

Leena-Maria Ehrling

Psykoterapian vaikutusten arvioiminen

Keskustelunanalyttinen tutkimus arviointihaastattelun käytänteistä



II

Sosiaalipsykologisia tutkimuksia 13

Socialpsykologiska studier 13

Social psychological studies 13

Kustantaja:

Helsingin yliopiston sosiaalipsykologian laitos

Toimituskunta:

Klaus Helkama, puheenjohtaja

Kari Mikko Vesala

Karmela Liebkind

Anna-Maija Pirttilä-Backman

Maaret Wager

Inga Jasinskaja-Lahti, toimitussihteeri

Copyright:

Leena Ehrling ja

Helsingin yliopiston sosiaalipsykologian laitos

PL 54 (Unioninkatu 37)

00014 Helsingin yliopisto

ISBN 952-10-3477-7 (nid)

ISBN 952-10-3478-5 (PDF)

ISSN 1457-0475

Kannen kuva: Konsta Ehrling, Kansi: Mari Soini

Yliopistopaino, Helsinki 2006

SISÄLLYS

JOHDANTO	1
1 MIELENTERVEYS, PSYKOTERAPIA JA PSYKOTERAPIAN VAIKUTUSTEN TUTKIMINEN ...	6
1.1 Mitä on hyvä mielenterveys?	7
1.1.1 Mielenterveyden häiriön määritelmät ja psykiatriset luokittelujärjestelmät	8
1.1.2 Luokitusten vahvuuksia ja heikkouksia	13
1.2 Psykoterapia mielenterveyden häiriön hoitomuotona	15
1.3 Psykoterapian tutkimus	18
1.3.1 Psykoterapian vaikuttavuustutkimuksen tavoitteet ja historia	22
1.3.2 Psykoterapian prosessitutkimus ja process–outcome- paradigma	26
1.4 Helsingin Psykoterapiaprojekti	30
1.5 Psykiatriset arviointihaastattelut	32
1.5.1 HPTP:n seurantaahaastattelut	36
1.5.2 Persoonallisuusorganisaatio ja sen arviointitehtävä ..	38
1.5.3 Tämän tutkimuksen aineisto	43
1.6 Yhteenveto	44
2 KESKUSTELUNANALYYSI JA HAASTATTELUN VUOROVAIKUTUS	47
2.1 Tutkimuskohteena puolistrukturoitu arviointihaastattelu ..	50
2.2 Keskustelunanalyysi	55
2.3 Institutionaalisen vuorovaikutuksen tutkimus	59

IV

2.4 Keskusteluanalyysi ja haastattelun vuorovaikutuksen tutkiminen	61
2.5 Vuorovaikutuksen analyysiyksiköt	63
2.6 Yhteenveto	71

3 HPTP:N SEURANTAHAASTATTELUIDEN KOKONAISRAKENNE JA HAASTATTELIJOIDEN KYSYMYSVUOROT

73

3.1 Seurantahaastatteluiden ohjeistukset ja ominaispiirteet ...	74
3.1.1 Haastattelijoiden toiminnan ohjeistukset.....	75
3.1.2 Seurantahaastatteluiden ominaispiirteet.....	77
3.2 Seurantahaastattelun aloitus	79
3.3 Haastattelijoiden ohjeistetut vuorot eli agendakysymykset	84
3.3.1 Haastatteluohjeistuksen moniosaiset kysymykset....	85
3.3.2 Haastatteluohjeistuksen lisätarkennukset	95
3.3.3 Haastatteluohjeistuksen muiden kysymysten aiheet ja järjestys	99
3.4 Seurantahaastattelun lopetus.....	109
3.5 Yhteenveto	112

4 POTILAIEN KERRONTAA KÄSITTELEVÄT HAASTATTELIJOIDEN VUOROT.....

115

4.1 Jaetun ymmärryksen rakentamisen keinot.....	120
4.1.1 Toisto, ekstensio ja formulaatio.....	127
4.1.2 Jatkokysymykset: haku- ja vaihtoehtokysymykset .	146
4.1.3 Agendakysymyksen uudistavat vuorot.....	151
4.2 Yhteenveto	153

5 ONGELMISTA PUHUTTAMISEN KEINOT

155

5.1 Diagnostisen piiloagendan ilmeneminen haastatteluissa.	156
5.1.1 Klarifikaatio, konfrontaatio ja tulkinta.....	158
5.1.2 Yhteenveto psykodynaamisen haastattelun käytänteistä	176
5.2 Empaattista suhtautumista osoittavat vuorot	176
5.2.1 Suhtautumistapa minimipalautteissa.....	178
5.2.2 Suhtautumistapa ekstensioissa ja formulaatioissa...	181
5.2.3 Formulaatio containing-tehtävässä	187
5.2.4 Yhteenveto suhtautumisen ilmaisuista.....	191

5.3 Puhetta virittävät vuorot.....	192
5.3.1 Yhteenvedo kimmokkeina toimivista formulaatioista	203
5.4 Yhteenvedo.....	204
6 PÄÄTELMÄT JA POHDINTAA	207
6.1 Tutkimustulosten tiivistelmä.....	210
6.2 Psykoterapian vaikuttavuustutkimus	212
6.3. Keskustelunanalyysi psykoterapian prosessitutkimuksen menetelmänä.....	217
6.4 Sosiaalitieteellinen psykoterapiatutkimus.....	222
6.5 Psykiatrinen arviointihaastattelu sosiaalipsykologisena tutkimuskohteena	225
6.5.1 Sosiaalipsykologia ja mielen sisäinen maailma	227
6.6 Tutkimustulosten hyödyntäminen	230
6.6.1 Sosiaalipsykologia ja haastattelijan toiminnan analyysi	231
6.7 Jatkotutkimusmahdollisuuksia HPTP:n aineistosta	233
6.7.1 Haastattelutyylilien erot.....	234
6.7.2 Transferenssi haastattelutilanteessa.....	235
6.8 Lopuksi.....	237
KIRJALLISUUS	239
LIITE 1	273
LIITE 2	275
ENGLISH ABSTRACT	279

ESIPUHE

Tämä työ on valmistunut monen henkilön ja yhteisön suotuisalla myötävaikutuksella vuosina 2003-2006.

