua. Etenkin huolten kasvaessa kuuntelu tahtoo joutua alakynteen. Ennakointidialogeissa ei esitetä kommentteja, jotta kaikille jäisi hyvä rauha pohtia vuorollaan ja kuunnella vuorollaan. Näin myös kunnioitetaan kunkin omakohtaista näkyä hyvästä tulevaisuudesta. Perhepöytäkunnan loihtimissa kuvissa on mahdollisesti keskenään yhteisiä elementtejä, mutta ne ovat myös erilaisia. Yhtä kuvaa ei edes tavoitella. Monisävyinen kuva hyvästä tulevaisuudesta on se kiintopiste, josta seuraavaksi aletaan ”muistella taaksepäin” niitä tekojen polkuja, jotka tuohon hyvään tilanteeseen johtivat.⁸

Omien tekojen ja saadun tuen muistelu

Toinen pääkysymys kartoittaa omakohtaisia tekoja ja koettua tukea. Ajateltu nykyhetki on edelleen hyvässä lähitulevaisuudessa – ja haastateltavana on edelleen perhepöytäkunta. Kysymyksen ydin on: *”Mikä mahdollisti tuon hyvän kehityksen? Mitä sinä teit ja mistä sait tukea, keneltä ja millaista?”* Näitäkin pohdintoja vetäjät auttavat tiivistyspalauttein (”kuulinko oikein, kun kuulin sinun sanovan, että...”) ja kirjaavat pohdinnat lyhyesti julkisiin muistiinpanoihin. Tämä kysymys (apukysymyksineen) pyrkii edesauttamaan omakohtaisen *toiminnallisen* näkökulman hahmottelua ja vastuunottoa. Ennakointidialogeissa koetetaan edesauttaa toimintaan sitoutumista ensiksikin subjektiivisen uskottavuuden ja toiseksi julkisuuden kautta. Elleivät asianosaiset usko huolia huojentaviin tekoihin, he tuskin niitä toteuttavat. Siksi vetäjien on koetettava tarkastaa, onko se mitä itse kukin sanoi, hänelle mahdollista ja henkilökohtaisesti toimintaa virittävää. On tärkeää säilyttää näköala omakohtaisiin tekoihin. Jos puhutaan toiminnasta yleensä (tyyliin ”alettiin tehdä kaikkea yhdessä”) saamatta esiin tekoja, joista toiminta koostuu, suunnitelma jää hyviksi toiveiksi. Kun osanottajat pohtivat toisten kuullessa omia tekojaan, tuo on samalla jossain määrin lupausten esittämistä. Istunnon lopulla vetäjät varmistavat, että teot todella ovat sellaisia, joiden uskotaan vievän huolten huojentamiseen ja sellaisia, jotka asianosaiset aikovat tehdä.

⁸ Oman haasteensa muodostavat tilanteet, joissa perheenjäsenillä on yhteensopimattomat tulevaisuuskuvat. Näin voi olla esimerkiksi jyrkissä huoltajuuskiistoissa tai riidoissa, jotka koskevat lapsen kotiuttamista laitoksesta. Ennakointidialogit eivät ole suositeltavia rajusti kahtiajakavissa tilanteissa, mutta niitä on kyllä käytetty hyvin tuloksin sangen erisuuntaisten tulevaisuuskuviin saamiseksi vuoropuheluun.

Mitä sinä teit -kysymysosa viittaa omaan toimintaan. Mistä sait tukea -kysymysosa viittaa toisiin läsnä oleviin (ja mahdollisesti joihinkin, jotka eivät ole läsnä). Kysymykset on laadittu sellaisiksi, että jokainen puhuu vain itsestään. Sikäli kuin puhutaan toisista, heistä puhutaan itselle saadun tuen perspektiivistä: mistä sait teoillesi tukea ja millaista. Näin pyritään ehkäisemään tilanne, jossa henkilöt määrittäisivät ensisijaisesti, mitä toisten pitäisi ajatella tai tehdä. Näin menetellään, jottei määrittelyksi tulleen tarvitsisi ryhtyä puolustautumaan. Kommentteja ei "sallita" sellaisessakaan tilanteessa, että pohtija ilmaisee selviä väärinkäsityksiä (vaikkapa jonkun ammattilaisen valtuuksista ja tukemisen mahdollisuuksista). Kommentointi ei katkaise ainoastaan toisen ajatusten virtaa. Se katkaisee myös kommentoijan oman sisäisen dialogin, jossa henkilö "myötä- ja vastaväitteiden" kautta sovittaa vaikutelmiaan omaan katsomusjärjestelmäänsä. Ulkoista vuoropuheluasetelmaa säätelevä vetäjäpari pyrkii siis edistämään sisäisten dialogien moniäänisyyttä. Mahdollisten väärinkäsitysten oikaisemiselle tulee tilaisuutensa silloin, kun se, joka kokee tulleen asetelluksi itselleen vieraaseen asemaan, on vuorollaan haastateltavana ja saa muistella tulevaisuutta omasta näkökulmastaan. Ketään ei maalata nurkkaan eli jokainen saa muistella lähitulevaisuutta omasta näkökulmastaan, sitomatta omaa muisteluaan toisen tarinaan. Koska kysymys on "muistelusta", pohdinnalla on väljyyttä. Vetäjä tarjoaa tätä väljyyttä painottamalla kysymyksissään "entä miten sinä muistat tämän". Vastaajalla on mahdollisuus sanoa: "muistan sen aivan toisin, nimittäin näin:..." Osanottajat käyttävätkin *muistelumuotoa tarjoamaa mahdollisuutta välineenään*. Ennakointidialogeissa on havaittavissa kulkua menetelmän hämmästelystä sen omaksumiseen tilannekohtaiseksi kommunikoinnin välineeksi. Dialogisuus olisikin tuskin mahdollista, jos puheenvuoroista rakennettaisiin tuhatosaista palapeliä, jonka osista pitäisi muodostua yksi maisema. Tarvitaan väljyyttä ja moniäänisyyttä.

Huolet ja niiden väheneminen

Kolmas kysymys (jota sitäkin täsmennetään joustavin apukysymyksin) kartoittaa tämänpäiväisiä koettuja huolia. Niistäkin kysytään niin kuin jo oltaisiin tulevaisuudessa. Perheenjäseniä ja heidän läheisiään pyydetään "muistelemaan" *mistä olit huolissasi 'silloin*

vuosi sitten' ja mikä sai huolesi vähenemään. Tuo "vuosi sitten" viittaa juuri haastatteluhetkeen. Nykyhuolista kysytään huojentuneen tilanteen perspektiivistä. Tämä tarjoaa mahdollisuuksia ilmaista huolia ilman, että joutuu samalla kovin tuntuvasti kantamaan huolta siitä sosiaalisesta tilanteesta, jossa ne ilmaistaan. Ihmiset säätelevät sosiaalisia suhteitaan eivätkä tieteen tahtoen tee hallaa pyrkimyksilleen. Kokemukset ennakointialologeista osoittavat, että huolten ilmaisemista voidaan helpottaa ainakin kahdella tavalla. Ensimmäinen mainittiinkin jo: lähtemällä tarkastelussa liikkeelle näkymästä, jossa huolet ovat jo hävinneet tai huojentuneet ja kartoittamalla tekoja ikään kuin retrospektiivisesti. Toinen on verkoston monipuolisuus, eli sellaisten henkilöiden läsnäolo, jotka voivat haavoittuvimpia turvallisemmin kertoa huolistaan.

Eräässä istunnossa isän, äidin ja lasten puheenvuoroissa oli hahmoteltu hyvää tulevaisuutta ja siihen auttaneita tukitekoja. Huoliakin oli tuotu esille. Kun tuli mummon ja mamman, isän äidin ja äidinäidin vuoro, he molemmat ilmaisivat, että "silloin vuosi sitten" heitä huolestutti isän runsas alkoholin käyttö, ja he kertoivat seikoista, jotka saivat nuo huolet vähenemään. Päähteiden käyttö oli tuohon asti ollut lähes sivussa pohdinnoista. Ehkäpä anopit olivat asemassa, josta käsin tuollaiset seikat saattoi turvallisesti todeta.

Huolista ja niiden huojentumisesta kysyminen on tavallaan *mini-miehtojen* kartoitusta: minkä ainakin pitäisi tapahtua, mitä *ainakin* pitäisi tehdä. Tyypillisiä vetäjän apukysymyksiä ovat: "mikä nimenomaan vaikutti siihen, että huolesi väheni", "milloin ja mistä aloit huomata, että huolesi huojentuivat", "mitä sinä teit huolesi vähentämiseksi". Vetäjät koettavat huolia kartoittavilla kysymyksillään auttaa asianosaisia yhtäältä ilmaisemaan asioita, jotka aiheuttavat heille huolta, ja toiseksi muodostamaan sellaista suunnitelmaa, johon asianosaiset voivat itse uskoa. He kyselevät tarvittaessa yksityiskohtaisesti, mikä nimenomaan, milloin ja millä tavalla toteutettuna vähensi huolia ja kuinka asianosainen itse toimi noissa tärkeissä vaiheissa. Näin autetaan asianosaisia ajattelemaan huojentavaa tulevaisuutta toteutettavissa olevana ja saadaan konkreettista aineistoa suunnitelman laadintaan.

Tulevaisuuden muistelu on hieman tavanomaisesta kommunikatiosta poikkeavaa. Siinä on fantasianomaisia piirteitä. Kukaan ei tiettävästi ole ollut tulevaisuudessa ja palannut sitä muistelemaan. Tulevaisuuden käyttäminen ”välineenä” sallii paljon luovuutta. Usein asianosaiset käyttävät nopeaa tilannehuumoria. Vaikka tulevaisuuden muistelussa on leikinomaisuutta, se ei ole leikkiä. Se on haastattelutapa, jolla kartoitetaan nykyhetkessä koettuja huolia, toiveita paremmasta tilanteesta ja toiveita keskinäisestä tuesta niin, että itse vuoropuhelu- ja kuuntelutilanne voimistaa toiveikkuutta. Myös huolten kartoittaminen on tärkeä osa uskottavan toiveikkuuden luomisessa. Ellei näet kartoiteta huolia ja niitä huojentavia seikkoja, suunnitelmien *omakohtainen uskottavuus* voi jäädä ohueksi. Tämä koskee myös työntekijöitä.

Kaksi kysymystä työntekijöille

Perhepöytäkunnan haastattelun jälkeen haastatellaan työntekijät. Vetäjät saattavat vaihtaa vuoroja. Tavallisesti se vetäjä, joka teki julkiset muistiinpanot toisen haastattelussa perhepöytäkuntaa, ryhtyy nyt haastattelemaan työntekijöitä.

Työntekijöille esitetään kaksi pääkysymystä, kullekin vuorolaan. Periaate on edelleen se, että tulevaisuudessa ”ollaan”, ja siihen johtanutta kulkua muistellaan. Myös se on voimassa, että ääneen ajattelut tapahtuvat kaikkien kuullen ja sekin, että puhuminen ja kuuntelu on erotettu. Ensimmäinen kysymys vie suoraan tekoihin ja tukeen. Sen jälkeen kysytään huolista ja niiden vähenemisestä. Perhepöytäkunnalle esitetty ensimmäinen kysymyshän kartoitti perheen hyvää tulevaisuutta, tilannetta ”nyt kun vuosi on kulunut”. Työntekijöiltä ei kysytä heidän näkemystään siitä, millainen perheen tilanne on, kun se on hyvä, sillä työntekijät eivät elä tuossa perheessä. Sen sijaan he töikseen tukevat perheenjäseniä kukin omia perustehtäviään toteuttaen. Juuri tuosta heiltä kysytäänkin. Kiintopisteenä on se moniääninen tulevaisuuskuva, joka saatiin perhepöytäkunnalta.

Tukiteot saattavat olla aineellisiin asioihin ja toimintaolosuh-teisiin liittyviä, kuten päätökset vaikkapa pääsystä perheleirille tai tukiopetukseen. Ne voivat olla myös henkisempää laatua, kuten keskustelua tai neuvontaa. Mikäli on kysymys päätöksistä, niitä ei tehdä ennakoitdialogi-istunnossa, vaan työntekijöiltä kysytään,

keiden vallassa päätökset ovat ja missä ne tehdään. Niistäkin kysytään tulevaisuusperspektiivistä asioita tarkastellen, tyyliin ”teitte siis päätöksen tuosta asiasta; kuka sen teki ja mitä sinä teit, jotta näin voitiin päättää”⁹

Ensimmäinen kysymys kullekin työntekijälle on: *”Vuosi on kulunut. Kuten kuulit, tilanne perheessä/lapsen tilanne on aika hyvä. Mitä sinä teit tuon hyvän kehityksen tueksi ja mistä sinä sait tukea?”* Näin siis kysytään paitsi tukijan teoista, myös tukijan saamasta tuesta omalle toiminnalleen. Työntekijät ehkä ”muistelevat” sekä perheenjäseniltä ja heidän läheisiltään että toisilta työntekijöiltä saamaansa tukea. Kukin työntekijä saa mahdollisuuden tarkastella asiaa omasta näkökulmastaan ja toiminnallisesta perspektiivistään. Kun ”koordinaatiopisteenä” on perheen hyvä tulevaisuus, jota asianosaiset juuri kuvasivat omista näkökulmistaan, työntekijöille on tarjolla paljon kiinnekohtia omille teoilleen. He siis saavat mahdollisuuksia kiinnittää ammatilliset tekonsa arkeen, sen sijaan että teot määräytyisivät toimenpidekeskeisesti, ammatillisista rutiineista käsin. Hahmotellaan kokonaisuutta, jossa perheenjäsenten, heidän läheistensä ja työntekijöiden voimavarat liittyvät yhteen lapsen tai nuoren tilanteen huojentamiseksi.

Toinen kysymys (jota sitäkin täydennetään konkretisoivin apukysymyksin) on *”mistä olit huolissasi ’silloin vuosi sitten’ ja mikä sai huolesi vähenemään”*. Työntekijöille(kin) tarjoutuu siis mahdollisuus ilmaista nykytilanteessa ilmenevät huolensa tulevaisuusperspektiiviä hyödyntäen. Koska he saavat tarkastella nykyhuolia huojentuneina, vähenneistä huolista käsin, heidän ei tarvitse olla korostetusti huolissaan senhetkisen puheensa seurauksista. Toisin sanoen heidän ei tarvitse pelätä loukkaavansa asiakkaita huoltensa ilmaisuilla samalla tavoin kuin tilanteissa, joissa kiintopisteenä ovat ongelmat.

Työntekijöidenkin ajatuskokeita autetaan tiivistävillä palautteilla ”kuulinko oikein, kun kuulin sinun sanovan, että...”. Myös heidän lauseitaan kuunnellaan intensiivisesti ja ”kahdenkeskeisesti”. Luodaan siis tilanne, jossa ääneen ajattelija saa tilaisuuden vastata

⁹ Kokemus on osoittanut, että ne tukisuunnitelmat, joita istunnoissa hahmotuu, eivät muodostu mitenkään poikkeuksellisia resurssisatsauksia vaativiksi. Pikemminkin ne ovat sängen tavanomaisten palvelutekojen ryhmittymistä aiempaa paremmaksi koordinoituksi kokonaisuudeksi. Haastattelujen aloittaminen perhepöytäkunnasta on tuon kannalta aivan olennaista: juuri perheen arkisen elämän sujumistahan palvelutekojen tulisi parhaimmillaan tukea. Koordinaatiolle saadaan siis ”kokoomapiste”. Ammatilliset toimenpiteet saavat mielensä hyvästä arjesta.

yhdelle ihmiselle samalla kun hänen puheenvuoronsa ovat vastausta toisten läsnäolijoiden ilmaisemiin ajatuksiin. Myös työntekijöiden pohdinnat kirjataan julkisiin muistiinpanoihin.

Vetäjäpari pyrkii siis helpottamaan myös työntekijöiden ajattelua. Heilläkään ei – kuten ei perheenjäsenilläkään – ole välttämättä selkeänä mielessä, mistä on kysymys ja millä tavoin olisi hedelmällistä jatkaa. Heillä – kuten perheenjäsenilläkin – saattaa olla paljonkin ajatuksia siitä, mikä on ongelmana ja mitä pitäisi tehdä. Tulevaisuuden muistelussa ei aloiteta ongelman määrittelystä ja koota näkemyksiä siitä, miten ”ongelman kantajien” pitäisi toisten mielestä muuttaa toimintaansa. Ongelmia ei lainkaan kartoiteta ongelmanmäärittelyinä eikä varsinkaan pyrkimyksenä määrittää yhtä, *kaikille yhteistä* ongelmaa. Sen sijaan puhutaan huolista ja niiden vähentämisestä. Huoli on kullekin subjektiivinen, ja omakohtaisia ovat myös *toiminnalliset* ongelmat. Kun henkilö ilmaisee huolensa, hän puhuu itsestään toisiin liittyvässä tilanteesta. Kun hän puhuu teoista, joilla voisi vähentää huoliaan ja tähän saamastaan tuesta, hän niin ikään asettaa itseään suhteisiin.

Tulevaisuuden muistelussa avataan dialogisuuden edellyttämää *väljyyttä*. Jokaiselle annetaan mahdollisuus ”muistaa” asiat omasta näkökulmastaan. Heidän ei tarvitse muistaa asioita täsmälleen niin kuin joku toinen jo asioita muisteli. Muutoin heidän mahdollisuutensa rajoittuisivat korkeintaan täydennyksiin. Dialogisuudessa on keskeistä, että *ilmaukset suuntautuvat vastauksiin, uusiin mahdollisuuksiin tarkoittaa*. Monologisessa keskustelussa ilmaisut sulkeutuvat: toinen voi vain hyväksyä tai hylätä. Tulevaisuuden muistelussa koetetaan huolehtia siitä, että kullekin jää mahdollisuus ajatella asiaa toisten ajatuksista saamiensa vaikutelmien antamaa kaikapohjaa vasten. Sangen usein osanottajien puheenvuorot alkavat kaikua toisissaan myös siten, että heidän hahmottelemistaan teoista alkaa muodostua kudelma.

Kerran muuan äiti käytti muistelumuotoa etevästi välineenään. Kun hän muisteli, millaista tukea kultakin työntekijältä sai poikaansa tukiessaan, hän totesi, että ”opettaja oli minulle avuksi erityisesti siten, ettei hän enää soitellut niin usein, koska hän siinä dialogissa ’silloin vuosi sitten’ kuuli, miten hyvin asiat olivat menossa ja keiltä kaikilta muilta perheeni sai tukea”. Kun tuli opettajan vuoro työntekijäpöytäkunnassa, hän muisteli: ”Kun kuulin ’silloin vuosi sitten’

kuinka hyvin asiat pojan suhteen olivat menossa ja kuinka hyvin perhettä tuettiin, en enää soitellut niin usein, koska minun ei tarvinnut olla huolissani. Olin käytettävissä. Joskus äiti soitti minulle päin ja kertoi, missä mennään. Se oli minulle hyväksi tueksi.”

Tuossa istunnossa opettaja liitti omat muistelunsa (eli siis tulevaisuuteen liittyvät suunnitelmansa) sangen tiiviisti siihen, mitä äiti ilmaisi. Hänelle oli kuitenkin tarjolla mahdollisuus ”muistaa toisin”.

Muuan asia on kuitenkin jo kiinnitetty ennen kuin työntekijöitä ryhdytään haastattelemaan. Perhepöytäkunnalta saatu kuva hyvästä lähitulevaisuudesta on se kiinnekohta, johon ammatillisten tekojen pohdinta liittyy. Työntekijät voivat kuitenkin hyvin monin tavoin ”muistella”, miten sitä tukivat ja keiltä tukea saivat. Heillä on väljyyttä myös suhteessa toisten työntekijöiden ilmaisemiin ajatuksiin. Yhdenkään työntekijän ei ole pakko sitoutua siihen, mitä muut työntekijät muisteluksinaan ilmaisivat. He voivat niin halutessaan jatkaa toisten kertomusta, mutta he voivat myös valita toisin. Tuon väljyyden heille(kin) tarjoaa muistelu yhdessä ajattelun *välilineenä*.

Toinen työntekijöille tarjolla oleva väljyyden mahdollisuus on siinä, että he voivat muistella, millaista tukea saivat perheenjäseniltä ja heidän läheisiltään – eivät siis ainoastaan toisilta työntekijöiltä. Yllä olevassa katkelmassa opettaja muisteli, että äiti soitteli hänelle silloin tällöin kertoen tilanteesta. Äiti kuuli tämän toivomuksen. Muistelut toisilta saadusta tuesta ovat myös *pyyntöjä* tuesta. Tämä on toisenlaista kommunikaatiota kuin ehtojen tai vaatimusten asettaminen toisille.

Ennakointidialogissa esitetyt toivomukset tuesta ovat epäsuoria kahdessakin mielessä. Välillisyyttä tuo ensinnäkin muistelumuoto. On eri asia sanoa ”muistaakseni hän auttoi minua näin” kuin ”hänen tulee auttaa minua näin”. Sille henkilölle, johon toivomus kohdistuu, jää väljyyttä, ja sitä dialogisuus kaipaa. Toiseksi, puheenvuorot esitetään vetäjälle, vastauksena hänen kysymyksiinsä. Vetäjä haastattelee kahdenvälisesti monitoimijaisessa tilanteessa pitäen huolen siitä, ettei kukaan käänny toisen puoleen alkaen esittää toiselle, mitä tämän tulisi tehdä tai ajatella. Näin hän on myös *välittäjän* tehtävässä, turvaamassa välillisyyttä, väljyyttä. Tämä tehtävä vetäjillä on tietysti sekä perhepöytäkuntaa että työntekijäpöytäkuntaa haastateltaessa.

Suunnitelman hahmo ja koordinaation tuki

Istunto lähenee loppuaan. Vetäjät ovat paikalla tilaajan kutsusta ja tilaajan alun perin ilmaiseman huolen merkeissä. Niinpä heidän on huolehdittava, että lopuksi voidaan muodostaa suunnitelma, jossa *asianosaisten teot ja keskinäinen tuki muodostavat hyvän voimavayhdistelmän*.

Vetäjät ”siirtävät” nykyhetken lähitulevaisuudesta haastattelun varsinaiseen hetkeen. Tuollainen tietysti edellyttää kekseliäitä ratkaisuja ja usein ilmapiiri tuossa vaiheessa on hyvinkin luova. Vetäjät selventävät, että nyt tässä ympäröivänkin yhteiskunnan tunnistamassa nykyhetkessä ryhdytään laatimaan äsken tulevaisuutta muistelemalla saadusta aineistosta yhteistoiminnan suunnitelmaa. Keskustelun aineistona ovat paperitauluille kootut tiivistetyt julkiset muistiinpanot.

Vetäjät tarkastavat vielä, että kukin voi todeta kirjaamisten edustavan riittävän hyvin heidän pyrkimyksiään. Loppukeskustelussa vetäjät auttavat osanottajia kokoamaan ilmaistuista (ja kirjatuiista) teoista, keskinäisestä tuesta ja huolia vähentävistä seikoista *toiminnallisen kokonaisuuden*. Minkäänlaiseen ”ideologiseen” yhteenvedoon ei tähdätä, kokonaisuuden rakennusaineiksia ovat teot. Ydinasia, joka koetetaan saada sovituksi, on *kuka tekee mitäkin kenen kanssa seuraavaksi*. Tämä jatkamisen mahdollisuus on aivan olennaista, sillä ilman ensimmäistä jatkoaskelta on tuskin seuraaviakaan. Kunkin ilmaisemista omakohtaisista teoista ja toivotusta tuesta muodostuu kudelma, jonka ydinosat on poimittavissa siitä, *mikä ennen kaikkea ”vähensi” eli vähentäisi huolta*. Näin huolikusymykseen saadut vastaukset ja niiden kirjaukset toimivat suunnitelman perusosan aineksina.

Asiakkaita tukevien verkostojen kokoamisessa on olennaista huolehtia siitä, ettei ahdingossa olevia jätetä yksin. Ennakointidialogin päätösvaiheessa tämä konkretisoituu vetäjäparin toimintaohjeeksi: Huolehtikaa siitä, että tukisuunnitelma ei jätä lasta/nuorta/perhettä yksin – *eikä myöskään tilaajaa*, sillä tilaajan jättäminen yksin työntekijäverkostossa voi jättää asiakkaat vaille sitä tukea, jota on hahmoiteltu.

Aivan istunnon loppuvaiheessa vetäjät ojentavat jäsenyhteistyön takaisin tilaajalle. He toteavat, että heidän osuutensa on päätymässä ja että yhteenvedon tekeminen on luontevasti sen henkilön tehtävä, joka alun pitäen toivoi verkostot dialogiin. Vetäjät pyytävät

vät tilaajaa sopimaan muiden osanottajien kanssa, mitä tapahtuu seuraavaksi, kuka koordinoi työskentelyä jatkossa, järjestetäänkö seurantalaveri jne.¹⁰ Tilaajaa pyydetään myös sopimaan osanottajien kanssa, mitä julkisille muistiinpanoille tehdään; tekeekö tilaaja muistion, keille se tulee, jne. On myös hyvä tarkastaa, mitä päätöksiä on tarpeen tehdä ja missä ne tehdään.

Koottuaan loppukeskustelun tilaaja kiittää osanottajia avusta, jonka on saanut. Vetäjät jakavat vielä seurantalomakkeen, johon pyydetään osanottajien välitön palaute. Palautetta käytetään *toiminnasta oppimiseen*, toimintakäytännön kehittämiseen. Välittömän palautteen ohella toteutetaan seurantatutkimusta, joka niin ikään tähtää toiminnan kehittämiseen.

¹⁰ Seurantalavereilla pyritään tukemaan sitä, että dialogissa löytynyt toiminnan koordinaatio jatkuisi ja että tavoitettu dialogisuus jatkuisi osapuolten välillä.

6. YHTEISTÄ MUTTA ERILAISTA

Kahdessa edellisessä jaksossa olemme kuvanneet kahta verkostotyön muotoa. Pyrkimyksenämme ei ole vain esitellä kyseisiä dialogikäytäntöjä. Psykososiaalisessa työssä tarvitaan monenlaista dialogisuutta. Mitä dialogisuus siis on?

Seuraavassa analysoimme dialogisuuden joitakin perusominaisuuksia esittelemiemme työmuotojen kautta. Vertailemme dialogisuutta ja pohdimme samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia. Avoimissa dialogeissa keskustelun muoto rakentuu kussakin tilanteessa sen tilanteen ehtojen mukaisesti, kun taas ennakoitidialogeissa keskustelua strukturoidaan jo ennakoon. Avoimiin dialogeihin voidaan osallistua ”sisäpuolisina”, ennakoitidialogeissa tarvitaan työparia, joka on tapaukseen nähden riittävän ulkopuolinen.

Toimintatapojen yhtäläisyyksiä...

Aloitamme ensin yhteisiä tekijöitä etsimällä. Molemmissa muotoutuu *tapauskohmainen toimijoiden kokoonpano*¹¹. Sekä työntekijöiden että asiakkaan läheisten keskuudesta mukana ovat nimenomaan ne, jotka ovat kosketuksissa kyseessä olevaan ilmiöön (psykiatriseen kriisiin, lasta tai nuorta koskevan huolen käsittelyyn...). Toisenlaista käytäntöä edustaa järjestely, jonka mukaan tiimi, työryhmä, neuvottelukunta tms. on kokoonpanoltaan vakioitu, ja se ottaa käsiteltäväkseen vaihtelevia tapauksia. Asiat siis vaihtelevat, kokoonpanot eivät. On sellaisiakin käsittelyareenoita, joissa osanottajat edustavat emoyksikköään tai taustayhteisöään – esimerkiksi sairaalaa, kuntoutusyksikköä tai sosiaalitoimistoa – ja osallistuvat pohdintoihin pikemminkin yksikkönsä ”yleistettynä” näkökulmana kuin omana itsenään. Tällaisia areenoita ovat esimerkiksi joidenkin kuntien pysyvät kuntoutuksen yhteistyöryhmät, jotka käsittelevät kaikkien asiakkaiden tilanteet riippumatta siitä, ovatko ryhmän jäsenet henkilökohtaisessa auttamissuhteessa asiakkaaseen.

Avoimissa dialogeissa ja ennakoitidialogeissa on keskeistä, että vuoropuheluihin osallistuvat henkilöt ovat *kytkeytyneitä* ilmiöön arjen elämän tai henkilökohtaisten ammattitehtäviensä kautta.¹² He

¹¹ Tarkoitamme tapauksella asiaa, joka kytkee verkoston osapuolet yhteen; ihmiset ja perheet eivät siis ole tapauksia.

¹² Kuten mainittiin, ennakoitidialogien vetäjät ovat ainoat, joilla ei ole henkilökohtaista kytköstä käsiteltävään asiaan.

eivät näin ollen myöskään ole sattumanvaraisesti vaihdettavissa toisiinsa. Ymmärrys, jota muodostetaan, on *juuri niiden ihmisten välillä* muodostuvaa, jotka ovat asiaan osallisia. Molemmissa käytännöissä toteutuu *monikielisyden ja sosiaalisten kielten ajatus*. Juuri kuhunkin ongelmaan kytkeytyvät toimijat osallistuvat kuhunkin keskusteluun. Tapauskohtaiseen työryhmään osallistuvat ovat kaikki suhteessa asiakkaaseen ja tämän henkilökohtaiseen verkostoon omalla sosiaalisella kielellään, joten heidän ongelmansa rakentuu väistämättä erilaiseksi kuin toisen toimijan ongelma. Ennakointidialogeja järjestetään tilanteissa, joissa auttamisyrietykset ovat jatkuneet ehkä pitkäänkin. Näin ollen asiaan liittyvillä henkilöillä on saattanut olla keskenään paljonkin kontakteja. Avoimissa dialogeissa voi olla niin, että työntekijöistä useimmat tai kaikki tapaavat ensimmäistä kertaa kyseisen tapauksen tiimoilta, jos kyseessä on ensimmäinen kriisikokous. Ennakointidialogit ovat kerrallisia kokoontumisia. Jaetun yhteisen kielen muodostuminen on erilaista kuin avoimissa dialogeissa, jotka toteutuvat toistuvina kokoontumisina. Itse ilmiön lähtökohdat ovat samoja.

Molemmissa kuvaamissamme käytännöissä toimijoiden kokoonpano on *rajoja ylittävä*. Niihin osallistuu ihmisiä sekä henkilökohtaisista että työntekijäjoukkueista ja viimeksi mainituista on läsnä henkilöitä useiden ammattien ja yksiköiden piiristä. Kohtaamisissa etsitään asiantuntevia ratkaisuja ja hyvää yhteistoimintaa. Kiinnostavalla tavalla tuo *asiantuntemus on ammattilaisten ja maallikoiden yhteinen aikaansaannos*. Uudenlainen asiantuntemus ei siis ole ammattimaisten asiantuntijoiden saavutettavissa yksin. Kummassakin käytännössä keskeistä on polyfoninen, moniääninen maailmankuva. Ei pyritä siihen, että kaikki olisivat yhtä mieltä ongelmasta, jonka suhteen sitten pyrittäisiin yksimieliseen toimintasuunnitelmaan. Sen sijaan lähtökohdaksi otetaan se, että kullakin on väistämättä oma käsityksensä, jota pyritään ymmärtämään. Uusi ymmärrys syntyy eri osapuolten rajalle, kun kenenkään näkemys ei tule ainoaksi oikeaksi määrittelyksi.

Molemmissa käytännöissä *puhumisen ja kuuntelun erottaminen* on aivan keskeistä. Näin saadaan tilaa sekä kielen muodostamiselle ja omien ajatusten tunnustelulle kommunikaatitilanteessa että moniäänisille sisäisille dialogeille. Niissä on keskeistä myös *subjektiivisiin näkökulmiin* pitäytyminen ja siten saavutettu *refleksiivisyys* eli itseän viittaavuus, käsitysten (myös omien) näkeminen subjektin näkemyksinä ja omien tekojen näkeminen tekojen vastavuoroisessa

virrassa. Ennakointidialogeissa puhuminen ja kuuntelu erotetaan toisistaan – jopa erityisesti strukturoiden – vieläpä yksilöiden välillä. Sen tavoitteena on dialogisen, siis vastaukseen suuntautuvan prosessin vilkastuttaminen. Vaikka ilmausuttu vastaus viivästyy ennakointidialogeissa, tulee toisten kuulijoiden vastaus aina mukaan itse kunkin oman tulevaisuuden muisteluun. Näin siis toisten keskustelijoiden muistelut hyvästä tulevaisuudesta tulevat kuulijoiden sisäiseen rakenteeseen. Avoimissa dialogeissa pyritään niin ikään edistämään vastaukseen suuntautuvaa prosessia. Puhumista ja kuuntelua ei eroteta haastattelurakenteella vaan huolehtimalla keskustelun kulussa, että kukin saa lausua ajatuksensa dialogissa ja että niihin vastataan.

Yhteistä on myös se, että auttamistoiminta liitetään *arjen yhteyteen, asiakkaiden ja potilaiden elämänsuhteisiin*, ei vain instituution piirissä muotoutuviin yhteisöihin ja suhteisiin. Tähän liittyy myös konkreettisesti se, että kummassakin toimintatavassa painottuu ehdottomasti arjen kieli. Asiat hahmotetaan itse kunkin keskustelijan omalla, tutuimmalla kielellä ja ammattisanastoa pyritään välttämään. Vihdoin yhteistä on myös se, että sekä avoimissa dialogeissa että ennakointidialogeissa perspektiivinä on seuraava askel, *jatkamisen mahdollisuus*, ei suurimittainen elämänsuunnitelma. Vaikka ennakointidialogeihin kuuluva Tulevaisuuden muistelu hyödyntää vuoden-parin horisonttia, vuoropuhelujen yhteenvedo ei ole vuotuisuunnitelma, vaan ”kuka tekee mitä kenen kanssa *seuraavaksi*”.

Avoimissa dialogeissa on ratkaisevaa, että voidaan ottaa kulloinkin aukeava seuraava askel tiellä yhteisen kielen ja jaetun ymmärryksen muodostamiseksi. Näitä askelia ei voi kiirehtiä; niiden on seurattava kulloisenkin prosessin rytmiä. Hoito- ja kuntoutusuunnitelmat tarjoavat perspektiivin hoitojärjestelmälle, mutta itse elämä hoitoprosessin sisällä tapahtuu keskusteluihin osallistujien luoman ”rajasynteesin” luontaisen tahdin mukaisesti. Tämä ilmiöhän ilmentää sekä monikielisyyden perusidea että dialogisen kielen todellisuutta. Ei pyritä pitkiin, monologisiin hoitosuunnitelmiin, vaan suuntaudutaan itse kunkin lähiperspektiiviin. Tulevaisuuteen liittyvät hoitosuunnitelmatkin asettuvat parhaassa tapauksessa osaksi dialogista prosessia siten, että niitä käsitellään jokaisessa keskustelussa, jossa aina ilmenee myös uusia ulottuvuuksia ja uusia päätöksiä.

Yhteisiin piirteisiin kuuluu myös se, että *ulkoiset toiminnan muutokset ovat vähäisiä*, tavallaan ”epädramaattisia”. Ennakointidia-

logeista palataan eri yksiköihin tekemään perustehtävän mukaisia tekoja, jotka eivät ole jotain ennen kuulumatonta. Avoimet dialogit eivät millään tavoin syrjäytä vakiotarjontaan kuuluvia hoitoja. Molemmissa näyttää kuitenkin muodostuvan *uudenlainen toiminnan mieli*. Teot ovat paljolti entisenkaltaisia, mutta teoista koostuva toiminta muuttuu. Dialogeissa edistetään *omien liityntäkohtien löytämistä kokonaisuudessa, johon muutkin löytävät omia liityntäkohtiaan*. Kokousten jälkeen on mahdollisesti helpompi tukeutua toisten apuun ja ymmärtää oman toimintansa merkitys muiden elämässä. Tuo ei ole vain kognitiivinen prosessi vaan olennaisesti emotionaalinen ja ruumiillinen prosessi; ei vain ”tajuamista” vaan myös kosketetuksi tulemista. Tämä syntyy jaetussa tunnekokemuksessa, johon uusi ymmärrys aina liittyy. Ihmiset kytkeytyvät toisiinsa uudella, aktiivisella tavalla. Vastaukseen orientoituminen tulee tavallaan osaksi jokaisen keskusteluun osallistujan sisäistä orientaatiota ja ajattelusta tulee jaettu prosessi. Vaikka näkökulma on subjektiivinen – jokaisen omakohtaista näkökulmaisuuutta rohkaiseva – dialogi edistää pikemminkin kentän monitoimijaisuuden, monisubjektisuuden ymmärrystä kuin kuvaa erillisistä subjekteista. Jokainen kantaa omassa ruumiillisessa kokemuksessaan myös toisten ääniä mukanaan.

... ja erilaisuuksia

Avoimet dialogit ja ennakointidialogit ovat kuitenkin myös kovin erilaisia. Avoimia dialogeja on sovellettu eniten psykiatriassa, joissa dialogeja toteuttaa prosessiin sitoutunut ja sitä tarvittavan tiiviisti ja riittävän kauan jatkava tiimi. Ennakointidialogit ovat kerrallisia interventioita moniammatillisen järjestelmän hämmennykseen tai umpikujatilanteeseen. Vaikka molemmissa on yhteisenä *moniäänisyyteen pohjautuva epävarmuuden sieto*, avoimissa dialogeissa on mahdollisuus jatkaa samalla kokoonpanolla, ennakointidialogeista taas palataan yksiköiden väliselle ei-kenenkään-maalle, jolla ei ole tiimi- tai koordinaattorirakennetta. Avoimet dialogit eivät tarvitse ulkopuolisia vetäjiä, sillä yksi keskeinen lähtökohta on se, että kaikille keskustelijoille syntyy henkilökohtainen kokemus kyseisestä vuorovaikutuskentästä.