Kiitän kaikkia niitä Helsingin Psykoterapiaprojektiin osallistuneita potilaita, jotka ovat antaneet haastatteluprosessiensa videonauhoitukset tämän tutkimuksen aineistoksi. Lämmin kiitos Helsingin Psykoterapia-projektin johtajalle professori Paul Knektille ja tutkimuspäällikkö Olavi Lindforsille rakentavasta yhteistyöstä. Samalla osoitan kiitokseni Helsingin Psykoterapiaprojektin mahdollistaneille laitoksille, joita ovat Kansaneläkelaitos, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, Biomedicum Helsinki -säätiö, Kuntoutussäätiö ja Kansanterveyslaitos. Kiitän tutkimuksen rahoittajia: Koneen säätiötä, Helsingin yliopistoa ja Biomedicum Helsinki -säätiötä. Helsingin yliopiston sosiaalipsykologian laitos on tarjonnut käyttööni työtilat ja materiaalit, siitä kiitos.

Tämä tutkimus on versonut professori Anssi Peräkylän johtamasta projektista ”Vuorovaikutuksen tuloksellisuus terveydenhuollossa ja sosiaalipalveluissa”. Kiitän lämpimästi projektiryhmän jäseniä Sonja Bäckmania, Taru Ijästä, Esa Lehtistä, Pirjo Lindforsia, Tiina Mälkiää, Pirjo Nikanderia, Johanna Ruusuvuorta, Liisa Voutilaista, Anssi Peräkylää ja Sanna Vehviläistä. Projektin kokoukset ovat olleet minulle tärkeitä oppimistilaisuuksia. Samalla ne ovat olleet virkistäviä tapaamisia, joissa on ollut mukava puhua muustakin kuin keskusteluanalyysistä. Ajattelen lämmöllä myös Johanna Veististä ja Kirsi Arvolaa, joiden apu litteroimisessa ja aineiston teknisessä työstämisessä on ollut merkittävää.

Työni olen saanut tehdä parhaassa mahdollisessa ohjauksessa. Professori Anssi Peräkylä ja dosentti Sanna Vehviläinen ovat luoneet turvallisen, lämminhenkisen mutta vaativan työympäristön, jossa olen uskaltanut kokeilla rajojani tietäen, että minua ei tuomita epäonnistumisesta. Anssin ja Sannan humaani tapa tehdä tiedettä ja ohjata tutkimusprosessiani on tehnyt minuun lähtemättömän vaikutuksen. Ohjaajieni kanssa olen kokenut tullee kuulluksi – myös asioissa, jotka eivät liity tutkimuksen tekemiseen. Työskentely Anssin ja Sannan kanssa on ollut antoisaa ja minulle monin tavoin merkityksellistä; heidän läsnäololleen kuuluu suuri kiitos sitä, että tämä työ on valmistunut.

Tutkimuksen käsikirjoituksen esitarkastajat professori Mikael Leiman ja yliassistentti Johanna Ruusuvuori auttoivat minua asemoimaan työni sekä sosiaalitieteen että psykoterapiatutkimuksen kentille. Heidän rohkaisevat ja rakentavat kommenttinsa työn käsikirjoitukseen olivat ensiarvoisen tärkeitä työn loppuun hiomisessa. Heille osoitan lämpimät kiitokseni.

Arkisen pakerruksen kohokohtia minulle ovat olleet ruokatunnit tutkijakollega Liisa Voutilaisen kanssa. Sen lisäksi, että keskustelumme ovat olleet inspiroivia ja motivoivia, on Liisa tarkalla ja analyttisellä työotteellaan opettanut minulle paljon keskustelunanalyysiä. Yhdessä jaetut pohjakosketukset ja riemun häivähdykset elävät mielessäni merkityksellisten kokemusten joukossa. Kiitos Liisa. Arjen valopilkkuja ovat olleet myös keskustelut sosiaalipsykologi- ja tutkijakollega Jukka Valkosen kanssa. Jukalle kiitos kontaktista, rehellisistä mielipiteistä ja huumorista.

Yhteistyö psykoterapeuttien ja psykoterapian tutkijoiden kanssa on ollut tärkeää ja mieluista. Keskustelut psykoterapeuttisen kommunikation tehtävistä, luonteesta ja erityispiirteistä ovat stimuloineet työni etenemistä. Mielessäni ovat etenkin hetket Markku Andelinin, Tarja Hämäläisen ja Anna Kajanteen kanssa. Heille suuri kiitos – toivottavasti edes hitunen siitä viisaudesta, jota he ovat jakaneet, elää työni sivuilla. Kiitos

VIII

myös Introspektin väelle näköalasta psykoterapeuttien (joskus raadolliseen) arkeen.

Olen tehnyt tämän työn lapsiperheen elämänmakuisen arjen siivittämänä. Työn ja äitiyden yhdistelmä on ollut mieleni mukainen, vaikkakin haasteellinen. Yhdistelmän käytännön toteuttamiseen olen tarvinnut ja saanut apua lähellä olevilta ihmisiltä, joiden apua suuresti arvostan.

Työhön paneutumisen ehdoton edellytys on ollut päivähoitopaikka, johon olen voinut viedä lapsemme luottavaisin ja hyvin mielin. Paulalle, Elinalle ja Mirkalle sydämellinen kiitos mielenrauhasta ja kaikesta muusta. Virkistävästä ja vapauttavista kohtaamisista kiitos ystävilleni Johannalle, Riitalle, Linalle ja Mintulle sekä heidän perheilleen. Kiitos myös Mallulle, Riitalle, Soilelle ja heidän perheilleen lastenhoitoavusta ja kiinnostuksesta perhettämme kohtaan. Se on merkinnyt minulle paljon.

Appivanhempani Lasse Ehrling ja edesmennyt Seija Ehrling ovat aina kannustaneet minua valinnoissani. Lasse on vaikeinakin aikoina jaksanut olla kiinnostunut työstäni ja auttanut lasten hoidossa, siitä suuri kiitos.

Kiinnostus vuorovaikutukseen ja ihmisten hyvinvointiin on lähtenyt itämään lapsuudessani. Isäni Juhani Koistinen ja edesmennyt äitini Pirkko Koistinen tarjosivat kasvuympäristön, jossa mielensisäinen maailma oli päivittäinen puheenaihe, yhtälailla omien kokemusten kuin vanhempieni ammatillisen osaamisen kautta. Vanhempani myös opettivat jo varhain, että työn tekemistä ei kannata pelätä, että haasteet on hyvä nähdä mahdollisuuksina ja että puhuminen auttaa monissa tilanteissa. Nämä muistot, viestit ja opit ovat olleet kullan arvoisia tutkimusprosessin kaikissa vaiheissa.