Ennakointidialogeissa tarvitaan ulkopuoliset vetäjät. Toki heillekin syntyy kokemus vuorovaikutuskentästä, mutta he eivät

ole jatkamassa asianosaisten kanssa. Palvelutehtävänsä – dialogin helpottamisen – jälkeen he poistuvat kuvasta. Avoimissa dialogeissa epävarmuuden sieto ilmenee esimerkiksi siinä, että ongelman tarkkaan määrittelyyn ei pyritä heti alussa, vaan ymmärryksen tavoittelua jatketaan. Ne ilmiöt, joita on määrä hoitaa (mm. psyykkiseen kriisiin liittyvät vuorovaikutustavat), ovat tervetulleita kohtaamiseen. Niitähän eletään ja niissä eläen muodostetaan uutta ymmärrystä. Ennakointidialogeissa tuollaiset turbulenssit taas pyritään pitämään loitolla, jotta työntekijöiden ja asiakkaiden/läheisten kerrallinen kohtaaminen ei toistaisi niitä prosesseja, joihin nähden pitäisi löytää koordinoitua toisin toimimista. Epävarmuutta siedetään antamalla runsaasti tilaa moniäänisyyden kuuntelulle – ja tämän varmistamisessa vetäjäparin keinot ovat sangen määrätietoisia. Puhuminen ja kuuntelu erotetaan jopa yksilötasolla siten, että kukin odottaa puhevuoroaan ja kuuntelee toisten sanomisia. Puheenvuorot eivät solju samaan tapaan vapaina kuin avoimissa dialogeissa, vaan niitä kutsutaan esiin haastattelukysymyksin.

Itse keskustelun koordinoijalle sisällä tai ulkopuolella olemisen ero lienee kuitenkin toissijainen. Kummassakin käytännössä pyritään dialogien keskustelun synnyttämiseen, mikä edellyttää niissä samansukuista tapaa olla keskustelusuhteessa kysymyksiä esitettäessä. Pitää esittää kysymykset asiakkaalle ymmärrettävällä kielellä, pitää kysyä konkreettisia tekoja ja tapahtumia, pitää edetä hitaasti jättäen aikaa vastausten muotoilemiseen ja oikeiden sanojen etsimiseen, pitää olla herkkä asiakkaan tunteenomaiselle kokemukselle ja ruumiin viesteille. Ja niin työryhmän jäsenet kuin vuoropuhelun vetäjätkin liikuttuvat itsekin, kun puhutaan surullisista asioista. Haastattelija tulee yhteisen kielialueen osaksi myös ennakointidialogeissa, muuten dialogista pohdintaa ei synny. Vaikka vetäjäpari ei ole aiemmin osallistunut kyseisen asiakkaan ongelman kohtaamiseen, itse tapaamisessa heitä alkaa ohjata sellainen tieto, joka syntyy suhteessa sisältä käsin (Shotter, 1993). Vetäjäparilla on välinevarastossaan kolme peruskysymystä perhepöytäkunnalle ja kaksi työntekijäpöytäkunnalle, mutta mekaaninen, yhteisen kielialueen muotoutumiselle epäherkkä kysely tyrehtyttäisi dialogin. Kummatkin toimintatavat eroavat sellaisista haastattelutapahtumista, jossa haastattelijalla on mielessään jokin diagnostinen kartta asiakkaan esittämän kertomuksen hahmottamiseksi. Tällaisissa tilanteissa haastattelija helposti painottaa enakkokarttaansa liittyviä teemoja, kun taas sekä avoimissa että ennakointidialogeissa pe-

rusedellytyksenä on kaikkien kertomusten ehdoton hyväksyminen. Haastattelijat eivät ole keräämässä informaatiota voidakseen tarjota asiakkaan ongelmaa kuvaavan tulkinnan.

Ennakointidialogien kysymyksiin ei ole olemassa oikeita vastauksia eikä niillä ole diagnostisoivaa päämäärää. Avoimissa dialogeissa ei tehdä eroa ”terveiden” ja ”sairaiden” lausumien välillä, vaan kaikki puheenvuorot ovat ääniä jaetun ymmärryksen muodostamisessa. Kummatkin käytännöt eroavat myös niistä verkostoterapian muodoista, joissa verkoston kokouksessa pyritään ns. verkostospiraalin läpikäymiseen (Seikkula, 1994). Verkostoterapiassa on ennakoitidialogien tapaan tapaukseen nähden ulkopuolinen tiimi johtamassa keskustelua, mutta koska spiraalimaisena toteutuvan ryhmäprosessin toteutuminen on tuossa käytännössä hoidollisesti keskeisinä, tiimin työskentely kohdistuu itse spiraaliproessin seuraamiseen ja ohjaamiseen, jolloin keskusteluteemat ikään kuin alistetaan prosessin etenemiselle.

Dialogisuuden perusulottuvuuksia

Sanakirjamääritelmän mukaan (Uusi sivistyssanakirja, Otava 1997) dialogi on (kreik. dia’logos) ”kaksinpuhelu, keskustelu, vuoropuhelu, keskustelun muotoinen kirjallinen tuote”. Kuulusimpia keskustelun muotoisia kirjallisia tuotteita lienevät Platonin Dialogit. Platon pani hahmonsaa – mm. innoittajansa Sokrateen – keskustelemaan teoksessaan. Hän jopa kieltäytyi kirjoittamasta filosofian yleisesitystä, ja tällä on syvä yhteys dialogisuuteen. Erityistieteenaloja voi hänen mielestään kuvata sanallisesti, keskustelussa syntyvää ymmärrystä tärkeistä asioista ei. Juha Himanka (2002, 204–205) kiteyttää: ”Ajattelemisessa on olennaista käydä keskustellen läpi (*dia-légein*) eri lähtökohtia.”

William Isaacs (2001) tulkitsee dialogin tarkoittavan merkitysten virtaamista; kreikankielinen sana *dia* tarkoittaa ”läpi”, kautta, ja *logos* ”sanaa” tai ”merkitystä”. Hän myös toteaa päätöksentekoon tai sopimukseen tähtäävän neuvottelun ja dialogin poikkeavan toisistaan: ”Dialogi täyttää syvällisempiä ja laajempia tarpeita kuin pelkän ’hyväksynnän saamisen’. *Neuvottelun* tarkoituksena on päästä sopimukseen erimielisten osapuolten kesken, mutta *dialogin* tavoitteena on saavuttaa uusi ymmärrys, joka muodostaa perustan myöhemmälle ajattelulle ja toiminnalle. (...) Dialogissa ei pyritä pel-

kästään pääsemään sopimukseen, vaan pyritään luomaan konteksti, jossa on mahdollista solmia monia uusia sopimuksia, sekä löytämään yhteisten käsitysten perusta, joka voi auttaa suuresti toimenpiteiden ja arvojen koordinoitua ja yhteensovittamista” (emt., 40).

Ivana Markova (1990) totesi, että on tärkeä huomata *dialogisuuden ja dialogin* välinen ero. Kun dialogi viittaa ihmisten väliseen kommunikaatioon, niin dialogisuus on erityinen epistemologia, maailmankuva. Saksalainen teologi ja filosofi Martin Buber on korostanut ihmisten välisen suhteen perustavanlaatuaista eroa ihmisen ja esineen välisiin suhteisiin. Ihmisten välistä suhdetta Buber kuvaa Minä–Sinä-suhteena, jossa toinen on toinen Minä. Suhteeseen liittyy dialogisuuden mahdollisuus, mikäli toista ei käytetä välineenä. (Buber 1995.) Minä–Se-suhteessa ihminen tulee objektivoineeksi toiset ihmisetkin toimintansa kohteeksi, esineiden tavoin. Dialoginen suhde edellyttää kahta erillistä persoonaa, jotka kohtaavat toisensa kokonaisvaltaisina olentoina. Sinä on toinen Minä. Oleellinen ei Buberin mielestä sijaitse Minussa tai Sinussa vaan välissä.

Liettualainen, Ranskassa merkittävämmän elämäntytönsä tehnyt filosofi Emmanuel Levinas pohti Toisen kohtaamista (Levinas 1996). Hänen mielestään Toinen on aina ulkopuolinen Minän kokemukseen nähden. Minän ja Toisen suhde ei ole symmetrinen, toisiaan vastaava. Täydellinen yhteisymmärrys ei tule mahdolliseksi. Minällä ei koskaan voi olla Toisesta lopullista tietoa.

Suhteen epäsymmetrisyys on Levinasin mielestä perustavanlaatuaista (Tuohimaa 2001). Toinen on aina enemmän kuin Minä voi käsittää. Minä on luovuttamattomalla tavalla vastuullinen Toisesta, sillä kukaan ei voi asettua Minän sijalle. Minä on vastuullinen Toisesta odottamatta vastavuoroisuutta. Levinasin mielestä Minä on tavallaan jopa Toisen armoilla; hän joutuu luottamaan toisen armollisuuteen, vaikka hänellä ei ole siitä varmuutta. Tuo vastuullisuus Toisesta *on vastaamista Toiselle* ja Toisen synnyttämille *vaikutelmille*. Jokaisessa kehollisessa reaktiossakin tai tietoisesti harkitus- teossa tai lauseessa on kysymys *vastaamisesta*. Tuo vastuullisuus on Levinasin mukaan subjektin ensimmäinen ja perustavin suhde toiseen ihmiseen. Vastuun rajoja ei voi asettaa koskemaan vain niitä asioita, joista subjekti on tietoinen ja joita hän on tarkoittanut. Ihminen ei ole ensisijaisesti itseään varten tai itselleen vaan alun perin Toista varten. ”Inhimillinen elämä herää huomatessaan toisen, toisin sanoen se on jatkuvassa heräämisen tilassa.” (Levinas 1996, 94.)

Buberia seuraten *dialogisuudessa* on keskeistä ymmärtää, että toinen on toinen Minä eikä Se, esine. Levinasia seuraten toista Minää ei voi koskaan ymmärtää tai selittää täysin. Toisen toiseus on samanlaisuuden tuolla puolen. Mutta toisesta ollaan vastuussa. Ei ainoastaan siitä, ettei toista käytetä välineenä, vaan siitä, että Minä on kaikkine tietoisine ja esitietoisine, tarkoitettuine ja tarkoittamattomine tekoineen aina vastaussuhteessa toiseen. Sekä Buber että Levinas tarkastelevat *suhteita*, eivät eristettyjä yksilöitä tai tietoisuuksia. On monen Minän suhteita toisiinsa – voisiko sanoa monisubjektisia verkostoja. Niissä toiset ovat Minän kannalta potentiaalisia omien tarkoitusprien välineitä, mutta he ovat myös Sinuja, minun kaltaisiani ja Toisia, jotain enemmän kuin voin koskaan käsittää. Olen vastaussuhteissa toisiin ja siis omista teoistani vastuullinen. Vastavuoroisuus minun puoleltani ja toisten puolelta voi tuottaa dialogisia suhteita.

Suhteissa olemassaolo ja vastaaminen, responsiivisuus, ovat keskeisiä myös Mihail Bahtinin pohdinnassa dialogisuudesta. Hän kirjoitti (Bakhtin, 1986, 127), että ”(s)analle, ja sitä myötä ihmisyksilölle ei ole mitään kauheampaa kuin vastausta vaille jääminen”. Hän tarkasteli sosiaalisia kieliä ja sen myötä tietoisuuksien sosiaalisuutta. Tarkastelun yksikkönä ei ole erillinen kielen yksikkö eikä erillinen yksilö vaan yksilöt ja ajatukset dialogissa. ”Idea ei ole subjektiivinen yksilöpsykologinen muodostuma, jolla on ’pysyvä olinpaikka’ ihmisten päässä. Idea on interindividuaalinen ja intersubjektiivinen, sen olemisen sfääri ei ole yksilön tietoisuus, vaan dialoginen kanssakäyminen tietoisuuksien välillä.” (Bahtin, 1991, s.132.) Myös Bahtin tarkasteli ruumiillisuutta, ruumiillisten subjektien dialogia tilassa ja ajassa.

Seuraavassa tarkastellaan dialogisuutta Bahtinin teorian pohjalta. Etäännyimme siis joksikin aikaa aineistostamme, avoimista dialogeista ja ennakoitidialogeista psykososiaalisessa työssä. Palaamme tarkastelun jälkeen niiden pariin, mutta eritellen dialogisuuden ulottuvuuksia.

Dialogisuus, polyfonia, sosiaaliset kielet

Dialogeja käyvät kaikki keskusteluissa. Dialogisuus sen sijaan kuvaa enemmän elämänasennetta, jonka lähtökohtana on *dialoginen suhde* (Bakhtin, 1986). Dialogisuudessa ei ole kyse vain kahden

ilmauksen vaihtamisesta keskenään esimerkiksi kysymällä ja kysymykseen vastaamalla vaan siitä, että toimintoja ohjaava keskus tulee ihmisten välisen vuorovaikutuksen alueelle. Isaacs (2001) on kuvannut tätä yhdessä ajattelun taidoksi. Ajattelijana ei enää olekaan yksi henkilö vaan dialogiin osallistuvat keskustelijat yhdessä. Dialogisuus on vastakkainen monologisuudelle, jossa perustana on käsitys, että yksilön toimintaa ohjaava keskus on yksilön pään sisällä: puhuja viittaa sisäiseen ajatteluunsa arvottaessaan maailmaansa; jokaisen kommentin totuus määritellään hänen oman karttansa mukaisesti (Crowley, 2001). Dialogisuudessa taas puhuja asettautuu koko ajan suhteisiin ympärillään olevan sosiaalisen vuorovaikutuskentän kanssa siten, että pyrkii kaikissa lausumisissaan huomioimaan toiset keskusteluun osallistujat ja sosiaalisen kontekstin ja jättämään tilaa vastaussanoille. Nämä vastaussanat eivät sulje määrityksiä tai anna lopullista vastausta esitettyyn lausumaan vaan avaavat yhä uutta näkökulmaa puhutusta asiasta.

Dialogisuudessa huomio kiinnittyy rajalle, ihmisten väliseen kohtaamiseen. Kuten Valentin Voloshinov (1990) on todennut, ”.. ei organisoiva ja muotoa luova keskuskaan ole sisällä (ts. sisäisissä merkeissä), vaan ulkona” (s.106). Dialogisessa suhteessa puhuttu sana on puhujan ja keskustelukumppanin välinen yhteinen alue, ”.. ainakin reilusti puolet sanasta kuuluu puhujalle” (s.107). Mutta siis vain noin puolet! Toinen puoli tai hieman pienempi osa on aina yhdessä kussakin tilanteessa rakennettua, jossa puhujan on koko ajan huomioitava kuulijansa kokonaisuudessaan. Hänen on luettava kuulijan ruumiin viestejä, kuten asentoja, kyneleitä ja muita, kuunneltava tämän ilmaisujen sisältöä ja äänenpainoja, huomioitava ympäristön luomat olosuhteet, kuten muiden läsnäolo, paikan meluisuus. Tämän lisäksi puhujan on koko ajan huomioitava keskustelukumppaninsa keskustelussa ilmaisemansa sanat. Siis loputon määrä erilaisia ruumiillisia ja tunnetekijöitä rakentaa yhdessä puhuttua. Puhuja on puhutun subjekti vain puhtaasti fysiologisessa mielessä, sillä hänhän sanat muodostaa omissa äänihuulissaan. Mutta välitön sosiaalinen tilanne määrää puhunnan rakenteen jo sisältä käsin (Voloshinov, 1990).

Koko puhumistilanne muodostuu osaksi puhujan sisäistä rakennetta. Ilmaistessaan itseään puhumalla puhuja rakentaa lausumansa oman mielentilansa ja ruumiin tilansa mukaisesti. Tähän taas vaikuttaa, millainen ympäristö on sekä fyysisesti että emotionaalisesti. Onko tilassa lämmin, miten huonekalut on sijoitettu,

pitääkö korottaa äänensä vai päinvastoin puhua hiljempaa? Onko keskustelukumppaneita yksi vai onko muita kuuntelemassa, mitä hän keskustelukumppanilleen sanoo? Kaikki tällaiset lukemattomat yksityiskohdat tulevat siis osaksi puhujan sisäistä rakennetta, joka sitten muuttuu välittömästi puhutusta saadun vastauksen vaikutuksesta. Hoitotilanteessa ja muissa auttamisneuvotteluissa tämä johtopäätös tietysti korostaa sen merkitystä, millaiseksi ja miten rakennamme puhetilanteet. Jos rakennamme miellyttävän fyysisen tilan ja alamme puhua tavalla, jossa paikallaolijat huomioidaan, nämä tekijät rohkaisevat verkoston jäseniä omaan aktiivisuuteen, mikä taas muokkaa keskustelutilannetta alusta lähtien. Tilanteeseen aktiivisesti osallistuvat tekijät (siis toiset keskustelijat) tulevat helpommin osaksi muiden keskustelijoiden sisäistä rakennetta kuin vain passiivisena kuuntelijana istuvat tekijät.

Tällainen sosiaalinen todellisuus on *polyfonista, moniäänistä*.¹³ Kussakin vuorovaikutustilanteessa on aina läsnä kirjo eri ääniä. Termi 'ääni' (venäjäksi *raznie*, englanniksi *voice*) viittaa puhuvaan yksilöön ja tietoisuuteen. Ääni viittaa tilannekohtaiseen tapahtumaan, jossa puhujan viesti rakentuu osana kuulijoiden ja puhujan välistä vuorovaikutusta. Äänistä puhuttaessa on hyvä puhua monikossa, koska keskustelussa on läsnä aina vähintäänkin kaksi ääntä (Wertsch, 1991). Elämme useissa äänissä, jotka "soivat" samanaikaisesti sen mukaan *mitä, missä, miten ja kenen kanssa puhumme*. Bahtinin kuvaama todellisuus on aina moniäänistä. "Sosiaalisen roolin" käsitteellä on usein kuvattu samankaltaista ihmisen aseman vaihtelua sosiaalisen tilanteen mukaan. On kuitenkin syytä huomata myös näiden käsitteiden sisällön ero. "Rooli" on "ääntä" pysyvämpi kuvaus yksilön tehtävistä erilaisissa sosiaalisissa ympäristöissä. Bahtinin ja Voloshinovin tarkoittamassa polyfonisessa todellisuudessa ei ole paikasta ja tilanteesta toiseen ja toimijoista riippumatta siirtyviä sosiaalisia rakenteita, vaan kussakin tilanteessa luodaan joka kerta ainutkertainen kieli ja kohtaaminen, missä itse kunkin sosiaalinen merkitys tai identiteetti rakentuu.

Polyfonisuus ilmenee dialogisissa keskusteluissa siinä, että kaikki läsnä olevat äänet osallistuvat merkitysten rakentamiseen. Osa näistä äänistä (oikeastaan pieni osa) lausutaan ääneen, osa

¹³ Musiikkiterminä polyfonia tarkoittaa (ital. polifonia, saks. Polyphonie -> poly-, kreik. phone = ääni), moniäänisyyttä, joka muodostuu useista toisiinsa nähden lineaarisesti (sekä melodisesti että rytmisesti) itsenäisistä äänistä. (Ks. Virtamo 1977.) Musiikin teorian piiristä käsite lienee alun perin lähtöisin.

niistä elää keskusteluun osallistujien ruumiin toimintojen, sosiaalisen ja fyysisen kontekstin ominaisuuksina ja osa kunkin osallistujan sisäisenä kokemuksena. Polyfonisessa todellisuuden rakentumisessa ei voida valita, kenen ääni on oikein ja kenen väärin, vaan kaikki keskusteluun osallistujat tuovat oman totuutensa uuden jaetun, keskinäisen ymmärryksen synnyttämiseen. Tässä kaikkien äänet ovat yhtä arvokkaita. Kun monologisessa päättelyssä äänillä voi olla hierarkia esimerkiksi siten, että ylilääkäriin käsitys on ratkaiseva diagnoosin määrittämisessä, niin dialogisessa polyfonisessa keskustelussa ammattikuntien välinen hierarkia tulee toissijaiseksi, koska käsitys tilanteesta tulee sitä rikkaammaksi, mitä enemmän erilaisia ääniä syntyy sitä kuvaamaan. Ensimmäiseksi Bahtin löysi polyfonisen elämäntavan Dostojevskin romaaneissa, joissa ei ollut löydettävissä yhtä sankarihahmoa, vaan kaikki todellisuus näyttää syntyvän aina romaanihahmojen keskustelussa, jota ei voi etukäteen määrittää. Kaikki sanotut ovat totta, ne rakentavat uutta ymmärrystä. Kun kirjan todellisuus rakentui romaanihahmojen keskustelussa, ei kirjailijakaan voinut enää hallita hahmojaan ylhäältä käsin, vaan hänen oli päästävä dialogiin itse luomiensa hahmojen kanssa. Tätä Bahtin nimitti polyfoniseksi romaaniksi (Bahtin, 1991). Myöhemmin tämä käsitys alkoi kuvata dialogisuuden perusasennetta epistemologisena, tietämistä, tietämisen tapaa koskevana käsityksenä.

Tähän liittyy läheisesti *monikielisyyden (raznarezhie venäjäksi, heteroglossia latinasta englantiin lainattuna) ja sosiaalisten kielten* käsitteet (Bahtin, 1991). Kielet rakentuvat aina kussakin sosiaalisessa kontekstissa. Niinpä toisessa sosiaalisessa tilanteessa käyty keskustelu saa aina oman erityisen merkityksensä siitäkin huolimatta, että puhuttaisiin suurin piirtein samoista asioista kuin edellisessä. Tämä menee jopa niin pitkälle, että vaikka samat ihmiset keskustelevat samoista asioista toisena päivänä, tämä konteksti on jo niin erilainen, että sosiaalinen kielikin rakentuu – tarkalleen ottaen – erilaiseksi. Kielen rakentuminen risteytyy siten, että jokaiselle sosiaaliselle ryhmälle muotoutuu oma tapansa kielessä olemiseen, mutta tämä sosiaalinen kieli ei ole koskaan pysyvä merkitysjärjestelmä vaan toteutuu aina kussakin keskustelussa. Kielissä on tavallaan kulttuurieroja yleisempien kulttuurien sisällä. Naisten kieli eroaa miesten kielestä, isän kieli eroaa lasten kielestä, psykologin kieli eroaa sosiaalityöntekijän kielestä, A-klinikan kieli eroaa mielenterveystoimiston kielestä. Listaa voi jatkaa loputtomiin. Nuo kielet eivät kuitenkaan

ole A-klinikalla tai mielenterveystoimistossa odottamassa; ne eivät yövy siellä. Kun toimijat ne luovat, ne todellakin tulevat luoduiksi.

On lisäksi tärkeää huomata, että olemme eri kielissä ikään kuin ristiin moniäänisesti. Osallistuessamme verkostokokoukseen olemme siinä läsnä psykologina ja perheterapeutina, mutta myös isänä, jos keskustellaan lapsiin liittyvistä asioista, tai itsekin jonkun rakkaansa menettäneenä, jos keskustellaan surusta ja kuoleman kokemuksesta. Nämä eri äänet ikään kuin ”kytkettyvät” mukaan teeman mukaisesti. Dialogissa työntekijät ovat mukana samaan aikaan sekä ammattihenkilöinä että henkilökohtaisesti kokevina ihmisinä.

Tässä on vasta puolet monikielisuuden ja sosiaalisten kielten ajatuksesta. Kukin keskustelu luo oman kielensä, jota ei ollut olemassa viime viikolla, kun sama verkosto kokoontui eikä se tule sellaisenaan siirtymään seuraavaan keskusteluun ensi viikolla. Tämä riippumatta siitä, keskustellaanko samoista asioista vai ei. Hoitokokoukseen osallistuville tämä on hyvin haasteellista mutta samaan aikaan vapauttavaa. Haasteellista se on siten, että jokainen tilaisuus uuden ymmärryksen syntymiseen on ainutkertainen. Niinpä ei olisi varaa suhtautua huolimattomasti yhteenkään hoitokokouskeskusteluun. Vapauttavaa se on siksi, että huolimatta siitä, että alkaisimme jo kyllästyä juuttuneelta tuntuvaan tilanteeseen, jossa kokoonnumme saman verkoston kanssa kymmenettä kertaa puhumaan samoista asioista, on tässä keskustelussa uuden ymmärryksen mahdollisuus. Verkoston idean ymmärtämiseksi monikielisuuden ajatus on hyvin olennainen. Kuten olemme koettaneet aiemmissa jaksoissa kuvata, jokaisella auttajaverkoston taholla on väistämättä oma erityinen käsityksensä ongelmasta ja tämä käsitys on aina erilainen kuin toisen auttajatahon käsitys. On aina yhtä monta ongelmaa kuin on ääniä läsnä keskustelussa. Moniäänisyys on kielen perustavanlaatuisen ominaisuus. Sen oivaltaminen tekee ymmärrettäväksi, kuinka vierasta keskinäisen ymmärryksen tavoittelulle on pyrkiä siihen, että kukin taho ajattelisi ongelmasta samalla tavalla.

Viimeisin tässä yhteydessä tarpeellinen teoreettinen huomio liittyy siihen, että *ymmärryksen syntyminen* on aina aktiivinen tapahtuma, jossa vastaussanojen rakentuminen tulee tärkeimmäksi. Dialoginen keskustelu rakentaa keskusteluun osallistujien yhteistä, jaettua todellisuutta. Tavoitteena on ymmärtää lisää toisen sanomasta, joka taas auttaa puhujaa itseään ymmärtämään enemmän omasta näkökulmastaan. Tätä käsitelimme tarkemmin jo edellisessä luvussa. Keskustelussa ei ole koskaan ensimmäisiä puhujia, vaan

jonkin keskustelun ensimmäinenkin puheenvuoro on jo vastaus moneen asiaan (Bakhtin, 1986).

”Tosiasia on, että kun kuuntelija ottaa vastaan ja ymmärtää puheen tarkoituksen (kielellisen tarkoituksen), hän samaan aikaan omaksuu aktiivisen ja vastaavan asenteen puhuttua kohtaan.” (s. 68)

”Ja puhuja orientoituu täsmälleen samankaltaiseen vastaavaan ymmärtämiseen... Enemmänkin, jokainen puhuja on itse enemmän tai vähemmän vastaaja. Hän ei ole sittenkään ensimmäinen puhuja, siis se, joka häiritsi maailmankaikkeuden hiljaisuuden.” (s. 69)

Kun keskustelukumppani tunnistaa ja ymmärtää puheen merkityksen, hän sillä hetkellä omaksuu aktiivisen vastausposition puhujaan. Kaikki ymmärrys on perusteeltaan vastaukseen pyrkivää, ymmärrys kiteytyy vasta vastauksessa. Niinpä keskustelussa vastaus tulee kysymystä olennaisemmaksi. Puhuja on vastavuoroisessa asemassa kuulijoihinsa nähden. Vastauksen alkaessa puhujasta tulee aktiivinen vastaaja, joka omalla vastauksellaan vaikuttaa puhujaan¹⁴. Dialogissa tämä ketju on loputon, koska uusia merkityksiä syntyy koko ajan. Asiakastilanteissa tämä merkitsee sitä, että voimme vaikuttaa tapahtumaan omilla vastauksillamme. Vaikutamme ratkaisevasti siihen, millaisen tilan annamme asiakkaillemme omissa vastauksissamme ja miten heidän vastauksensa saavat puolestaan mahdollisuuden viedä prosessia eteenpäin.

Vastauksen olennaisuus ilmenee kaikessa keskustelussa, myös monologisessa itsensä ilmaisussa. Monologinen ilmaisuakaan ei voi elää, ellei sillä ole kuulijaa, jolta saadaan vastaus. Se on kielen perusluonne. Monologinen ilmaisu tosin odottaa vastaukseksi vain hyväksyvää tai hylkäävää ilmausta. Tämän jälkeen ympyrä sulkeutuu, koska vain yksi määrittäminen voi kerrallaan olla oikein. Monologisissa

¹⁴ Bahtin ja Levinas puhuvat jopa kasvojen merkityksestä itsensä ymmärtämiseksi. Bahtinin (1986) mukaan emme koskaan näe itseämme kokonaan, vaan näemme itsemme vain toisen kasvojen kautta. Niistä näemme, miten minun sanomani otetaan vastaan ja vaikuttaa. Tästä puhuja ”tietää” itsensä ja muokkaa ilmaisuaan. Levinasin (1996) mukaan toisen ihmisen toisuus – hänen vierautensa – ilmenee erityisesti toisen kasvoissa. Hän tarkoittaa kasvoilla koko kehollista olemusta. Toisia ei voi tuntea. Kasvot ilmestyvät subjektin piiriin, mutta niiden ilmentämä toisuus ei näy sellaisenaan. Minä voi kasvot kohdatessaan päästä sulkeutuneisuudestaan ja käsittää olevansa olemassa suhteissa, mutta Toisesta ei voi olla lopullista tietoa.

keskusteluissa puhujat joutuvat usein puolustamaan sanomaansa ja täten puolustautuvaan asemaan. Tällainen keskustelu pyrkii myös sangen alttiisti määrittelemään valtasuhteita, siis sitä, kenellä on valta kussakin tilanteessa määrittää, mikä on oikea vaihtoehto. *Vastauksen merkitys ymmärryksen rakentajana* tulee aivan erilaiseksi dialogisessa keskustelussa, jossa siirrytään yhdessä rakentamisen, yhdessä ajattelemisen alueelle (Seikkula, 1995; Isaacs, 2001). Dialoginen ilmaisu ei niinkään odota hyväksyvää tai hylkäävää vastausta, vaan sellaista, jossa koko ajan avataan uusia ulottuvuuksia. Vastauksen muoto ja ajoitus ovat toissijaisia. Vastaus voi tulla välittömänä kommenttina tai omana puheenvuorona tai se voi tulla viivästetysti siten, että kuulija ensi mietti sitä omassa mielessään.

Luvussa 3 esitimme joukon oletuksia seikoista, jotka vievät verkostokokouksia umpikujiiin. Näitä voitaisiin kutsua tekijöiksi, jotka kallistavat verkostokohtaisia monologisiin suuntiin eli yrityksiin määrittää ja muuttaa toisia odottamatta muuta vastausta kuin hyväksymistä.

7. VERKOSTON DIALOGIEN AUTTAVAT JA PARANTAVAT TEKIJÄT

Kun työote muuttuu asiakkaan oireiden ja käyttäytymisen syiden etsinnästä hänen verkostonsa kanssa yhdessä jakamiseen, kuvaan astuvat myös uudenlaiset, syvästi inhimilliset auttamistyön ulottuvuudet. Lähtökohdaksi asettuvat yleensäkin ihmiselon keskeisimmät perusedellytykset, joita kriisi tai kriisiytyvä, umpikujaan ajautuva tilanne aina uhkaa. Vaikeimmissa kriiseissä, kuten psykoosissa tai väkivallan uhrien hoitamisessa tai kuoleman aiheuttaneen traumaattisen kriisin kohtaamisessa nämä korostuvat entisestään. Asiakkaan hyvä auttaminen ei tapahdu vain hänen oireistaan tai ongelmistaan huolehtimalla vaan ihmisten kohtaamisella. Tällaisen työtteen kuvauksessa siirrytään etäämmälle itse auttamistyön menetelmien ja tekniikoiden kuvauksesta koko vuorovaikutustilanteen ymmärtämiseen. Tässä luvussa pohdimme sitä, mikä kohtaamisessa auttaa ja parantaa.

Asialistan käsittelystä yhteiseen jakamiseen

Vaikeita teemoja käsittelevät hoitokokoukset tai konsultaatio-tilanteet saattavat johtaa hyvin kokonaisvaltaisiin ja syvällisiin tunnekokemuksiin. Jos perheenjäsenille on ollut ennen kokousta vaikeaa puhua kriisiin tai kasautuviin huoliin liittyvistä tekijöistä, onnistunut dialogi voi johtaa tilanteeseen, jossa tulee ensimmäistä kertaa mahdolliseksi kokea tilanteen vaikeus ja jopa epätoivoisuus sekä toisaalta perheenjäseniä yhdistävä yhteenkuuluvuuden tunne. Tämä voi tapahtua sellaisessakin tilanteessa, jossa tunnelataukset – mm. asiaan liittyvien riitojen vuoksi – ovat hyvin voimakkaita ja kokonaisvaltaisia. Yhteisen jakamisen kokemus voi usein olla liikuttavaa, ihmiset saattavat kyynelehtiä tai ilmaista liikutuksen muulla tavoin ruumiillaan. Perheenjäsenten kokema liikutus koskettaa myös työntekijöitä. Työntekijöistä tulee osa jaettua tunnekokemusta. Psykososiaaliset työskentelysuhteet ovat epäsymmetrisiä. Työntekijöillä on suuremmat mahdollisuudet määrittää tilanne. Silti näissä kohtaamisissa voidaan jakaa tunnekokemuksia ja tulla kosketetuksi. Tämä on dialogien tärkeä ulottuvuus. Tällaisissa tilanteissa voi ymmärtää myös niitä, jotka toteavat, että dialogin

syntyminen ei ole niinkään keskustelumenetelmä vaan rakkauden kokemus (Patterson, 1988).

Onnistuneesta dialogista on usein jälkeenpäin vaikea eritellä, mitä itse kukin teki ja mitä siinä tapahtui. Muistiin jää jaettu yhteinen tunnekokemus. Keskustelun yksityiskohdista rakentuu sellaisia kokemuksia, joita on vaikea palauttaa selkeän rationaalisesti. Bahtin (1991) liittää dialogisen suhteen syntymisen eri tietoisuuksien väliseen kommunikaatioon eikä itse kunkin päänsisäiseen prosessointiin. *Kommunikaation onnistumisen peruskysymykseksi nousee se, tuleeko yksilö kuulluksi.* Kuulluksi tuleminen edellyttää aina vastausta, sillä – kuten Bahtinia lainaten edellä jo totesimme – ”sanalle (ja sitä myötä ihmiselle) ei ole mitään kauheampaa kuin vastausta vaille jääminen”.

Pyrkimys yhteiseen jakamiseen toisia kuuntelevassa keskustelussa tulee hoito- ja konsultaatiomallin peruslähtökohdaksi. Avomissa dialogeissa hoitokokous muodostaa foorumin tämän toteutumiseksi. Siinä kaikki asianosaiset kohtaavat ennalta suunnitteleottomassa tilanteessa. Tämä merkitsee työntekijöille uudenlaista kokemusta, koska heidän työnsä tapahtuu nyt yhdessä asiakkaiden läsnä ollessa. Siitä tulee todellista työryhmätyöskentelyä, jossa parhaimmillaan toteutuu yhdessä ajattelu (Isaacs, 2001). Työntekijät eivät voi onnistua yhteisen jaetun tunnekokemuksen rakentamisessa, elleivät he pyri myös toistensa ymmärtämiseen tässä ja nyt. Keskustelussa siirrytään ”itse ongelmasta” keskustelun muodon korostamiseen. Asiakkaille luonnollisesti ongelman sisältö on tärkein, koska he haluavat selvyyden kriisin synnyttäneeseen tilanteeseen ja tiedon, miten selviytyä siitä. Työntekijöille keskustelun sisältö on myös tärkeä, mutta etusijalle nousee, millaista keskustelua tästä ongelmasta synnytetään. Synnyttämällä dialogista keskustelua työntekijät edesauttavat sellaista vuorovaikutusprosessia, jossa asiakkaat voivat alkaa synnyttää sanoja oireina ilmeneville kokemuksille. Keskustelun sisällön toissijaisuus ei merkitse sitä, että työntekijät eivät pitäisi asiakkaiden esille ottamia puheenaiheita tärkeintä vaan päinvastoin: nyt he voivat todella paneutua juuri niihin teemoihin, jotka asiakkaat valitsevat tärkeimmiksi sen sijaan, että määrittelisivät itse, mistä on tärkeintä puhua. Itse keskustelussa tietenkin muoto ja sisältö ovat erottamattomia. Esimerkiksi puhuttaessa ahdistavista kokemuksista keskustelu saa luontevasti erilaisen muodon kuin puhuttaessa hoitokokouksen alussa yleisesti hoidon tapahtumista tai hoitosuunnitelmasta.

Yhteinen jakaminen on tärkeää myös ennakkointialoissa. Niissä tosin toteutuu tietty vuoropuhelun ja -kuuntelun rakenne, joiden vaiheet on helppo muistaa. Jaetun kielen muodostuminen ja jaettu toiminnan suunnittelu edellyttävät vastavuoroisuutta, joka ei ole vain mekaanista kysymyksiin vastaamista vuorotellen. Ennakkointialoissa tematisoidaan hyvää tulevaisuutta ja suunnitellaan siihen johtavia tekoja. Keskeistä on myös, mitä itse dialogissa tapahtuu. Tunnelma on usein hyvin intensiivinen. Siinä on liikutusta, joka syntyy kunkin mahdollisuudesta puhua omista huolistaan ja niiden huojentumisen perspektiivistä – ja etenkin kunkin mahdollisuudesta tulla, ehkäpä ensimmäistä kertaa, kuulluksi. Teemoja ei ole määritelty etukäteen. Ne määräytyvät perheenjäsenten ääneen ajattelemista asioista. On tärkeää, että kukin voi sekä kuulla toisten ilmaukset että säilyttää mahdollisuus lähestyä niitä omasta näkökulmastaan. Niinpä kenenkään ”muistelun” sisältöä ei oteta ehdottomaksi tarkasteluperustaksi, vaan kullakin on vapaus ”muistaa” asiat niin kuin haluaa ne tuossa tilanteessa muistaa. Tällä pyritään auttamaan moniäänisyyttä sen sijaan, että jonkun ääni tulisi dominoivaksi.

Erään istunnon lopulla perheen isä käytti liikuttuneena puheenvuoron. Hän oli vapaalla vankilasta osallistuakseen vaimonsa kanssa dialogi-istuntoon. Asiat olivat aika mullin mallin perheessä ja sen ympärillä oli monta huolestunutta viranomaistahoa. Kun vuoropuhelun viimeiset kierrokset oli käyty – haastateltu siis viranomaispöytäkunta kysyen hyvästä tulevaisuudesta käsin ’mitä teitä perheen tueksi’ ja ’mistä olit aiemmin huolissasi ja mikä sai huolesi vähenemään’ – perheen isä lausui: ”En minä ajatellut, että meillä on tukea. En minä koskaan ajatellut teitä (hän viittasi viranomaisiin päin) tukena.”

Ohjauskeskus siirtyy pään sisältä ihmisten väliin

Monologisessa keskustelussa päähuomio pysyy asiakkaan käyttäytymisessä ja sen diagnosoimisessa. Tällaista keskustelua työntekijä ohjaa omassa päässään, koska hänen pitää ajatuksissaan palauttaa annettu vastaus siihen ammatilliseen karttaan, jolla luodaan merkitykset tehdyille havainnoille. Esimerkiksi lääkäri voi saamansa oirekuvauksen perusteella valmistella mielessään diagnoosia.