Vanhempieni osuus tähän työhön on muutenkin merkittävä. Äitini muisto vaikutti ratkaisevasti siihen, että uskalsin tähän työhön ryhtyä ja että tein sen loppuun. Isän ammatillinen viisaus on auttanut ymmärtämään ja suuntaamaan työtäni. Isälle kiitos myös myötäelämisestä, horjumattomasta luottamuksesta ja lastenhoitoavusta.

Minulle korvaamaton tuki ovat sisarukseni Eero ja Laura. He ovat riittävän lähellä ja samalla tarpeeksi kaukana; he ovat kuunnelleet, ymmärtäneet ja konfrontoineet uskottavalla tavalla. Monissa käännteissä olen kokenut hyvin tärkeäksi, että vierellä on ihmisiä, joille minun ei ole tarvinnut selittää kokemuksiani tai perustella valintojani. Lauralle ja Eerolle ja heidän ihanille perheilleen –Elmerille, Vernalle ja Tiinalle sekä Kasperille, pikkuiselle Petrukselle ja Samille– suuri kiitos kaikesta.

Rakkaalle puolisololleni Samille kiitos arjen jakamisesta ja järjestelyistä, joiden varassa olen saanut toteuttaa haaveitani. Ilman Samin joustavaa, kärsivällistä ja huumorintajuista suhtautumista tämä työ ei olisi valmistunut. Konsta ja Hertta ovat pitäneet kiinni arjessa ja antaneet sille ja kaikelle muulle merkityksen. Konstalle kiitos myös kannen vesiväri-maalauksesta, joka työhuoneeni seinällä on representoinut minulle mielensisäistä maailmaa.

Henkilökohtaisesti tämän työn tekeminen on merkinnyt minulle intensiivistä äidin ja lapsen välisen suhteen prosessoimista. Siksi omistan tämän työn äidille, Konstalle ja Hertalle.

Sateisessa Helsingissä lokakuussa 2006

Leena Ehrling

Jotain tapahtuu
ja siitä hetkestä lähtien kun alkaa tapahtua
ei mikään voi olla kuin ennen

Paul Auster

JOHDANTO

Uupumus, jatkuva alakuloisuus, jännittäminen, ahdistus ja lukuisat muut ihmiselle itselleen epäedulliset psyykkiset kokemukset haittaavat arkisen elämän sujumista monilla eri tavoilla: ihmissuhteet kärsivät, työ- ja opiskelukyky häiriintyy, mielihyvän lähteet vähenevät. Näitä ja monia muita mielenterveyden häiriöitä hoidetaan psykoterapialla. Psykoterapiassa tavoitteena on psyykkisen kuormittuneisuuden ja kärsimyksen poistaminen tai lieventäminen. Psykoterapiassa pyritään ymmärtämään, mistä ongelmat johtuvat ja haetaan niille erilaisia ratkaisuja. Itseen liittyvä ymmärrys merkitsee psyykkistä kehitystä ja kasvua, muutosta.

Psykoterapia on eräänlainen sateenvarjokäsite, jonka alle mahtuu lukuisia keskenään hyvinkin erilaisia psykoterapiamuotoja. Esimerkiksi psykoterapioiden työskentelytavat, tapaamisvälit ja tavat määritellä ongelmia vaihtelevat. Siten psykoterapiaan hakeutumisen yhteydessä nousee esiin monenlaisia psykoterapiamuodon valitsemiseen liittyviä kysymyksiä: Minkälainen psykoterapia auttaa minun tilanteeseeni? Ovatko lyhyet ja pitkät psykoterapiat yhtä tehokkaita mielenterveyden hoitokeinoja? Mikä psykoterapiamuoto tuottaa pysyvimmät vaikutukset? Psykoterapiaan hakeutuvien lisäksi kysymykset koskettavat muitakin tahoja, esimerkiksi psykoterapeutteja ja heitä kouluttavia yhteisöjä. Vastausten löytäminen kiinnostaa erityisesti psykoterapiahoitoja kustantavia instituutioita, sillä mielenterveyden häiriöt ovat varsin yleisiä. Noin joka viides suomalainen kärsii niistä jossain elämänsä vaiheessa (Pirkola ym. 2005). Psykoterapiapalveluiden tarve on suuri. Erilaisilla psykoterapiatutkimuksilla pyritään selvittämään, minkälaisia vaikutuksia psykote-

rapioidella on, minkälainen psykoterapia auttaa mihinkin tilanteeseen ja mikä ylipäättään tekee psykoterapiasta vaikuttavaa.

Psykoterapiatutkimusta tehdään eri näkökulmista. Tutkimuskentän voi karkeasti jakaa kahteen tutkimusmuotoon, prosessitutkimukseen ja vaikuttavuustutkimukseen. Prosessitutkimuksessa pyritään kartoittamaan ja kuvaamaan tekijöitä, joilla on psykoterapiassa parantava vaikutus (Esim. Lambert 1991). Prosessitutkimuksessa tutkimusasetelmat ovat tyypillisesti ei-kokeellisia. Tutkimusaineistot ovat melko pieniä ja usein tutkimusta tehdään tapaustutkimusmenetelmillä. Ulkopuolisten tutkijoiden lisäksi prosessitutkimusta tekevät psykoterapeutit itse. Omaa työtään tutkimalla psykoterapeutit voivat analysoida omaa työskentelyään ja työnsä tuloksia. Vaikuttavuustutkimuksessa sen sijaan tutkitaan, minkälaisia tuloksia psykoterapialla saadaan, millä tavoin psykoterapia vaikuttaa vointiin. Tutkimus toteutetaan usein satunnaistetulla ryhmävertailumenetelmällä, joissa tutkimusaineistot koostuvat suurista potilasjoukoista. Potilaat ohjataan eri psykoterapiamuotoihin ja eri psykoterapiamuotojen tuottamia tuloksia vertaillaan toisiinsa. Tietoa voinnissa tapahtuneista muutoksista kerätään tietyn pituisen seurantajakson ajan esimerkiksi itsearviointimenetelmillä, kyselytutkimuksilla ja haastattelemalla.