Somaattisten sairauksien tai äkillisten kriisien yhteydessä tämä on elintärkeä prosessi. Sydänkivuista kärsivälle potilaalle on hyvin olennaista, että lääkäri voi päätyä nopeasti oikeaan diagnoosiin välttääkseen sydänlihaksen vaurioitumisen, jos kyseessä on sydänkohtaus. Sen sijaan asiakkaiden tunnekokemuksiin perustuvissa tilanteissa asian kokonaismerkitys hahmottuu paremmin dialogisessa keskustelussa. Toimintaa ohjaava keskus rakentuu keskusteluun osallistujien välille. Asiakkaat tekevät aloitteen keskustelun sisällöstä, siis siitä, mitä kriisi koskee. Työntekijät taas pyrkivät vastaamaan siten, että kaikki paikalla olijat voisivat sanoa oman näkemyksensä. Puheenvuorot sovitaan jo aiemmin sanottuun ja valmistellaan samalla uuden kokemuksen mahdollisuutta. Yhteisessä toiminnan ohjauksessa perhe ja asiakkaan muut läheiset ottavat johdon käsiinsä siten, että keskustelussa edetään heidän avaamiinsa teemoihin ja edetään niin pitkälle kuin se dialogisen prosessin etenemisen kannalta on mahdollista. Tavoitteena on lisätä yhteistä ymmärrystä ongelmaan liittyvistä asioista. Pikkuhiljaa asiakkaat voivat löytää tien eteenpäin. Tähän ymmärrykseen ei riitä pelkästään rationaalinen selitys ongelmasta ja sen syistä. Jotta ymmärrys avaisi uutta etenemistietä, sen tulisi olla tunteenomaisesti ja ruumiillisesti kokonaisvaltaista.

Rakentuu uusi, yhteisesti jaettu kieli

Dialogisessa keskustelussa itse puheen tuottaminen luo puitteet uudelle yhteisesti jaetulle kielelle. Puhe on toimintaa, jossa puhuja tekee sanomalla mahdolliseksi ymmärtää, mitä hän sanotusta on kokenut ja ajattelee nyt. Venäläinen psykologi Lev S. Vygotski (1972, alkuperäinen 1934) on tarkastellut uranuurtavalla tavalla kielen sosiaalista alkuperää. Sisäisenä puheena toteutuva ajattelu on alun perin ollut ulkoista ja toteutunut sosiaalisissa suhteissa. Lapsella kieli elää ensin äidin (tai muun läheisen hoitajan) luomassa merkitysympäristössä. Vähitellen lapselle kehittyy ns. egosentrinen puhe, jolloin lapsi puhuu paljon ääneen leikkimiänsä asioita. Puhumalla ääneen hän alkaa ohjata omaa toimintaansa, ja näin alun perin sosiaalisessa suhteessa ollut käyttäytymisen ohjaus alkaa tulla lapsen sisäiseen psyykkiseen valikoimaan.

Tämän jälkeen tulee mahdolliseksi sisäinen puhe, joka on pääosiltaan ajattelua. Silloin ei enää tarvitse koko ajan sanoa asioita

ääneen, vaan käyttäytymistä voi ohjata omassa sisäisessä ajattelussa sisäisenä puheena. Kielen alkuperältään sosiaalinen perusluonne säilyy myös siinä vaiheessa, kun sisäinen puhe on syntynyt. Niinpä sisäisessä puheessa keskustelijat voivat jatkaa suoraan sitä ulkoista dialogia, mitä he kuuntelevat. Toisaalta ulkoisessa puheessa puhuja voi puhua itselleen ja jatkaa tätä puhetta omassa sisäisessä dialogissaan. Kun avoimissa dialogeissa ja ennakointidialogeissa tarjotaan mahdollisuus ajatella rauhassa ääneen ja kuunnella rauhassa ääneti, kysymys ei ole vain tilanteesta, jossa yhdellä on ulkoista puhetta ja toisilla sisäistä. Myös ääneen puhuja käy puhuessaan keskustelua ajattelumahdollisuuksiensa kanssa.

Monologisen ja dialogisen kielen välittäväksi tekijäksi nousee usein egosentrinen puhe, puhe itselle, edellyttäen, että puhe kuullaan. Kriisihoitokokouksessa puhuja muodostaa sanoja vaikeimmista kokemuksistaan. Tämä voi olla hyvin ahdistava kokemus, koska siihen liittyy vaikeita tunteita tai siitä ole aiemmin puhuttu. Tuottamalla sanan äänihuulissaan puhujalle tulee mahdolliseksi kuulla itse, mitä sanoo. Jos hänen sanomiseensa vastataan ottamalla se vakavasti ja viestitään, että puhuja puhuu tärkeästä asiasta, voi se avata mahdollisuuden puhujalle oppia, miten hän kokee sanomansa asian ja mitä hän siitä ajattelee. Tom Andersen kuvaa tätä toteamalla, että puhe on samaan aikaan sekä ”informatiivista” että ”formatiivista” (Andersen, 1995). Puhuja informoi keskustelukumppaniaan omista kokemuksistaan ja tunteistaan, mutta tätä tehdessään hän myös muokkaa näitä kokemuksia ja tulee itse niistä tietoiseksi. Jos kuulijat vastaavat sanottuun, puhuttu asettuu puhujan ja kuulijoiden väliin, jossa se voi tulla parantavaksi kokemukseksi. Puhuja toimii samaan aikaan sosiaalisessa suhteessa ja omassa sisäisessä todellisuudessaan. Hän suuntautuu samaan aikaan kielellisesti ulospäin ja lisää oman sisäisen toimintansa hallintaa. Tällaisesta alkavasta parantavasta prosessista voi olla merkki se, että puhuessaan puhuja liikuttuu sanomastaan. Kuulijoiden tehtävä on hyväksyä tämä sellaisenaan eikä koettaa tulkita sitä jonkin vahvan kehyksen mukaan, koska tuollainen tulkitseminen tai muunlainen uusien merkityksien antaminen voi pakottaa puhujan puolustamaan omaa kantaansa ja prosessi estyy.

Ennakointidialogeissa puhumisen kautta tapahtuvaa omien ajatusten tunnustelua edistetään haastattelijan kysymyksin. Koska kysymyksessä ei ole kriisiin liittyvä hoitomuoto eikä kokoontumisella

näin olen yhtä selvää perusteemaa, käsiteltävää asiaa muodostetaan haarukoimalla asianosaisten näkemystä hyvästä tulevaisuudesta. Tulevaisuuteen liittyvät toiveet ja huolet ja ajatukset omista teoista ja toisilta saatavasta tuesta eivät todennäköisesti ole ihmisten mielissä niin selvinä, että ne vain yksinkertaisesti saataisiin ”ulos”, kun vain annetaan tilaisuus käyttää puheenvuoro.

Haastattelija edesauttaa ajattelua esittämällä kysymyksiä ja pyytämällä ajattelemaan ääneen. Näin koetetaan auttaa sekä vuorossa olevaa ääneen ajattelijaa kuulemaan omia ajatuksiaan ja saamaan niistä kiinni että toisia saaman vaikutelmia omiin sisäisiin dialogeihinsa. Jotta noita prosesseja ei keskeytettäisi, kommentoinneista pidättäydytään. Vetäjä kysyy aika ajoin haastattellessaan ”kuulinko oikein, kun kuulin sinun sanovan...” toistaen sanatar-kasti, mitä henkilö sanoi. Tuo on paljon suotavampi kuin kysymysmuoto ”ymmärsinkö oikein, kun kuulin sinun sanovan...”. Painotus on kuulemisella, tarkalla kuuntelulla, ei tulkintayrityksellä. Myös avoimissa dialogeissa menetellään tähän tapaan kysyen ”kuulinko oikein, kun kuulin...”. Koska avoimissa dialogeissa on hoidollisesti tärkeää muodostaa jaettua kieltä oireiden tilalle, kysytään myös ”nyt en ymmärrä; minulla ei ole tuollaista kokemusta; kertoisitko lisää siitä, kun...”.

Oireiden erityinen piirre on, että ne ovat hyvin kokonaisvaltaisia, ruumiillisia kokemuksia. Niinpä uusi kielikin syntyy kokonaisvaltaisesti ruumiillisista ja emotionaalisista kokemuksista, ei vain järkeilyllä luoduista selityksistä. Työntekijät pyrkivät ymmärtämään kriisiin liittyvät olosuhteet ja kokemukset. Tämä tapahtuu sekä järkipärisesti sanojen kautta että elämällä perheenjäsenten kanssa ne kokemukset, jotka eivät koskaan ”höyrysty” sanoiksi. Esimerkiksi suuri osa psykoottisen potilaan kokemuksista elää tapaamiseen osallistujien ruumiillisina, kokonaisvaltaisina kokemuksina, koska psykoottinen puhe on usein niin käsittämätöntä. Prosessin myötä perhe voi edelleen käyttää samoja sanoja ja kuvata samoja tapahtumia. Jaetun yhteisen tunnekokemuksen myötä nämä jäsentyvät enemmän sellaisiksi kertomuksiksi, joissa jokainen voi kohdata myös mahdollisen oman traumansa ja käsitellä omia tunteitaan. Sekä tilanteet että niihin liittyvät tunteet tulevat hallittavammiksi.

Muodostuu uusi yhteisö

Jaettujen kokemusten ja yhteisen kielen kehkeytyessä voi muotoutua yhteisö joko niin, että kokoontumiset jatkuvat samojen ihmisten kesken tai että dialogi jatkuu yhteen keskusteluun osallistujien kesken tapaamiseen jälkeen.

Turvallisen yhteisön muodostuminen ja ymmärryksen haun jatkuvuus ei ole itsestään selvää. Esimerkiksi kuntoutuksen yhteistyöryhmissä pitkäaikaisasiakkaan kohtaavat työntekijät eivät usein olleet tavanneet häntä aikaisemmin (Kokko, 2003). Ikään kuin se ymmärrys, jota spesialisti tarvitsee, ei tule kontaktista, vaan yleisestä, kaikkia tapauksia koskevasta tiedosta, jota sovelletaan kuhunkin yksittäistapaukseen. Tarvitaan vain riittävän hyvin koulutettu henkilö tekemään tilannearvion tai diagnoosin, valitsemaan adekvaatit keinot ja varmistamaan lähetteet, mikäli tarvitaan täydentävää asiantuntemusta. Dialogissa on toisin. Se ymmärrys, joka muodostuu, syntyy juuri niiden ihmisten väliin, jotka kohtaavat. Jaetun kokemuksen ja yhteisen kielialueen muodostuminen ei ole ammatillinen temppu, joka voidaan toteuttaa soveltamalla metodia oikein. On oltava läsnä. On kuultava, ei vain kuunneltava. On koetettava sovitautua asiakkaiden ja heidän läheistensä kieleen, sen sijaan että pysyttäytyy erikoiskielialueellaan. On antauduttava sille, että tulee kosketuksi – mikä ei ole vain tekniikkana omaksuttua myötätunnon esittämistä. Heti jos paikalla oli yksikin asiakkaalle tuttu henkilö, hän tunsu olonsa turvallisemmaksi (Kokko, 2003).

Avoimissa dialogeissa se taho, johon asiakas on ensimmäiseksi yhteydessä, ryhtyy kokoamaan verkostoa. Pois jäädään vain sovitusti. Tämä yhteisesti sovittu periaate on tärkeä sekä asiakkaiden että työntekijöiden kannalta. Sillä tavoitellaan hoitoyhteisön jatkuvuutta ja sen mahdollistamaa psykologista turvallisuutta ja mahdollisuutta etenevään ymmärrykseen dialogeissa. Muodostuva yhteisö on erilainen kuin perinteisessä psykiatrisessa kriisihoidossa. Yhteisöä ei pyritä muodostamaan sairaalaosastolle ja sen suojattuun maailmaan, vaan niiden henkilöiden sosiaalisten verkostojen toimijoista – perheenjäsenistä ja muista läheisistä sekä kriisin hoitoon liittyvistä työntekijöistä. Tämä uusi yhteisö ottaa vastaan perheen kokeman kriisin sellaisena kuin perheenjäsenet voivat siitä puhua ja elää yhdessä jakaen kaikki keskusteluun tulevat asiat niin pitkään kuin tarvitaan. Vähitellen voimakkaimman kriisin helpottuessa käyttöön otetaan erilaisia tarvittavia terapia- ja hoitomenetelmiä, mutta on

tärkeää, että tämä potilaan, perheen, ammattiauttajien ja muiden tärkeiden henkilöiden yhteisö kokoontuu koko hoitajakson ajan. Mitä voimakkaammin yhteisö voi kokea ja elää kriisin synnyttämät tunteet, sitä monipuolisempaa prosessia se näyttää ennustavan. Uusi yhteisö ei kuitenkaan ole pysyvä rakennelma, joka säätelisi siihen osallistujien koko elämää. Se on ennemminkin kussakin keskustelussa syntyvä kokemus siitä, että paikalla olevat ovat tärkeitä ongelman ratkaisemiseksi.

Ennakointidialogeissa yhteisön kokemus muodostuu toisenlaiseksi sen vuoksi, että istuntoja ei jatketa toistuvasti. Dialogin jälkeen kukin palaa taholleen, mutta heillä on ollut mahdollisuus yhteiseen kokemukseen siitä, että vaikeaa jumiutunutta tilannetta on voitu käsitellä paikalla olleiden ihmisten kanssa uudella tavalla. On kuitenkin nähtävissä, että aktiivisen keskenään toimivan verkoston koko pienenee ja yhteydet tiivistyvät. Muodostuu siis eräänlainen ydinyhteisö. Monet työntekijät – ja usein jotkut läheisetkin – havaitsevat dialogin kuluessa, ettei heidän tarvitse olla mukana kuvassa niin huolestuneina ja niin tiiviisti kuin olivat olleet. Heidän huolensa huojentuvat jo istunnossa, ja he kokevat voivansa jäädä taka-alalle, käytettäväksi tarpeen vaatiessa. On taas toisia, jotka havaitsevat, että heidän on mahdollista ja tarpeellista tehdä hieman läheisempää yhteistyötä. Jos ennakointidialogi on onnistunut, se ”ymmärrisyhteisö”, joka dialogissa muodostui, ei katoa, vaikka toimijat palaavat taholleen. Se kaikuu toimijoiden mielissä heidän seuraavissa dialogeissaan, eri kokoonpanoissa, ja se toteutuu – mahdollisesti – matalampina yhteydenottokynnyksinä ja dialogin jatkamisen mahdollisuuksina istuntoon osallistuneiden kesken. Dialogisuuden jatkumista tuetaan seurantaistunnoilla, joihin kootaan huolten huojentamisen ja keskinäisen ymmärryksen edistämisen kannalta keskeiset toimijat.

Keskustellaan arkikielellä arjesta

Ammatillinen erikoissanasto on pyritty muodostamaan sellaiseksi, että siinä olisi mahdollisimman vähän tulkinnallista epämääräisyyttä. Silti sanat eivät tarkoita kaikille toimijoille samaa, eikä niillä ole valmista merkitystä keskustelun ulkopuolella. Merkitykset virtaavat sanoihin keskustelussa. Mikäli käytetään ammatillisia termejä, ne tulisi sisällyttää keskusteluun, ottaa osaksi merkitysten muodostumista, sen sijaan että ne oletetaan yksiselitteisiksi.

Verkostotapaamisissa työntekijöillä on ylivertaiset mahdollisuudet määritellä sitä, mistä on kysymys. Heidän sanoissaan kaikuu tieteen ja erikoisasiantuntemuksen auktoriteetti. Yhteisen kielialueen rakentamiseksi on tärkeää, että *kuunnellaan tarkoin sitä, mitä sanat asiakkaille ja heidän läheisilleen merkitsevät*. Tämä tarkoittaa aivan konkreettisesti heidän puheensa seuraamista, muun muassa niin, että toistetaan heidän lauseitaan ("kuulinko oikein, kun kuulin sinun sanovan, että..."). Näin suodaan itselle mahdollisuus ymmärtää toisen sanoja lausumalla ne ja toisille mahdollisuus ymmärtää niitä kuulemalla omat sanat toisen lausumana. Bahtinin (1991) mukaan dialoginen keskustelu on aina praktista keskustelua. Kielessä tämä on ensisijaista verrattuna teoreettiseen kieleen. Kun teoreettisessa kielessä, siis esimerkiksi lääketieteen tai sosiaalityön ammattiterminologiassa, voimme päättää, miten kieltä käytämme, käytännön kielen keskustelussa olemme aina kunkin tilanteen "armoilla". Tehtävämme on sovittautua käytettyihin sanoihin ja keskustelutapaan.

Dialogeissa on tärkeätä liittää keskustelut siihen kokonaisvaltaiseen elämään, jota ihmiset elävät. Palvelu- ja asiantuntijajärjestelmä on sektorijakoinen, ihmisten arki ei ole. Jotta auttaminen voisi mielekkäällä tavalla liittyä ihmisten arkeen, auttajajärjestelmän tulee tulla paremmin tietoiseksi avunhakijoiden arjen mielekkyydestä heille itselleen. Juuri tuollaisen ymmärryksen muodostamisesta dialogeissa on kysymys.

Esimerkki: Kaksi erilaista skitsofreniaa

Verkostokokouksessa käsiteltiin Lauran vaikeaa psykoottista tilannetta. Hän oli ollut lastenpsykiatrisella osastolla kolme kuukautta ja oli koko ajan omissa maailmoissaan istuen useimmiten osaston nurkassa tukka kasvojensa suojana. Osaston työryhmä huolestui hänen tilanteestaan ja kutsui koolle verkostokokouksen, johon osallistui Lauran isä ja äiti sekä kaksi siskoä. Näiden lisäksi kaikki perhettä hoitaneet tahot sairaalassa ja avohoidossa osallistuivat kokoukseen.

Keskustelun edettyä jonkin aikaa, sisko totesi, että "viimeiset kaksi viikkoa ovat tuntuneet niin raskailta". Kun häneltä kysyttiin, mikä sen on aiheuttanut, hän ei vastannut. Samanlainen tilanne toistui, kun toinen sisko totesi, että "sen jälkeen kun kuulimme

lääkärin sanan, on kaikki tuntunut toivottomalta”. Taaskaan hän ei vastannut kysymykseen, mitä lääkäri sanoi. Kun vanhin sisko otti kolmannen kerran puheeksi saman asian, kysyi työntekijä, mitä lääkäri oli sanonut. Tuli jälleen hiljaisuus, mutta sen jälkeen hän vastasi, että ”lääkäri sanoi, että meidän Lauralla on skitsofrenia”. Tämän sanottuaan kaikki perheenjäsenet alkoivat kyynelehtiä.

Työryhmä istui hiljaa tehden tilaa liikutukselle. Tämän rauhoituttua he alkoivat kysyä, mitä skitsofrenia merkitsee heille. Perheenjäsenet alkoivat kertoa epäonnistumisen tarinaa. He sanoivat, että äidin äiti oli ollut mielisairaalassa 35 vuotta skitsofrenian vuoksi. Viime vuosina he olivat yrittäneet asua yhdessä hänen kanssaan, mutta epäonnistuneet siinä, koska hänellä oli vahvoja paranoidisia uskomuksia siitä, että perhe yrittää käyttää hänen omaisuuttaan hyväksi tai yrittää myrkyttää hänet. Diagnoosin antanut lääkäri oli myös keskustelussa ja hän kuvasi diagnoosin taustaa ja sanoi myös, että diagnoosilla on tarkoitus löytää oikeat hoitomenetelmät, eikä enää ole mahdollista jäädä sairaalaan. Perheenjäsenet tulivat rohkeammaksi kysymään lääkärin arviota Luran tulevaisuudesta ja tilanne alkoi tulla keskustelun myötä hieman toiveikkaammaksi.

Tässä tapauksessa lääkärin antama skitsofreniadiagnoosi on esimerkki ammattikielestä. Se sisälsi suuren uhkan perheelle. Verkostokokouksessa he yrittivät puhua siitä ensin kaksi kertaa siinä onnistumatta ja kun sana skitsofrenia viimein saatiin sanotuksi, oli sen lataus niin suuri, että se johti kyyneliin. Tämän tunnekokemuksen jälkeen alkoi avautua arkikielen mahdollisuutta puhua skitsofreniasta sillä kielellä, jossa perheen oli mahdollista käsitellä sekä kokemustaan äidin äidistä että pelkoaan Luran tulevaisuudesta.

Ennakointidiologeissa on keskeistä, että tulevaisuutta koskevat haastattelut aloitetaan perhepöytäkunnasta. Juuri perheenjäsenten hyvä arkihan on se, mihin tukitoimet parhaimmillaan liittyvät. Mikäli aloitettaisiin työntekijöistä, oltaisiin tavallaan tyhjän päällä: ei olisi tarjolla sitä kokooma-alustaa, johon ammatillisten toimenpiteiden tulisi liittyä. Vaarana olisi, että pohdintaa ohjaisivat kunkin ammattilaisen erikoistuneilla tarkasteluvälineillään näkemät ongelmat – ja eri työntekijöillä on usein kontaktit eri perheenjäseniin. Kokonaisuus saattaisi hajota ongelmiksi eli saatettaisiin palata lähörüutuun, siihen koordinoimattomaan tilanteeseen, jota piti koota. Vetäjäpari ei myöskään kysy työntekijöiltä, mikä heidän mielestään

on perheen hyvää tulevaisuutta¹⁵ Asiakkaat elävät omaa arkeansa. Työntekijät eivät elä tuota arkea. He voivat parhaillaan tukea sen summista niin, että ahdinkotilanteet helpottuvat. Arki koetetaan hahmottaa asianosaisten, perheenjäsenten moniäänisenä tarkasteluna.

Epävarmuuden sieto ja voimavaroja lisäävät kokemukset

Ennakointidialogeissa keskustelua ohjaavat erityiset kokouksen vetäjät. Heille tavallaan luovutetaan sosiaalisen tilanteen ”säätelyn” tehtävät. He toimivat sangen strukturoidusti. Tällä on tarkoitus tukea epävarmuuden sietoa. Osanottajilla on todennäköisesti epävarmuutta mm. siitä, johtaako tämänkertainenkaan yritys aiempaa parempiin tuloksiin. Heillä – ainakin osalla heistä – on ehkä turhauttavia kokemuksia yhteistyöyrityksistä. Epävarmuutta on varmaan myös siitä, mitä tilaisuudessa uskaltaa sanoa. Vetäjäparin tehtävänä on kertoa aluksi tilaisuuden yleisrakenne: pöytäkuntien ja niihin ryhmitettyjen yksilöiden haastattelut ”tulevaisuudesta käsin” ja lopuksi käytävä neuvottelu seuraavista askelista ”nykyisyydestä käsin”. Heidän huolenpitonsa aluetta on, että ulkoinen dialogi on kunnioittava, moniääninen, kuunteleva ja toisia keskeyttämätön ja että lopulta todella neuvotellaan teoista, joita kukin voi ja aikoo tehdä osana yhteistoimintaa.

Kun tulevaisuutta muistellaan, sitä myös luodaan siinä mielessä, että sen ajattelemisen mahdollisuuksia tunnustellaan. Sitä loihditaan mahdollisena tulevaisuutena, ja tuollaisella ajattelemisella on itse ajattelemisen hetkeen liittyviä vaikutuksia. Kysymyksessä ei siis ole vain suunnitelman laatiminen vaan sellainen suunnittelemisen tapa, joka voi voimauttaa osallisia. Mikäli henkilöt tulevat kuulluksi, saavat vaikutelmia toisten ajatuksista, saavat hahmoa omille ajatuksilleen ja kokevat osallistuvansa yhdessä ajattelemisen prosessiin, kokemus voi olla voimavaroja lisäävä.

¹⁵ Kerran ennakointidialogiin osallistui perheen puolelta vain yksinhuoltajaäiti, ilman lastaan. Hän muisteli tulevaisuutta kertoen edistysaskelistaan esiintyvänä artistina. Työntekijät katselivat asiakasta hieman huvittuneen ja epäuskoksen näköisenä. Näytti siltä, että he olivat kuulleet tällaisista haaveista ennenkin, ja pitivät niitä enemmän tai vähemmän haihatteluina. Vetäjät kuitenkin kyselivät naiselta yksityiskohtaisesti: oli siis keikkoja ja levytystilaisuuksia, kuka hoiti lastasi sillä aikaa; keneltä sait tukea; mitä teit, jotta lapsen hyvä hoito järjestyi... Ei ole viranomaisten asia, yrittääkö hän päästä artistin uralle vai ei; hän ehkä yrittäisi sitä, vaikka yrityksiä koetettaisiin estää. Sen sijaan lapsen hyvinvoinnin tukeminen liittyy monenkin työntekijän perustehtäviin. Juuri lapsen liittyvät huolet olivatkin verkostopalaverin koollekutsumisen lähtökohtana.

Ennakointidialogit voivat lisätä epävarmuuden sietoa, mikäli

- (1) *osanottajat saavat kokemuksen, että heitä kohdellaan tasapuolisesti.* Vaikka vuoropuhelun vetäjäpari kertoo istunnon aluksi millä tavoin prosessi rakentuu – kuvaamalla kysymyrakenteen sekä puhumisen ja kuuntelemisen vuorottelun –, osanottajat ovat todennäköisesti siinä määrin jännittyneitä istunnon alussa, ettei tuollainen orientointi avaa koko asiaa. Vasta haastattelukierroksen edetessä osanottajat saavat kokemuksen siitä, että kaikkia todellakin kuunnellaan ja kaikille esitetään yhtäläiset peruskysymykset, he voivat toiminnan kautta vakuuttua, että kysymyksessä ei ole istunto, joka johtaa syyttelyihin tai muihin mahdollisesti aikaisemmin toistuneisiin hankaliin vuorovaikutuskuvioihin.¹⁶
- (2) *toteutuu sellainen moniäänisyys, jossa teemojen annetaan saturoitua.* Vuoropuhelun vetäjien on siedettävä sitä epävarmuutta, että keskustelussa ei muodostu perinteiseen tapaan yhtä määrävää juonta, vaan kuva muodostuu subjektiivisista näkökulmista, joissa alkaa vähitellen muotoutua kokoavia (saturoituvia) teemoja – sikäli kuin osanottajat tarttuvat toisten avauksiin.
- (3) *muodostetaan toimijoille uskottava suunnitelma, joka koostuu konkreettisista teoista.* Vuoropuhelun vetäjät lisäävät epävarmuuden sietoa jo ilmoittamalla istunnon aluksi, että lopussa on riittävästi aikaa yhteistoiminnan koostamiseen. He lisäävät turvallisuutta osoittamalla toiminnallaan, että rakenne sekä joustaa että pysyy koossa. Lopussa on hyvin tärkeätä, että tulevaisuutta muistellen todetut teot kootaan sellaiseksi suunnitelmaksi, johon toimijat itse uskovat. Erityisesti sarjan viimeisen kysymyksen viimeinen osa ”mikä sai huolesi vähenemään” on kohta, joka tuottaa tiiviin aineiston asioista, joiden tulisi toteutua.

Avoimissa dialogeissa epävarmuuden sietoa tuetaan etenevässä hoitoprosessissa, jossa hoitava työryhmä luo puitteita uuden kielen syntymisille. Sen tehtävänä on olla aloitteellinen sellaiselle keskus-

¹⁶ Asiakkaat ilmaisevat palautteissa odottaneensa, ”milloin se syyttely alkaa”, huomanneensa hämmästyksekseen, että heitä edeltäviltä oli kierroksella vain kysytty samat hyviin asioihin keskittyvät kysymykset ja että omallakin vuorolla kysymykset olivat samat – ja vieläpä työntekijöiltäkin kysyttiin teoista ja tuesta.

telukulttuurille, joka kunnioittaa jokaisen keskusteluun osallistujan ääniä ja pyrkii toisia kuuntelevassa keskustelussa huomioimaan toisten äänet. Työryhmä tekee tätä

- (1) *kyselemällä informaatiota tapahtumista* siten, että asioiden kertominen on mahdollisimman helppoa ja vähän ahdistusta herättävää. Kysymykset muodostuvat arkikielelle, koska se on asiakkaille helpoimmin ymmärrettävää. Voidaan pyytää kuvauksia tapahtumista, joihin puhuja viittaa. Toisia voi pyytää kommentoimaan tätä kuvausta ja näin luomaan monivivahteista kuvaa tapahtuneesta.
- (2) *kuuntelemalla kiinnostuneesti kaikkia puheenvuoroja* ja tekemällä niille tilaa olkoonpa ne kuinka erilaisia tai samanlaisia hyvänsä. Esimerkiksi psykoottista puhetta on erityisen tärkeää kuunnella niin, että puhujan psykoottiselta kuulostava kommentti tulee samanlaiseksi puheenvuoroksi kuin muutkin kommentit. Tämä on eräänlaista ”normalisoivaa” keskustelua, jossa aluksi säikähdyttäneet ilmiöt alkavat saada muodon, jossa psykoottinen käyttäytyminen alkaa ilmetä luontevana, ymmärrettävänä vastauksena siihen elämäntilanteeseen, jossa potilas ja perhe elävät. Tämä ei luonnollisestikaan saa merkitä sitä, että hoitajat vähättelevät tilanteen tai kerrotun kokemuksen vaikeutta, vaan pyrkivät päinvastoin ottamaan vastaustensa lähtökohdaksi asiakkaiden kertoman kokemuksen juuri niin vaikeana kuin se ilmenee. Joskus se merkitsee myös tilan tekemistä toivottomuuden ilmaisulle, jos toivottomuuden ilmaisu aikaisemmin on ollut vaikeaa.
- (3) *keskinäisellä reflektiivisellä keskustelulla*, jossa se keskenään kommentoi kuulemiaan asioita ja tekemiään havaintoja asiakkaiden kuunnellussa. Reflektiivisessä keskustelussa yhtenä keskeisenä tavoitteena on puhumisen ja kuuntelemisen tilan turvaaminen siten, että ne erotetaan toisistaan. Siksi on tärkeää, että työntekijät puhuessaan omista havainnoistaan toisilleen katsovat kollegaansa eivätkä sitä henkilöä, kenen herättämistä ajatuksista he puhuvat. Näin keskustelua kuuntelevalle kuulijalle jää enemmän tilaa kuulla hänen kertomiensa kokemusten herättämistä ajatuksista ja oppia siitä uusia ulottuvuuksia.

Voimavara syntyy yhteisestä jakamisesta, jossa voidaan kokea esimerkiksi huojentumista. Vastaanottajan tehtävä ei ole tulkita tai antaa muulla tavoin omia merkityksiään asiakkaan sanomalle asialle vaan luoda jakamisen tilaa. *Jakamisen tilassa yhdistyy sekä tämän hetken (1) ruumiillinen kokemus, (2) sille annettava psyykkisen kuvaus ja selitys ja (3) asioiden sosiaalinen merkitys.* Näitä ei voi erottaa toisistaan, vaan kaikki tapahtuvat samalla hetkellä, tämän kerran ilmaantuvassa todellisuudessa. Hoitavan työryhmän tavoitteeksi voi oikeastaan asettaa sen, että *tämä kokonaisuus voi ilmetä samanaikaisesti.* Kun asioista puhutaan, on hyvä edetä hyvin rauhallisesti, jotta asiakkaiden tunteet voivat seurata sanoilla sanottujen asioiden mukana. Jos työryhmä kiirehtii esimerkiksi kyselemällä liian nopeasti, asiakkaat voivat kyllä antaa sanallisia selityksiä tapahtuneista asioista ja itse kunkin tekemistä teoista, mutta tällainen kuvaus jää helposti vain rationaaliselle tasolle. Kaikkein vaikeimmat muistot ja kokemukset ovat asettuneet asumaan ruumiin muistiin ja tätä pyrimme myös käytetyillä sanoilla tavoittamaan. Ruumis myös puhuu keskustelussa useilla äänillä, joille terapeuttien tulisi olla herkkiä. Ruumis voi jännittyä puhuttaessa ahdistavista asioista. Tällöin on hyvä huomioida, jännittyykö ruumis liikaa niin, että puheen virta alkaa estyä. Ruumis voi myös puhua esimerkiksi tuottamalla kyyneleitä silmäkulmaan puhuttaessa surullisesta tai traumaattisesta muistosta, jolloin on hyvä huomioida, että tälle surulle tulee tilaa siinä määrin kuin se puhujalle ja kuulijoille on juuri tässä tällä hetkellä mahdollista.

Työryhmän tehtävä on hyvin mielenkiintoinen ja erilainen verrattuna perinteisiin auttamistraditioihin. Sen toiminnan päähuomio kohdistuu koko ajan siihen, *mitä tapahtuu tässä ja nyt.* Sen pääasiallinen asiantuntijuus ilmenee taitona asettua meneillään olevaan vuorovaikutustilanteeseen ja taitona olla läsnä asiakkaille, jotka puhuvat elämänsä äärimmäisistä kokemuksista. Mutta tällä tavalla toimien työryhmä tietysti myös toimii ”pedagogisesti” siten, että asiakkaille välittyy työntekijöiden toimintatavasta tapa suhtautua heidän omaan hätäänsä. Työntekijät kantavat mukanaan kokemuksiaan useista aikaisemmista kriisitilanteista ja niiden hoidosta, ja tuo taas huokuu heidän ruumiistaan heidän läsnäolossaan. Työntekijät lisäävät tilanteen turvallisuutta ja mahdollisuutta tilanteen monipuolisempaan käsittelyyn.

Vastaus siihen, kuinka edetä, ei useinkaan ilmene yhtenä selvänä vaihtoehtona. Kaikilla keskusteluun osallistujilla on omat havaintonsa niistä asioista, joissa kriisi ilmenee. Ei ole olemassa vain yhtä ongelmaa, vaan ongelma elää useissa eri äänissä ja saattaa näyttäytyä kullekin hyvin erilaisena. Perheessä saattavat perheenjäsenet kokea ongelmaksi toisilleen aivan vastakkaiset asiat. Esimerkiksi eräässä perheessä kriisin sisältönä oli epäily perheen lapsen huumeikäytöstä. Vanhempien ja nuoren kuvaus tilanteesta oli aivan päinvastainen. Vanhemmatkin kokivat saman tilanteen eri tavalla. Toinen oli huolissaan perheen maineesta ja nuoren yhteyksistä rikolliseen jengiin. Toinen taas oli enemmän huolissaan nuoren terveydentilasta. Nuori taas itse huusi vihaisena hoitokokouksessa, ettei hän mitään hoitoa tarvitse, vaan vanhempien pitäisi mennä hoitoon. Itse kokouksessa näistä eri äänistä voi sitten syntyä yhteistä jaettua kokemusta, jos hoitava työryhmä voi edellä mainituilla tavoilla lisätä asiakkaiden luottamusta siihen, että heidät kuullaan siitäkkin huolimatta, että ovat ristiriidassa keskenään.

Muutos on yhteiskehitystä

Yhteisen kielialueen muodostuminen on yhteisten päätösten onnistumisen ehto. Kun toiset ymmärtävät, se auttaa minuakin ymmärtämään, jos olemme yhteisen kokemisen kielialueella. Yhteisen kielialueen syntymisen ehto puolestaan on se, että asianosaiset ovat kokeneet jotkut keskustelussa käsitelleet asiat riittävän yhteisellä tavalla. Ja toisin päin: vain yhteisen kielialueen syntymisen myötä voimme tehdä sellaisia johtopäätöksiä, joissa ymmärrämme tilannetta kuvaavat sanat riittävän yhteisellä tavalla.

Kieli, jossa ymmärrämme ahdinkotilanteeseen liittyvät ilmiöt, syntyy keskusteluun osallistujien välissä ihmisten yhteisesti luomana kokemuksena. Kun ensin työntekijät sovittavat sanansa asiakkaan henkilökohtaisen verkoston kieleen, siis sekä puhetapaan että puheen sisältöön, verkoston jäsenet voivat alkaa sovittaa sanomistaan toisiinsa. Jos tulee ensin itse kuulluksi, voi alkaa kuunnella ja kiinnostua toisten mielipiteistä ja kokemuksista.

Vygotskin mukaan psyykkisessä kehityksessä asiat ilmenevät aina kaksi kertaa. Ensimmäinen ne ilmenevät sosiaalisessa tilanteessa. Toisen auttaessa voimme tavallaan kurottautua pidemmälle kuin varsinainen ”suoritustasomme” edellyttäisi. Tämän jälkeen samat

asiat voivat ilmetä omana hallintana sen jälkeen, kun olemme sen sisäistäneet alun perin sosiaalisesta kokemuksesta. Vygotski käyttää tästä sosiaalisesta tilanteesta aukeavasta uusien omakohtaisten mahdollisuuksien alueesta käsitettä lähikehityksen vyöhyke. Se mikä on ensin ollut mahdollista toisten tukemana, tulee mahdolliseksi ilman tuota ”vetoapua”. Lähikehityksen vyöhyke on kuitenkin aina ehdottomasti vastavuoroinen tapahtuma, koska ohjaajan on aina huomioitava ohjattavan ominaisuudet ja reagoitavat onnistuneen tilanteen luomiseksi (Brunerin 1985).

Lähikehityksen vyöhykkeessä tapahtumien kulkua voitaisiin havainnollistaa vaikkapa seuraavalla tavalla. Tunnekokemuksiin liittyvä kriisi voidaan nähdä eräänlaisena kehityksen pysähtymisenä, tulevaisuuden perspektiivin katoamisena, jolloin perheellä ei ole mahdollista käyttää sillä jo olleita voimavarojaan. Mahdollisuus elävään dialogiin on väliaikaisesti kadonnut. Kytkeytymällä työntekijöiden kanssa luodaan uudenlainen yhteisö. Työntekijät tuovat tähän yhteisöön oman järjestäytyneisyytensä, joustavuutensa ja monipuolisuutensa. Se ilmenee perheen ongelman ymmärtävänä kuunteluna, joustavana eri vaihtoehtojen käsittelynä, epävarmuuden sietämisenä ja muilla vastaavilla tavoilla. Yhteisessä systeemissä järjestäytyneisyys voi alkaa tulla määrittäväksi tekijäksi, jolloin perhe osana sitä voi jälleen alkaa ohjata omaa toimintaansa ja rakentaa perspektiiviä tulevaisuuteensa. Nimitimme tätä ilmiötä ko-evoluutioksi, vastavuoroiseksi kehitykseksi, joka siis koskettaa yhtä lailla kaikkia keskustelun osapuolia (Seikkula 1991, Arnkil 1991).