Tässä työssä tutkimuksen kohteena ovat suomalaisen vaikuttavuustutkimuksen, Helsingin Psykoterapiaprojektin tiedonkeruunmenetelmänä käytetyt arviointihaastattelut. Helsingin Psykoterapiaprojekti on mittavin Suomessa toteutettu satunnaistettu ryhmävertailututkimus. Tutkimus käynnistyi vuonna 1994 ja sen on määrä päättyä vuoteen 2009 mennessä. Sen tavoitteena on selvittää neljän eri psykoterapiamuodon vaikuttavuutta masennustilojen ja ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa. Tutkittavat psykoterapiat ovat lyhykestoinen psykodynaaminen psykoterapia, pitkäkestoinen psykodynaaminen psykoterapia, voimavarasuuntautuneen terapia ja psykoanalyysi. Helsingin Psykoterapiaprojektissa tutkitaan ensisijaisesti terapian vaikutuksia potilaalla diagnosoituihin psykiatriisiin oireisiin ja sairastavuuteen. Lisäksi tutkitaan terapian vaikutuksia sosiaaliseen toimintakykyyn ja työkykyyn, persoonallisuuden toimivuuteen, terveys-

käyttäytymiseen ja tutkimushoidon jälkeiseen hoidon tarpeeseen. Myös eri terapiamuotojen kustannusten ja vaikuttavuuden välistä suhdetta arvioidaan. (Knekt & Lindfors 2004.)

Yksi Helsingin Psykoterapiaprojektissa käytössä olevista potilaan psykiatrisen tilanteen arviointimenetelmistä on puolistrukturoitu arviointihaastattelu. Puolistrukturoidussa haastatteluissa haastattelijat pyytävät potilaita kertomaan voinnistaan, siinä tapahtuneista muutoksista ja potilaan kokemuksista psykoterapiasta. Puolistrukturoitu haastattelu eroaa strukturoidusta kyselymenetelmästä siten, että siinä potilaalla on mahdollisuus omin sanoin kuvata vointiaan. Potilas voi myös itse nostaa esiin tilanteeseensa vaikuttavia tekijöitä. Haastattelemisen kannalta merkityksellisin ero puolistrukturoidun ja strukturoidun haastattelun välillä on se, että jälkimmäisessä haastattelijat voivat osallistua haastattelun vuorovaikutukseen omilla, ohjeistamattomilla kysymyksillään ja tarkennuksillaan. (Rogers 2001.)

Käsillä olevassa työssä paneudun siihen, miten Helsingin Psykoterapiaprojektin puolistrukturoidut haastattelut on toteutettu. Tutkimuksella selvitän, minkälainen vuorovaikutustilanne puolistrukturoitu haastattelu on. Varsinainen tutkimuskohteeni on haastattelijoiden toiminta. Tutkimuskysymykseni ovat: *Miten haastattelijat toteuttavat puolistrukturoidun haastattelun; miten he osallistuvat haastattelun kulkuun? Mitä tehtäviä haastattelijoiden ohjeistamattomat vuorot toimittavat puolistrukturoidussa arviointihaastattelussa?* Tutkimuksen tavoitteena on sekä tarjota psykoterapian tutkijoille tietoa puolistrukturoidusta haastattelusta psykiatrisen voinnin arviointimenetelmänä että kuvata keskustelunanalyysin menetelmällisiä mahdollisuuksia psykoterapiatutkimuksessa.

Tutkimusmenetelmänä käytän keskustelunanalyysiä. Keskustelunanalyysi on laadullinen sosiaalitieteellinen vuorovaikutuksen tutkimusmenetelmä, jossa tutkimusaineistona käytetään todellisten vuorovaikutustilanteiden ääni- ja kuvanauhoituksia. Se vastaa ensisijaisesti kysymyksiin, miten ja millä vuorovaikutuksen käytänteillä ihmiset puhutussa vuorovaikutuksessa tuottavat erilaisia sosiaalisia toimintoja ja mitä tehtä-

viä erilaiset puheenvuorot toimittavat vuorovaikutuksen rakentumisessa. Keskustelunanalyysi on vahvasti empiirinen tutkimusmenetelmä. Analyysi kohdentuu vuorovaikutuksessa näkyvissä olevaan ainekseen. Siitä, mitä puhujat kokevat, ajattelevat tai aikovat, ei esitetä tulkintoja. (Hutchby & Wooffit 1998, ten Have 1999.)

Tämän työn tutkimusaineisto muodostui 16 potilaan videoiduista seurantahaastatteluista (yhteensä 80 haastattelua). Aineistosta irrotettiin 11 potilaan osakorpus. Osakorpuksesta purettiin yksityiskohtaisesti tekstiksi eli litteroitiin seitsemän potilaan seurantahaastatteluprosessit kokonaisuudessaan. Neljän potilaan seurantahaastatteluista litteroitiin tarvittavat osat. Loput viisi seurantahaastatteluprosessia käytettiin analyysin tarkistamiseen ja tarkentamiseen ilman litteraatioita.

Käsillä oleva tutkimus on professori Anssi Peräkylän johtaman projektin ”Vuorovaikutuksen tuloksellisuus terveydenhuollossa ja sosiaalipalveluissa” ja Helsingin Psykoterapiaprojektin yhteistyöhanke. Tutkimuksen tieteellinen kotipaikka on Peräkylän johtamassa projektissa, jossa erilaisia institutionaalisia vuorovaikutustilanteita tutkittiin keskustelunanalyysillä. Projektin muissa hankkeissa analysoitiin mm. Helsingin Psykoterapiaprojektin potilaiden kuvauksia voinnistaan (Vehviläinen & Lindfors 2005), perinnöllisyysneuvontaa (Lehtinen 2005, Mälkiä tulossa), vaihtoehtohoitoja (Lindfors 2005, Ruusuvoori 2005), psykoanalyysia (Peräkylä 2004, Vehviläinen 2003) ja moniammatillisia hoitokokouksia (Bäckman tulossa).

Tämä työ rakentuu kuudesta luvusta. Luvussa 1 käyn läpi psykoterapian vaikuttavuustutkimuksen taustoja. Aloitan mielenterveyden määritelmästä ja päädyn diagnostisiin arviointihaastatteluihin. Luvun loppupuolella esittelen tarkemmin Helsingin Psykoterapiaprojektin. Tässä yhteydessä kuvaan yksityiskohtaisesti oman tutkimusaineistoni rakenteen ja tutkimuskohteeni.

Luku 2 käsittelee keskustelunanalyysiä. Kuvaan keskustelunanalyysin avaamaa näköalaa haastattelun vuorovaikutuksen tutkimiseen. Lisäksi

esittelen tutkimukseni keskeiset analyysivälineet ja haastattelun vuorovaikutuksesta tehdyt aiemmat tutkimukset.