Kaikki kehittyvät sekä itsessään että yhdessä toisten kanssa. Kun perhe – ja asiakas osana perhettä – elävät ensin rajasysteemisä uudessa toiminatavassa, perheenjäsenet voivat toistaa takaisin saamaansa hallinnan kokemusta ensin keskinäisessä vuorovaikutuksessaan ilman ammattilaisten läsnäoloa ja vähitellen myös perheen ulkopuolella. Tämä on tietenkin havainnollistava kuvaus eikä tosielämässä asioiden tapahtumisjärjestystä voi osoittaa tuolla tavoin mekaanisesti. Asiat voivat tapahtua äkillisesti, hyppäyksenomaisena muutoksena toimintakyvyn palautumiseen, tai toisessa tapauksessa hyvin hitaasti pienen pieninä askelina eteenpäin, ja prosessissa voidaan kohdata toistuvia taka-askeleita.

Ennakointidialogit aloitetaan haastattelemalla perheenjäsenet ja työntekijöiltä ei kysytä lainkaan, millainen heidän näkemyksensä mukaan on perheen hyvä tulevaisuus. Kutakin rohkaistaan puhumaan vain omasta näkökulmastaan. Jokaiselle, myös työntekijöille,

avautuu henkilökohtainen lähikehityksen vyöhyke, mahdollisuus oppia jotain omaan toimintaansa. Tämä koskee myös vetäjäparia. Jo he eivät opi jotain uutta dialogisuudesta, dialogi on tuskin onnistunut. Tulevaisuuden muistelun voi tietysti vetää mekaanisesti ja olla oppimatta siitä mitään, mutta silloin se tuskin on mikään dialogisen kohtaamisen ilmentymä.

Avoimissa dialogeissa työntekijöiden liikkumatila on joissain kohdin perheenjäseniä suurempi siksi, että he eivät ole potilaan ja tämän läheisten tavoin tunteenomaisesti sitoutuneita kriisiin. Niinpä he voivat tietämättä ongelmasta ja ratkaisuista enempää kuin asianosaiset tuoda prosessiin oman, työkokemuksensa myötä muotoutuneen järjestäytyneisyytensä, joustavuutensa ja monipuolisuutensa ja lisätä näin turvallisuutta vaikeiden asioiden käsittelyssä.

Koko ruumis, ei vain puhuvia päitä

Potilaan ja hänen läheistensä kokemukset sivuavat toisiaan; potilas psyykkisine oireineen ei ole erillinen toimija tyhjiössä. Osa asioista saattaa olla suoraan näiden ihmisten tekojen tai kokemusten aiheuttamia kriisejä, osa näiden ihmisten kanssa yhdessä koettuina asioina. Esimerkiksi psykoottisesti käyttäytyvän ihmisen oirepuheissa on usein mukana hyvin traumaattisia kokemuksia, joiden alkuperä kuitenkin hämärtyy, koska potilas puhuu omista erikoisista havainnoistaan.

Tämä merkitsee sitä, että toisaalta puhutaan siitä, mikä liittyy läsnä oleviin ihmisiin – ja tämä voi herättää samankaltaisia tunteenomaisesti ja ruumiillisesti latautuneita muistikuvia tai ajatuksia – ja toisaalta puhutaan näiden ihmisten kanssa. Tässä on verkostokokouksen ”fuusioenergia”, lataus. Kuten kaikki lataukset, nämäkin latautuneet kokemukset puhutaan juuri kyseisellä hetkellä, eikä sen hetken kokemusta voi siirtää sellaisenaan toiseen paikkaan. Verkostokokouksen tulos elää osallistujien mukana kokonaisvaltaisena kokemuksena ehkä enemmän kuin tehtyinä hoitopäätöksinä tai asioille annettuina selityksinä. Se ei kuitenkaan merkitse sellaista latausta, joka ilmenisi pääsääntöisesti voimakkaina purkauksina, vaan ennemminkin pieninä yllätyksinä, jotka avaavat keskustelulle uusia suuntia.

Ennakointidialogeissa, joissa käsiteltävänä ei ole akuutti kriisi, tunnelataukset ovat ehkä lievempiä, mutta vailla latauksia ei niissäkään olla. Lasta, nuorta tai aikuista koskevat huolet ovat muodostuneet sosiaalisissa suhteissa – ja huolenaiheet liittyvät itse kunkin toimintaan. On ehkä voimakkaitakin odotuksia toisten muuttumisesta ja mahdollisesti syvääkin turhautumista asioiden junnaavuuteen. Kuten avoimissa dialogeissakin, huolia käsitellään sosiaalisissa suhteissa. Vaikka ennakointidialogeissa silmämääränä on yhteistoiminnan hyvä koordinaatio asianosaisten hyvinvoinnin tukemiseksi, niissäkin verkostokokouksen tulokset liittyvät myös verkostokokouksen toteutumishetkeen – kuulluksi tulemisen ja toisten kuulemisen kokemuksiin. Tähtäimessä ei ole vain huolia lähitulevaisuudessa huojentava suunnitelma vaan myös huolten huojentuminen itse dialogissa.

Esimerkki: Tapetaanko minut?

Jaakon kokemus eräästä konsultaatiotilanteesta kuvaa hyvin dialogissa toteutuvan tilanteen kokonaisvaltaisuutta.

Konsultaatiossa oli mukana Maija, hänen avomiehensä. äitinsä ja heidän terapeuttinsa. Maijalle oli parin kuukauden aikana kehittynyt voimakas pelko siitä, että joku tulee tappamaan hänet ja vahingoittaa äitiä. Hän oli juuri aloittanut toisen vuoden korkeakouluopinnoistaan. Terapeutti halusi tämän keskustelun, koska hän oli epävarma siitä, miten olisi viisainta vastata siihen, että Maija itki koko ajan. Keskustelussa nousi keskeiseksi Maijan epätavallinen päivärytmi. Hän kertoi olevansa vuoteessa aina klo 15 saakka, jolloin hän nousi kun tiesi avomiehensä Mikon tulevan töistä n. klo 16. Tämän jälkeen joka ilta Mikko vei Maijan äidin luokse kolmeksi tunniksi, koska Maija halusi varmistua, että äiti on kunnossa eikä kukaan tapa häntä. Tätä kuvatessa äiti kysyi, että saattaako tilanteeseen vaikuttaa se, että Maija näki isänsä usein pahoinpitelevän äitiä. Tuolloin hän oli ollut alle 9-vuotias. Isä oli ollut hyvin väkivaltainen, mikä oli johtanut sittemmin avioeroon. Tämän jälkeen he eivät olleet tavanneet toisiaan. Jaakko ja terapeutit alkoivat kysyä tarkemmin näistä tapahtumista ja heidän yhteisestä elämästään, mutta äiti alkoi ahdistua. Kun he kysyivät, voiko noista asioista puhua, niin hän sanoi, ettei mielellään ala niitä muistella, koska ne ovat taaksejäänyttä elämää. Häntä kuitenkin kiinnosti, olisiko siitä

Maijalle apua. Kun Jaakko kysyi, että jos hän tietäisi siitä olevan apua, olisiko hän silloin valmis siitä puhumaan. Äiti lupasi miettiä asiaa.

Tässä vaiheessa Mikko sanoi, että hän haluaa sanoa yhden asian. Isä on mielisairas ja tietämän mukaan tälläkin hetkellä sairaalassa. Potilaan äiti ei näyttänyt pitävän tästä kommentista. Keskustelun lopuksi Jaakko kysyi, että jos isä olisi ollut paikalla tässä keskustelussa, mitä hän olisi sanonut. Maija säpsähti kysymystä ja sanoin, että isä olisi varmaan tappanut hänet. Mikko pelästyi myös ja sanoi, että hän pelkää tällaisen kysymyksen olevan Maijalle liikaa. Kysyttäessä äidiltä, mitä isä olisi sanonut, jos olisi ollut paikalla keskustelussa, hän sanoi yllättäen, että isä olisi sanonut olevansa hyvin huolissaan Maijasta. Tämän sanottuaan hän liikuttui niin, että kyynel tuli silmäkulmaan. Hän jatkoi vielä, että heidän suhteensa ei ollut koko aikaa huono, vaan heillä oli myös hyviä hetkiä. Samoin hän muisti, että isä osasi myös olla huolehtiva perheenisä.

Keskustelussa perheenjäsenet saattoivat tuoda tilanteen vaikeuden esille. Työryhmä hyväksyi tämän ja oli kiinnostunut kuulemaan kuvauksia arkipäivästä. Työryhmä kiinnostui myös muista teemoista, erityisesti isän merkityksestä. Koko ajan perheenjäsenet saattoivat puhua asioista tunteenomaisesti. Maija itki lähes koko ajan ja äiti liikuttui isästä puhuttaessa. Kysyttäessä konkreettisesti, mitä isä olisi sanonut, jos olisi ollut paikalla, äiti yllättäen kertoi toisenlaisen kuvauksen isästä. Isästä olikin nyt useampi, ainakin kaksi eri ääntä. Jos isästä on vain yksi monologinen kuvaus, siis se että hän on vain väkivaltainen, jonka syyksi näyttää tulevan elämän vaikeus, ei dialoginen pohdinta tule mahdolliseksi. Nyt sen sijaan saattoi avautua mahdollisuuksia moniääniseen käsitykseen isästä.

Tässä esimerkki havainnollistaa edellä esitettyä ajatusta tilanteen kokonaisvaltaisesta luonteesta. Sanottu kuvaus liittyi ilmaistuihin tunteisiin, ja uudet merkitykset ilmenivät tämän tuntekokemuksen myötä merkittävässä sosiaalisessa kontekstissa, läheisimpien läsnä ollessa. Tämä yhtäkkinen tässä ja nyt ilmaantuva kokemus voi avata yllättäviä näkökulmia. Yllättävien ja rakentavien näkökulmien ilmaantumisen ei tarvitse edellyttää dramaattista katartista kokemusta vaan pientä liikahdusta. Dialogisuus on kokemusta. Se voi johtaa siihen, että yhdessä koetaan jotain, mikä aikaisemmin ei ollut mahdollista. Koettua ei tarvitse sanoa tai määritellä, eikä sen tarvitse olla järisyttävää. Mutta tämä on ruumiillisesti

rentouttava kokemus ja ehkäpä juuri tässä kohden paraneminen oireista voi alkaa. Oireethan voidaan nähdä ruumiiseen asettuneina elämyksinä/elämystapoina, jotka käsittelevät sellaisia asioita, joita on hyvin vaikea tai mahdoton pukea sanalliseen muotoon.

Yhdessä jakamisen kautta alkaa syntyä uusi kieli, jos keskustelussa tavoitetaan jotain siitä ”alkuperäisestä” sanattomasta ja ahdistavasta kokemuksesta siinä sosiaalisessa ympäristössä, jossa oireet syntyivät. Tämänsuuntaisen dialogisen tapahtuman kautta voivat sanat alkaa korvata oireita. Ja tämänkaltaiseen dialogiseen kokemukseen sitoutuneen ruumiillisen kokemuksen kautta voi ruumis toimia siten, että oireet alkavat purkautua. Esimerkiksi jännittynyt ihminen voi rentoutua itse keskustelussa ja siirtää tätä kokemustaan hoitokokouksen jälkeiseen elämäänsä.

Yhteenveto yksinkertaisiksi toimintaohjeiksi puettuna

Edellä kuvatusta voi kiteyttää muutaman yksinkertaisen ohjeen työntekijöille, toteuttivatpa he sitten kuvaamiamme dialogikäytäntöjä tai dialogisuutta millä tavoin tahansa.

- 1) *Turvallisuuden luominen ja ahdistuksen minimointi.* Tämä edellyttää sitä, että kaikki voivat kokea olevansa tärkeitä keskustelussa. Toisaalta se edellyttää sitä, että työryhmä tai työntekijöiden verkosto omalla toiminnallaan lisää turvallisuutta ja ennustettavuutta. Ennustettavuuden kasvattaminen ei kuitenkaan merkitse keskusteluteemoista etukäteen sopimista tai suurien hoitopäätösten nopeaa tekemistä ja niistä jäykästi kiinnipitämistä. Ennemmin se merkitsee sitä, että asianosaiset voivat alkaa luottaa siihen, että työntekijät auttavat heitä ja että apua on satavissa myös läheisiltä. Heidän tulisi myös voida luottaa, että jatkotoimenpiteistä sovitaan yhdessä siten, että he eivät jää yksin, vaikka tilanne on vaikea. Tällainen ennustettavuuden lisääminen auttaa rakentamaan tulevaisuuden perspektiiviä siten, että kriisiin liittyvien asioiden ja huolten kasautumista aiheuttavien tekijöiden käsittely tulee mahdolliseksi. Myös perinteisemmässä hoitoajatuksessa pyritään lisäämään ennustettavuutta. Esimerkiksi sairaalan osastolla luodaan päivittäin toistuvat rutiinit, joiden ympärille psykoottinen potilas voi

alkaa rakentaa päivärytmiä ja alkaa uudelleen testata ympäröivää todellisuutta. Tällainen ennustettavuus luo turvallisuutta, mutta sen lisäksi tarvitaan psyykkisen työn mahdollisuutta, mikä parhaimmissa tapauksissa alkaa tapahtua hoitokokouksen keskustelussa, jos työryhmä pystyy toiminnallaan edistämään dialogisuutta.

- 2) *Keskustelun avaaminen, aito kiinnostus jokaisen sanomiseen.* Älä viesti, että joku sanoi jotain väärin. Ammattiauttajien slangi luo helposti tilanteita, joissa saatetaan naurahtaa asiakkaiden ilmaisulle, jos he eivät tunne esimerkiksi sairaalan osastojakoon tai palveluyksiköiden työnjakoon sisältyvää koodikieltä. Työntekijöiden haaste on siinä, miten he onnistuvat seuraamaan potilaan/asiakkaan ja hänen läheistensä kieltä sen sijaan, että edellyttävät asioista keskustelun tapahtuvan omalla kielialueella. Esimerkiksi potilaan psykoottiselta kuulostavan puheen realisointi sanomalla, että ”tuo oli sinun psykoottisuutta, joka ei ole totta” osoittaa harvoin aitoa kiinnostusta potilaan omaan näkökulmaan.
- 3) *Monologisista ilmauksista dialogisiin.* Kriisissä dialoginen keskustelu syntyy lähes itsestään (jos emme onnistu estämään sitä), koska ahdistus on niin määräävä tekijä. Tunteiden ilmaisua ei kannata yrittää ehkäistä, ne eivät ole vaarallisia. Oikeastaan tunteet sitovat sanomisen ruumiilliseen kokemukseen, jolloin kaiken sanotun ”lataus” tulee painavammaksi ja tärkeämmäksi. Tämän mahdollistaminen edellyttää usein rauhallisuutta keskustelussa, ajan antamista vastausten sanojen etsimiseen ja sanomiseen muotoiluun ja vastausten rauhalliseen myötelämiseen omilla täydentäville kommentteilla. On hyvä muistaa, että vastaamme paljon aikaisemmin kuin olemme muodostaneet ensimmäistäkään sanaa huulillamme. Miten istumme, miten katsomme, olemmeko levollisia, huomioimmeko katseellamme vapaasti kaikkia paikallaolijat? Nämä kaikki ovat tekoja, jotka kertovat asiakkaillemme siitä, olemmeko läsnä tässä keskustelussa.
- 4) *Vastaa aina siihen, mitä joku toinen sanoi.* Tämä ei kuitenkaan tarkoita selityksen tai tulkinnan antamista vaan sanotun huomiointia ja siihen mahdollisesti uuden näkökulman avaamista

(”niin, ja tuon lisäksi mieleeni tulee...”). Toista vaikkapa sanasta sanaan jonkun sanomaa tärkeältä tuntuva asiaa. Tämä ei myöskään merkitse jokaisen ilmaisun keskeyttämistä kaikissa mahdollisissa kohdissa vastauksen antamiseksi vaan keskustelun luonnollisen rytmin löytymistä ja vastauskommenttien sovittamista siihen rytmiin.

- 5) *Puhu omasta puolestasi ja minä-muodossa.* Kysymyksillään työryhmän tai työntekijäverkoston jäsenten olisi hyvä pyrkiä ohjaamaan puhetta sellaiseksi, että itse kukin puhuu omista havainnoistaan, tunteistaan ja ajatuksistaan. Puhujia voi rohkaista sanomaan juuri sen, mitä hän itse henkilökohtaisesti tästä ajattelee. Silloin dialoginen pohdinta tulee mahdollisemmaksi, koska jokainen osallistuu keskusteluun omilla äänillään.

Tärkeämpää kuin yksittäisen ohjeen noudattaminen on olla läsnä. Se välittyy monesta eri tekijästä, jolla sovittaudumme aina kuhunkin ainutkertaiseen tilanteeseen. Dialogi syntyy aina tässä ja nyt, vain kerran koetussa todellisuudessa (Bahtin, 1991). Kukin hoitokokous on ainutkertainen, jolloin kaikki keskusteltavat ja koettavat asiat saavat uuden merkityksen. Tämä sisältää tietysti useimmiten jotain jo aiemmin koetusta, jonka muistan, kun tulen uuteen keskusteluun, mutta se sisältää aina myös jotain ensimmäistä kertaa koettua.

OSA III

8. DIALOGI JA VASTAAMISEN TAITO

Oireet alkavat korvautua sanoilla. Näin sanoimme edellä. Tässä luvussa tavoitteena on etsiä niitä mahdollisia väyliä, joilla tämä prosessi alkaa tapahtua. Onko löydettävissä erityisen hyvin toimivia tapoja dialogin synnyttämiseen? Onko joitakin keskustelun tapoja, jotka ehkäisevät uusia sanoja synnyttävän dialogin kehittymistä? Pyrimme löytämään dialogia edesauttavia tai sitä ehkäiseviä tekijöitä.

Edellisessä luvussa hahmottelimme tarkemmin dialogisen keskustelun auttavia ja parantavia tekijöitä. Dialogisuuden parantavan voiman tarkempi pohdinta edellyttää jo erityisten tutkimusmenetelmien käyttämistä. Tässä tutkimuksessa tavoitteena on löytää tapoja tapauskohtaisten dialogien analysointiin sekä muutosta tuottavien että erityisesti ongelmallisten dialogien osalta. Jonkin verran tätä tutkimusta on jo tehty. Kauko Haarakankaan (1997) väitöskirja on tästä yksi laadukas esimerkki. Tässä luvussa pyrimme jatkamaan ja täsmentämään dialogien synnyttämisen taitoa käyttäen hyväksi myös aihetta käsittelevää tutkimustietoa.

Psykoottiset kommentit liittyvät puhuttuun

Avoimen dialogin yksi perusajatus on se, että keskustelu alkaa kaikkien läsnä ollessa ilman ennakkoon tehtyä suunnitelmaa keskustelun kulusta. Näin päästään parhaiten prosessiin, jossa rakennetaan yhteisesti sellainen kieli, jossa tulee mahdolliseksi rakentaa sanat vielä puhumattomille kokemuksille. Psykoottisissa kriiseissä nämä kokemukset tulevat usein mukaan myös potilaan hallusinaatioihin. Terapeutti voi pysähtyä juuri siihen keskustelun kohtaan, jossa potilas alkoi puhua mahdollisista hallusinaatioistaan toteamalla esimerkiksi, että ”Nyt en pysynyt mukana siinä, mitä sinä sanoit. Voisitko kertoa enemmän, miten voit hallita naapurisi ajatuksia? Itse en ole koskaan pystynyt siihen”. Jos työryhmä onnistuu luomaan avoimen pohdiskelevan keskustelun, jossa sallitaan erilaiset mielipiteet ja näkemykset, voivat paranemisen ja elämänhallinnan takaisinpalautumisen tarinat alkaa elää (Stern ym., 1999; Trimble, 2000).

Potilaat alkavat useimmiten puhua psykoottisista kokemuksistaan sellaisessa tilanteessa, kun keskustelussa käsitellään kaikkein

vaikkeimpia ja olennaisimmilta vaikuttavia aiheita perheen elämässä. Juuri nämä asiat näyttävät olevan yhteydessä psykoottisiin kokemuksiin. Keskustelu kannattaa pysähdyttää siihen kohtaan. Toinen voi tehdä sen kysymällä, ”mitä minä sanoin väärin, kun aloit puhua noin”. Joku toinen voi sanoa, että ”hetkinen, mistä me puhuimme, kun Mauri alkoi puhua siitä, kuinka äänet kontrolloivat häntä”. Näillä kommentteilla tehdään tilaa sille, että psykoottisia kokemuksia kuvaavista puheenvuoroista tulee ääni muiden joukossa. Psykoottiselle käyttäytymiselle ei etsitä selitystä ulkopuolelta, vaan se nähdään yhtenä puheenvuorona tästä teemasta, niinpä sen aiheuttaja on ikään kuin tässä keskustelussa. Seuraava esimerkki kuvaa tällaista tapahtumaa.

Esimerkki: Raiskaajat tulevat

Anita tuli kertomaan pelostaan, että hän on menossa sekaisin. Hän puhui aluksi siitä hyvin koostuneesti. Seuraavassa ote keskustelun ensimmäisistä vuorosanoista

A: Koko elämästä en muista oikei mittää.

T1: Onks se kauan aikaa ollu tämmöstä, että sää et oikein muista mittää?

A: No, emmää tiiä oikein onko se pari kuukautta sitte menny se muisti. Kyllä mä aina sillain muistan jos mä jossakin jonkun kanssa tekemisissä nii muistan, että mitä sen kanssa on vaikka elämän aikana tapahtunu tai tämmöstä. Mutta sitten kun mä lähen vaikka kämpiltä ni mä en ollenkaa tiiä, että onko siellä, onko mä ollu ees siellä, että missihän mä yhtäkkiä putkahan on taas täsä, että ().

T1: Hm. Kenen kans sää asut?

A: Yksin oon asunu, mutta nytte menny vanhempien tykö.

T1: Ootko sä kauan asunu yksin?

A: Hhh. Oon mä asunu kolome, neljä, kolome vuotta.

T1: Joo, koska sää oot nyt menny vanhempien tykö takasin?

A: Hm., meninkö mä joskus heinäkuun puolenväli jälkee.

Työryhmä alkoi seurata Anitan kertomusta vastaamalla aina hänen sanomaansa. Kuten katkelmasta ilmenee, oli tämä keskustelun alku hyvin informatiivista. Lyhyessä ajassa kertyi paljon merkittävää

tietoa Anitan elämäntilanteesta ja hänen ihmissuhteistaan. Hän epäili, että on saattanut olla tappelussakin ja lyönyt jotakuta mutta ei muista tarkasti. Hän ajatteli olevansa vainoharhainen. Vaikka hänellä oli vahva epäily siitä, että hänellä on ongelmia, pystyi hän kertomaan tilanteestaan hyvin. Muutos alkoi tapahtua, kun hän alkoi kertoa perheenjäsenistään ja näiden huolista.

T1: Onko heistä joku huolissaan sun tilanteesta?

A: Nnno, en mä nyt tiä. Tai on ne vissiin. Äidin kans me lähettii käymää täällä.

T1: Mistä asiasta se äiti on huolissaan?

A: En mä tiä, oonko mä pois sitten taas mutta mä en muista ainakaa mittää. Mul on semmonen tunne, että oonko mä lyönykkii niitä tai jotaki ja sitte mä en kuitenkaan muista sitä että oisinko lyöny.

T1: Onks sulle sanottu, et sää oisit lyöny?

A: Eii. Mut siis mä oon vainoharhane ja menettäny muistin, etten muista enää mittää nii sitte sitä luulee, että on tehny kaikkee.

T1: Onks sun isä jostain erityisestä asiasta huolissaan?

A: Mm..emmää tiä. Emmää tänä aamuna sitä nähny, mutta eilen illalla sen näin. Muistan mä ainaki vissii päivän taaksepäin, että sen muistan ko katottiin eilen telekkaria ja se meni nukkumaan. Aamulla se oli lähteny sitte töihin.

T1: Joo. Mikäs se tilanne oli sillo heinäkuussa ku sä lähit sinne kottiin takasi?

A: Ei mut ...mut mä pelekäsin kato nuita. Mä olin semmosen jätkien kans tota riitaa nii pelekäsin niitä ja ne oli kato teettäny nuo arvaimet mun kämppään ja niillä tulivat sisälle kato ja sitte ne raiskasivat ja kaikkea tämmöstä tekivät ja.

T1: Heinäkuussa?

A: Mää assuin sillon vielä siellä asunnolla. Kato joku kuka kävi täällä kämpillä nii oliko ne kiristäny tai sitte jotakii tämmöstä nii pakottivat varastaa arvaimen. Sitte teettivät sen ja pysty kulukee siellä ja. Emmä tiä onko se tapahtunu sillai vai nukkuuko sitä muute vaan (...) ja sitten nakataan joku tabu että mennee sekasi ja heiluu tuolla ja. Tai sitte heittää joku tyrmäys tai joku semmone että alakaa oikei väsyttää ja sitte menee kämpille nii ne oottaa jonku aikaa että nukkuu ja sitte tulevat sisälle omilla arvaimilla.

Ensin hän kertoi kauheista kokemuksistaan ja omasta epävarmuudestaan koostuneesti siten, että työntekijöiden oli helppo ymmärtää tilanne. Vaikka hänen kuvaamansa kokemukset tuntuivat oudoilta ja mahdollisesti sisälsivät psykoottisia oireita, ei hän itse ollut psykoottinen vaan erotti kuvauksensa tapahtuneista asioista. Kertomuksen koostuneisuus alkoi hävitä, kun hoitavan työryhmän jäsenet kysyivät, olivatko vanhemmat huolissaan hänestä. Tähän vastatessaan hän tuli ahdistuneemmaksi. Tarina muuttui koko ajan pelottavammaksi siten, että hän ei enää puhunut olevansa peloisaan tai epäilevänsä muistaako hän oikein vai ei vaan oli hyvin kauhuissaan tilanteesta pitäen kaikkea tapahtuneena tosiasiana.

Työryhmälle ilmeni myöhemmin hoitoprosessin jatkuessa, että potilaan perheessä äidin ja isän välinen suhde oli hyvin risti-riitainen. Isällä oli vaikea alkoholiongelma, ja äiti oli masentunut. Potilaalla näytti myös olevan oletus, että ihmiset, jotka katoavat, ovat itse asiassa kuolleet. Psykoottisen tarinan ”syy” näytti siis olevan työryhmän kysymys siitä, oliko isä huolissaan. Työryhmä ei tietenkään voi välttää tällaisia kysymyksiä, koska se ei voi tietää etukäteen näitä sanattoman kokemuksen alueita, jotka tulevat esille psykoottisena puheena. Psykoottisuus tulee yhdeksi kertomukseksi henkilölle läsnä olevasta todellisuudesta, ja terapeuttien tehtävä on ymmärtää tämäkin tarina.

Keskustelun tavoitteena on lisätä ymmärrystä tapahtuneesta. Dialogisesta keskustelusta tulee sekä itseisarvo että erityinen psykoterapian muoto. Itseisarvo se on siten, että uusi kieli syntyy dialogisessa puheessa ja näin siihen pyrkiminen jo sinällään rakentaa uudenlaista polyfonista kertomusta kriisitilanteesta. Työryhmä siis vaikuttaa sen ja perheen väliin syntyvään todellisuuteen vastaamalla dialogisesti, mihin edellytyksenä on se, että työryhmä on läsnä joka hetki keskustelussa. Tässä suhteessa hoitokokouksen avoin dialogi eroaa esimerkiksi systeemisen perheterapian perussäännöistä. Kun systeemisesti toimivalla perheterapeutilla on strategia löytää perheen toimintaa ohjaava sääntö, ei hänen tavoitteenaan ole vastata jokaiseen lausumaan. Hoidon varsinainen kohde saattaa olla keskustelun ulkopuolella. Sen sijaan dialogin rakentamiseen pyrkivässä terapiassa kaikki olennainen on läsnä itse keskustelussa. Niinpä työryhmä vastauksellaan edesauttaa tai ehkäisee dialogin etenemistä ja ongelmatilannetta rikkaasti kuvaavan kielen syntyä.

Työryhmä luo tilaa uuden kielen ilmenemiselle

Avoimessa dialogissa strategia on dialogisen keskustelun rakentaminen. Uusi ymmärrys alkaa syntyä sosiaalisesti jaettuna ilmiönä. Asiakkaan tärkeimmän sosiaalisen suhdeverkoston läsnä ollessa sosiaalisen ympäristön tuki voi todentua moninkertaisesti, koska läsnä on niin useita potilaan elämän ääniä. Tämä voi olla selitys myös sille yllättävälle hoitokokouksissa havaitulle ilmiölle, että psykoottiset potilaat usein koostuvat keskustelussa ja saattavat osallistua siihen ilmaisematta yhtään psykoottista puheenvuoroa (Alanen, 1997).

Työryhmän reflektiivinen keskustelu (Andersen, 1995) voi olla yksi vastaustapa. Joskus tämä edellyttää sitä, että työryhmä kysyy perheeltä lupaa tähän esimerkiksi toteamalla, että ”voisittekohan odottaa pienen hetken, niin me voisimme pohtia keskenämme, mitä ajatuksia meille on syntynyt. Jos sopii, niin me puhumme ensin ja kysymme sen jälkeen teidän mielipidettänne. Jos ette halua, voitte myös vapaasti olla kuuntelematta”. Yleensä perheenjäsenet kuuntelevat hyvin kiinnostuneesti työryhmän jäsenten pohdintaa. Onhan siinä kyse heidän puheensa herättämistä ajatuksista, jolloin jokainen voi nähdä oman sanomisensa vaikutuksia.

Työryhmän keskustelulla on myös toinen tärkeä tehtävä, koska kaikki hoitopäätökset tehdään tässä samassa kokouksessa kaikkien läsnä ollessa. Työryhmän toiminta muuttuu läpinäkyväksi. Päätökset sairaalahoidon aloittamisesta tai lopettamisesta, lääkemääräykset, päätökset eri hoitomuotojen käytöstä ovat eräitä esimerkkejä. Nämä asiat pyritään käsittelemään avaamalla useita eri mahdollisuuksia ja välttämään ajatus, että valittavana on vain yksi itsestään selvä ratkaisu. Esimerkiksi pakkohoidosta päätettäessä on usein hyvä, että päätöstä tehdessä tuodaan esille myös epäilyjä, joissa pohditaan muita etenemisteitä. Tämä lisää perheen vaikutusmahdollisuuksia ja he tulevat enemmän toimijoiksi omassa asiassa.

Hoitokokouksen keskustelussa syntyy paradoksiselta tuntuva tilanne: Korostamme sitä, että perhe ottaa aloitteen keskusteluteemojen suhteen ja työryhmän sovittautuu tähän. Mutta samaan aikaan korostamme sitä, että työryhmä on aloitteen tekijä tässä prosessissa, jossa se vaikuttaa vaikkapa reflektiivisellä keskustelulla. Joku voisi kutsua tätä työryhmän vallankäytöksi. Bahtin (1991) pu-

huu erilaisten asemien ja epäsymmetrisen asetelman välttämättömyydestä ehtona dialogisuuden syntymiselle. Työryhmä valitsee siis itse sopivan ajankohdan sille, milloin se pyytää lupaa reflektiiviseen keskusteluun, eikä kysy perheeltä, onko tämä sopiva toimintatapa. Tällä tavalla työryhmä tuo asiantuntijuutensa dialogisen suhteen rakentamiseen ja sitä myötä terapeuttisten päämäärien saavuttamiseen. Tämän tulisi olla osa dialogisesti työskentelevien terapeuttien ammattitaitoa. Jäljempänä kuvattavassa tutkimuksessa tämä ammattitaito oli tutkimuksen kohteena.

Hoitokokousten äänet

Seuraavassa syvennämme analyysiamme käyttämällä hyväksi kahta dialogin tutkimusta. Psykologi Kauko Haarakangas tutki väitöskirjassaan ”Hoitokokouksen äänet” (1997) työryhmän ja perheen keskinäistä kytkeytymistä, dialogisuuden ja polyfonisuuden toteutumista hoitokokouksessa, uusien merkitysten muodostumista sekä työryhmän reflektiivisen keskustelun merkitystä terapeuttisena välineenä. Tutkimusaineistona hänellä oli kolme tapausta, joiden hoitoon osallistui perheterapiakoulutuksessa olevia työntekijöitä ja heidän työnohjaajansa. Näin hänellä oli myös mahdollisuus verrata kokeneimpien työntekijöiden ja vasta-alkajien dialogien eroja.

Kytkeytymisessä oli keskeisintä se, millainen yhteinen kielialue rakentui työryhmän ja perheen kesken. Erityisen vaativa tilanne oli silloin, jos perhe oli taipuvainen hyvin konkreettiseen, indikatiiviseen merkitysten rakentamiseen. Tällöin sanoja käytetään niin, että ne aina viittaavat johonkin tiettyyn asiaan tai esineeseen, eikä symbolinen, monimerkityksellinen keskustelu tule juurikaan mahdolliseksi. Keskustelu saattaa olla esimerkiksi konkreettista eri hoitotoimenpiteiden suunnittelua. Työryhmän tuli oppia perheen käyttämä kieli keskustelun pohjaksi, mutta myös sovittaa omat symboliset ilmaisunsa siten, että se ei ollut perheelle liian vierasta. Ongelmaksi näyttivät tulevan tilanteet, jossa työryhmän keskustelu muuttui rupatteluksi yleisistä asioista. Kytkeytymisessä oli tärkeää luoda dialoginen suhde kaikkiin keskustelun osallistujiin, myös muihin työntekijöihin.

Taitavasti toiminut työryhmä liitti kysymyksiinsä uusia ääniä, jotka avasivat uudenlaisia pohdintoja ja uusia kysymyksiä. Kysymys saattoi sisältää asiakkaiden sanoman sanan, josta teemaa jatkettiin.

Seuraavassa katkelmassa kokenut terapeutti (K) haastattelee perhettä kytkeytyen keskusteluun perheen kielialueella (Haarakangas, 1997, s 74).

"N: ..että Erkistä tuli niinkö kauhean semmonen virkeä ja hirveän terve yksinkertaisesti... ei siis mitään sairauksia. Ei oksettanut, ei ollut ripulia. Kättäkään ei kauheasti särkenyt. (..) Se niinku näky naamasta, että oli terve.

K: Mistä kohti siitä?

N: Silmien ympäriltä. Minä olen monesti nyttienki kattonu sitä... silläi vielä sitä kuvaa. (...) Siitä näkee niinkö, mitä minä tarkoitan, että oli parempi.

K: Miten hänellä oli erilainen naama kuin tässä?

N: Huomattavasti väsyneempi ja.. Minä näen sen tilanteen...(...)

K: Näkeekö muut kuin sinä sen kasvoista?

N: Ei

M: Irma kyllä sen...

K: Irma? Kuka hän on?

N: se on meidän perhetuttu.

K: Mitenkä hän sen sanoisi, jos hän olisi paikalla?

N: Minkä?

K: Että millä tavalla sen huomaa sen eron Erkin kasvoista nyt ja silloin kun hän oli vielä terve.

K: Miten Sirpa sinä, näetkö sinä, että onko isä väsynyt? (...) Kun sinä katsot isän kasvoja, niin huomaatko sinä, että onko se väsynyt vai onko se terveen näköinen?

S: Väsynyt.

K: Väsynyt on. Jaa. No entä silloin ku on terveen näköinen. Minkä näköinen sitten on isän kasvot?

S: Iloinen

K: Jaa. Mistä sinä huomaat? Suusta vai silmistä vai...?

S: Silmistä."

Tässä katkelmassa terapeutti alkaa keskustella perheen isän terveydestä perheen kielialueella, jossa puhutaan hyvin indikaatiivisesti merkityksistä. Isällä on vaikeita psykosomaattisia oireita. Perhe

näyttää tarkkailevan toistensa ruumiin viestejä. Niinpä myös huoli toisesta alkaa tarkkailemalla esimerkiksi kasvoja. Terapeutti alkaa tarkentaa näitä havaintoja perheen kielellä kyselemällä tarkkaan, mistä kohden kasvoja eron voi huomata.

Dialogisuus ja polyfonisuus toteutuivat parhaiten, jos työryhmän jäsenet olivat koko ajan avoimia kuulemaan toisten näkökannat keskustelluista asioista. Kokemattomien terapeuttien kommentissa saattoi tulla esille heidän ennakko-oletuksensa ja ideologiansa ilman, että sitä sovitettiin meneillään olevaan keskusteluun. Terapeutti saattoi esimerkiksi olettaa, että kotoa lähtö oli potilaalle tuskallinen kokemus. Potilas oli kuitenkin juuri sanonut, että se oli pääasiassa helpotus, koska perhesuhteet olivat olleet jo pitkään hyvin vaikeat.

Autio (2003) jatkoi Haarakankaan tutkimusta analysoimalla, miten kuvatuissa hoidoissa esiintyi indoktrinaatiota. Avoimuuden termin alla työryhmä voi manipuloida potilaita ja heidän omaisiaan niin, että näiden näkemykset sivuutetaan. Esimerkiksi tekemällä sirkulaarisia kysymyksiä haastattelija voi hämmentää perheenjäseniä niin, että keskustelun teema saattoi muuttua tämän kysymyksen ja siihen annetun vastauksen myötä. Sirkulaarisessa kysymyksessä voidaan kysyä esimerkiksi yhden perheenjäsenen havaintoja kahden muun välisestä suhteesta ja sen muuttumisesta sen jälkeen, kun potilaan oireet ilmenivät. Kun perheenjäsenet alkoivat puhua potilaan oireista, saattoivat terapeutin kommentit kohdistuakin heidän väliseen suhteeseen, ei itse oireiden sisältöön.

Terapeuteilla on aina enemmän valtaa kuin asiakkaillaan keskustelutilanteen määrittämiseksi. Vallankäyttö voi tapahtua erilaisen teemojen kautta. Autio (2003) löysi omasta aineistostaan neljä erilaista diskurssia eli keskustelutapaa, joissa työryhmän valta suhteessa asiakkaihinsa todentui. (1) Asiantuntija–potilas-diskurssissa hoitajat määrittelivät itsensä asiantuntijoiksi ja potilas tähän liittyen itsensä potilaaksi ja täten alemmalle vaikuttamismahdollisuuden tasolle. (2) Hoitomallidiskurssissa hoitajat määrittelivät oman asemansa avoimen dialogin hoitomallin periaatteiden mukaisesti ja saattoivat tämän perusteella esimerkiksi välttää keskustelua diagnoosista, vaikka joku potilaan perheenjäsenen olisi sitä halunnut. Samoin terapeutit saattoivat johtaa keskustelua siihen suuntaan, että sairaalahoidoa ei valittu hoitomuodoksi, vaikka perheenjäsenet olisivat sitä halunneet. (3) Normaalisuusediskurssissa taas tulivat

esille yleiset yhteiskunnan normien mukaiset asenteet. (4) Demokraattisuusdiskursseilla pyrittiin vahvistamaan länsimaista ihmis- ja yhteiskuntakäsitystä, jossa individuaalisuus on arvostettu korkealle.

Dialogiin vaikuttavien tekijöiden analyysi

Dialogisen keskustelun syntyä edesauttavien tekijöiden löytämiseksi ja toisaalta dialogisen keskustelun merkityksen selvittämiseksi Jaakko tutki dialogien eroja hyvään ja huonoon hoitotulokseen johtaneissa skitsofreniapotilaiden hoidoissa. Tutkimuksen tarkan kuvauksen voi lukea erillisestä artikkelista (Seikkula, 2002), tässä esitämme vain teemamme kannalta keskeiset havainnot.

Dialogia ilmentävät ominaisuudet

Tutkimuksen kohteena olivat kunkin hoitoprosessin ensimmäisistä hoitokokouksista kirjoitetut transkriptit, joista voi lukea käytetyt puheenvuorot. Tavoitteena oli löytää erityisesti työryhmän vastauksissa dialogia edesauttavat tai sitä ehkäisevät elementit. Tätä tarkoitusta varten kehitettiin dialogisen sekvenssianalyysin (Leiman & Stiles, 2001) ajatuksen mukaisesti käsitteet, jotka kuvaavat dialogiselle keskustelulle ominaisia asioita. Sekvenssianalyysi tarkoittaa sitä, että jokainen hoitokokous jaetaan keskusteluteemojen mukaisesti (Linell, 1998) jaksoihin, joiden sisällä analysoitiin kolme tekijää:

Dominanssi: Vuorovaikutuksen dominanssi kuvaa sitä, kuka keskusteluun osallistuja puhuu eniten (”määrällinen dominanssi”), kuka tekee aloitteen keskustelun aiheen määrittämiseksi (”semanttinen dominanssi”) ja kuka tekee aloitteen keskustelu muodoksi ja voi eniten vaikuttaa toisiin keskustelijoihin (”vuorovaikutuksen dominanssi”). (Linell, Gustavsson, & Juvonen, 1988; Linell, 1998).

Merkitysten indikatiivisuus tai symbolisuus: Tämä Vygotskin alun perin kuvaama kielen kehitysvaiheissa ilmenevä ero kuvaa sitä, syntyvätkö keskustelun merkitykset konkreettisesti aina johonkin kohteeseen viitaten (indikatiivinen) vai käytetäänkö sanoja symbolisesti siten, että ne viittaavat enemmän toisiin sanoihin kuin itse puhut-

tavana olevaan asiaan tai esineeseen (symbolinen) (Haarakangas, 1997; Seikkula, 1991; Wertsch, 1985; Vygostky, 1981).

Monologinen vs. dialoginen keskustelu erottelee keskustelun laadun. Monologisessa keskustelussa puhuja muotoilee sanomisensa omassa mielessään ja arvioi omassa mielessään seuraavat puheenvuorot. Se on usein puhetta itselle, jossa esimerkiksi pyritään vakuuttamaan toinen osapuoli omasta kannasta. Dialogisessa keskustelussa taas puheenvuorot muotoillaan siten, että ne odottavat toisen vastausta ennen kuin keskustelijat voivat yhdessä edetä. Uusi ymmärrys syntyy keskustelijoiden väliin, eikä siinä ole enää niin tärkeää, kuka on oikeassa, koska kaikkien näkökannat ovat olennaisia uuden ymmärryksen synnyttämiseksi (Bahtin, 1991; Luckman, 1990; Seikkula, 1995).

Jokaisessa keskustelun teemajaksossa analysoitiin kukin käsite. Merkitysten synty merkittiin symboliseksi, jos jaksossa oli yksikin symbolinen ilmaisu. Samoin keskustelu merkittiin dialogiseksi, jossa siinä oli yksikin kohta, jossa puhuja sovitti sanomisena edellä olevan puhujan sanomaan ja sai siihen keskustelua eteenpäin vievän vastauksen.

Symbolinen kieli korostui hyvässä hoidossa

Hyvän hoitotuloksen potilaiden hoitokokouksissa teemajaksot tulivat pidemmiksi kuin ongelmallisissa tapauksissa. Kun dialogi oli syntynyt, näytti keskustelu pysyvän pidempään samassa teemassa. Ongelmallisissa hoidoissa oli enemmän monologisia keskustelujaksoja, jolloin myös yhdessä teemassa pysyttiin lyhyemmän ajan. Asiakkaat (sekä potilas itse että hänen perheenjäsenensä tai muu verkostonsa) hallitsivat vuorovaikutuksen dominanssia yli puolessa keskustelujaksoissa, kun ongelmallisissa tapauksissa näin kävi korkeintaan kolmasosassa. Potilaalla ja perheenjäsenillä oli hyvän hoitotuloksen ryhmässä paremmat mahdollisuudet ottaa aloite keskustelun muodosta ja vaikuttaa muiden käyttäytymiseen. He saattoivat tulla enemmän aktiivisiksi toimijoiksi omasta elämästään kertomissaan tarinoissa ja ottaa myös haltuunsa ongelmallisia kysymyksiä. Keskustelun aiheiden valinnan ("semanttinen dominanssi") suhteen potilaat eivät eronneet niin selvästi toisistaan.

Kummassakin tapauksessa asiakkaat näyttivät pääosin dominoivan sitä, mistä puhutaan. Hyvän hoitotuloksen potilaiden hoidossa tämä näytti tapahtuvan hieman säännönmukaisemmin kuin ongelmallisissa tapauksissa, joissa esiintyi vaihtelua. Selvä ero sen sijaan ilmeni keskustelun merkitysalueessa. Ongelmallisissa tapauksissa keskustelu käytiin symbolisella merkitysalueella vain harvoin, kun hyvissä hoitotuloksissa sen näytti olevan sääntö. Jos keskustelussa käytetään symbolisia ilmauksia, voidaan nähtävästi keskittyä pidempään yhteen teemaan ja synnyttää siitä dialogista pohdintaa, johon kaikki voivat osallistua. Sen sijaan indikatiivissa keskustelujaksoissa työryhmä usein kyseli kysymyksiä toisensa perään, jolloin keskustelu jäi lähinnä näihin kysymyksiin vastaamiseksi. Keskustelu saattoi olla dialogista myös ongelmallisissa tapauksissa, mutta ei yhtä säännönmukaisesti kuin hyvän hoitotuloksen hoitokokouksissa.

Dialogit väkivaltatilanteista

Seuraavat keskustelujaksot kahdesta eri hoitoprosessista havainnollistavat, millaisia eroja hyvän ja ongelmallisen hoitoprosessin välillä voi ilmetä. Kummatkin kuvaavat perheessä syntyneitä väkivaltatilannetta, mutta hoitavat työryhmät vastaavat tähän keskusteluteemaan hyvin eri tavoin.

Hyvä hoitotulos: Työryhmän reflektiivinen dialogi

Toisessa kotona pidettävässä hoitokokouksessa ilmeni, että edellisenä päivänä olleen ensimmäisen kriisikäynnin jälkeen potilaalle ja hänen isälleen oli syntynyt riita. Isä oli ollut tyytymätön poikansa suoriin opintoonsa ja yleisemmin elämässään. Poika Mauri oli suuttunut tästä ja alkanut syyttää isäänsä laiminlyönneistä ja määrällistä hänen lapsuudessaan. Riita oli lopulta johtanut käsiryssyyn. Tämä teema tuli käsittelyyn vasta toisen hoitokokouksen lopussa työryhmän jäsenen kysytyä, miksi isä ei halunnut tulla mukaan tälle toiselle käynnille. Heille vastattiin, että isä ei halunnut tulla, koska ensimmäinen keskustelu oli nostanut esiin vanhoja riitoja. Tähän yllättävään tilanteeseen työryhmä vastasi alkamalla käydä keskenään reflektiivistä pohdintaa painimisen merkityksestä

voimainkoetuksena. Seuraavassa katkelmassa M kuvaa potilasta, TM ja TN mies- ja naisterapeutteja.

M: Se oli painimista.

TN: Mutta olitteko te aivan tosissaan?

M: Se oli sellaista voimainkoittelua.

TM: Kumpi teistä paini?

M: Minusta se sai raivarin.

TF: Kumpi teistä kävi toiseen käsiksi?

M: No, mää otin siitä kiinni niskasta (...) Se oli paha niskalenkki, vaikka en oo yhtään bodannut. Sehän on bodannut jo vuosia, minä en oo urheillut ollenkaan. Että mua se vähän säikäytti, minä vähän säikäihin.

TM: (Kääntyen toisen työryhmän jäsenen puoleen) Mitähän se... Se on tuota niinku sikäli loukkaus, jos huomaa, että lapsilla on voimia enemmän..

TN: Niin, mutta toisaalta isä saattaa olla ylpeäkin siitä, että oma poika on niin voimakas, että itse oli (päällekkäin puhumista)...

TM: Mutta kun se kohdistu itteensä, se ei voi olla ...

TN: Niin, mutta vois se silti olla ylpeä siitä, että Mauri on aikuinen ja voi voittaa ...

TN: Mää vaan mietin, että Mauri puhu, että onko tämä kokonainen tämä, hän puhu unelmasta, mutta hän vaan kiistää vanhemmat.

M: Ei mutta ajatelkaapas...

TN: Ootko sää kuullu, että se on tavallista murrosiässä. Silloinhan kiistetään kaikki, yritetään kiistää monet asiat ja silloin käydään sellaista taistelua, että kuka voittaa.

TM: Että tämä olis niinku...

TN: ... myöhästynyt murrosikä.

TM: Aika spurtti tai vähän niinku muoto muuttunut.

M: Niin, ja se vaan on piste iin päälle sitten kun minä lasken näin, että kaks on yks ja se on sitte...

TN: Kyllä varmaan on piste iin päällä.

Ulkopuolisen on helppo kuvitella itsensä kuvattuun tilanteeseen ja ymmärtää, kuinka yllättävä ja hämmäntävä uutinen voi olla se, että edellisen kotikäynnin jälkeen isä ja potilas olivat alkaneet

painia keskenään. Mutta työntekijät kuuntelivat ja ottivat tilanteen vakavasti. He tekivät joitakin tarkentavia kysymyksiä saadakseen käsityksen tapahtumista. He saivat tietää, että tilanne oli ollut vakava, isä ja poika olivat painineet tosissaan. Tämän kuultuaan he kääntyivät toisiinsa päin ja alkoivat reflektiivisesti pohtia tätä hyvin hämmentävää tietoa. Reflektiossaan he tunnistivat isän ja pojan välisen riidan vakavuuden, mutta käyttivät myös paljon normalisoivia kommentteja. He pohtivat, voisiko tätä riitaa tarkastella ikään kuin murrosikäisen kapinana ja isän vastauksena murrosikäisen kapinaan. Työryhmä siis kommentoi kuulemaansa käymällä dialogista keskustelua toistensa kanssa. Tässä jaksossa Maurilla oli keskustelun aiheen dominanssi, työryhmän jäsenillä taas vuorovaikutuksen dominanssi. Keskustelu oli dialogista ja siinä käytettiin paljon symbolista kieltä.

Ongelmallinen hoitotulos: Työryhmä ei vastaa

Pekan toinen hoitokokous tapahtui sairaalassa. Keskustelussa ilmeni, että hän oli ollut väkivaltainen äitiään kohtaan. Seuraavassa katkelmassa kuvataan keskustelua tästä tapahtumasta. Se alkaa sillä, että kotikäynnillä ollut terapeutti (T1) kertoo kuulleen siitä, josta toinen terapeutti (T2) alkaa kerätä tietoa.

T1: Mää ymmärsin, että nytten tään kahen viimeisen viikon aikana. Että sitä ei oo ollu aikaisemmin.

T2: Onko se uhkaa pelkästään vai onko se jotakin pahempaa?

T1: Lyömistä, mää ymmärsin, että Pekka on lyöny äitiään.

T2: Onko Pekka ollut päissään tai rapuloissaan?

P: Ei oo kun selvinpäin.

T2: Selvinpäin.

T1: Et jotenkin mää ymmärsin sen sillä lailla, että Pekka oli yrittänyt äidiltä kysyä jotakin, että mitä äiti tarkoittaa ja...

P: Niin siis tota, kun hän silloin viikonloppuna... poliisit kävi meillä siellä, päissään siinä pyöri. Kun se ei alkanut puhumaan, alko vaan keskellä yötä keittämään kahvia ja niin mää sitten kysyin, menin... ovesta menin ulos. Silloin tulin siihen keittiöön ja emäntä sitten kääntyi, et ei niitä saa sanoa ollenkaan ja sitten vaan huitaisin sitä. Juoksi sinne käytävään ja alko siinä huutaan. Minä, että ei tarvii huutaa, että miksei se voi sanoa... sitten siinä rauhotuin. Sitten sillä

hetkellä iski se olo, sit tuli poliisit ja ambulanssi siihen. Mut jotenkin tuntuu, niin no, on se tietenkkin tuommonen... tietenkkin, että eihän sitä sais lyödä. Mutta on kuitenkin tilanteita...

T1: Olik se silloin sitte tonne terveyskeskukseen, sen jälkeen?

P: Oli just sen edellä.

T2: Miksi isä ei sitten sanonu vaikka ne poliisit tuli?

P: Mitä?

T2: Miksköhän isä ei sitten sanonut oliko ne poliisit ollu silloin edellisenä yönä vai ei? Mikä sen estää?

P: Eei, ei se edellisenä yönä ollu, kun tota se oli silloin viikonloppuna. Sitä mä niinku mietiskelin, koko aikahan niitä tulee tommosia outoja tapahtumia mieleen ja tiesinkin, et ne ei niinku oo tosia, mut sitte kun niitä mieltii vähän aikaa, niin sitte ne tuntuukin, että ohan semmosia tapahtunut. Liikaa on... mieltii vaan kaikkia tyhjänpäiväisiä asioita.

T2: Se on sulla niinku silloin viikonloppuna alkanu tämä tilanne?

T1: Niin se alkoi.

Tämä väkivaltaa koskeva keskustelu tapahtui eri tavalla kuin edellä kuvatussa tapauksessa. Potilas kuvasi tapahtuman hyvin hajanaisesti siten, että sitä oli vaikea seurata. Hän päätti sanomisensa pohdimalla, että ”eihän sitä ole lupa lyödä ketään”. Hän alkoi miettiä omaa tekoaan ja sen merkitystä, mutta työryhmän jäsenet jatkoivat yleisesti tilanteen selvittämistä. He toimivat näin asianmukaisesti, mutta samalla he jättivät vastaamatta Pekan ensimmäisen itsereflektion. Tämä ei ollut yksittäinen tapahtuma, sillä seuraavassa puheenvuorossaan Pekka alkaa pohtia kummallisia ajatuksiaan, joita hän ei ole oikein pystynyt erottamaan, ovatko ne totta vai eivät. Todennäköisesti hän viittasi hallusinaatioihinsa. Työryhmä jatkoi edelleen koko tilanteen selvittämistä, eikä tälläkään kerralla vastannut Pekan omaan itsereflektion. He eivät auttaneet Pekkaa rakentamaan uutta kieltä hänen väkivaltaansa tai hänen psykoottisiin kokemuksiinsa. Voi olettaa, että tämä lisäsi Pekan epävarmuutta siitä, ovatko nämä kokemukset tärkeitä puhuttaviksi.

Tässä jaksossa tiimillä oli sekä teeman että vuorovaikutuksen dominanssi, kun taas Pekka puhui eniten, hänellä oli määrän dominanssi. Katkelma on myös hyvä esimerkki siitä, mitä indikaatiivisella kielellä tarkoitetaan. Koko ajan puhuttiin konkreettisesti viikonloppun tapahtumista. Keskustelu oli monologista siten, että Pekka puhui itselleen tärkeistä asioista ja työryhmä jatkoi koko ajan oman aiheensa selvittämistä huomioimatta sitä, mitä uusia elementtejä

Pekka toi keskusteluun. Pekka oli ennemminkin informaation lähde kuin yhteisen ymmärryksen rakentamisen osapuoli.

”Ei ole kauheampaa kuin vastausta vaille jääminen”

Optimaalisesti toteutuneessa dialogissa asiakkaat näyttivät usein tekevän aloitteen sekä keskustelun sisällön että erityisesti sen muodon suhteen. He voivat koko ajan vaikuttaa siihen, miten työryhmä vie vastauksillaan keskustelua eteenpäin. Näissä tapauksissa päästiin usein dialogisiin pohdintoihin aiheista, joihin saatiin keskitettyä pitkäänkin. Ongelmallisen hoitotuloksen dialogissa työryhmän vastaukset eivät aina osuneet kohdalleen, eikä dialogista pohdintaa syntynyt. Tähän saattaa vaikuttaa paljon se, että useat perheet puhuivat hyvin konkreettisesti, indikatiivisella kielialueella, jolloin vaaditaan erityisesti herkkyyttä symbolisen kielen rakentamiseksi. Ilmeisesti näissä tapauksissa keskustelu tulee helposti kysymys–vastaus-muotoiseksi tiedon keruuksi, jossa siirrytään aiheesta toiseen työryhmän aloitteiden mukaisesti.

Pekan tapaus osoittaa kuitenkin, että asiakkaat saattavat kaiken konkreettisen kuvauksen keskellä itse tehdä aloitteita vaikeiden asioiden avaamiseksi. Tällöin työryhmän tulisi olla tarkkana vastaamaan näihin heiveröisiin aloitteisiin, koska ne saattavat olla ainoita mahdollisuuksia vaikeimpien kokemusten käsittelemiseksi. Kuvaavaa Pekan tapauksessa oli se, että tämän keskustelun jälkeen kahden vuoden seurantajakso oli usein kiistelyä siitä, onko Pekka hoidon tarpeessa ja onko hänellä omaa ymmärrystä siitä, että hänellä on ongelmia. Kuitenkin keskustelukatkelmissa näimme, että toisessa hoitokokouksessa hän itse oli pohtinut sekä väkivaltaista käytöstään että häntä vaivaavia psykoottisia ajatuksiaan.

Työryhmän toiminta liittyy tietysti siihen, mitä keskusteluhuoneessa kaikkiaan tapahtuu. Jos sen jäsenet vastaavat dialogisesti asiakkaiden sanomiin asioihin, he edistävät asiakkaiden mahdollisuutta oppia itse sanomastaan. Kuten hyvän hoitotuloksen tapauksessa edellä, työryhmän käydessä reflektiivistä keskustelua keskenään potilas oli aktiivisesti mukana kommentoiden ääneen syntyneitä ajatuksia ja jatkamassa niitä eteenpäin. Voi helposti kuvitella, että tämäntyyppinen turvallinen ja pohtiva ilmapiiri rakentaa riittävää turvaa rakentamaan sanoja ja uutta yhteistä kieltä vielä puhumat-

tomille asioille. Asioille ei etsitä selityksiä kysymyksillä, jotka paljastaisivat joitakin olennaisia tekijöitä jo eletystä menneisyydestä. Kertomukset rakennetaan yhdessä ja eletään yhdessä tässä ja nyt tapahtuvassa dialogisessa keskustelussa.

Hankalasti syntyvissä ja etenevissä hoitokokouskeskusteluissa edellä mainittuun prosessiin ei juuri päästä. Työryhmän voi olla vaikea päästä perheen käyttämälle konkreettiselle kielelle, koska psykoterapeutit ovat tottuneet symboliseen pohdintaan. Saattaa käydä kuten kävi edellä Pekan tapauksessa. Potilaan tai perheen ilmaisut eivät tule kuulluksi tarkasti, mikä olisi ollut edellytys sille, että potilaan heiveröiset itsereflektion idut olisivat alkaneet kasvaa. Kun niitä ei vahvistettu, sulkeutuivat potilaan omatkin mahdollisuudet oman tilanteen psykoterapeuttiselle käsittelylle. Tilanteen tekee vielä erikoisemmaksi se, että työryhmä ei sinällään näyttänyt tehneen mitään väärin. Se selvitti väkivaltaan liittyvää tilannetta ja sitä, miten hoito alkoi. Väkivalta herättää työntekijöissä voimakkaita vastatunteita, jolloin on vaikeaa pysyä herkkänä kaikille ilmaisuille. Johtopäätöksenä voinee vahvistaa sen ohjeen, että aina kun potilas keskustelussa alkaa puhua psykoottiselta kuulostavista asioista tai muista vaikeasti ymmärrettävistä asioista, on hyvä pysähtyä siihen. Kaiken muun meneillään olevan selvittelyn voi siirtää myöhemmäksi ja todeta vaikkapa, että ”hetkinen, mitä sinä sanoit? Voitko kertoa enemmän, mitä tarkoitat niillä oudoilla ajatuksilla?”. Tai vaikkapa kysyä, mitä potilas olisi voinut tehdä toisin lyötyään äitiään, koska ajatteli, ettei ketään saa lyödä.

9. DIALOGISEN VERKOSTOTYÖN TULOSELLISUUS

Olemme edellä olevassa jaksossa kuvanneet, kuinka dialogiset auttamiskäytännöt muuttuvat hoitomenetelmien ja tekniikoiden käytöstä ihmisten väliseksi syvälliseksi kohtaamiseksi. On oikeutettua kysyä, paranevatko hoidon tulokset humanimmalta näyttävässä auttamiskäytännössä vai tuottaako uusi käytäntö vain perinteisen auttamisjärjestelmän tuloksia ja pettymyksiä. Tässä luvussa pyrimme vastaamaan näihin kysymyksiin kuvaamalla keskeisiä avoimen dialogin tuloksellisuuden tutkimuksia. Ennakointidialogien tuloksellisuutta ei ole vielä ehditty järjestelmällisesti tutkia, mutta avoimen dialogien hoidosta on useita seuranta tutkimuksia.

Koulutus ja tutkimustyö osana käytännön kehittämistä

Uudet käytännöt syntyvät aina erityisissä olosuhteissa, ei yleispätevien teorioiden soveltamisena. Avoimiin dialogeihin perustuva psykiatrinen hoitojärjestelmä on toiminut Torniossa jo 1980-luvun lopulta lähtien. Uuden hoitokäytännön alkumetreillä todettiin, että henkilökunnan peruskoulutus ei anna riittävästi valmiuksia toimia uudessa verkostokeskeisessä hoidossa, koska se on aivan liian yksilökeskeinen ja laitoshoitokeskeinen. Vuodesta 1989 lähtien alueella on järjestetty henkilökunnalle mahdollisuus kolmivuotiseen erityistason perheterapiakoulutukseen, jonka pääsisältö on avoimen dialogien soveltamisessa hoitokokouksissa ja hoitojärjestelmässä ylipäänsä. Koulutus on toteutettu yhdessä Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen kanssa siten, että sen suorittaminen antaa mahdollisuuden hakea psykoterapeutti-ammattinimikkeen käyttöoikeutta. Näin on pyritty turvaamaan, että uusi toimintamalli toteutetaan riittävästi koulutetun henkilökunnan toimesta siten, että koulutuksen kriteerit noudattavat yhteiskunnan virallisia, lakisääteisiä kriteerejä terapeuttien tasosta.

Järjestelmällinen tutkimustoiminta on ollut kehittämistyön olennaisena osana vuodesta 1988 lähtien. Tieto hoidon kehittämiseksi syntyy omaa toimintaa systemaattisesti analysoimalla. Useimmat tutkimukset ovat olleet hoitoprosessien laadullisia ana-

lyyseja, mutta tutkimukset sisältävät myös ns. kvasi-kokeellisia seurantatutkimuksia määrittelyillä potilasryhmillä. Tutkimukset on toteutettu toimintatutkimuksen periaatteella siten, että tutkijat ovat olleet itse hoitojärjestelmän kehittämisessä mukana. Tällaisen tutkimuksen tieto tulee välittömänä palautteena myös sekä työntekijöiden että perheterapiakoulutuksen käyttöön. Koulutus ja tutkimus ja järjestelmän kehittämistyö on tapahtunut koko ajan vastavuoroisesti toisiaan täydentäen. Näitä on raportoitu jo aiemmin (Keränen, 1992; Seikkula, 1994).

Ensimmäinen psykoosi Tornion seudulla

Kuvaamme ensimmäistä kertaa psykoosiin sairastuneiden potilaiden seurantatutkimusta, joka aluksi toteutettiin osana valtakunnallista API (Akuutin Psykoosin Integroitu hoito) monikeskustutkimusta 1.4.1992–31.12.1993 ja jota jatkettiin paikallisena ODAP (Open Dialogue in Acute Psychosis) -tutkimuksena 1.1.1994–31.3.1997 siten, että viiden vuoden aikana hoitoon tulleet kaikki ei-affektiiviset psykoosipotilaat (DSM-III-R mukainen diagnoosi) otettiin tutkimukseen mukaan. API-tutkimuksesta vastasivat Stakes yhdessä Jyväskylän ja Turun yliopistojen kanssa. ODAP-jakso kuvaa avoimen dialogin kehittyneintä vaihetta ja API-jakso on tätä edeltävä esivaihe. Tällöin jo valtaosa periaatteista oli käytössä, mutta ODAP-jakson aikana henkilökunta käytti kaikkia avoimen dialogin elementtejä.

Tässä tuloksellisuustutkimuksessa yhtenä osatavoitteena oli selvittää, mikä merkitys lääkehoidolla ylipäänsä on tilanteessa, jossa hoitojärjestelmä toteuttaa aktiivista psykososiaalista ja psykoterapeuttista hoitoa. Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri oli yksi kuudesta tutkimuskeskuksesta, jotka oli jaettu kahteen ryhmään sen perusteella, aloitettiinko heti alussa neuroleptilääkitys vai siirrettiinkö sen aloittamista vasta siihen vaiheeseen, kun aktiivinen psykososiaalinen hoito ei tuonut toivottua tulosta. Länsi-Pohjan alueella pyrittiin sekä potilaiden hoitoon kotonaan niin paljon kuin mahdollista että välttämään neuroleptilääkitystä hoidon alussa. Jos lääkitystä tarvittiin esimerkiksi unettomuuteen tai voimakkaan ahdistuksen lievittämiseen, käytettiin rauhoittavia lääkkeitä kertamääräyksinä. Potilaat ovat antaneet kirjallisen suostumuksen tutkimukseen ja siihen on saatu paikallisen eettisen toimikunnan lupa.

Tutkittavat muuttujat olivat (1) *taustatekijät ja tapahtumat ennen hoidon aloitusta*. Näitä olivat hoitamattoman psykoottisen jakson kesto, potilaan psyykkinen tila ja sosiaalinen tilanne, kuten asumismuoto ja työtilanne hoidon alussa. (2) *Hoitoprosessia* kuvaavat muuttujat seurantajaksojen aikana. Näitä olivat sairaalahoitopäivien määrä, pidettyjen hoitokokousten määrä, neuroleptilääkityksen käyttö, yksilöterapian käyttö ja muiden hoitomuotojen käyttö ja hoitokontaktien määrä. (3) *Hoidon tuloksellisuus* arvioitiin seuranta-haastatteluissa ensinnäkin oireiden uusiutumisen ("relapsit") määrällä, oliko ollut tarvetta joko aloittaa päättynyt hoito uudelleen tai tiivistää meneillään olevaa hoitoa uusien psykoottisten tai muiden oireiden vuoksi. Muut tuloksellisuuden muuttujat olivat työtilanne, psykoottisten oireiden määrä sekä psyykkinen tila. Potilaan psyykkinen tila arvioitiin sekä hoidon alussa että seuranta-haastatteluissa Brief Psychiatric Ratings Scale (BPRS ja Global Assessment of Function Scale (GAF) -asteikoilla. Psykoottisten oireiden vaikeusaste arvioitiin Strauss–Carpenter-arviointiskaalan (1972) viisiporraisella asteikolla (0 = ei oireita; 1 = lieviä, ei näkyviä oireita miltei koko ajan tai kohtalaisia aika ajoin; 2 = kohtalaisia oireita pitkäkestoisemmin ajoittain; 3 = näkyviä oireita jonkin aikaa tai kohtalaisia oireita koko ajan; 4 = jatkuvia vakavia ja näkyviä oireita). Torniossa tutkijoina toimivat Jaakko Seikkula ja Birgitta Alakare. Asteikot arvioitiin aina heti hoitokokouksen jälkeen eikä itse hoitotilanteessa, jotta asteikkojen luokitteleva ja patologiakeskeinen ajattelutapa ei pääsisi vaikuttamaan itse hoitotilanteen kielen muotoutumiseen.

Koska tutkimustieto haluttiin välittömästi tapauskohtaisen työryhmien käyttöön, seuranta-haastattelut pyrittiin luomaan oppimisen foorumeiksi. Kahden vuoden seuranta-haastattelussa paikalla oli sekä perhe että hoitava työryhmä. Ensin tutkija haastatteli perhettä siten, että pääteemoina olivat avoimen dialogin seitsemän periaatteen toteutuminen. Työryhmä kuunteli tämän haastattelun, jonka jälkeen tutkija pyysi heidän kommenttejaan siitä, mitä perhe oli sanonut. Lopuksi perhe voi vielä kommentoida työryhmän herättämistä ajatuksista ja muista mahdollisista asioista. Tutkimushaastattelun jälkeen tutkijat arvioivat vielä kunkin hoitoperiaatteen toteutumista.

Tuloksellisuus on arvioitu kolmessa eri tutkimuksessa. Ensinnä selvitettiin koko viiden vuoden aikana tulleealla tutkimusaineistolla (N = 78) hyvään ja huonoon hoitotulokseen johtaneiden prosessien erot (Seikkula ym. 2001). Toisessa tutkimuksessa verrattiin skit-

sofreniapotilaiden osalta Tornion seudulla muodostuneen kahden ryhmän, API (n = 22) ja ODAP (n = 23) ryhmän välisiä eroja ja näiden eroja perinteistä hoitoa toteuttavan sairaalan hoitoon (n = 14) (Seikkula ym. 2003). Kolmannessa tutkimuksessa (Seikkula ym. 2005) verrattiin kaikkien psykoottisten potilaiden API (n = 33) ja ODAP (n = 42) ryhmien välisiä eroja viiden vuoden seurannassa. Tarkan kuvauksen tutkimuksen suorittamisesta voi nähdä kolmessa julkaistussa raportissa. Seuraavassa esitämme tutkimusten keskeiset tulokset kiteytetysti.

Hoito alkaa nopeammin

Hoitamattoman psykoottisen ajan kestoa on viime aikoina tutkittu paljon kansainvälisissä tutkimuksissa, koska sen on arvioitu vaikuttavan ratkaisevasti hoidon tulokseen: Mitä pidempään potilas on psykoottinen ennen hoidon alkua, sitä huonompi ennuste. Perinteisessä sairaalakeskeisessä hoidossa potilaat ovat yleensä psykoottisia keskimäärin 2–3 vuotta ennen kuin hoito alkaa (Loebel, 1992). Tornion seudulla hoitamaton jakso on lyhentynyt olennaisesti, keskimäärin 3,3 kuukauteen ODAP-tutkimusjakson aikana. Pisin hoitamaton jakso oli 13 kuukautta. Tornion alueella todettu hoitamattoman psykoosin keston lyheneminen vastaa muidenkin psykososiaalisten kehitysohjelmien tuloksia (McGorry et al., 1996; Yung et al., 1998).

Hoidon nopea alkaminen kertoo ilmeisesti siitä, että systemaattinen verkostokeskeinen kriisipalvelu on madaltanut väestön yhteydenoton kynnystä ja toisaalta tehnyt yhteistyökumppaneiden yhteydenotot helpoiksi. Näin ongelman laukeamista itsestään ei enää jäädä odottamaan kotiin vaan otetaan nopeasti yhteyttä, jolloin perhe ei ehdi tottua kriisiin ja intensiivinen hoito voi alkaa. Tätä johtopäätöstä tukevat ne aiemmat havainnot, että Tornion alueella skitsofrenian ilmaantuvuus on laskenut olennaisesti (Aaltonen ym. 1997) eikä uusia sairaalaaan kroonistumisia enää tapahdu (Tuori 1994).

Hoitoprosessit verkostoissa, ei sairaalassa

Avoimen dialogin ja tavanomaisen hoidon välillä ilmeni seuraavia eroja skitsofreniapotilaiden hoidossa kahden vuoden seuranta-aikana:

- Vertailuryhmän potilaat olivat merkittävästi enemmän sairaalassa (keskimäärin 117 päivää verrattuna ODAP-ryhmän 14 päivään ja API-ryhmän 36 päivään).
- Kaikki vertailuryhmän potilaat käyttivät neuroleptilääkitystä verrattuna kolmasosaan sekä API- että ODAP-ryhmässä.
- Perheen hoitokokouksia oli vertailuryhmässä merkittävästi vähemmän (keskimäärin 9 verrattuna API-ryhmän 26:een). Hoitokokousten määrä vaihteli potilaskohtaisesti suuresti kaikissa ryhmissä, API-ryhmässä 6–55, ODAP-ryhmässä 0–99 ja vertailuryhmässä 0–23. Tornion alueella vain yhden potilaan kohdalla ei ollut yhtään perheen hoitokokousta, kaikissa muissa tapauksissa perheenjäseniä osallistui hoitokokouksiin.

Vertailuryhmän edustama tavanomainen hoito näyttää painottuvan kontrolloiviin hoitomenetelmiin, kuten sairaalahoitoon ja neuroleptilääkityksen automaattiseen aloittamiseen. Tässä hoidossa perheeseen ei suuntauduta yhtä aktiivisesti, vaikka perhe kutsutaankin hoitokokouksiin. Yksilöterapiaa käytettiin hoitomuotona yhtä paljon niin perinteisessä kuin avoimen dialogin hoidossa. Tämä kertonee siitä, että avoimessa dialogissa eri hoitomenetelmät integroituvat toisiinsa.

Verrattaessa Tornion seudulla hoitoprosesseja API- ja ODAP-jakson aikana voitiin todeta seuraavia eroja koko viiden vuoden seurantajaksolla:

- ODAP-jakson aikana potilailla oli merkittävästi vähemmän sairaalahoitopäiviä. Kahden ensimmäisen vuoden aikana API-potilaat olivat sairaalassa keskimäärin 26 päivää, kun taas ODAP-potilaat vain 9 päivää.
 - Hoitokokouksia oli vähemmän ODAP-potilailla kahden ja viiden seurantavuoden välillä. API-potilailla oli tällä jaksolla keskimäärin 11 hoitokokousta verrattuna ODAP-potilaiden neljään hoitokokoukseen. Koko viiden vuoden aikana pidettiin siis API-jakson potilaille keskimäärin 37 hoitokokousta, kun ODAP-jakson potilailla niitä oli 25.
-

Neuroleptilääkityksen määrässä tai yksilöterapian käytössä ei ilmennyt merkitseviä eroja. Neuroleptilääkitystä käytti koko viiden vuoden aikana 35 % potilaista. Lääkitys oli myös useimmiten lopetettu, sillä viiden vuoden seurannan aikaan 17 % käytti lääkitystä. Hoito loppui kesken useammin API-jakson (18 %) kuin ODAP-jakson aikana (5 %).

ODAP-jakson aikana hoitoon tulleiden potilaiden kohdalla hoitotapahtumia oli vähemmän. Tämän pohjalta voi olettaa, että avoimen dialogin hoitomallin kehittyessä henkilökunta voi sietää enemmän vaikeita tilanteita kotioloissa. Toisaalta itse hoitokokoukset ilmeisesti tulevat vaikuttavimmiksi siinä mielessä, että niitä tarvitaan vähemmän koko hoidon aikana.

Oireet väistyvät ja työhön paluu mahdollistuu

Skitsofreniapotilaiden kohdalla avoimen dialogin hoidon potilaat näyttivät paranevan kriisistä merkitsevästi paremmin. Kahden vuoden seurantatutkimuksessa eroja ilmeni seuraavissa ominaisuuksissa:

- Ongelmat uusiutuivat ("relapsi") vertailuryhmässä 71 %:ssa tapauksia, kun API-ryhmässä niin kävi 31 %:ssa ja ODAP-ryhmässä 24 %:ssa tapauksia.
- Merkitsevä ero ilmeni ODAP- ja vertailuryhmän välillä myös psykoottisista oireista paranemisessa. Vertailuryhmässä 50 %:lla oli ainakin ajoittain näkyviä psykoottisia oireita, kun näin oli 17 %:lla ODAP-ryhmän potilaista.
- Työtilanteen suhteen 57 % vertailuryhmän potilaista oli eläkkeellä kahden vuoden seurannassa, kun ODAP-ryhmästä eläkkeellä oli vain 19 %.

API- ja ODAP-ryhmien vertailussa hoidon tuloksessa ei ilmennyt merkitseviä eroja viiden vuoden seurannassa. Koko viiden vuoden seurantajakson aikana oireet uusiutuivat 29 %:lla ODAP-potilaista ja 39 %:lla API-potilaista. Vaikka pienenemistä näyttää tapahtuneen, ero ei tullut merkitseväksi. Psykoottiset oireet paranivat kummassakin ryhmässä hyvin. Viiden vuoden kuluttua hoidon aloi-

tuksesta 82 %:lla ODAP-ryhmän potilaista ei enää ollut lainkaan psykoottisia oireita. Psykoottisten oireiden paranemisen suhteen ilmeni ero siinä, että API-potilaat näyttivät selviävän hitaammin. Kun kahden vuoden seurannassa ODAP-ryhmällä oli vähemmän oireita, niin viiden vuoden seurannassa eroja ei enää ilmennyt.