Luvuissa 3-5 esitän empiiriset analyysini. Luvussa 3 kohteena ovat haastattelijoiden ohjeistetut kysymysvuorot. Kuvaan Helsingin Psykoterapiaprojektin seurantahaastattelun kokonaisrakennetta. Luku toimii myös aineistoni esittelynä. Luvussa 4 esitän luokituksen haastattelijoiden ohjeistamattomista vuoroista eli vuoroista, joilla he reagoivat potilaiden puheeseen. Käsitelen myös persoonallisuusrakenteen arviointitehtävään liittyviä vuorovaikutuskäytänteitä. Luvussa 5 tarkastelen edelleen haastattelijoiden ohjeistamattomia vuoroja. Kohdistan huomion siihen, minkälaista suhtautumistapaa, asennoitumista haastattelijat näissä vuoroissa tuovat esiin. Käytän analyysin tukena psykoterapeuttisia ksitteitä.

Luvussa 6 esitän johtopäätöksiä tutkimustuloksistani. Pohdin myös tämän tutkimustyön kautta esiin nousseita jatkotutkimusaiheita ja tutkimuksen sovellusmahdollisuuksia.

1 MIELENTERVEYS, PSYKOTERAPIA JA PSYKOTERAPIAN VAIKUTUSTEN TUTKIMINEN

Psykiatria on lääketieteen osa-alue, jossa hoidetaan ja tutkitaan mielen-terveyttä. Toisin kuin monien somaattisten sairauksien kohdalla, ei mielen-terveyden tilaa voida diagnosoida pelkillä laboratoriomittauksilla. Sen sijaan psykiatriassa diagnosointi tapahtuu haastattelemalla, kommunikaation välityksellä (Sullivan 1970). Haastattelu soveltuu mielen-terveyden arvioimiseen, sillä psykiatriset diagnoosit eivät aina ole selvärajaisia tai yksiselitteisiä. Psykkiseen vointiin vaikuttavat monet eri tekijät ja mielen-terveyden häiriöt voivat ilmetä eri tavoin. Potilaan psykiatrisen tilan-teen arvioiminen edellyttääkin monipuolista tietoa potilaan tilanteesta. (Lönngqvist 1999.) Psykiatrinen diagnoosi on aina haastattelijan tulkinta potilaan tilanteesta. Arviointiin voivat vaikuttaa myös haastattelijan ammatillinen kokemus ja teoreettinen viitekehys. (Kleinman 1988, 7, Pinto ym. 2005).

Psykiatrinen arviointi on oleellinen osa psykoterapian vaikuttavuus-tutkimusta. Vaikuttavuustutkimuksessa seurataan potilaiden psykiatristen tilanteiden kehittymistä. Tutkimustietoa kerätään erityyppisillä menetel- millä: psykologisilla testeillä, kyselyyn perustuvilla tutkimuksilla, itsear- viointilomakkeilla ja haastattelemalla. Arviointihaastattelu erottuu muista

tutkimustiedonkeruunmenetelmistä siten, että haastatteluissa myös haastattelijalla on aktiivinen rooli. Haastattelija ohjailee haastattelua antamalla aiheita ja suuntaamalla potilaan puhetta asioihin, joista psykoterapian vaikutusten arvioimiseksi tietoa tarvitaan.

Tässä luvussa luon katsauksen tutkimukseni perusteisiin: psykoterapian vaikuttavuustutkimukseen ja psykiatriseen arviointihaastatteluun. Aloitan tarkistelemalla mielenterveyttä hoito- ja tutkimuskohteena.

1.1 Mitä on hyvä mielenterveys?

Suomalaisia kuvataan usein melankolisiksi ihmisiksi. Melankolisuus, jos sillä tarkoitetaan hetkellistä tai lyhytkestoista psyykkisen kokemuksen alavireisyyttä, on normaali osa inhimillistä elämää. Jos taas ihmisen kokemus itsestään ja elämästään on pysyvästi epäsuotuisa ja negatiivinen, voi kyseessä olla tila, jota kutsutaan mielenterveyden häiriöksi. Hyvä mielenterveys pitää sisällään erilaisia kykyjä ja ominaisuuksia, kuten kykyä ihmissuhteisiin, toisista välittämiseen ja rakastamiseen, kykyä ja halua vuorovaikutukseen ja tunneilmaisuun, kykyä työntekoon, sosiaaliseen osallistumiseen ja asianmukaiseen oman edun valvontaan. Hyvään mielenterveyteen liittyy myös hyvä ja toimiva todellisuudentaju, sosiaalinen itsenäisyys ja hyvin kehittynyt identiteetti. (Lehtonen & Lönnqvist 1999.)

Mielenterveys on perusluonteeltaan biologista, psykologista ja siinä on myös sosiaalinen ulottuvuus. Mielenterveyden kehitys alkaa biologistasta. Biologiset perustarpeet kuten ravinto, fyysinen turva, lämpö ja hygienia ovat mielenterveydelle välttämättömiä. Mielenterveyden kehityksen edessä sen luonne muuttuu psykologisemmaksi ja sosiaalisemmaksi: tärkeät ihmissuhteet, kehityspsykologiset haasteet lapsuudessa, nuoruudessa ja aikuisuudessa, muut sosiaaliset suhteet, sosiaaliset normit ja arvot ovat mielenterveyden kehityksen osia. Biologia, psykologia ja sosiaalisuus ovat mielenterveydessä toisistaan erottamattomia, ihmisen

kehityksen lainalaisuuksien määräämällä tavalla yhteen kasvaneita; ihmisen on biopsykososiaalinen kokonaisuus. (Lehtonen & Lönnqvist 1999, 13-15.)

Mielenterveyden heikkeneminen merkitsee ensisijaisesti subjektiivista itsen ja elämäntilanteen kokemuksen laadun ja tavan heikkenemistä. Ihminen voi kokea itsensä ja ympäristönsä vääristyneesti, pelon- tai ahdistuksentäyteisesti, epärealistisesti, epämielekkäästi. Tapa, jolla esimerkiksi masennukseksi diagnosoitu mielenterveyden häiriö näyttäytyy ihmisen kokemusmaailmassa, on aina joiltain osin yksilöllinen ja erilaisista tilanne- ja taustatekijöistä riippuvainen. Yhden ihmisen mielenterveyden ongelmat vaikuttavat myös surua tai huolta tuottaen laajempaan joukkoon ihmisiä: perheeseen, sukulaisiin, ystäviin, opiskelu- ja työkalaverihin. (Esim. Rauhala 1997.)