Työtilanne oli näillä potilailla parempi kuin muissa raportoiduissa tutkimuksissa on todettu. 86 % ODAP-potilaista oli palannut takaisin opintoihinsa, työhönsä tai aktiiviseksi työnhakijaksi. Vaikka ODAP-ryhmän potilaiden osalta kaikissa näissä muuttujissa tulos oli jonkin verran parempi kuin API-ryhmän osalta, ei ero ollut kuitenkaan merkitsevä. Koska ODAP-ryhmässä ei ollut huonompia tuloksia kuin API-ryhmässä, voidaan tehdä johtopäätös, että ODAP-ryhmässä hoitotulokset saavutettiin vähemmällä hoitopanostuksella kuin API-ryhmässä.

Hoitoa voi edelleen kehittää

Kolmannessa analyysissä selvitettiin hyvän ja huonon hoitotuloksen eroja. Huonoksi hoitotulokseksi määriteltiin se, että potilas oli eläkkeellä kahden vuoden kuluttua hoidon alusta tai että hänellä oli ainakin silloin tällöin näkyviä psykoottisia oireita. Näin muodostettuun huonon hoitotuloksen ryhmään tuli 17 potilasta 78:sta, 22 %. Verrattuna muihin tutkimuksiin huonon hoitotuloksen osuus on hyvin pieni (Gupta, Andreasen, Arndt & Flaum, 1997). Mutta toisaalta se kertoo, että hoitoa voidaan kehittää edelleen.

Hoidon alkaessa optimaalisesti tai ongelmallisesti tapahtuneiden hoitojen potilaat erosivat toisistaan sekä työtilanteen että sosiaalisen verkoston laadun suhteen. Jos jo hoidon alkaessa potilaat olivat passivoituneet etsimättä työtä, heidän hoitotuloksensa oli todennäköisesti ongelmallinen kahden vuoden kuluttua. Tämä oli kuitenkin vain yleinen trendi, eikä se näyttänyt suoraan ennustavan ongelmallista hoitotulosta. Useimmat ongelmallisen hoitotuloksen potilaat eivät olleet passivoituneet ennen hoidon alkua. Samoin kolme passivoitunutta potilasta pystyi parantamaan työtilannettaan hoidon aikana.

Psykoottisten oireiden voimakkuudella ei ollut yhteyttä hoidon tulokseen. Merkitsevät erot ilmenivät sen sijaan sekä ennen hoitoa hoitamattoman psykoottisen ajan kestossa että diagnoosissa. Mitä pidempään potilaat olivat olleet joko psykoottisia tai kärsineet

muista oireista ja mitä vaikeampi diagnoosi heillä oli, sitä todennäköisemmin he kuuluivat ongelmallisen hoitotuloksen ryhmään. Valtaosa (88 %) ongelmallisen hoitotuloksen ryhmästä oli saanut skitsofreniadiagnoosin. Toisaalta on hyvä huomata, että valtaosa skitsofreniadiagnoosin potilaista kuului kuitenkin hyvän hoitotuloksen ryhmään, joten näitäkään tekijöitä ei voi tarkastella hoitotulosta määräävinä tekijöinä vaan kokonaisuuden osatekijöinä.

Huonon hoitotuloksen ryhmässä potilaiden sosiaalinen verkosto oli köyhtynyt jo hoidon alkaessa. Jos se ei hoidon aikana alkanut rikastua, pysyi hoitotulos huonona. Jos sosiaalinen verkosto sen sijaan alkoi kasvaa, oli se myös merkki hoitotuloksen paranemisesta. Tästä oli kuitenkin myös poikkeuksia. Kolmen potilaan kohdalla sosiaalinen verkosto kehittyi kahden vuoden aikana, ja toisaalta 11 potilaalla oli hyvä hoitotulos siitäkin huolimatta, että heidän sosiaalinen verkostonsa oli köyhtynyt hoitojakson aikana. Kahden vuoden seuranta-aikavälän jälkeen kaksi kolmesta huonon hoitotuloksen ryhmän potilaasta oli edistynyt merkittävästi hoidossaan, kun heidän sosiaalinen verkostonsa oli kehittynyt.

Hyvin mielenkiintoinen huonon hoitotulokseen liittyvä tekijä näyttää olleen neuroleptilääkityksen käyttö. Huonon hoitotuloksen potilailla oli todennäköisemmin lääkitys, mikä oli tässä tutkimuksessa osittain itsestäänselvyys, koska lääkitys pyrittiin käyttämään vain vaikeimmissa, sitä todella tarvitsevien potilaiden hoidoissa. Mutta on merkittävää, että 73 % potilaista ei käyttänyt lainkaan neuroleptejä ja heistä vain 14 % (8 potilasta) tuli huonon hoitotuloksen ryhmään. Näistä potilaista neljän kohdalla lääkitys oli katsottu tarpeelliseksi, mutta he kieltäytyivät ottamasta sitä.

Tulokset hoitokäytäntöinä: Kun hoito tuottaa tulosta tai ei johda toivottuun muutokseen

Tilastollisten tutkimusten tulokset ovat aina ryhmien keskiarvoja tai muita ryhmäkohtaisia suureita. Yksittäisen potilaan hoidosta ne eivät kerro paljoakaan. Seuraavassa esitetään kaksi esimerkkiä, toinen onnistuneesta hoitoprosessista ja toinen ongelmallisesta hoitoprosessista. Kuvauksissa ilmenee, että tilastolliset vertailutiedot antavat yleisen kuvan hoitotuloksesta, mutta tapauskohtaisessa analyysissä löytyy täsmentäviä ja tilannetta monipuolisemmin kuvaavaa informaatiota.

Esimerkki 1. Hyvä hoitotulos intensiivisen hoitoprosessin jälkeen

Liisan kaksoisveli oli tullut terveyskeskukseen viikonloppuna itsemurhayrityksen takia. Maanantaiaamuna terveyskeskuksen lääkäri otti yhteyden mielenterveystoimistoon, jossa psykologi järjesti työryhmän kotikäyntiä varten. Hän pyysi itsensä lisäksi mukaan sairaanhoitajan toimistolta ja lääkärin psykiatrisesta sairaalasta. Samana päivänä klo 14 tiimi teki kotikäynnin, jolloin he tapasivat Liisan, hänen veljensä sekä vanhempansa. Työryhmä oletti kotikäynnin tapahtuvat Liisan veljen itsemurhayrityksen vuoksi, minkä takia terapeuteille tulikin yllätyksenä se, että Liisa alkoi puhua aktiivisesti omista hallusinaatioistaan ja erityisistä teorioistaan. Hän sanoi esimerkiksi, kuinka hän näkee ympärillään ihmisiä, joilla on härän pää. Työryhmä antoi Liisalle tilaa puhua omista ajatuksistaan. Vähitellen ilmeni, että sekä Liisa että hänen veljensä Yrjö olivat psykoottisia. Liisa oli palannut kotiin kesken yliopisto-opintojensa vuosi aikaisemmin, jonka jälkeen kaksoiset olivat eristäytyneet asumaan perheen kesämökille. Liisan psykoottiset oireet olivat alkaneet jo vuosi tätä aiemmin ja olivat kestäneet yhteensä 24 kuukautta. Hänen sosiaalinen verkostonsa arvioitiin köyhäksi.

Ensimmäisessä hoitokokouksessa päätettiin jatkaa kotikäyntejä tiiviisti, eikä neuroleptilääkitystä aloitettu. Kahden kuukauden aikana järjestettiin yhteensä yhdeksän hoitokokousta. Hyvin pian hoitokokoukset muodostuivat erityiseksi psykoterapeuttiseksi prosessiksi, jossa Liisa mm. kävi läpi pettymystään ja vihaansa isäänsä kohtaan. Isä oli hänen mukaansa laiminlyönyt lapsiaan ja vaatinut heiltä kohtuuttomia suorituksia. Näissä hoitokokouksissa Liisa muodosti ensimmäistä kertaa sanoja katkeruudelleen, joka oli alkanut syntyä vuosia aikaisemmin.

Hoidon alkuvaiheessa Liisa oli saanut neuroleptilääkkeitä, joita hän omien sanojensa mukaan yritti ottaa viisi kertaa, mutta ei halunnut jatkaa, koska ”koko maailma pysähtyi ja ajatukset pimenivät”, kuten hän sanoin kahden vuoden seurantahaastattelussa. Kahden kuukauden jälkeen hoidon aloituksesta yhteiset hoitokokoukset päätettiin lopettaa ja Liisa jatkoi yksilöpsykoterapiakeskusteluja hoitavaan työryhmään kuuluneen psykologin kanssa. Nämä hän kuitenkin keskeytti puolen vuoden kuluttua ja muutti takaisin opiskelupaikkakunnalleen. Kahden vuoden seurantahaastattelussa hän sanoi hallusinaatioidensa jatkuneen vielä noin puolen vuoden ajan,

mutta viimeisen vuoden aikana hänellä ei enää niitä ollut, vaikka hän silloin tällöin sanoikin kokevansa hyvin voimakasta ahdistusta. Hän sanoi päättäneensä, että hänen pitää itse selvittää asiansa eikä aina tulla kertomaan niistä psykologille. Viiden vuoden seurantaahaastattelussa hän kertoi olleensa työssä kolme vuotta, mutta jättäneensä opintonsa kesken. Hän oli avioitunut ja oli raskaana.

Liisan tapauksessa avoimen dialogin periaatteet (ks. luku 4) toteutuivat pääsääntöisesti. Ensimmäinen hoitokokous toteutui välittömästi seitsemän tunnin kuluttua terveyskeskuslääkärin yhteydenotosta, hänen läheisin henkilökohtainen verkostonsa osallistui hoitoon alusta lähtien, vaikkakin vanhempien motivaatio keskusteluihin väheni ajan myötä. Vastuullisuus ja psykologinen jatkuvuus turvattiin siten, että työryhmä pysyi samana ja työryhmän psykologi jatkoi yksilöpsykoterapeuttina. Hoitoprosessi sietä epävarmuutta siten, että Liisan oli mahdollista puhua hallusinaatioistaan ja isään kohdistuvasta pettymyksestään ilman että työryhmä olisi reagoinut näihin esimerkiksi lääkityksen lisäämisellä tai sairaalahoidolla. Useissa keskustelun kriittisissä vaiheissa dialogisuus säilyi. Tämä ilmeni jo ensimmäisessä yllättävässä hoitokokouksessa, jossa työryhmä sovittautui perheen kieleen tämän kuvatessa ongelmaansa.

Esimerkki 2. Huono hoitotulos, ei näkyvää edistystä

Matti palasi kotiinsa kolmen vuoden jälkeen oltuaan koko ajan kokopäivätyössä. Hän kertoi ihmisten kuuntelevan hänen puhe-
lintaan ja yrittävän eri tavoin myrkyttää häntä. Hänen äitinsä toi hänet kriisipoliklinikalle ja pyysi apua. Tässä hoitokokouksessa Matti käyttäytyi kuitenkin hyvin koostuneesti ja kertoi avoimesti ongelmistaan. Hän oli kuitenkin sitä mieltä, että hänen pitää itse selvittää ne. Työryhmä ehdotti kotikäyntiä seuraavalle päivälle, mutta Matti kieltäytyi siitä ehdottomasti. Tässä kontaktissa hänellä arvioitiin olleen tavanomainen sosiaalinen verkosto. Hänen psykoottiset oireensa olivat jatkuneet kaksi kuukautta.

Kahden kuukauden kuluttua terveyskeskuksen lääkäri otti yhteyttä kriisipoliklinikkaan ja kertoi Mattin olevan hyvin psykoottinen. Kriisipoliklinikan sairaanhoitaja kokosi työryhmän, johon kuului jo ensimmäisessä kontaktissa mukana olleet psykologi ja sairaanhoitaja. Tästä alkoi tiivis hoito, mutta hoidon aikana Matti alkoi eristäytyä yhä enemmän omaan maailmaansa. Viiden kuukau-

den kuluttua hän kieltäytyi syömästä, hän sai tulehduksen ja joutui sairaalahoitoon yhteensä 34 vuorokaudeksi. Hänelle aloitettiin neuroleptilääkitys. Seuraavien kuukausien kuluessa Matin tilanne näytti aika ajoin kohentuvan mutta saattoi muuttua taas nopeasti huonommaksi. Lääkitys ei tuonut pysyvää muutosta Matin tilanteeseensa. Noin puolen vuoden kuluttua tästä, siis 1,5 vuoden kuluttua hoidon alusta, Matin tilanne muuttui yllättäen paremmaksi hänen sisarensa kriisin yhteydessä. Tämä johti siihen, että Matti lopetti itse lääkityksensä, jonka jälkeen hän taas eristäytyi ja tuli hyvin psykoottiseksi. Tässä vaiheessa tapahtui kahden vuoden seuranta-haastattelu. Hoitokokoukset jatkuivat kahden viikon välein. Matille suunniteltiin aktiivista sosiaalista ja psyykkistä kuntoutusta. Hän kävi kolmen kuukauden työhön valmistavan kuntoutuskurssin ja työskenteli säännöllisesti toimintaterapeutin kanssa.

Matin hoito oli alusta alkaen hyvin vaikea prosessi. Hoitoa ohjaavaa yhteistä ymmärrystä ei syntynyt ensimmäisessä hoitokokouksessa eikä koko prosessin aikana. Hyvin merkittävä ongelma ilmeni jo hoidon välittömässä aloittamisessa, kun ensimmäisen hoitokokouksen jälkeen hoito katkesi kahdeksi kuukaudeksi. Lääkitys näytti ensin auttavan, mutta muutos ei ollutkaan pysyvä. Avoimen dialogin periaatteiden toteutumisessa ilmeni useita ongelmia. Sekä välitön apua että psykologinen jatkuvuus jäivät toteutumatta, kun ensimmäisessä hoitokokouksessa perhettä ei saatu vakuuttuneeksi hoidon jatkamisen tarpeesta. Työryhmä ei ehkä kuullut riittävästi äidin huolta ja painotti liikaa Matin koostunutta käyttäytymistä arvioidessaan, että he voivat toimia Matin toiveen mukaisesti eivätkä aktiivisesti pyri hoitosuhteeseen. Joustavuus ei toteutunut, koska useita kertoja työryhmä ja perhe olivat eri mieltä toteutetuista hoitomenetelmistä, mikä johti siihen, että Matin tilanteessa tapahtuneet äkilliset muutokset saivat aikaan työryhmän reaktioita, joissa ei toteutunut yhteinen epävarmuutta sietävä prosessi. Toisaalta työryhmä sietä epävarmuutta siten, että se jakoi perheen pettymyksen hoidon tulokseen ja jatkoi hoitokokouksia vaikeassakin tilanteessa. Dialogisuus sen sijaan ei toteutunut. Yhtenä tekijänä tähän saattoi vaikuttaa perheen käyttämä indikatiivinen kieli, joka hoitavan työryhmän mielestä vaikutti usein yksioikoiselta ja köyhältä. Työryhmä ei löytänyt tähän perheen hyvin konkreettisen, indikatiiviseen merkitysjärjestelmään sopivaa keskustelutapaa

Hyvän ja huonon hoitotuloksen vertailusta voi tehdä alustavasti seuraavia johtopäätöksiä ennusteen parantamiseksi:

- Jo hoidon alussa työelämästä irtaantuneisiin ja pitkään psykoottisina olleisiin potilaisiin kannattaa kiinnittää aivan erityistä huomiota ja turvata hoitomenetelmien monipuolisuus ja hoidon intensiivisyys.
- Skitsofreniapotilaat ovat suuremmassa riskissä ja heidän hoitoonsa tulisi erityisesti panostaa.
- Potilaan sosiaalisen verkoston aktivointi ja sen rakentaminen osana hoitoprosessia näyttää edesauttavan vaikeastakin tilanteesta selviytymistä. Tämä koskee sekä potilaan oman henkilökohtaisen verkoston suhteiden aktivointia että ammattiauttajien verkoston yhteyksiä hoidon alusta lähtien. Esimerkiksi työvoimahallinnon kuntoutuksen mukaan saanti kriisin alussa edistää työhön palaamista, samoin ongelmien yhteinen kohtaaminen työpaikalla.
- Neuroleptilääkityksen aloittamista kannattaa siirtää. Jos hoitoprosessi tapahtuu kokonaan ilman neuroleptilääkitystä, näyttää hoidon ennuste paranevan.
- Sairaalaan joutuminen on huonoa ennustetta kasvattava riskitekijä. Sairaalahoidon aikana tulisi kiinnittää erityistä huomiota potilaan omaan psyykkiseen aktiivisuuteen ja sosiaalisen verkoston aktivointiin, siten että yhteydet sairaalan ulkopuoliseen maailmaan säilyvät.

Hoitokäytännöt voivat muuttua

Kolmen kuvatun seurantatutkimuksen tuloksista voi tehdä mielenkiintoisia havaintoja siitä, miten ensimmäistä kertaa psykoosiin sairastuneiden potilaiden hoito tapahtuu avoimen dialogin verkostokeskeisessä hoitosysteemissä ja toisaalta siitä, mitkä tekijät liittyvät hoidon tulokseen.

Näissä tutkimuksissa oli joitakin menetelmällisiä puutteita, jotka on hyvä huomioida johtopäätöksiä tehdessä. Ehkäpä keskei-

sin näistä aiheutui siitä, että tutkijat olivat myös itse keskeisiä tutkitun hoitomenetelmän kehittäjiä. Tästä aiheutui ennakoasenteen vaara sellaisissa muuttujissa, joissa arvo annetaan tutkijan tulkinnan perusteella. Tämä ennakoasenne saattoi vaikuttaa siten, että toisella tutkimusjaksolla (ODAP) annettiin huomaamatta parempia arvoja, koska se on suotuisampaa hoitomallin kehittämiseksi. Se voi myös vaikuttaa siihen, että tutkimusryhmät saivat parempia arvoja kuin vertailuryhmän potilaat. Tämä pyrittiin ehkäisemään siten, että sekä vertailuryhmän tutkijat että tutkimusryhmän tutkijat arvioivat toistensa potilaiden saamat arvot ja näiden pohjalta neuvoteltiin yksimielisyys. Tässä suhteessa täysin ulkopuolinen tutkija olisi ollut tietenkin parempi ratkaisu. Tämän ongelman vähentämiseksi hoitoprosesseja ja hoidon tuloksia kuvaavat objektiiviset muuttujat nousevat keskeisimmiksi. Näitähän ovat esimerkiksi eri hoitotapahutumien määrää (sairaalahoitopäivien määrä, hoitokokousten lukumäärä, lääkityksen käyttö) kuvaavat muuttujat sekä työtilannetta ja relapseja kuvaavat muuttujat. Koska objektiivisten muuttujien ja arviointiskaalojen tieto oli johdonmukaista, ei viitteitä ennakoasenteen vaikutukseen ainakaan näkyvästi ilmennyt.

Toinen ongelma tulee itse tutkimuskohteesta, psykoosista ja skitsofreniasta. Niiden ilmaantuvuus on niin vähäistä, että pienillä alueilla tapauksia tulee vähän. Niinpä tutkimusryhmät jäivät pieniksi, erityisesti skitsofreniapotilaiden kohdalla. Yhdenkin potilaan muuttuja-arvon muutos saattoi tehdä jonkin eron merkitseväksi tai poistaa sen merkitsevyyden. Samoin lyhyenä aikana potilasjoukko on saattanut valikoitua siten, että siihen on tullut tavallista vaikeampia potilaita. Tämä vaara on erityisesti vertailuryhmän osalta. Tornion alueella tätä voitiin ehkäistä historiallisen vertailun avulla, jossa voitiin todeta, että tulokset pysyivät samoina tai paranivat hie-man ODAP-jaksolla.

Rajoituksista huolimatta voidaan tuloksista tehdä alustavia johtopäätöksiä. Ensinnä voidaan todeta psykoottisten potilaiden hoidon hyvät tulokset verrattuna sekä tavanomaisiin hoitokäytäntöihin että useisiin erityisiin psykososiaalisiin projekteihin. Ruotsissa Svedger ym. (2001) selvittivät ensimmäistä kertaa psykoosiin sairastuneiden potilaiden tilannetta viiden vuoden hoidon jälkeen. Tutkimus kuvaa tavanomaista psykiatrasta hoitoa, koska sen tiedon keruun aikana ei alueella vielä ollut toteutettu psykososiaalisen hoidon kehittämisohjelmaa. Taulukossa 1 esitetään havainnollistava vertailu Länsi-Pohjan alueella koko viiden vuoden aikana hoitoon

tulleiden potilaiden ja Tukholmassa hoitoon tulleiden potilaiden viiden vuoden seurantatulosten välillä. Erot perinteisen hoidon ja avoimen dialogin hoidon välillä näyttävät olevan merkittäviä. Hoidon alkaessa potilaiden keski-ikä oli korkeampi Tukholmassa, 30 vuotta verrattuna Länsi-Pohjan ryhmän 27:een. Tämä saattaa kertoa siitä, että he ovat olleet psykoottisena kauemmin kuin Tornion alueella. Sairaalahoidossa Tukholma potilaat olivat keskimäärin 110 päivää verrattuna Länsi-Pohjan 31 päivään, siis noin neljä kertaa enemmän. Neuroleptilääkitystä oli käyttänyt 93 % potilaista viiden vuoden aikana, kun Länsi-Pohjan ryhmässä sitä oli käyttänyt 35 % potilaista. Kaikkein havahduttavin ero ilmeni kuitenkin potilaiden sosiaalisessa tilanteessa: Tukholman potilaista eläkkeellä oli 62 % potilaista verrattuna Länsi-Pohjan 19 %:iin.

Taulukko 1. Viiden vuoden seurantatulosten vertailu Länsi-Pohjan ja Tukholman ensi kertaa psykoosiin sairastuneiden potilaiden kesken

	Länsi-Pohja API- ja ODAP tutkimusaineistot 1992–1997 N = 72	Tukholma 1991–1992 N = 71
Diagnoosi:		
Skitsofrenia	59 %	54 %
Muu non-affektiivinen psykoosi	41 %	46 %
Keski-ikä hoidon alkaessa, vuosia		
naiset	26.5	30
miehet	27.5	29
Sairaalahoitopäivien keskiarvo	31	110
Neuroleptien käyttö – jatkuu edelleen	35 % 17 %	93 % 75 %
GAF-seurannassa	66	55
Eläkkeellä	19 %	62 %

Linszen ym. (1998; 2001) kehittivät Hollannissa hyvin tehokkaan psykososiaalisen hoito-ohjelman, jonka tuloksia seurattiin viisi vuotta. 15 kuukauden hoito-ohjelman aikana vain 15 % skitsofreniapotilaista tuli uudelleen hoitoon, mikä lienee yksi alhaisimmista oireiden uusiutumisluvuista, mitä on raportoitu. Mutta projektin jälkeen potilaat lähetettiin jatkohoitoon tavanomaiseen hoitoympäristöön, eivätkä nämä tulokset enää pitäneet. 75 % potilaista oli joutunut uudelleen sairaalaan seuranta-aikana, kun ODAP-ryhmässä 29 %:lla ongelma oli vaatinut uutta hoitojaksoa tai hoidon tiivistämistä. Hyvin harva joutui sairaalaan. Tämä suuri ero tuli siis siitäkin huolimatta, että relapsin määrittely oli Tornion tutkimuksessa tiukempi kuin Linszenin ryhmän tutkimuksessa. Hollannissa vain pieni osa pystyi palaamaan itsenäiseen sosiaaliseen elämään ja suurin osa tarvitsi päivittäistä tukea joko omaisiltaan tai ammattiauttajilta. Länsi-Pohjan alueella 81 % oli palannut takaisin opintoihinsa, työhönsä tai rekisteröidyksi työnhakijaksi ja vain 19 % oli eläkkeellä.

Nämä erot havainnollistavat hyvin sitä, mihin verkostokeskeinen hoitojärjestelmä voi vaikuttaa positiivisesti. Välittömällä avulla ja koko hoitoprosessin ajan potilaan läheisten kanssa yhdessä työskennellessä erilaisten kontrolloivien hoitomenetelmien tarve vähenee olennaisesti. Potilaat eivät tarvitse yhtä paljon sairaalahoitoa eivätkä pitkäaikaista neuroleptilääkitystä. Useimmat potilaat voivat käyttää ahdistusta lievittäviä anksiolyyttejä ahdistuksen vähentämiseen tai unettomuuteen. Nämä lääkkeet voidaan määrätä kertamääräyksinä ja lopettaa nopeasti, jolloin tarpeetonta lääkkeiden käyttöön liittyvää riippuvuutta ei synny. Tämä merkitsee potilaan itsemääräämisoikeuden kasvamista ja toisaalta asiantuntijavallan vähenemistä. Lääkkeiden käytön väheneminen vaikuttaa ilmeisesti välittömästi siihen, että potilaalla on enemmän voimavaroja työelämään. Samaan tulokseen tuli Johnstonen ym. (1990) tutkimuksessaan, jossa todettiin lumelääkettä käyttäneiden psykoosipotilaiden selvinneen paremmin työelämässä kahden vuoden seuranta-aikana.

Toinen merkittävä ero muihin hoitoihin tulee verkoston osallistumisesta. Kun useimmat psykososiaaliset hoito-ohjelmat tähtäävät potilaan ja perheen sosiaalisten ja psyykkisten taitojen kehittämiseen, niin avoimessa dialogissa tämän lisäksi potilaan tulevaisuuden kannalta tärkeät ihmiset osallistuvat konkreettiseen yhteistyöhön. Näin luodaan potilaan ympärille uudenlainen yhteisö (ks. luku 7), jossa sekä toimijoita on enemmän että toimiala on laajempi kuin

vain potilaaseen tai perheeseen kohdistuvissa hoitomenetelmissä. Ja tämä näyttää todellakin vaikuttavan suotuisasti sosiaaliseen selviytymiseen.

Heikkoon hoitotulokseen vaikuttavien tekijöiden tapausanalyysissä voitiin todeta kuitenkin, että tilastolliset erot eivät sinällään ennusta hoitotulosta. Hoitotilanteessa erilaiset vaikuttavat tekijät muodostavat kokonaisuuden, joka kehittyy ko-evoluutiossa, erilaisen tekijöiden vastavuoroisessa toisiinsa sovittautumisessa. Tämä merkitsee sitä, että huolimatta joidenkin kielteisistä ennustetekijöistä, voi hyvä hoitoprosessi alkaa, jos ensimmäisissä hoitokokouksissa voidaan avata sellainen dialoginen prosessi, jossa sekä potilaan henkilökohtaisen että työntekijöiden sosiaalisen verkoston voimavarat tulevat käyttöön. Jos verkoston voimavarat ovat alun alkaen vähäiset, voi onnistunut dialoginen prosessi lisätä niitä, kuten tapahtui edellä kuvatussa ensimmäisessä hoitotapauksessa. Voi myös käydä päinvastoin: jos dialoginen prosessi ei avaudu hoidon alussa, voi seurauksena olla huono hoitotulos, vaikka tilastolliset tekijät eivät sitä ennustaisikaan, kuten ilmeni tämän luvun toisessa tapauskuvauksessa. Keskeistä näyttää olevan se, millaisia kielellisiä mahdollisuuksia perheellä on oman vaikean tilanteensa käsittelemiseen.

Tulokset ovat hyvin hämmentäviä. Avoimen dialogin hoidossa ei ole pyritty ns. näyttöön perustuvan hoitosuosituksen toteuttamiseen, vaan järjestelmä on kehittynyt omia latujaan omaa toimintaa arvioivan tutkimustiedon pohjalta. Edellä oleva tutkimusasetelma näyttää pinnalta olevan osin skitsofrenian hoidon suositusten vastainen: neuroleptilääkitystä ei aloitettu kaikille potilaille, perheille ei annettu psykoedukaatiota, potilaita ei sijoitettu pääasiassa sairaalaan, eikä oireita pyritty nopeasti kontrolloimaan. Kuitenkin tulokset näyttävät olevan parempia kuin näiden suositusten mukaan toteutettujen projektien tulokset.

Tämä asettaa eteemme hyvin haastavan ja monisäikeisen ongelman, jota pyrimme avaamaan seuraavassa, kirjan viimeisessä luvussa.

10. TUTKIMUS JA KÄYTÄNTÖJEN YLEISTYMINEN

Edellä kuvattiin avointen dialogien hoitotuloksia. Ne poikkeavat osittain tuloksista, joita on saatu psykiatrian koeasetelma tutkimuksissa, joihin viitataan n. näyttöön perustuvassa (evidence based) lääketieteessä. Suomen psykiatriyhdistys julkaisi (2001) Skitsofrenian käypä hoito -oppaan, jonka suositukset pohjautuvat pääosin koe-asetelma tutkimuksiin. Yhtenä esimerkkinä näistä eroista voi pohtia suosituksia lääkehoidosta. Oppaassa kehoitetaan neuroleptilääkityksen aloittamiseen välittömästi hoidon alussa. Avointen dialogien ODAP-tutkimuksessa tulokset sen sijaan tulivat paremmiksi niillä potilailla, jossa lääkitystä ei joko lainkaan aloitettu tai se siirrettiin myöhäisempään hoidon vaiheeseen. Lääkityksen aloittamista perustellaan käypä hoito -oppaassa sillä, että se ehkäisee oireiden uusiutumista. Siinäkin suhteessa kävi toisin: oireet uusiutuivat harvemmin niillä potilailla, joilla lääkitystä ei aloitettu heti hoidon alussa. Lisäksi nämä potilaat selviytyivät psykoottisista oireistaan paremmin ja he pääsivät takaisin työelämään useammassa tapauksessa kuin alusta alkaen neuroleptilääkkeillä hoidetut potilaat.

Onko ajateltava niin, että ODAP-tulokset ovat epäpäteviä vai päinvastoin niin, että käypä hoito -oppaan suositusten pohjana olevat tutkimustulokset eivät päde? Sekin mahdollisuus on, että molemmat ovat epäkelvoja. Mahdotonta ei ole sekään, että molemmat ovat päteviä, mutta *kertovatkin eri asiasta*.

Tutkimustiedon käyttö on keskeistä käytäntöjen kehittämisessä. Menetelmiä ja työkäytäntöjä on tarpeen eritellä systemaattisesti, ja palautteen tulisi olla työntekijöiden käytettävissä. Itse asiassa toimijoiden tulisi osallistua tutkimukseen sen alkuvaiheista lähtien. Seuraavassa pohdimme tutkimusta, joka voisi edistää nimenomaan dialogisia ja verkostotyön käytäntöjä. Kuten jäljempänä käy ilmi, tuollaisen tutkimuksen täytyy itsekkin olla dialogista ja verkostoituvaa.

Tarkastelemme tässä luvussa kolmea toisiinsa liittyvää asiaa:

- Ensinnä pohdimme tutkimusasetelmien merkitystä tuloksille. Väitämme, että tutkittaessa verkostojen dialogisia kohtaamisia ja niiden vaikutuksia tarvitaan pikemminkin

naturalistisia asetelmia, aitojen verkostotilanteiden tarkastelua, kuin laboratoriomaisia asetelmia, joissa tutkitaan yksittäisiä muuttujia.

- Toiseksi tarkastelemme tulosten yleistettävyyttä ja käytäntöjen siirrettävyyttä. Väitämme, että dialogisia käytäntöjä kehitettäessä tarvitaan pikemminkin paikalliseen kontekstiin liittyvien tutkimusten suorittamista ja *paikallisen muuntelukyvyn edistämistä* kuin yrityksiä yleistää hyviä käytäntöjä sellaisinaan.
- Kolmanneksi tarkastelemme sosiaalisesti kestävän tutkimustiedon tuottamista. Tarvitaan eri tieteenalojen, erilaisten tutkimusmenetelmien sekä tutkimukseen liittyvien eri ryhmien (sekä tutkijat että tutkimuksen kohteet, asiakkaat, yhteistyökumppanit) kohtaamispaikkoja, joissa sektoreiden rajat voidaan ylittää ja luoda näköaloja, jotka ylittävät erillisten toimijoiden mahdollisuudet.

Näyttöön perustuva tutkimus ja asetelmien yksipuolistuminen

Sosiaali- ja terveydenhuollon alueella on tieteellisen tiedon määrä kasvanut olennaisesti. Suuntaus on sama psykososiaalisen työn muillakin sektoreilla. On erinomaista, että myös tuotetun tiedon arviointi on yleistynyt. Vaaditaan tieteellistä näyttöä käytettyjen keinojen pätevydestä. Koska inhimillisen toiminnan alueella vaikuttavat tekijät ovat hyvin moniulotteisia, tutkimusasetelmissa pyritään rajauksiin ja pelkistykseen, jotta selittäviä eroja löytyisi. Tätä ongelmaa on lääketieteen ja sosiaalityön piirissä pyritty ratkaisemaan luomalla erityisesti näyttöön perustuvan tutkimuksen kirjastot, Cochrane-kirjasto psykiatriassa ja Cambell-kirjasto sosiaalityössä. Kirjastoihin kootaan raportteja tutkimuksista, joissa on toteutettu satunnaistettuun otantaan perustuva koe. Niiden tuloksia kokoavien kirjastojen meta-analyysien pohjalta pyritään rakentamaan hoitosuosituksia. Tällainen on edellä mainittu Suomen psykiatriyhdistyksen vuonna 2001 julkaisema skitsofrenian käypä hoito-opas. Näyttöpohjaisilla oppailla pyritään valvomaan ja ohjaa-

maan hoitokäytäntöjen kehitystä. Kun tutkimustieto kasvaa nopeaa vauhtia, sen hallinta hoitokäytännöissä on hyvin vaikeaa. Tutkitun tiedon systematisointi on tärkeä palvelus sekä kenttätyöntekijöille että ohjausta toteuttavalle hallinnolle ja johdolle. Tähtäimessä on potilaan ja asiakkaan paras: todistetusti tuloksellinen hoito tai muu auttaminen. Tutkimuksen tulisi siis olla mahdollisimman monipuolisesti sekä hoidettavan ongelman luonnetta että itse hoito- ja auttamismenetelmiä erittelevää. Yllättäen näyttöön perustuvan käytännön kirjastoissa hyväksytään vain yhdenlaisella tutkimusperinteellä tuotettu tieto, jolloin muunlaisilla tutkimuksilla saatu tieto tulee toisarvoiseksi.

Lähes kaikki julkaistavat tutkimukset psykiatrian lehdissä perustuvat koeasetelmatutkimuksiin. Sosiaalityön alallakin esitetään yleistyvästi vaatimuksia syy- ja seuraussuhteiden osoittamiseen perustuvasta näytöstä. Koeasetelmatutkimusten rakentaminen psykiatriassa edellyttää sellaisia terapiamalleja, joissa yksittäiset vaikuttavat tekijät voidaan erottaa. Näin tapahtuu valikoituminen vain sellaisiin tutkimuksiin, jossa hoidettava ongelma määritellään yksiselitteisesti esimerkiksi biologisena sairautena. Cochrane-kirjastoon hyväksytään vain satunnaistettuja koeasetelmia käyttäviä tutkimuksia, vaikka samaan aikaan eri tieteenalojen ja tutkimusmenetelmien kirjo on kasvanut valtavasti. On muodostunut jännite: Yhtäältä mahdollisuudet tutkia psyykkisiä ja sosiaalisia kriisejä ja niiden hoitoa ja auttamistyötä monipuolisesti ovat kasvaneet. Toisaalta julkaisuperiaatteet ovat kavenneet siten, että julkaisussa painottuvat vain yhdentyypiset tutkimukset.

Yleispäteviä vaikutussuhteita etsittäessä mielenkiinto ei suuntaudu paikallisiin tekijöihin. Niinpä esimerkiksi Suomen psykiatriyhdistyksen Skitsofrenia käypä hoito -oppaassa ei juurikaan viitata Suomen skitsofreniahoidon pitkään perinteeseen ja tehtyihin tutkimuksiin vaan vain kansainvälisiin tutkimuksiin. Erityistä suomalaista opasta ei siis olisi tarvittu, koska tutkimuksista saatu tieto ymmärretään universaalisenä. ODAP-tutkimuksen em. suositusten taustatutkimuksista poikkeavat tulokset – ei lääkitystä välittömästi hoidon alussa vaan toisin ja paremmin hoitotuloksin – eivät johdu ensisijaisesti siitä, että samaa ilmiötä olisi tutkittu erilaisin keinoin. Ne pohjautuvat pikemminkin siihen, että satunnaistetun tutkimuksen asetelmissa ei tavoiteta niitä ulottuvuuksia, jotka ovat dialogisessa käytännössä kaikkein keskeisimpiä. Tämä ei välttämättä

johdu siitä, että noita ulottuvuuksia ei huomattaisi tai haluttaisi sisällyttää tutkimusasetelmaan – vertailun mielessähän ne olisivat koeasetelmatutkimuksellekin kiinnostavia seikkoja – vaan siitä, että verkostojen kohtaaminen, yhteisen kielialueen muodostuminen ja vastavuoroiset vaikutussuhteet eivät suosiolla taivu muuttujia pelkistävään koeasetelmaan. On vaarassa käydä niin, että hoidollisesti kaikkein tärkeimmät seikat katoavat asetelman vuoksi näkyvistä.

Jotta koeasetelmissa saatavat tulokset olisivat yleistämiskelpoisia, asetelmat on huolellisesti rakennettava sellaisiksi, että saadaan tietoa kutakin ongelmaa tai hoitomallia selittävästä tekijöistä. Jotta tutkimustuloksia voitaisiin verrata keskenään ja näin seuloa esiin yleispätevät tulokset, tutkimukset pitää suorittaa samoilla menetelmillä ja samalla tavoin. Pulmana on, että näin menetellen saadaan tuloksia tutkimusten vertailemiseksi, ei itse käytäntöjen vertailemiseksi. Kun tutkimustuloksista tiivistetään suosituksia hoitokäytännöistä, ne eivät ole suosituksia hoitokäytännöistä vaan tutkimusasetelmasta luodusta keinotodellisuudesta. Koeasetelmassa selittävät tekijät pitää määritellä yksitellen kontrolloidusti. Käytännön auttamistilanteissa koeasetelman ulkopuolella ei tuollainen muuttujien hallinta ole mahdollista.

Toinen käytäntöjen kehittämisen kannalta olennainen ongelma tulee siitä, että hoidon tuloksellisuutta arvioidaan ryhmävertailuilla. Tietyissä peruspopulaatioissa hoitoon tulevat potilaat arvotaan koe- ja kontrolliryhmään. Koeryhmän potilaat saavat tutkitun hoitomenetelmän hoitoa ja kontrolliryhmän potilaat tavanomaista hoitoa. Ryhmien välillä suoritetaan vertailuja. Se tehdään ryhmien keskiarvojen perusteella. Keskiarvot eivät kuitenkaan kerro yksittäistapauksista. Hoitosuosituksen pohjana voi olla tutkimuksia, joissa vain alle kolmannes tutkimusryhmän potilaista saa vertailuryhmästä poikkeavia arvoja. Tällöin 70 % sekä tutkimus- että vertailuryhmästä saavat samoja arvoja. Kuitenkin hoitosuositukset ehdottavat saman menetelmän käyttämistä kaikkien potilaiden kohdalla.

Yhden vaikuttavan tekijän tutkiminen vastaa harvoin vaikeiden kriisien hoitotilannetta, jossa vaikuttavia tekijöitä on rajaton määrä ja hoidon tulos rakentuu hoitoprosessin kokonaisuudessa. Hoitokäytännön tai auttamistavan tuloksiin voivat tietenkin vaikuttaa lukemattomat muutkin tekijät kuin kyseinen käytäntö. Ihmisten elämään eivät vaikuta vain yhdet tai kahdet muuttujat kerrallaan. On tavaton määrä tuntemattomia tekijöitä. Pelkistämisiongelma on havaittu myös koeasetelmatutkijoiden keskuudessa.

Kissling ja Leucht (1999) ovat todenneet, että kuilu koeasetelmissa saatujen tulosten ja hoitokäytännön välillä on aivan liian suuri. Ratkaisuksi he suosittivat naturalististen, siis itse hoitotilanteissa toteutettujen, seurantatutkimusten painottamista.

Selitysmallien etsinnästä kuvaaviin tutkimuksiin

Tutkimusten tulisi vastata elävän käytännön tilanteita. Näin tutkimus voisi olla keskeinen tekijä käytäntöjen kehittämisessä. Niinpä tarvitaan asetelmia, jotka pystyvät ottamaan huomioon hoidon kokonaisuuden ja kunkin potilaan erilaiset tarpeet. Edellisessä luvussa kuvattujen ODAP-tutkimusten metodologisena pyrkimyksenä on ollut toteuttaa seurantatutkimusta naturalistisissa olosuhteissa, elävässä käytännössä. Kunkin potilaan hoito toteutetaan yksilökohtaisesti kuvattun hoitomallin sisällä ja näitä tuloksia verrataan sekä perinteistä hoitoa toteuttavaan tutkimusyksikköön että historiallisena vertailuna hoitomallin varhaisempaan vaiheeseen. Tällaisella asetelmalla voidaan selvittää kokonaihoitomallien tuloksellisuutta määritellyillä maantieteellisillä alueilla. Tuollaisissa asetelmissä ei pyritä selitysmallin rakentamiseen, vaan kuvailevaan tutkimukseen.

Kuvailevaa tutkimusta on totunnaisesti pidetty vähempiarvoisena kuin selittävää, koska kuvailevassa tutkimuksessa ei saada yleistettäviä vaikuttavien muuttujien vertailua. Ranskalainen sosiologi Bruno Latour (1988, 159, 160) katsoo, että selittämisen arvottaminen kuvailemista korkeammalle liittyy sellaiseen toimintaan, jossa pyritään *hallitsemaan konteksteja etäisyyden päästä*. Hän tarkastelee ns. vahvoja ja heikkoja selityksiä. Vahvat ovat sellaisia, joilla voidaan mahdollisimman vähillä selittävillä tekijöillä selittää mahdollisimman monta selitettävää tekijää. Korrelaatiot ovat heikompia selityksiä kuin kausaaliyhteyden osoittaminen ja kuvaukset vielä näitäkin heikompia. Jos toimitaan itse siinä kontekstissa, jota selitykset koskevat, heikommatkin riittävät. Mikäli sen sijaan toimitaan etäällä ja yritetään hallita useita muualla olevia konteksteja, tarvitaan yhä vahvempia selityksiä. Latourin mukaan etäisyyden päästä toimimiseksi muodostuu kalkyloinnin keskuksia. Niiden ja hallittavien kontekstien välillä liikkuu informaatiota.

Käypä hoito -suosituksissa on kysymys yrityksistä hallita konteksteja matkojen päästä: hoitokäytäntöjen tulisi muuttua suosituk-

sen mukaiseksi kontekstissa A, B ja C. Paradoksaalisesti kontekstien hallitseminen etäältä edellyttää kaiken konteksteihin liittyvän erityisyyden puhdistamista mahdollisimman tarkoin tutkimustuloksesta. Mikäli saadaan selville vain tietyssä kontekstissa pätevää tietoa, se ei ole siirrettävissä toisiin. Niinpä on toteutettava tutkimus sellaisessa asetelmassa, jossa paikallinen erityisyys ei pääse vaikuttamaan tuloksiin. Ajatuksena on, että tieto on sitä siirrettävämpää – universaalimpaa – mitä kontekstivapaampaa se on. Tällaisia pulmia joudutaan ratkomaan silloin, kun koetetaan hallita konteksteja etäältä. Mikäli sen sijaan toimittaisiin *itse* niissä konteksteissa, joita tieto koskee, tulosten *siirrettävyyden* ongelma aukeaisi toisin. *Silloin ei tarvita universaaleiksi ja sellaisenaan siirrettäväksi oletettuja selityksiä.*

Tutkimuskonseptio ja kehittämiskonseptio kulkevat käsi kädessä. Koeasetelmatutkimuksen parikki kehittämisen suunnassa on implementaatio eli käyttöönotto. Implementaatio on tutkitun käytännön monistamista, toistamista sellaisenaan. Ajatuksena on, että tutkimus tuottaa informaatiota, joka viedään hallittaviin konteksteihin, missä tämän tuloksena yleistyy tulokselliseksi todettu käytäntö. Tuossa näkemyksessä häivytetään kuvasta politiikka prosessin eri vaiheissa. Implementaatio ei ole suoraa kulkua koeasetelmasta käytäntöjen muuttumiseen vaan politiikkaa kaikilla askelmilla. Ensinnäkin, se, että nykyisin arvostetaan koeasetelmatutkimusta muiden tutkimusotteiden kustannuksella, ei ole tieteen sisäinen asia vaan poliittisten valintojen tulos. Koeasetelmatutkimuksen ja universaalien selitysten tarve tulee erityisesti hoito- ja muiden käytäntöjen ohjaamisesta etäisyyden päästä. *Päätösvaltaa on delegoitu, mutta silti pitäisi voida vaikuttaa käytäntöihin.* Tätä tehdään yleispätevyyteen pyrkivillä suosituksilla. Yleispätevyyttä tavoitellaan kausaalisuhteiden osoittamisella ja niitä taas yritetään saada esiin koeasetelmissa. Toisenlainen ohjausparadigma tuottaisi toisenlaisen tutkimusparadigmojen kysyntää. Poliitiikkaa on myös käytäntöjen implementointi. Toimintojen ottaminen käytäntöön edellyttää neuvotteluja, valintoja, priorisointeja, päätöksiä, muunteluja; selaista sovittautumista paikallisiin olosuhteisiin, joka ei ole pelkkää käytännön toistamista tutkitussa muodossa. Hyvät käytännöt eivät ole esineitä, jotka voidaan siirtää paikasta toiseen. Hyvä käytäntö edellyttää jatkuakseen paitsi hyvää työskentelyä itse auttamispahtumassa myös hyvää johtamista, toimivia suhteita lähettävien ja vastaanottavien tahojen ja muiden kumppaneiden kanssa, hyvää

paikallista verkostoitumista kansalaisyhteiskunnassa jne. Kulku tieteellisestä näytöstä toimintatapojen käyttöön on kulkua ristiriitaisten intressien maastoissa ja useiden toimijoiden kentillä. Sana ”implementointi” kuvaa kovin huonosti sitä poliittista prosessia, jonka tuloksena jokin käytäntö yleistyy.

Koeasetelmien asettaminen tuloksellisuustutkimusten mittapuuksi on erityisen ongelmallista dialogisten käytäntöjen kehittämisen kannalta. Asia ei ole yhtä pulmallinen *interventiivisten* käytäntöjen kehittelyn kannalta, vaikka nekään eivät ole esineen kaltaisia. Dialogisissa käytännöissä on keskeistä nimenomaan *vastavuoroisuus*. Asiakkaat eivät ole vain kohteita, joihin suunnataan toimenpiteitä. Yksinkertaistettaessa asetelmia mitattavissa olevien yksittäistekijöiden vaikutuksiin saadaan näkyviin pikemminkin *lineaarisia vaikutussuhteita* kuin vastavuoroisia suhteita. Tällaisiin tuloksiin pohjautuvilla suosituksilla vahvistetaan puolestaan enemmän *monologisia* käytäntöjä, interventioita kohteeseen kuin dialogisia kohtaamisia: joku tekee jotain toisten muuttamiseksi menetelmällä x, mutta ei itse muutu siinä tai jos muuttuu, se on tutkimuksen kannalta sivuseikka.

Hallintokulttuuri luo koeasetelmatutkimuksen kysyntää

Satunnaistettujen koeasetelmien kohoaminen vaikuttavuustutkimuksen mittapuuksi liittyy nähdäksemme siihen vallan delegointiprosessiin, joka on toteutunut hyvinvointivaltion ekspansiovaiheen jälkeen. Normit ja valtiosuudet, keppi ja porkkana, olivat tehokas yhdistelmä, joita käyttämällä Suomeen saatiin aikaan peruskoulu-, terveyskeskus- päivähoito-, perheneuvola- ja muut vastaavat järjestelmät kuta kuinkin yhdenmukaisina koko valtakuntaan. Nyt on sijalla on paljon väljempää ohjausta. Sitovien normien ja yleiskirjeiden tilalla on puitesäännöstöä ja suosituksia. ”Korvamerkitettyjen” valtiosuukien sijalla on puitebudjetteja ja könttäsummia.

Silti pitäisi voida vaikuttaa paikallisiin käytäntöihin – ja tätä tarvetta on lisännyt havainto kansalaisten eriarvoistumisesta: asuin-kunnasta riippuen kansalaiset saavat eritasoisia palveluja, kerran yhtenäinen hyvinvointivaltio erilaistuu. Yritys ohjalla käytäntöjä suosittelemalla tutkimuksellisesti verifioituja hyviä käytäntöjä on EU:ssa laajeneva yritys ratkaista delegoidun vallan ja kontekstien

hallinnan ristiriitaa. Keskusvalta tarjoaa ohjausinstrumentiksi laajoja *kehittämishjelmia*, joiden olennaisena sisältönä on *hyvien käytäntöjen* suosittaminen ja suosiminen rahanjaossa. Hyviltä käytännöiltä puuttuu kuitenkin tiukan normin ja tarkoin käyttö-tarkoituksen mukaan säädellyn resursoinnin ohjaava vaikutus. Ne tarvitsevan uutta auktoriteettia. Sen tarjoaa tiede. Kun ohjattavana on *asiantuntijajärjestelmä*, sosiaalipalvelu- terveydenhuolto-, koulu-tus-, työvoimapalvelu- yms. järjestelmät koulutettuine henkilöstöi-neen, suosituksen tulee olla vakuuttava. Kun käskytyjärjestelmä on purettu, pelkkä hallinnollinen hierarkiataso ei tarjoa riittävän vakuuttavaa arvovaltaa.

Ylimmältäkin hallinnolliselta portaalta tuleva suositus on vain suositus alan asiantuntijoille. Niinpä auktoriteettia lainataan tiedejärjestelmältä: tutkimusten meta-analyysien pohjalta osoite-taan *tieteen auktoriteetilla*, että tämä tai tuo suositus ei ole vain kulloisenkin hallinnon ideologinen preferenssi tai satunnainen tulos, vaan *yleinen, kaikkialla pätevä selitys ilmiöön vaikuttamisen pätevistä keinoista*. Lähettämällä keskukselta tieteen auktorisoi-maa informaatiota konteksteihin A, B ja C pyritään niiden hallin-taan ilman, että loukataan vallan delegoinnin periaatteita. Tähän tarpeeseen koeasetelmatutkimus tulee erinomaisena elementtinä – ja sen määrätietoisuus kaiken kontekstuaalisen puhdistamisessa asetelmista ja tuloksista saa sen näyttämään tyystin politiikasta irralliselta toimijalta.

Psykososiaalisen työn kehittäminen tarvitsee tieteellistä näyt-töä. Näyttöön perustuva tutkimus ei ole ongelmallista sinällään. Dialogisten käytäntöjen kehittämisen kannalta on hyvin proble-maattista, jos

- tuloksellisuustutkimus tunnistaa vain interventiot kohteisiin
- suositukset ohjaavat käytäntöjä interventiosuuntaan
- hallinto nojautuu vain interventiot tunnistavaan tutkimukseen.

Tarvitaan avaraa evidence based -tutkimusta. Tämä edellyttää kes-kustelua myös paradigmarajojen yli, ei vain niiden sisällä. Rajojen ylittäminen taas kysyy kohtaamisen areenoita ja dialogeja.

Tutkimuksen agorat ja kontekstiin sitoutuminen

Koska näyttöön perustuvia hyviä käytäntöjä ei voi siirtää konteksteihin ohi paikallisten toimijoiden intressien, käytäntöjen kehittämiseen pyrkivän tutkimuksen tulisi osallistua paikallisiin prosesseihin. Läheltä toimittaessa kysymys selitysten universaalisuudesta muuttuu. Yksinkertaistettujen vaikutusyhteyksien tarkastelun sijasta tarvitaan monipuolisia asetelmia. Ammattikäytäntöjen kehittämiseksi tarvitaan tutkimusta, joka pystyy ruokkimaan paikallisia oppimisprosesseja. Mikäli jossain kontekstissa toteutetusta verkostodialogisten käytäntöjen tutkimus- ja kehittämisprosessista halutaan siirtää hyviä käytäntöjä toisiin konteksteihin, oikotietä ei ole. Uudessa kontekstissa tarvitaan *paikallisia neuvotteluja, paikallista verkostoitumista ja paikallisia oppimisprosesseja*. Aiemmissä hankkeissa saaduilla tuloksilla on tärkeä tehtävä tuollaisten prosessien tukemisessa. Oivallukset ja kiteytykset siis kumuloituvat.

Helga Nowotny, Peter Scott ja Michael Gibbons arvelevat kirjassaan *Re-thinking science: Knowledge and the public in an age of uncertainty* (2002), että pyrkimys tuottaa pätevää (validia) tietoa siten, että tiede puhdistetaan mahdollisimman tarkoin niistä konteksteista, joissa ilmiöt ilmenevät, tuottaa *vähemmän* pätevää tietoa kuin konteksteihin sitoutunut tutkimus. He erittelevät tieteen haasteita laajaa, teknisistä tieteistä yhteiskuntatieteisiin ulottuvan tapausaineiston valossa. Heidän havaintonsa eivät liity nimenomaisesti psykososiaalisen työn tutkimisen kysymyksiin, mutta heidän keskeiset johtopäätöksensä ovat tavattoman kiinnostavia myös tämän toimintalohkon kannalta.

Nowotny ym. tarkastelevat *heikosti kontekstualisoitua ja vahvasti kontekstualisoitua tietoa* ja tähtäävät näiden ”väliin”, tavoitellen keskivahvasti konteksteihin sitoutuvaa tutkimusta. Heikosti konteksteihin sitoutuvassa tutkimuksessa vuorovaikutuksen tilat ovat tiedeinstituutioiden määrittämät. Jotta voitaisiin löytää yleisiä lainalaisuuksia, konteksti ei tavallaan saa päästä ”tahramaan” ilmiötä. Niinpä ilmiö saadaan tutkimusasetelmallisin keinoin tarkasteltavaksi ”puhtaampana” kuin se missään esiintyy. Tähän pyritään, jotta löydettäisiin universaaleja, yleispäteviä lainalaisuuksia ja vastaavasti niihin vaikuttamisen yleispäteviä keinoja. Pyrkimys on paradoksaalinen. Tähdätään tiedon käytettävyyteen muuallakin kuin koeolo-

suhteissa, mutta sen saavuttamiseksi ilmiö pelkistetään yksinkertaisemmaksi kuin se on muualla kuin koeolosuhteissa. Heikosti kontekstiin sitoutuvista tutkimuksista saadaan tuloksia, jotka ovat menetelmiensä vuoksi verrattavissa toisiin samoilla menetelmillä tehtyihin tutkimuksiin, mutta niiden luotettavuusarvo käytännössä on vähäisempi; ne eivät vastaa käytännön tilanteita.

Yhtenä esimerkkinä tällaisesta yksinkertaistavasta, ei kontekstiin sidotusta tutkimuksesta voi mainita psykoottisten oireiden uusiutumista kuvaavat tutkimukset ja niistä tehdyt meta-analyysit. Relapsien määrää arvioivissa tutkimuksissa viitataan yleensä Gilbert ym. (1995) artikkeliin, jossa on analysoitu 66 seurantatutkimusta, joiden koeasetelma on rakennettu siten, että potilaat satunnaistetaan neuroleptilääkeryhmään ja lumelääkeryhmään yhden vuoden neuroleptihoidon jälkeen. Kahdessa kolmasosassa näistä tutkimuksista neuroleptilääkitys on lopetettu äkillisesti. Seuraavan vuoden aikana rekisteröidään relapsien määrä ja on todettu, että neuroleptilääkitystä jatkavilla potilailla relapseja on vähemmän (15–25 %) kuin lumelääkkeeseen vaihtaneilla potilailla (55 %). Tämän tutkimuksen perusteella annetaan sitten hoitosuositus, että neuroleptilääkitys tulee aloittaa heti hoidon alussa, koska se ehkäisee oireiden uusiutumista paremmin kuin hoidon toteuttaminen ilman lääkettä. Kuitenkin kyseinen tutkimus ei edes kuvaa suosituksen kohteen tilannetta vaan päinvastoin sitä, että kaikki saivat ensin lääkityksen, joka sitten satunnaisesti lopetettiin. Tutkimuksessa pyrittiin siis mahdollisimman suureen yleistettävyyteen, mutta samalla menetettiin sen validius. Se ei enää kuvaa sitä, mitä sillä tarkoitetaan kuvattavaksi.

Toimijoiden määrän kasvaessa tulee yhä hankalammaksi säilyttää yhden näkökulman kontrolli, väittävät Nowotny ym. *Vahvasti* kontekstiin sidotut tutkimukset eivät pyri laboratoriomaisiin olosuhteisiin tai niiden jäljittelyyn vaan ottavat lähtökohdakseen kunkin kuvattavan tilanteen ja rakentavat tutkimusasetelmat tilanteen luomien ehtojen mukaisesti. Nowotny ym. pohtivat mahdollisuutta toteuttaa tutkimusta joka olisi ääripäiden välimaastossa, keski-vertoisesti kontekstiin sitoutunut. Tällaisessa tutkimuksessa tieteen peruslähtökohdat yhdistyvät kuhunkin tutkimuskontekstiin. *Keski-vertoisesti* kontekstiin sidotussa tutkimuksessa *tutkimuksen kohteet ovat alusta lähtien mukana avoimessa vuorovaikutuksessa luomassa tutkimuksen ehtoja ja asettamassa omia kysymyksiään*. Kun heikosti konteksteihin sitoutuvassa laboratoriomaisessa tutkimuk-

sessä näköalana on tulosten soveltaminen rajatulla toimialalla, keskivahvasti kontekstualisoidussa tutkimuksessa perspektiivi siirtyy myös tulosten ”vaikutusten kontekstin” ennakoimiseen. Tällöin tarkastelun piiriin tulee laajempi alue kuin perinteisesti mielletty tulosten soveltamisala. Se tuo *ihmisiin kohdistuvat vaikutukset* tarkastelun piiriin. Jotta voidaan ennakoida vaikutuksia laajemminkin kuin vain rajatulla sovellusalueella, tarvitaan perinteistä rajattua tutkimusyhteisöä laajempi ennakoiva yhteisö. Tutkimuksen haasteeksi tulee kyky muodostaa rajoja ylittäviä yhteisöjä ja kyky dialogiin. Tämä ei ole vain monitieteisyyttä ja tieteenalarajojen ylittämistä koskeva haaste vaan myös uudenlaisten tutkijat ja muut toimijat -suhteiden muodostamisen haaste. Ihmiset tulevat mukaan kuvaan eri ”asuissa” (”guises”) – yhteiskunnallisissa kokeissa, kohteina, kuultuina partnereina. Tutkimuksen *kohteetkin* muotoutuvat dialogisen prosessin kuluessa. Nowotny ym. näkevät keskivahvasti kontekstualisoidun tutkimuksen edellyttävät *agoroita ja dialogeja*. Agorat ovat osapuolten kohtaamisareenoita, dialogit ovat se vuorovaikutuksen tapa, jolla osapuolet voivat tulla mukaan sekä tutkimuksen muotoutumiseen että sen vaikutusyhteyksien ennakoimiseen. Tutkimusprosessit suunnitellaan sellaisiksi, että niissä tapahtuu koko ajan reflektiota tutkijoiden, tutkimuksen kohteiden, eri tutkimusmenetelmien ja johtopäätösten välillä. Johtopäätösten synty tapahtuu avoimessa oppimistilanteessa, jossa kaikki osapuolet oppivat.

Nowotny ym. eivät esitä, että olisi aika hylätä laboratoriot ja pelkistetyt koeasetelmat. Sen sijaan he korostavat, että *pätevien tulosten aikaansaamiseksi ja ihmisiin kohdistuvien vaikutusten ennakoimiseksi* tieteen olisi sitouduttava vahvemmin niihin konteksteihin, joissa sen tutkimat ilmiöt ilmenevät ja joita sen tulosten tuottamat vaikutukset koskevat. Nowotny ym. uskovat, että tällä tavoin voidaan tuottaa sosiaalisesti ”tanakkaa”, elinvoimaista (”socially robust”) tietoa. Sosiaalinen tieto pääsee vaikuttamaan siihen. Se pätee laboratorio-olosuhteiden ulkopuolellakin, ja sitä voi jatkuvasti testata. Tekijöiden mielestä vankkumaton usko yhteiskunnalliseen suunnitteluun ja tieteen ennustettavuuteen – ja sitä ilmentävä näyttöön perustuvan tutkimuksen suosio – on modernisaation kliimaksin ”jääräpäinen jäännös”. Heidän mielestään olisi keskeistä havaita yhteiskunta–tiede-suhteiden tiivistyminen sekä sosiaalisesti jaetun asiantuntemuksen ilmaantuminen.

Näyttöön perustuvalla tutkimuksella on paikkansa uudenaikaisen, agoroille ja dialogeihin uskaltautuvan tutkimuspolitiikan muotoutumisessa. Tämä edellyttää, että ei piirretä yhtäläisyysmerkkejä tieteellisen näytön hakemisen, huolellisen meta-analyysin ja vain ilmiökenttää rajusti rajaavien koeasetelmatutkimusten välille.

Käytäntöjen yleistäminen ja oppimisen foorumit

Erilaisia käytäntöjen yleistymisyrityksiä voi havainnollistaa kahdella esimerkillä. Norjassa on toteutettu suurimittainen hanke ns. monisysteemisen auttamismallin (multi system treatment) juurruttamiseksi koko maahan. Intervention yhteyteen on rakennettu mittava seuranta tutkimus. (Ks. Ogden & Halliday-Boykins 2004.) Tuo hanke ja sen seuranta on erityisen kiinnostava tämän kirjan teemojen kannalta, sillä kyseessä oli verkostomaisten keinojen käyttö, ei lääkkeen, yhden toimenpiteen tms. vaikutus kohteeseen. Rikoksia tekevien, auttamisjärjestelmien perinteisillä keinoilla tavoittamattomissa olevien nuorten syrjäytymisriskiä pyrittiin vähentämään menetelmäkokonaisuudella, jossa kyseiseen menetelmään koulutetut henkilöt ovat tiiviissä kanssakäymisessä nuorten, heidän perheidensä ja muidenkin verkostojen kanssa.¹⁷ Pyrkimys on arvokas, sillä tuonkaltaisissa kysymyksissä ei ole ylitarjontaa toimivista keinoista. Yhdysvalloissa kehitetty Multi System Treatment (MST) lupaa kuitenkin tutkittua tuloksellisuutta juuri tuon väestöosan piirissä. MST:a saa käyttää vain siihen koulutettu ja lisensoitu henkilöstö, siitäkin syystä, että näin koetetaan varmistaa, että se MST, jota toteutetaan, on sitä mitä pitääkin. Henkilöstö allekirjoittaa sopimuksen, ettei muuta menetelmästä piiruakaan, ja se saa sekä koulutuksensa että työohjauksensa Yhdysvalloissa. Seuranta tutkimuksen asetelma on huolellinen, satunnaistettuun otantaan ja vertailuasetelmaan pohjautuva. Tietyt nuoret saivat MST-käsittelyä, vertailuryhmä ei. Arpomalla oli ratkaistu ketkä sijoitettiin MST-ryhmään ja ketkä vertailuryhmään, ja näin pyrittiin varmistamaan, että tuntemattomat tekijät jakautuivat todennäköi-

¹⁷ Kolmen-neljän terapeutin muodostamat tiimit ja kunkin johtaja/ohjaaja olivat asiakkaiden käytettävissä 24 tuntia vuorokaudessa, 7 päivää viikossa. Tällaisia tiimejä oli hankkeessa mukana kaikkiaan kuusi eri puolilla Norjaa. Kullakin terapeutilla oli vastuu vähintään kolmesta ja korkeintaan kuudesta perheestä.

sesti tasaisesti koko tutkimusjoukossa. Tulokset osoittivat, että MST tuotti parempia tuloksia kuin sen jättäminen käyttämättä. Ero ei ollut huikea, mutta tilastollisesti merkitsevä. Selvin ero oli nuorten sosiaalisten taitojen kasvussa. (Ks. Ogden & Halliday-Boykins, 2004.)

Kysymyksessä oli koe siitä, voiko Yhdysvalloissa tutkitusti tuloksellisen toiminnan *toistaa* Norjassa. Toteutuiko menetelmä siis kaikkialla täsmälleen samanlaisena? Tuskin. On syytä olettaa, että menetelmän toimivuuden ehtona oli, että sen käyttäjät pystyivät käyttämään sitä *generatiivisesti*, joutaen ”kontekstin vaatimusten” mukaan, tehden muunnoksia, joita kukin vuorovaikutustilanne nuorten ja heidän verkostojensa kanssa vaati. Tekivätkö he vain menetelmään liittyviä asioita, eliminoiden ehkä ”omana itsenään” olemisen. Tuskin – tuskin onnistuivat jos vaikka yrittivät. Kun tutkimuksessa pyrittiin yleistettävään tietoon, tavoitteena on löytää vaikuttavat tekijät. Mutta vastausta siihen, mikä viime kädessä aiheutti havaitun tuloksen, ei saatu. Itse menetelmähän ei auta tai paranna ketään. Psykologiset menetelmät elävät aina niiden käyttäjien toimintana. Uuden menetelmän oppiminen vaikuttaa aina sen käyttäjien kokonaisuuteen. Siis siihen, että he saattavat nyt olla kiinnostuneempia asiakkaistaan kuin aikaisemmin, he saattavat luoda toisenlaisen suhteen asiakkaihinsa, he saattavat tarkkailla itseään ja omaa toimintaansa eri tavalla kuin ennen ja he saattavat alkaa puhua eri tavalla kuin ennen. Kaikki nämä tekijät – ja monet muut – saattavat vaikuttaa hyvin kokonaisvaltaisesti positiivisella tavalla vaikeiden kriisitilanteiden kohtaamiseen.

Avointen ja ennakkointialogien kehittäminen on tapahtunut toisenlaisessa prosessissa kuin Multi Systems Therapy. Avointen dialogien toimintakäytännön kehittäminen on tapahtunut alueellisena prosessina, jossa on yhdistynyt kolme toisiaan tukevaa toimintaa: (a) Itse hoitoprosessien muuttaminen aluksi yksinkertaisia peukalosääntöjä noudattaen. Nämä yksinkertaiset säännöt ovat sellaisia, että kaikki työntekijät voivat seurata niiden toteutumista päivittäin. Keroputaan sairaalassa ne olivat aluksi: potilaan tulee olla mukana aina kun hänen asioistaan keskustellaan ja omaisten aina kun tehdään päätöksiä, jotka liittyvät heidän elämään. Toinen sääntö koski sitä, että keskustelut tulisi tapahtua työryhmän kanssa niin paljon kuin mahdollista ja kahdenkeskiset lääkärin, psykologin ja muiden tapaamiset vain perustellusta syystä. (b) Henkilöstön kouluttaminen uuteen toimintakäytäntöön, painottaen dialogisuutta ajattelutapana ”tekniikan” tai ahtaasti ymmärretyn menetelmän sijasta. Tällä

on tuettu sekä uudenlaisen työskentelytavan omaksumista että sen generointia, luovaa muuntelua. Koko psykiatrian henkilökunnalla ja yhteistyökumppaneille on järjestetty 3-vuotinen erityistason perheterapiakoulutus, jonka pääsisältö muodostuu avoimen dialogin toiminta-ajatuksista. (c) Tutkimus sekä dialogisuudesta (kuten luvussa 8 kerrottiin) että uuden käytännön tuloksellisuudesta (kuten luvussa 9 kerrottiin). (d) Päätöksenteon tuki dialogisille käytännöille. Seurantatutkimuksen tuottamat päätelmät hyvin toimineen hoidon keskeisistä puolista vaikuttavat suoraan käytännön työhön. Nämä neljä toimintaa – hoito, koulutus, tutkimus ja päätöksenteko – on saatettu vuorovaikutukseen siten, että ne ruokkivat toisiaan. Hoitotilanteista tulevat uudet kokemukset tarjoavat pohjan empiiriselle aineistolle ja kiintopisteitä koulutukselle. Tutkimus tarjoaa analyyseja ja synteesejä aineistoista, kokemusten käsitteellistämisen tapoja ja sisältöä koulutukselle. Koulutus pyrkii lisäämään toimijoiden mahdollisuuksia generoida luovia dialogisia käytäntöjä. Päätöksenteko tarjoaa toimintarakenteelle jatkuvuutta. Jotta edellä kuvattu olisi mahdollista, on tarvittu osapuolten erilaisia kohtaamisen areenoita ja sellaisia kohtaamisen tapoja, joissa yksi käsitys ei vaadi ehdotonta auktoriteettia, vaan etsitään uusia mahdollisuuksia tarkoittaa ja jatkaa.

Ennakointidialogien yleistämisessä on vastaavanlaisia rakenteita, mutta siinä tutkimuspalautetta on toistaiseksi ollut käytettävissä vähemmän. Koska ennakointidialogit ovat prosesseja, jotka toteutuvat avoimuuden ei-kenenkään-mailla (joilla ei ole kriisiyksikön kaltaista kotipesää), niiden toteuttamiseksi on ollut tärkeää muodostaa sellaista ylisektorista ohjaus- ja seurantajärjestelmää, joka voi johtamisen keinoin tukea toimintaa, joka ei lankea yksin yhdenkään linjaorganisaation toimintapiiriin. Kuten avointen dialogienkin kohdalla, kullakin alueella on toteutettu laaja koulutusohjelma, jossa työntekijät voivat omaksua uusia työmalleja. Erityisenä tehtävänä on ollut vuoropuhelun vetäjien koulutus. Jotta kussakin kontekstissa on voitu toteuttaa juuri tuohon kontekstiin sopivia toimintatapoja, on ennakointidialogienkin yleistämisessä ollut tärkeää (a) muodostaa jaetun kokemuksen ja toiminnan kehittelyn käytännöt, (b) muuntelukykyä edistävän koulutuksen käytännöt ja (c) tutkimuksen käytännöt – ja saada ne vuoropuheluun keskenään. Ylisektorisessa maastossa on ollut tärkeää muodostaa myös sellaiset kohtaamisen areenat, joilla (d) johtamistoiminta osallistuu prosessiin johtamisen kehittämisiksi.

Japanilaiset organisaatioteoretikot Ikujiro Nonaka, Norio Konno ja Ryoko Toyama (2001) ovat eritelleet oppimisen, reflektion ja dialogien areenoita innovatiivisten yritysten piirissä. Heidän pohdintansa liittyvät havaintoihin ”tiedon johtamisen” (knowledge management) käytännöistä yritysmaailmassa. Nonaka ym. toteavat, että haasteena ei niinkään ole tiedon johtaminen ikään kuin sitä itsestään selvästi olisi johdettavaksi eikä liioin tiedon tuottamisesta ikään kuin sitä ei vielä olisi, vaan erilaisten tietojen saattamisesta dialogiin uuden ymmärryksen synnyttämiseksi ja erillisperspektiivien mahdollisuuksien ylittämiseksi. Yritysten työntekijöillä on valtava määrä ns. hiljaista tietoa, joka ei välttämättä artikuloidu aloitteiksi ja ehdotuksiksi. Nonakan ym. mukaan progressiivisissa yrityksissä on onnistuttu luomaan foorumeita, joilla toiminnan jäsentämisen ja innovaatioiden tuottamisen kannalta keskeiset tahot – lattiatasolta ylimpään johtoon – kohtaavat. Tuollaisille kohtaamisen tiloille on japanin kielessä tarjolla käsite ”ba”, jota erityisesti filosofi Kitaro Nishida on käyttänyt. Ba tarkoittaa sekä fyysistä tilaa että läsnäoloa että myös kohtaamisessa toteutuvaa mentaalista tilaa. Erilaiset vaiheet hiljaisen tiedon liittymisessä eksplikoidumpaan tietoon ja muotoutumisessa yrityksen toimintaa ohjaaviksi jäsennyksiksi vaativat Nonakan ym. mukaan kukin omanlaisensa ba:n. Kussakin on olennaista, että muodostuu kohtaamispaikka, jossa toteutuu erillisten toimijoiden mahdollisuudet ylittävä näköala.

Nowotнын ym. hahmottelemat keskivahvasti kontekstualisoidun tutkimuksen agorat ja Nonakan ym. kuvaamat ba:t ovat nähdäksemme ajatuksellisesti sangen lähellä toisiaan. Yhteistä niille on pyrkimys ylittää rajoja, muodostaa rajapinnoille uusia foorumeita ja toteuttaa osapuolten kesken sellaisia dialogeja, jotka ylittävät erillisten toimijoiden mahdollisuudet ymmärtää mistä on kysymys ja miten jatkaa.

Lopuksi: Vallasta ja valtaistamisesta

Verkostodialogit ovat yhtäältä uusi polku. Toisaalta ne ovat osa suurempaa psykososiaalisen työn väylää. Yhteistä on pyrkimys *voimaannuttamiseen/valtaistamiseen*. (Kunpa löytyisi sujuvampi suomenkielinen vastine sanalle 'empowerment'.) Voimaannuttaminenkin on valtasuhde. Barbara Cruikshank (1999) pohtii "valtaistamisen tahtoa", sellaista asiakkaista/kansalaisia aktivoivaa toimintaa, joka tähtää heidän itsenäisyytensä kasvuun - siis mieluummin ihmisten subjektivointiin kuin alistamiseen. Tuollaisen toiminnan pyrkimys on tukea ihmisiä auttamaan itseään. Voimaannuttaminen tai valtaistaminen on tietenkin vallankäyttöä sekin ja toteutuu valtasuhteina. Itsenäistelyyn kykeneviä ihmisiä ja yhteisöjä "tuotetaan"; itsenäiseksi ei synnytä. Kuvaamissamme dialogeissa koetetaan tukea sitä, että sosiaalisissa suhteissa piilevät voimavarat tulisivat yksilöiden käyttöön.

Kuten on käynyt ilmi, asiakkaiden läheisverkostot ovat keskeisiä verkostodialogeissa, ei ainoastaan ammatillinen asiantuntemus. Vuorovaikutus muuntuu yksityisen ja julkisen alan välillä. Asiakkaiden ja heidän läheistensä näkemykset tulevat enemmän keskiöön – mutta he myös tulevat tiiviimmin mukaan poikkeavuuden sääntelyyn. Verkostomaiset lähestymistavat haastavat perinteiset asiantuntijajärjestelmät, joissa ammattilaisilla on korkeampi asema määritettäessä auttamistilannetta, mutta haastavatko verkostodialogit myös valta-asemat? Tässä loppuluvussa pohdimme valtasuhteita kuvaamassamme uudessa käytännössä.

Valtaa on kaikkialla, mutta valta ei ole vain dominaatiota. Michel Foucault (1997, 291; alkuperäinen 1984) toteaa, että olisi parempi puhua *valtasuhteista* kuin käyttää vain sanaa valta, sillä vallasta puhuttaessa ajatellaan usein poliittisia rakenteita, hallitsemista, dominoivaa yhteiskuntaluokkaa, herraa ja orjaa jne. Foucault korostaa, että valta on aina läsnä suhteissa, joissa joku koettaa hallita toisen toimintaa, olivat ne sitten verbaalista kommunikaatiota, rakkaussuhteita, institutionaalisia tai taloudellisia suhteita tai muita. Foucault myös tähdentää vallan varovaista käyttöä: "Valtasuhde ei itsessään ole sen enempää hyvä kuin pahakaan, mutta kylläkin vaarallinen, joten joka tasolla on pohdittava, miten se kanavoisi voimansa parhaalla mahdollisella tavalla." (Foucault, 1995, 96; alkuperäinen 1983). Onkin syytä pohtia, miten kanavoisi voimia varoen liittä-

essään työntekijäverkostot ja läheisverkostot kytkentöihin dialogien edistämiseksi.

Kuvaamamme dialogiset käytännöt voivat olla sekä lupaavia että uhkaavia yhtä aikaa – niin ammattilaisten kuin asiakkaidenkin näkökulmasta. Yhtäältä ne lupaavat hyviä tuloksia tilanteissa, joihin liittyy yltyvää ahdinkoa ja vaara syrjäytymisestä. Käytännöt on kehitetty vaikeissa tilanteissa ja niitä varten, eivät psykososiaalisen työn helpommilla osa-alueilla. Mutta ne voivat olla myös uhkaavia. Hyvät tulokset voidaan saada aikaan vain muuttamalla joitakin ammattiavun keskeisiä periaatteita. Niiden mukaan on totuttu toimimaan – puolin ja toisin. Työntekijöillä on perinteiset hallinnan keinonsa, ja asiakkaat ovat tottuneet odottamaan heidän toimivan perinteisen ammattiauttajakuvan mukaisesti.