1.1.1 Mielenterveyden häiriön määritelmät ja psykiatriset luokittelujärjestelmät

Mielenterveyttä hoidetaan ja tutkitaan erityisesti psykiatriassa ja psykologiassa. Näkökulma on usein mielenterveyden häiriössä ja ongelmissa. Jotta ongelmia voidaan hoitaa ja tutkia, on mielenterveydelle ja sen häiriöille määritelty rajat ja kriteerit. Psykkisten häiriöiden ja ongelmien luokittelua ja diagnosointia varten on olemassa kaksi erilaista psykiatrista luokittelujärjestelmää, Maailman Terveysjärjestön ICD (International Classification of Diseases) ja Amerikan Psykiatriyhdistyksen DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Mielenterveydenhäiriöt ovat sisältyneet ICD -luokitukseen vuodesta 1948 alkaen. Suomessa ICD-järjestelmä otettiin käyttöön vuonna 1954. Ensimmäinen DSM -luokitus syntyi Yhdysvalloissa vuonna 1952. Vuonna 1980 Amerikan Psykiatriyhdistys julkaisi kolmannen luokituksen, DSM-III:n, jonka suomennetut kriteerit otettiin Suomessa laajalti epäviralliseen käyt-

töön vuonna 1983. Uusin DSM-luokitus, DSM-IV julkaistiin suomenkielisenä vuonna 1997. Psykiatriset luokittelujärjestelmät on tarkoitettu ainoastaan asiantuntevaan, psykiatriseen ja psykologiseen käyttöön. (Ruppa & Huttunen 1997, Lönnqvist 1999, 32.)

Suomessa ICD-10 on hyväksytty viralliseksi kokonaisjärjestelmäksi vuodesta 1996 alkaen. Usein suomalaisissa teksteissä käytetään kumpaa-kin psykiatrista luokittelujärjestelmää rinnakkain, jolloin mielenterveyden häiriöiden kriteerit esitetään DSM-IV:n mukaan, kun taas häiriöiden suomenkieliset nimet noudattavat ICD-10 valintoja. Helsingin Psykoterapiaprojektissa noudatetaan DSM-luokitusta, joten tarkastelen sitä hie- man lähemmin. DSM-IV on johtava diagnoosijärjestelmä kansainvälises- sä tutkimus- ja opetuskäytännössä. Se on kuvaileva luokitus, joka koos- tuu 16 diagnostisesta pääluokasta sekä yhdestä lisäluokasta¹. DSM-IV kuvailee eri pääluokkien ja oireyhdistelmien tyypillisiä oireita ja kuhun- kin oireyhtymään liittyvää ulkoista käyttäytymistä. DSM-IV on myös moniakselijärjestelmä. Moniakselijärjestelmän avulla kliinisiä tilanteita voi tarkastella moniulotteisesti. Samalla se on keino järjestää kliininen tieto mielekkäisiin luokkiin. DSM-IV:ssä on viisi akselia, joista ehkä eniten käytössä ovat akseli I (jolla kuvataan kliinisesti merkittävä, hoidon

¹ *DSM-IV pääluokat: 1. Tavallisesti varhaislapsuudessa, lapsuudes- sa tai nuoruudessa alkavat häiriöt, 2. Delirium, dementia, muistihäiriöt ja muut kognitiiviset häiriöt, 3. Muualla luokittelemattomat ruumiillisen häiriön aiheuttamat mielenterveyden häiriöt, 4. Kemiallisiin aineisiin (lääkkeet ja päihteet) liittyvät häiriöt, 5. Skitsofrenia ja muut psykoottiset häiriöt, 6. Mielialahäiriöt, 7. Ahdistuneisuushäiriöt, 8. Elimellisoireiset häiriöt, 9. Teeskentelyhäiriöt, 10. Dissosiaatiohäiriöt, 11. Sukupuoliset ja sukupuoli-identiteetin häiriöt, 12. Syömishäiriöt, 13. Unihäiriöt, 14. Muualla luokittelemattomat käytös- ja hillitsemishäiriöt, 15. Elämänti- lanteisiin liittyvät reaktiiviset häiriöt, 16. Persoonallisuushäiriöt, 17. Mahdollisesti muut kliinisen huomion kohteena olevat tilat (Suomen Psykiatriyhdistys 1997).*

kohteena oleva mielenterveyden häiriö) ja akseli II (jolla ilmoitetaan mielenterveyden pysyvimmät poikkeavat piirteet, kuten persoonallisuushäiriö tai älyllinen kehitysvammaisuus). (Suomen Psykiatriyhdistys 1997, Lönnqvist 1999, 35.)

Vaikka DSM:stä on käytössä sen neljäs versio ja viidettä valmistellaan, liittyy psykiatriseen diagnostiikkaan erilaisia kiistakysymyksiä ja määritelmiin nivoutuvia vaikeuksia. Psykiatrinen luokittelujärjestelmä on kliinikoiden, tutkijoiden ja teoreetikkojen käytössä, ja diagnostisten määritelmien muotoileminen siten, että kaikkien sitä käyttävien näkemykset tulisivat huomioiduiksi, on hankalaa (Widiger & Clark 2000, 946, Ruppä & Huttunen 1997, 7). Jo pelkkä mielenterveyden häiriön määritelmä on koettu ongelmalliseksi. Esimerkiksi Yhdysvalloissa käydään kiivasta keskustelua määritelmään sisällytettävistä eri ulottuvuuksista (Esim. Clark 1999, Klein 1999, Spitzer 1999). Ongelmaa käsitellään myös vuonna 2000 julkaistussa DSM-IV:n uusimmassa versiossa (DSM-IV-TR, text revision), jossa mielenterveyden häiriön määritelmän haasteellisuudesta todetaan näin: *”...no definition adequately specifies precise boundaries for the concept of mental disorder. The concept of mental disorder, like many other concepts in medicine and science lacks a consistent operational definition that covers all situations.”* (American Psychiatric Association 2000, xxx.)

Yksi syy määrittelymisen hankaluuteen lienee edellä kuvattu mielenterveyden biopsykososiaalinen perusluonne. Psykkisiä ja fyysisiä häiriöitä ei aina ole helppo erottaa toisistaan. Fyysinen sairaus voi johtua psyykkisestä kuormittumisesta ja päinvastoin. Kysymys on myös arvoasetelmista eli siitä, mitä tarkoitusta varten psykiatrissa diagnoosia tehdään (Lönnqvist 1999, 31) ja mitä mielenterveyden ominaisuuksia pidetään kussakin kulttuurissa suotavina ja arvostettuina (Klein 1999). Se, mikä nähdään hyvänä, optimaalisena psyykkisenä ja fyysisenä terveytenä riippuu siitä erityisestä sosiaalisesta ja kulttuurisesta kontekstista, jossa terveyttä arvioidaan. (Widiger 2004, 18-19, kts. myös Kernberg 1996, 108, Kleinman 1988.) Utta DSM-V:ttä valmisteleva ryhmä pitää tär-

keänä juuri termien käyttöön liittyvien arvoasetelmien ja niiden seurauksien huomioimista: ”...*the most contentious issue is whether disease, illness, and disorder are scientific biomedical terms or are sociopolitical terms that necessarily involve a value judgement*” (Rounsaville ym. 2002, 3 ref. Widiger 2004, 18). Mielenterveyden häiriöille on tarjottu erilaisia määritelmiä, joissa arvonäkökulma on otettu huomioon. Yksi tällainen on ytimekkäästi *harmful dysfunction*, haitallinen toimintahäiriö (Wakefield 1992). Haitallisuus viittaa heikentymiseen, toimintahäiriö patologiseen näkemykseen. Määritelmän voi ymmärtää myös moraalisen arvona, jolloin se suhteutuu sosiaalisiin ja kulttuurisiin arvoihin (Widiger 2004, 19). Määritelmä on saanut osakseen kiitosta (Esim. Clark 1999, Spitzer 1999) ja kritiikkiä. Kritiikki kohdistuu siihen, että määritelmästä puuttuvat viittaukset mielenterveyden häiriöiden hallitsemattomuuteen (engl. *dyscontrol*). Mielenterveyden häiriöt ymmäretään psykologiassa usein hallitsemattomana psykologisen toiminnan häiriintymisenä (Klein 1999, 424, Bergner 1997).

Mielenterveyden häiriön määrittelyn hankaluudesta huolimatta DSM-IV:ssä luonnollisesti on esitetty yleinen määritelmä siitä, mitä oppaassa tarkoitetaan mielenterveyden häiriöllä. DSM-IV määrittelee mielenterveyden häiriön 1) kliinisesti merkittäväksi, behavioraaliseksi tai psykologiseksi oireyhtymäksi tai käyttäytymismuodoksi, 2) joka ilmenee yksilössä ja 3) johon liittyy a) kärsimystä (esim. kivulias oire) tai b) toiminnan vajavuutta (esim. heikentymistä yhdellä tai useammalla tärkeällä toiminnan alueella) tai c) merkitsevästi suurentunut kuoleman, kivun tai toiminnan vajavuuden riski tai d) huomattava vapauden menetys. Lisäksi DSM-IV:ssä luetellaan, mitkä tekijät eivät täytä mielenterveyden häiriön kriteerejä. Oireyhtymä tai käyttäytymismuoto ei esimerkiksi saa olla vain odotettavissa oleva ja kulttuurin hyväksymä reaktio tiettyyn tapahtumaan (esimerkiksi läheisen kuolemaan). Myöskään poikkeava käyttäytyminen (esimerkiksi poliittinen, uskonnollinen tai seksuaalinen) tai ristiriita yksilön ja yhteiskunnan välillä ei ole mielenterveydenhäiriö. (Suomen Psykiatriyhdistys 1997.)

Alla on esimerkki DSM-IV:n määritelmästä vakavalle masennusjak-
solle. Kriteerit ja kuvaukset on tarkoitettu asianmukaisen koulutuksen
saaneiden ja kliinisesti kokeneiden henkilöiden käyttöön.

Esimerkki 1. *DSM-IV kriteerit vakavalle masennusjaksolle (Suomen Psykiat-
riyhdistys 1997, 96)*

Mielialahäiriöt: Vakava masennusjakso

A. Vähintään viisi seuraavista oireista on esiintynyt kahden viikon
jakson aikana ja ne edustavat muutosta aikaisempaan toimintaan nähden;
vähintään yksi oireista on joko masentunut mieliala (1) tai mielenkiinnon
tai mielihyvän menettäminen (2).

Huomautus: Älä ota tässä huomioon oireita, jotka ovat selvästi ruu-
miillisen häiriön aiheuttamia tai mielialaan sopimattomia harhaluuloja tai
aistiharhoja.

(1) masentunut mieliala, joka vallitsee suurimman osan päivästä ja
lähes joka päivä, ja jota osoittaa oma ilmoitus (Surullinen tai tyhjä olo),
tai muiden huomiot (esim. näyttää itkuiselta). Huomautus: lapsilla ja
nuorilla voi ilmetä ärtyisyytenä.

(2) merkittävästi vähentynyt mielenkiinto tai mielihyvä kaikissa tai
lähes kaikissa päivittäisissä toiminnoissa; ilmenee miltei päivittäin (tulee
esiin joko itse todettuna tai muiden huomiona)

(3) merkittävä tahaton painon lasku tai nousu (esim. 5 %:n muutos
kuukaudessa), tai lisääntynyt tai vähentynyt ruokahalu, joka ilmenee
lähes joka päivä. Huomautus: lapsilla huomattavat vaikeudet saavuttaa
odotettu paino.

(4) unettomuutta tai liiallista nukkumista lähes päivittäin

(5) psykomotorista kiihtyneisyyttä tai hitautta melkein päivittäin
(muiden huomattavissa, ei pelkästään subjektiivinen kokemus rauhatto-
muudesta tai hidastuneisuudesta)

(6) väsymystä tai voimattomuutta lähes joka päivä

(7) arvottomuuden tunteita tai kohtuuttomia tai aiheettomia syylli-
syyden tunteita (voi olla harhaluuloisuuden asteista) lähes joka päivä (ei
pelkästään itsesyytöksiä tai syyllisyyttä sairaudesta)

(8) ajattelukyvyyn heikkoutta, keskittymiskyvyttömyyttä tai päättä-
mättömyyttä lähes joka päivä (itse todettu tai muiden huomio)

(9) toistuva kuoleman ajattelu (ei pelkästään kuolemanpelko), toistu-
vat itsemurha-ajatukset ilman suunnitelmaa tai itsemurhayritystä tai –
suunnittelua

B. oireet eivät täytä sekamuotoisen jakson kriteerejä.

C. oireet aiheuttavat kliinisesti merkittävää kärsimystä tai haittaa sosiaalisilla, ammatillisilla tai muilla tärkeillä toiminnan alueilla.