Muiden muassa seuraavat tekijät luonnehtivat uutta, dialogeissa ilmenevää paradigmaa:

- Ammattiauttaja pyytää apua asiakkaalta ja muilta “maallikoilta” huoventaakseen omia huoliaan.
- Ammattiauttaja muuntelee omaa toimintaansa sen sijaan, että tähtäisi toisten toiminnan muuttamiseen jonkun tietyn päämäärän mukaiseksi.
- Kehitys nähdään yhteiskehityksenä, missä kaikki – ammattiauttaja mukaanlukien – muuttuvat.
- Asiakkaan läheisverkostot nähdään voimavarana, ei ongelmien lähteenä tai ylläpitäjänä.
- Yhteistyössä ei koeteta saavuttaa yhteisiä ongelmanmäärittelyjä; ammattilaiset kiinnostuvat siitä, millaisena tilanne näyttäytyy kunkin toimijan näkökulmasta.
- Hoidon tai avun suunnittelua ei eroteta hoito- tai auttamisprosessista, eikä prosessia suunnitella ammattilaisten kesken asiakkaiden selän takana.
- Kuunteleminen tulee tärkeämmäksi kuin neuvojen antaminen.
- Ajattelutavat, asenne ja kohtaaminen tulevat tärkeämmiksi kuin menetelmät.
- Rajojen ylittäminen ammatillisessa järjestelmässä tulee tärkeämmäksi kuin rajojen vetäminen.

Tämä tarkoittaa, että asiakkailla on enemmän sananvaltaa siihen, kuinka heidän ongelmiaan käsitellään. Asiakkaiden läheisverkostojen ja työntekijäverkostojen dialogeissa muotoutuu tietynlaista jaettua asiantuntijuutta. Tämä on laadullisesti erilaista kuin perinteinen asiantuntijuuden idea, joka tähtää ilmiön hallintaan erityisen ammatillisen tiedon avulla. Ratkaisujen avaimet eivät olekaan yksin ammattilaisilla – eivätkä yksin kenelläkään muullakaan, Maallikot osallistuvat myös asiantuntemuksen luomiseen. Tämä voi tietysti olla huolestuttavaa perinteisen asiantuntijaparadigman kannalta. On kuitenkin syytä huomata, että lääkärin, sosiaalityöntekijän, terapeutin, opettajan, psykologin tai kenenkään muunkaan ammattilaisen ammatillinen tieto ei haihdu eikä tule verkoston kaappaamaksi. Uusi haaste on saattaa ammatillinen tieto ja kokemus hyötykäyttöön jaetun ymmärryksen ja yhteistoiminnallisten ratkaisujen luomiseksi.

Ammattilaisten ja asiakkaiden asemat muuttuvat verkostojen kohtaamisissa, mutta ne eivät tule symmetrisiksi. Nimenomaan asiakkaat tai heidän läheisensä hakevat apua – tai joskus asiakkaat pakotetaan yhteyteen toimipisteiden kanssa, kuten vakavissa lastensuojelutapauksissa. Ammattilaiset ovat palkkatyöläisiä tai yrittäjiä; auttaminen on osa heidän perustehtävänsä tai ammatinharjoittamistaan. Ammattilaiset ovat kotikentällä, kun puhutaan ongelmista, oireista, poikkeavuudesta, määritelmästä, diagnooseista tai normaaliudesta, vaikka keskustelu tapahtuisi asiakkaan kotona. Ammattilaisilla on – kullakin erityisalansa ja asemansa mukaisesti – mahdollisuus edistää tai ehkäistä asiakaan pääsyä palvelujärjestelmän aineellisten tai aineettomien resurssien ääreen. Valtasuhteet eivät poistu terapiahuoneesta tai yhteistyöneuvotteluista, kun dialogisuus astuu sisään. Valta ei kuitenkaan ole yhtä kuin alistaminen. Kuten Barbara Cruikshank (1999,41) korostaa, liberaaleissa demokratioissa tarvitaan itseohjautuvia kansalaisia, ja voimaannuttaminen on sellaista valtaa, jossa pikemminkin edistetään kuin lannistetaan subjektiutta. Se on valtaa, joka alistamisen sijaan tuottaa aktiivisia subjekteja - ja on sellaisista riippuvainen.

Asiantuntemus, välittämistoiminta ja valta

Jaetun asiantuntemuksen tavoittelu muuttaa valtasuhteiden käytäntöä. Peter Miller ja Nicolas Rose (1991) ovat köyhien hallinnointia pohtiessaan korostaneet asiantuntemuksen tärkeitä välittävää roolia: Perhe-elämän tai henkilökohtaisen toiminnan yksityisiä alueita olisi ehkä tarpeen muokata, mutta poliittisen vallan muodolliset elimet ei voi puuttua noihin alueisiin suoraan, sillä tuollainen yksityiseen tunkeutuminen loukkaisi 'vapauslupauksia'. Liberaalin hallinnan puitteissa valtion ei ole sopivaa puuttua suoraviivaisesti yksityiselämään. Asiantuntijajärjestelmillä on Millerin ja Rosen mielestä tässä tärkeä välittävä tehtävä. Niiden sopii olla kosketuksissa yksityiseen sfääriin. Niinpä asiantuntijajärjestelmät välittävät politiikkaohjelmien ja niiden kohteiden välillä.

Vaikka kuvaamiamme verkostodialogeja ei oikeastaan voi kutsua interventioiksi samassa mielessä kuin yhdensuuntaisia monologisia toisiin osapuoliin kohdistettuja toimia, ne ovat kuitenkin interventioita laueammassa hallinnoinnin merkityksessä. Ne ovat osa yritystä muokata yksityisten elämänalueiden toimintaa julkisten toimijoiden kautta – nimittäin osa psykososiaalista ammatillista toimintajärjestelmää. Foucault'n (1980) mukaan hallinnointi käsittää minkä tahansa ohjelman, diskurssin tai strategian, joka tähtää toisten toiminnan tai itsen muokkaamiseen. Verkostodialogit tavallaan "normalisoivat" tiiviit yhteydet verkostojen välillä, kuten myös asiakkaiden yksityisasioiden käsittelyn julkisen järjestelmän tuntumassa ja piirissä. Tällaiset käytännöt haastavat asiakkaiden tavat varjella yksityisen ja julkisen rajapintoja ja neuvotella niiden ylityksistä.

Dialogisuus ja muotoutuva jaettu asiantuntemus muuntavat ammattilaisten ja ei-ammattilaisten asetelmaa. Yhden osapuolen mahdollisuuden hallita tilannetta muuttuvat tuntuvasti. Mutta pyrkimys poikkeavuuden normalisointiin säilyy – olkoon se mielenterveysongelmien hoitamista, dysfunktionaalisen sosialisaaion rajoittamista tai muuta sellaista. Psykososiaalisen työn ammattilaiset ovat "normalisointiammattilaisia", verkostodialogeissakin. Poikkeavuuden normalisointi ei kuitenkaan edellytä asiakkaiden näkemistä kohteina, jotka olisi saatava muokattua ammatillisen tiedon antaman normaaliuskuvan mukaisiksi. Monenkeskisissä dialogeissa muodostuu kahdenvälisiä kohtaamisia selvemmin mahdollisuus avointa uteliaisuutta korostavaan asenteseen – ja se tulee itse asiassa aivan

keskeiseksi. Kun ammattilaiset lähtevät keskusteluihin keräämättä etukäteen informaatiota ongelmasta ja luomatta etukäteisstrategiaa omalle toiminnalleen, avoimuus asiakkaiden ja heidän läheistensä määrityksille ja ratkaisuille korostuu. Kun tehtävänä on generoida jaettua kieltä ja yhteisiä ymmärtämisen muotoja, ammattilaisilla on suuri haaste: kuinka käyttää ammatillista tietoaan ja kokemustaan tuon yhteistuotoksen hyväksi. Ammattilaisilla on esiyymmärryksenä ja ennakkokuvansa (kuten muillakin); juuri niiden ansioistahan ihmiset pystyvät muodostamaan käsityksiä ja subjektiivista mielekkyyttä. Mutta ammattilaisten ennakko-oletukset, kuten esiinpyrkivät diagnostiset ideat ja niistä seuraavat hoito-ohjelma –ajatukset, voivat tuottaa ”hälyä”, joka estää kuuntelemasta toisia. Dialogin edistäminen häiriytyy. Esiyymmärrystä joka tapauksessa on. Tuon perinheimillisen ja ymmärrysprosessille keskeisen tekijän poispyyhkiminen ei voi olla dialogisuuden ennakko-ehto. Niinpä on ratkaisevan tärkeää, että ammattilaiset ovat valmiita muuttamaan käsityksiään, sen sijaan että pakottaisivat niitä toisille. Monitoimijaisia tilanteita on vaikea hallita yksisuuntaisesti. Niinpä niissä toteutuu sekä suuri tarve että valtavasti mahdollisuuksia kokea moniäänisyyttä ja liittyä siihen. Tämä voidaan nähdä jopa ammatillisen asiantuntemuksen kriisin ilmentymänä – ja tienä siitä ulos. Perinteinen paradigma antaa pikemmin yksisuuntaisen hallinnan keinoja kuin valmentaa jaetun kielen ja ymmärryksen muodostamiseen moniäänisessä dialogissa. Haastaviin tilanteisiin sisältyy mahdollisuus kehittää oman instituution rajoilta kurkottavaa, avointen ympäristöjen eksperttiisiä. Risto Eräsaaren (2003) mukaan asiantuntemuksen kolmijalka – tiedeperusta, ammatit ja instituutiot – tutisee kokonaisuudessaan.

Vallan kritiikki valtasuhteiden sisältä

Vallan kriitikot tapaavat nojautua ”tuonpuoleisuuksiin” eritellessään valtasuhteita, väittää Scott Lash (2002). Hahmotellaan alistamises-ta vapaa alue, jota vasten sitten tarkastellaan analysoitavaa järjestelmää.¹⁸ Hän ehdottaa kritiikkiä ilman dualismeja, joissa yhtenä kohtiona on puhdas ideaali ja toisena vajavainen todellisuus (s.9). Haasteena on kritiikki sisältä käsin.

Analysoidessaan Avoimien Dialogien yksityiskohtia Petteri Autio (2003) havaitsi neljä vallankäytön diskurssityyppiä: (1) Asiantuntija – potilasdiskurssissa rakennetaan asiantuntijan ja potilaan välistä erot-telua. Asiantuntija määrittelee itsensä asiantuntijan asemaan ja asi-akkaansa potilaan asemaan, mihin asiakas yleensä myös asettuu itse. (2) Hoitomallidiskurssissa asiantuntijat – Avoimien Dialogin periaat-teita heijastaen – korostivat avohoidon ensisijaisuutta ja medikalisoin-nin (diagnostisoinnin) välttämistä, jopa potilaiden tahtoa vastaan. (3) Normaalisuusdiskurssissa tulivat esiin yhteiskunnassa vallitsevat asenteet normaaliudesta. (4) Demokratiadiskurssit noudattivat val-litsevia länsimaisia, yksilöllisyyttä ja itsekontrollia korostavia arvoja.

Tällaiset tutkimukset vallankäytöstä verkostodialogeissa ovat elintärkeitä oppimiselle. Ammattilaisilla – ja mm. Ennakointialojeja ”vetävillä” verkostokonsulteilla – on paljon opittavaa. On tarpeen tulla yhä tietoisemmaksi voimista, joita tulee välittäneeksi valta-suhteissa, jotta osaisi olla varovainen ja herkkä kunkin tilanteen ja asiakkaan kulttuurisille erityispiirteille. Vain sitä kautta asiakkaiden oman elämän hallinta voi kasvaa

Valtasuhteet ovat olennaisia Avoimille Dialogeille ja Ennakointialojeille – eivät esteitä. Niitä ei käy kiertäminen eikä ilman niitä olisi niitä kohtaamisia, joita olemme kuvanneet. Avoimet Dialogit toteutuvat, koska on pantu toimeen toimintatapa, jonka mu-

18 Lash käyttää esimerkkinä Jürgen Habermasin käsitettä ideaalisesta puhetilanteesta. Habermas (1994) kuvaa vastavuoroisen ja tasa-arvoisen keskustelun välttämättömiä ehto-ja. Hänen mukaansa tuollainen kommunikaatio ei voi toteutua rahan ja vallan ”systeemimaaailmassa”. Sosiaalivaltion asiantuntijajärjestelmän ja asiakkaan välinen suhde johtaa strategiseen, välineelliseen kommunikaatioon, joka tähtää valtaan (ja liikevoittoon rahan järjestelmissä). Ihanteellinen, dominaatiosta vapaa puhetilanne voisi hänen mukaansa toteutua kansalaisten ”elämismaailmassa”, mutta vain, jos perustelemisen, argumentaation, kyseenalaistamisen ja loogisten lausumien ehdot täytetään – ja ainoastaan *ihannetapauk-* sessa. Lash ehdottaa todellisten tilanteiden analyysia ilman ”tuonpuoleisuuksia” vertailu-kohtana. Hans-Georg Gadamer (1982) on todennut, että sen sijaan, että nimettäisiin abst-raktien ideoiden pohjalta sääntöjä ja ennakkoehdoja *dialogille*, dialojeja tulisi analysoida tapahtumayhteydessään, niiden ja vain niiden tuottamina, jotka osallistuvat dialogiin.

kaisesti verkostot kootaan kriiseissä välittömästi ja jossa noudatetaan myös muita kuutta periaatetta (mukaan lukien verkostonäkökulma, joustavuus ja liikkuvuus, vastuullisuus, psykologinen jatkuvuus, epävarmuuden sieto ja dialogisuus). Niinpä Avointen Dialogien järjestäminen psyykkisissä kriisitilanteissa Länsipohjassa ei ole mikään satuma, riippuvaista siitä, kokeeko joku ahdistunut sukulainen taikka jonkun yksikön työntekijä Avoimet Dialogit tuolla kohtaa tarpeelliseksi. Päin vastoin, läheisverkostot ja työntekijäverkostot kootaan ilman ennakoarviota siitä, viittaavatko oireet tai muu informaatio verkostodialogisen lähestymistavan suuntaan. Tässä erkaannutaan perinteiseltä perheterapian väylältä, ja tämä näyttää elintärkeältä parantavien dialogiyhteisöjen muodostamiselle. Perinteisessä lähestymistavassa perheenjäsenet kutsutaan mukaan hoitoprosessiin ongelmanmäärittysten ja indikaatioiden perusteella. Siellä missä toteutetaan Avointen Dialogien lähestymistapaa systemaattisesti, päätöksenteko, koulutus ja tutkimus tukevat sellaista käytäntöä, jossa läheisverkosto kutsutaan mukaan ja niitä työntekijöitä, joihin on otettu yhteyttä, pyydetään pysymään mukana – ei vaihtoehtona, vaan yhteistyön perustana kautta hoitojen kirjon. Tämä on ollut keskeisestä poikkeuksellisten hoitotulosten saavuttamiseksi. On kuitenkin huomattava, että nuo myönteiset tulokset on saatu aikaan vallankäytön – toimintatavan toteuttamisen – seurauksena, ei ilman valtasuhteita tai niiden ulkopuolella.

Näköala Ennakointialogien suhteen on samankaltainen: Jotta voidaan vakiinnuttaa toimintatapa, jossa toteutuu asiakkaiden oikeus dialogisiin prosesseihin, se on vietävä määrätietoisesti käytäntöihin. Olivat asiakkaat sitten lapsia, nuoria, vanhempia, vanhuksia, pitkäaikaistyöttömiä tai vammaisia, monitoimijaisissa tilanteissa tulisi keskiöön saada heidän arkielämänsä toimivuus ja ympärille hyvä voimavarojen yhdistelmä. Kun verkostoja kootaan tulevaisuusdialogeihin, verkostokonsultit ottavat tilanteet vetääkseen – kysymyksillään. He säätelevät tilanteita, päästämättä valloilleen monologisia hallintayrityksiä. Vallankäyttöä? Aivan varmasti. Kokoontumisia ei edes tapahdu kuin satunnaisesti, ellei toiminta saa johdon tukea. Vallankäyttöä. Monet asiakkaat kokevat hyvästä tulevaisuudesta liikkeelle lähtemisen aluksi omituisena (ks. Kokko 2006). Verkostokonsultit jatkavat kyselytapansa tästä huolimatta.

Dialogisuus oikeiden ihmisten, ei strategian osasten kesken

Avoimia Dialogeja ja Ennakointialogeja toteuttavat ihmiset. He eivät ole osia valtakoneessa. Dialogisuus noissa käytännöissä – sikäli kuin sitä ilmenee – riippuu osanottajien vapaaehtoisesta ”alustumisesta” vastavuoroisuuden tavoitteluun. Mikään makropolitikka ei pysty tuottamaan dialogisuutta. Poliitikot voivat tarjota ammatillisille mahdollisuuksia, mutta eivät voi toimia ohi mikro-suhteiden tai ilman niitä. Voi vain kuvitella millaisia Avoimet dialogit tai Ennakointialogit olisivat, jos ammattilaiset velvoitettaisiin tai pakotettaisiin toteuttamaan niitä. Tarkoittamattomia seurauksia saataisiin luultavasti monin verroin tarkoitettuihin nähden. Jos halutaan edistää dialogisuutta, tarjolla on niukalti uskottavia vaihtoehtoja sille, että edistetään tahtoa dialogisuuteen ammattilaisten keskuudessa. Jos ammattilaiset näkevät dialogisuudessa henkilökohtaisia, omakohtaisia perspektiivejä, he voivat suuntautua niitä kohti. Dialogisuuden tulee siis olla henkilökohtaisesti vakuuttavaa ammatilliselle, joka etsii tapoja ratkoa ammatillisia ongelmia. Sitä paitsi, edes ammattilaisten kiinnostus rajanylityksiin dialogien kautta ei tuota dialogisuuden leviämistä, elleivät asiakkaat ja heille merkitykselliset henkilöt myös näe dialogisuutta lupaavana perspektiivinä omasta näkökulmastaan. Tiivistäen: vaikka verkostodialogit toteutuvat valtasuhteissa, niiden sisällä, niitä ei voi ”panna käytäntöön” dominoivan hallinnan kautta.

Verkostodialogit avaavat lupaavia näköaloja ahdinkotilanteiden lievittämiseen ja syrjäytymisen ehkäisyyn. On tarpeen eritellä ja pohtia läpinäkyvästi valtasuhteita, jotka mahdollistavat nämä käytännöt ja joita nämä käytännöt muuttavat – jotta osattaisiin toimia varoen. Valtasuhteista ei pääse ”ulos” – eikä se ole tarpeenkaan: ”Näkemyks, että voisi olla kommunikaation tila, joka sallisi totuuspuheen vapaan virtaamisen, vailla mitään rajoitteita tai pakottavia vaikutuksia, vaikuttaa minusta utooppiselta. Tässä nimenomaan ei kyetä käsittämään, että valtasuhteet eivät ole pahoja itsessään, jotain, mistä pitäisi vapautua. En usko, että yhteiskunta voi olla olemassa ilman valtasuhteita, jos niillä tarkoitetaan strategioita, joilla yksilöt koettavat suunnata ja kontrolloida toisten toimintaa. Niinpä ongelmana ei ole niiden häivyttäminen täydellisen läpinäkyvään kommunikaatioon, vaan sellaisten lakisäännösten, johtamisen tekniikoiden sekä

myös moraalisuuden, eetoksen, minäkäytäntöjen toimeenpanon, jotka sallivat meidän pelata valtapelejä niin vähäisesti dominoiden kuin mahdollista.” (Foucault 1997, 298; alkup. 1984)

Lähteet

- Aaltonen, J., Seikkula, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J., & Sutela, M. (1997). Western Lapland project: A comprehensive family- and network-centered community psychiatric project. ISPS. Abstracts and Lectures, 12–16 October, 1997.
- Alanen, Y. (1997). Schizophrenia: Its origins and need-adapted treatment. London: Karnac.
- American Psychiatric Association. (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: Author. The reflecting team: Dialogues and dialogues about the dialogues.
- Andersen, T. (1991). The reflecting team: Dialogues and dialogues about the dialogues. New York: Norton.
- Andersen, T. (1995). Reflecting processes: Acts of informing and forming. In S. Friedman (Ed.), *The reflective team in action: Collaborative practice in family therapy* (pp. 11–35). New York: Guilford.
- Anderson, H. (1997). *Conversation, language, and possibilities*. New York: Basic Books.
- Anderson, H., & Goolishian, H. (1988). Human systems as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family Process*, 27, 371–393.
- Arendt, H. (1958). *The Human Condition*. Chicago and London: The University of Chicago Press.
- Arnkil, E. (1991a). Social work and the systems of boundary. Suggestions for conceptual work. In E. Arnkil, *Keitä muita tässä on mukana. Viisi artikkelia verkostoista.* (pp 97–120). Sosiaali- ja terveyshallitus. Raportteja 23. Helsinki: VAPK-kustannus.
- Arnkil, E. (1991b). Peilejä. Hypoteeseja sosiaalityön ristiriidoista ja kehitysvyöhykkeestä. Sosiaali- ja terveyshallituksen tutkimuksia 5. Helsinki: VAPK-kustannus.
- Arnkil, E. (1992). Sosiaalityön rajasyteemit ja kehitysvyöhyke. The systems of boundary and the developmental zone of social work. English summary. *Jyväskylän Studies in Education, Psychology and Social Research* 85. Jyväskylä: University of Jyväskylä.
- Arnkil, R., Karjalainen, V., Aho S., Lahti, T., Lyytinen, S.-M., Spangar, T. (2004). Yhteispalvelusta palvelukonseptin kehittämiseen. Yhteispalvelukokeilun arvioinnin loppuraportti. Työhallinnon julkaisu 339. Helsinki: Työministeriö.
- Arnkil, T. E. & Eriksson, E. & Arnkil, R. (2000): Palveluiden dialoginen kehittäminen kunnissa. Sektorikeskeisyydestä ja projektien kaaoksesta joustavaan verkostointiin. Stakes. Raportteja 253. Jyväskylä.
- Arnkil, T. E. & Eriksson, E. (1995): Mukaan meneminen ja toisin toimiminen. Nuorosopoliinikka verkostoissaan. Stakes. Tutkimuksia 51. Saarijärvi.
- Arnkil, T. E. & Eriksson, E. (1996): Kenelle jää kontrollin Musta Pekka -kortti? Sosiaalitoimisto verkostoissaan. Stakes. Tutkimuksia 63. Jyväskylä.
- Arnkil, T. E. & Seikkula, J. & Eriksson, E. (2001): Avoimet dialogit ja ennakointidialogit. Sosiaaliset verkostot psykososiaalisessa työssä. *Yhteiskuntapolitiikka* 2, 97–110.
-

- Autio, P. (2003). Indoktrinaatio avoimen dialogin hoitomallissa. Pro gradu -tutkielma. Joensuun yliopisto. Psykologian laitos.
- Bakhtin, M. (1991) Dostojevskin poetiikan ongelmia. Kustannus OY Orient Express.
- Bakhtin, M. (1981) Dialogic imagination. Austin: Texas University Press.
- Bakhtin, M. (1986). Speech genres and other late essays. Austin: University of Texas Press.
- Bakhtin, M. (1993) Toward a philosophy of the act. Austin. University of Texas Press.
- Barnes, J. (1972): Social Networks, Reading, MA: Addison-Wesley.
- Bateson, G. (1972). Steps to an ecology of mind. New York: Ballantine Books.
- Beck, U. (1986). Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt/M: Suhrkamp
- Beck, U., Giddens, A. & Lash, S. (1995). Nykyajan jäljillä. Tampere: Vastapaino
- Bourdieu, Pierre (1998). Järjen käytännöllisyys. Toiminnan teorian lähtökohtia. Tampere: Vastapaino.
- Bruner, J. (1985). Vygotsky: a historical and conceptual perspective. Teoksessa J. Wertsch (toim.) Culture, communication and cognition: Vygotskian perspective.(ss. 21–34). New York: Cambridge University Press.
- Buber, M. (1995). Sinä ja minä. Helsinki: WSOY.
- Crowley, T. (2001) Bakhtin and the history of language. Teoksessa Hirschkop, K. & Shepherd, D. (toim.) Bakhtin and cultural theory. Second edition. (ss 177–200). Manchester: Manchester University Press.
- Cruikshank, B. (1999). The Will to Empower. Democratic Citizens and Other Subjects. Ithaca and London: Cornell University Press
- Cullberg, J., Thoren, G., Åbb, S., Mesterton, A. & Svedberg, B. (1999). Integrating intensive psychosocial and low dose medical treatment in a total material of first episode psychotic patients compared to "treatment as usual". A 3-year follow-up. In Martindale, B., Bateman, T., Crowe, M. and Margison, F. (eds.) Outcome studies in psychological treatments of psychotic conditions. London, Gaskell Press.
- Eräsaari, R. (2003). Open-context expertise. Teoksessa A. Bamme, G. Getzinger & B. Wieser (toim.) Yearbook 2003 of the Institute for Advanced Studies on Science, Technology and Society (ss.31–66). München, Profil Verlag.
- Forsberg, G & Wallmark J. (1998). Nätverksboken. Om mötets möjligheter. Stockholm: Liber.
- Foucault, M. (1980) Power/Knowledge: Selected Interviews and other writings 1972-1977, ed. L.c.Gordon. Sussex: Harvester Press.
- Foucault, M.(1995). Rajallinen järjestelmä kohtaa rajattoman vaatimuksen. Teoksessa Eräsaari, R. & Rahkonen, K. (toim.). Hyvinvointivaltion tragedia. Keskustelua eurooppalaisesta hyvinvointivaltiosta. (Alkuperäinen haastattelu teoksessa Brunhes, Foucault, Lenoir & Rosanvalln Sécurité sociale: Lenjeu, Paris: Syros 1983)
-

-
- Foucault, M. (1997). The ethics of the concern of the self as a practice of freedom. Teoksessa *Ethics. Subjectivity and truth. Essential works of Foucault 1954-1984*. New York: The New Press 1997. (Haastattelu ilmestynyt alunperin 1984 lehdessä *Concordia: Revista internacional de filosofia*)
- Friis, S., Larsen, T. K. & Melle, I. (2003). Terapi ved psykoser. *Tidsskriftet for Norsk Lægeforening*, 123, 1393.
- Galperin, P. (1979). *Johdatus psykologiaan*. Helsinki: Kansankulttuuri.
- Gilbert, P., Harris, J., McAdams, L. A. & Jeste, P. (1995). Neuroleptic withdrawal in schizophrenic patients. A review of literature. *Archives of General Psychiatry*, 52, 173–188.
- Gupta S, Andreasen N, Arndt S & Flaum M. (1997). The Iowa longitudinal study of recent onset schizophrenia: One-year follow-up of first episode patients. *Schizophrenia Research*, 23 (1),1–13.
- Gutstein, S. (1987). Family reconciliation as a response to adolescent crisis. *Family Process*. 26, 217–224.
- Haarakangas, K. & Seikkula, J. (toim.) (1999). *Psykoosi – uuteen hoitokäytännön*. Tampere: Kirjayhtymä.
- Haarakangas, K. (1997). *Hoitokokouksen äänet. The voices in treatment meeting. A dialogical analysis of the treatment meeting conversations in family-centred psychiatric treatment process in regard to the team activity*. Diss. English Summary. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research. 130.
- Habermas, J. (1994). *Järki ja kommunikaatio. Tekstejä 1981–1985*. Toinen, uudistettu painos. Tampere: Gaudeamus.
- Himanka, J. (2002). *Se ei sittenkään pyöri. Johdatus mannermaiseen filosofiaan*. Helsinki: Tammi.
- Imber-Black, E. (1998). *Families and Larger Systems. A Family Therapist's Guide Through the Labyrinth*. New York, London: The Guilford Press.
- Imber-Coppersmith, E. (1985). *Families and Multiple Helpers: A Systemic Perspective*. In Campbell, D. & Draper, R. (eds.): *Applications of Systemic Family Therapy*. New York: Grune & Stratton.
- Isaacs, W. (2001). *Dialogi ja yhdessä ajattelemisen taito*. Helsinki: Kauppakaari
- Johnstone, E., Frith, C., Crow, D., Owen, D., Done, D., Baldwin, E & Charlette, A. (1992). The North Park Functional Psychosis Study: Diagnosis and outcome. *Psychological Medicine*, 22, 331–346.
- Johnstone, E., Macmillan, F., Frith, C., Benn, D. & Crow, D. (1990). Further investigation of the predictors of outcome following first schizophrenic episode. *British Journal of Psychiatry*, 157, 182–189.
- Keränen, J. (1992). *The choice between outpatient and inpatient treatment in a family centred psychiatric treatment system*. Diss. English summary. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research, 93, 124–129.
- Kickert, W. J. M., Klijn, H.-E & Koppenjan, J. F. M. (1997). *Managing Complex Networks. Network Strategies for the Public Sector*. London: Sage Publications Ltd.
-

- Kissling, W. & Leucht, S. (2001). Results of treatment of schizophrenia: Is the glass half full or half empty. *International Clinical Psychopharmacology*, 14(Suppl 3), S11–S14.
- Klefbeck, J. & Hultkranz-Jeppson, A. & Marklund, K. & Bergerhed, E. & Forsberg, G. (1988). Verkostoterapia – Ruotsin malli. *Perheterapia* 4, 3–12.
- Kokko, R.-L. (2003). Asiakas kuntoutuksen yhteistyöryhmässä. Institutionaalisen kokemisen jännitteitä. Helsinki: Kuntoustussäätiö, Tutkimuksia 72/2003.
- Kokko, R.-L. (2006) Tulevaisuuden muistelu. Ennakointidialogit asiakkaiden kokemina. Vaajakoski: Stakes
- Lash, S. (1996): Refleksiivisyys ja sen vastinparit: rakenne, estetiikka, yhteisö. Teoksessa: Beck, U. & Giddens, A. & Lash, S. *Nykyajan jäljillä*. Tampere: Vastapaino.
- Lash, Scott (2002): *Critique of Information*. London, Thousand Oaks, Delhi: Sage Publications.
- Latour, B. (1988). Politics of explanation: an Alternative. Teoksessa Woolgar, S. (ed): *Knowledge and Reflexivity*. New Frontiers in Sociology. Bristol: Sage publications.
- Leiman, M., & Stiles, W. (2001). Dialogical sequence analysis and the zone of proximal development and conceptual enhancements to the assimilation model: The case of Jan revisited. *Psychotherapy Research*, 11, 311–330.
- Levinas, E. (1996). Etiikka ja äärettömyys. Keskusteluja Philippe Nemon kanssa. Tampere: Gaudeamus.
- Linell, P. (1998). Approaching dialogue. Talk, interaction and contexts in dialogical perspectives. Amsterdam: John Benjamins.
- Linell, P., Gustavsson, L., & Juvonen, P. (1988). Interactional dominance in dyadic communication: A presentation of initiative-response analysis. *Linguistics*, 26, 415–442.
- Linszen D., Dingemans P., Lenior, M. (2001). Early intervention and a five year follow up in young adults with a short duration of untreated psychosis: ethical implications. *Schizophrenia Research*, 51(1), 55–61.
- Linszen, D., Lenior, M. De Haan, L., Dingemans, P. & Gersons, B. (1998). Early intervention, untreated psychosis and the course of early schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*. 172(Suppl.33), 84–89.
- Luckman, T. (1990). Social communication, dialogue and conversation. In I. Markova & K. Foppa (Eds.), *The dynamics of dialogue* (pp. 45–61). London: Harvester.
- Luhmann, N. (2002). *Theories of Distinction. Redescribing The Descriptions of Modernity*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Luhmann, N. (2004). *Ekologinen kommunikaatio*. Helsinki: Gaudeamus.
- Markova, I. (1990). Introduction. Teoksessa. I. Markova & K. Foppa, *The Dynamics of dialogue*. (ss. 1–22). Hertfordshire: Harvester & Wheatsheaf.
- Maturana, H. & Varela, F. (1980). *Autopoiesis and Cognition*. Dordrecht: Reidel

-
- McGorry, P., Edwards, J., Mihalopoulos, C., Harrigan, S. & Jackson, H. (1996). EPPIC: An evolving system of early detection and optimal management. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 305–325.
- McGorry, P., Henry, L., Maude, D. & Phillips, L. (1998). Preventively orientated psychological intervention in early psychosis. In C. Perris & P. McGorry (eds) *Cognitive psychotherapy of psychotic and personality disorders: Handbook of theory and practice*. John Wiley&Sons.
- Miller, P. & Rose, N. (1991). Programming the poor: poverty, calculation and expertise. Teoksessa Lehto, J. (ed.) *Deprivation, social welfare and expertise*. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus.
- Nonaka, I., Konno, N. & Toyama, R. (2001) Emergency of "Ba". A conceptual framework for the continuous and self-transcending process of knowledge creation. Teoksessa I. Nonaka & T. Nishiguchi (toim.) *Knowledge emergency: Social, technical, and evolutionary dimensions of knowledge creation* (ss. 13–29). Oxford: Oxford University Press.
- Nowotny, H., Scott, P. & Gibbons, M. (2002). *Re-thinking science: Knowledge and the public in an age of uncertainty*. Malden, MA: Blackwell Publisher.
- Ogden, T. & Halliday-Boykins, C. (2004). Multisystemic treatment of antisocial adolescents in Norway. Replication of clinical outcomes outside of the U.S. *Child and Adolescent Mental Health*, 9, 77–83.
- Patterson, D. (1988). *Essays on Bakhtin and his contemporaries*. Lexington: The University Press of Kentucky.
- Penn, P. (1998). Rape flashbacks: Constructing a new narrative. *Family Process*, 37:299–310.
- Schwartzman, H. & Kneifel, A. (1985). How the child care system replicates family patterns (pp 87-107). In J. Schwartzman (Ed.), *Families and other systems*. New York: Guilford.
- Seikkula, J. (1987). Rajasysteemi – hoidettava yksikkö osaston ja perheen välillä. *Perheterapia*, 3(1), 11–13.
- Seikkula, J. (1991). Perheen ja sairaalan rajasysteemi potilaan sosiaalisessa verkostossa. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research*, 80.
- Seikkula, J. (1994): *Sosiaaliset verkostot. Ammattiauttajan voimavara kriiseissä*. Helsinki: Kirjayhtymä
- Seikkula, J. (1995). From monologue to dialogue in consultation with larger systems. *Human Systems*, 6, 21–42.
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J. & Sutela, M. (1995). Treating psychosis by means of open dialogue. In S. Friedman (ed.) *The Reflective process in action*. New York. Guilford Publication.
- Seikkula, J., Alakare, B. & Aaltonen, J. (1999). Potilaat sosiaalisissa verkostoissaan – kahden vuoden seurantatutkimus akuutin psykoosin kotihoidosta. In K. Haarakangas & J. Seikkula (eds.) *Psykoosi – uuteen hoitokäytäntöön*. Helsinki. Kirjayhtymä.
- Seikkula, J., Alakare, B. & Aaltonen, J. (2001b). Open dialogue in psychosis II: A comparison of good and poor outcome cases. *Journal of Constructivist Psychology*, 14, 267–284.
-

- Seikkula, J., Alakare, B., & Aaltonen, J. (2001a). Open dialogue in psychosis I: An introduction and case illustration. *Journal of Constructivist Psychology*, 14, 247–265.
- Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J., Holma, J., Rasinkangas, A. & Lehtinen, V. (2003). Open Dialogue approach: Treatment principles and preliminary results of a two-year follow-up on first episode schizophrenia. *Ethical Human Sciences and Services*. 5(3), 163–182.
- Shotter, J. (1993). *Conversational realities: Constructing life through language*. London: Sage.
- Sipilä, J. (1989). *Sosiaalityön jäljillä*. Helsinki: Tammi.
- Skitsofrenian käypä hoito. (2001) Suomen Psykiatriyhdistys ry, 15.10.2001.
- Speck, R. & Attneave, C. (1973). *Family Networks*. New York: Pantheon Books.
- Stern, S., Doolan, M., Staples, E., Szmukler, G., & Eisler, I. (1999). Disruption and reconstruction: Narrative insights into the experience of family members caring for a relative diagnosed with serious mental illness. *Family Process*, 38, 353–369.
- Strauss, A. (1978). *Negotiations. Varieties, Contexts, Processes and Social order*. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.
- Surakka, V. (1999). Contagion and modulation of human emotions. *Acta Universitatis Tamperensis*; 627. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Trimble, D. (2000). Emotion and voice in network therapy. *Netletter*. 7(1), 11–16.
- Tuohimaa, M. (2001). Emmanuel Levinas ja vastuu Toisesta. niin & näin 3, 33–38.
- Van der Kolk, B., & Fislser, R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 505–525.
- Watzlawick, P., Weakland, J. & Fisch, R. (1979). *Muutoksen avaimet*. Jyväskylä: Gummerus.
- Weckroth, J. (1986). Tapahtuman ennakointi psykologin yksilötutkimuksen menettelmä. Oulun yliopiston työtieteen laitoksen tutkimuksia 6, Oulu: Oulun yliopisto.
- Wertsch, J. (1985). *Vygotsky and social formation of mind*. Cambridge: Harvard University Press.
- Wertsch, J. (1991) *Voices of the mind. A sociocultural approach to mediated action*. London. Harvester/Wheatsheaf.
- Virtamo, K. (1977). *Otavan musiikkietä AÖ*. Keuruu: Otava.
- Voloshinov, V. (1990). *Kielen dialogisuus*. Tampere. Vastapaino.
- Vygotski, L. (1972) *Ajattelu ja kieli*. Helsinki. WSOY.
- Yung, A., Phillips, L., McGorry, P., Hallgren, M., McFarlane, C., Jackson, H., Francey, S. & Pattor, G. (1998). Can we predict the onset of first episode psychosis in a high-risk group? *International Clinical Psychopharmacology*, 13 (Suppl 1), S23–S30.