D. oireet eivät johdu minkään kemiallisen aineen (esim. huumeiden tai lääkkeen) suorasta fysiologisesta vaikutuksesta tai ruumiillisesta häiriöstä (esim. kilpirauhasen vajaatoiminta).

E. oireet eivät selity esim. läheisen ja rakastetun ihmisen menetyksen aiheuttamalla surureaktiolla, oireet jatkuvat kauemmin kuin kaksi kuukautta menetyksen jälkeen tai niitä luonnehtii toiminnan merkittävä huononeminen, sairaaloinen tarpeettomuuden tunne, itsemurha-ajatukset, psykoottiset oireet tai psykomotorinen hidastuneisuus.

1.1.2 Luokitusten vahvuuksia ja heikkouksia

DSM-IV luokituksen heikkoutena on pidetty sitä, että siinä mielenterveyden häiriöt kategorisoidaan pääluokan mukaan. Kategorisen järjestelmän tilalle on ehdotettu dimensionaalista luokittelutapaa. Dimensionaalisen ajattelutavan mukaan henkilöllä voi olla useita erilaisia samanaikaisesti esiintyviä patologisiksi luokiteltavia piirteitä, DSM-IV:ssä luokiteltuja mielenterveydenhäiriöitä voi esiintyä kaksi tai useampia samanaikaisesti. (Kts. esim. Widiger & Frances 1994, Kernberg 1996, 106-108, Eronen & Henriksson 1999.) Tällöin puhutaan diagnostisesta komorbiditeetista. Esimerkiksi persoonallisuushäiriön on todettu altistavan pitkäkestoiselle ja helposti uusiutuvalla masennukselle. Myös muut samanaikaiset mielenterveyden häiriöt ja fyysiset sairaudet vaikuttavat masennustilan ennusteeseen. Esimerkiksi kolmasosalla masennuspotilasta on kliinisesti merkittäviä ahdistuneisuusoireita ja toisella kolmanneksella diagnosoitavissa oleva ahdistuneisuushäiriö, kuten paniikkihäiriö tai yleistynyt ahdistuneisuushäiriö. Tällöin ahdistuneisuushäiriö on useimmiten edeltänyt masennustilaa. Masennustiloista kärsivillä arvioilta noin 20–40 prosentilla on alkoholiriippuvuus tai jokin päihdeongelma (Esim. Isometsä 1999, 125). Mielenterveyden häiriöiden syntymiseen vaikuttavat monet tekijät yhdessä, ei yksinomaan geeniperimä, psyykinen kehitys tai ympäristö. Häiriöiden taustatekijöitä voivat olla esimerkiksi neu-

rokemialliset, kognitiiviset, interpersoonalliset ja muut välilliset muuttujat. (Esim. Appelbaum ym. 1999, Widiger & Clark 2000.) Diagnoosiluokitusten mukaisen psyykkisen häiriön tunnistaminen on Lönnqvistin (1999, 34) mukaan ensimmäinen askel kliinisessä arvioinnissa. Diagnoosiluokat ovat tarkoitettu ohjenuoriksi, mutta niiden lisäksi tarvitaan paljon muutakin tietoa potilaan yksilöllisestä tilanteesta.

Rakentaessaan psykiatrisia diagnoosiluokituksia Amerikan Psykiatriyhdistys on korostanut diagnoosien validiteettia eli pätevyyttä ja reliabiliteettia eli luotettavuutta (Spitzer ym. 1980). Lönnqvistin (1999, 32) mukaan psykiatristen diagnoosien luokitus on edellä kuvatuista syistä johtuen epäselvä. Lönnqvist (ma.) kuitenkin toteaa, että validiteettiin liittyvistä ongelmista huolimatta kriteereihin perustuva psykiatrinen diagnostiikka on saavuttanut kohtalaisen korkean reliabiliteetin. Hänen mukaansa asiantuntijat käytännössä ovat usein samaa mieltä potilaiden psykiatrisista diagnooseista, kun käytetään nykyaikaisia diagnostisia kriteerejä.

Vaikka psykiatriisiin diagnoosiluokituksiin liittyikin erilaisia ongelmakohtia, on niistä merkittäviä etuja mielenterveyden häiriöiden hoitamisessa. Diagnoosiluokitukset tarjoavat kliiniseen työhön objektiivisen, teoreettisesti sitoutumattoman yhteisen sanaston ja kielen sekä kertovat lyhyesti suuren määrän tietoa. (Esim. Widiger 2004, Sommers-Flanagan & Sommes-Flanagan 2003.) DSM ja ICD -luokitukset yhdessä muodostavat diagnostisen kokonaisjärjestelmän, joka jäsentää mielenterveyden häiriöiden yleisyyttä väestötasolla ja kertoo yksilötasolla, miten yleisestä tai harvinaisesta häiriöstä on kyse (Lönnqvist 1999, Lehtonen & Lönnqvist 1999, 13). Diagnoosiluokitukset ovat erityisen tärkeitä mielenterveyden häiriöiden perustan ja erilaisten hoitomuotojen tutkimiselle. Väestötasolla tehtyjen ns. epidemiologisten menetelmien avulla on esimerkiksi saatu tulos, että mielenterveydenhäiriöt ovat Suomessa yleisiä: 20 prosenttia suomalaisista kärsii mielenterveydenhäiröstä jossain elämänsä vaiheessa. Masennuksesta kärsii 6,5 prosenttia suomalaisista, ahdistuneisuudesta 4,1 prosenttia. (Pirkola ym. 2005.)

Mielenterveyden häiriöitä hoidetaan psykoterapialla, erilaisilla lääkkeillä tai näiden yhdistelmällä (Kts. esim. Thase & Jindal 2004). Psykoterapia ja lääkehoito ovat hoitomuotoina varsin erilaisia. Lääkehoito vaikuttaa mielenterveyden biologiseen, neurokemialliseen osa-alueeseen. Psykoterapia taas on kommunikaatioon perustuva hoitomuoto. Se vaikuttaa mm. psyykkiseen kokemukseen, ajatteluun ja toimintaan eli mielenterveyden psykologisiin ja sosiaalisiin ulottuvuuksiin. Siirryn nyt mielenterveyden häiriöiden määrittämiseen ääreltä kuvaamaan psykoterapiaa, psyykkisten häiriöiden hoitokeinoa. Aloitan psykoterapian määritelmästä ja jatkan katsauksella psykoterapian tuloksellisuuden tutkimiseen liittyviin kysymyksiin.

1.2 Psykoterapia mielenterveyden häiriön hoitomuotona

Suomessa Terveystieteiden tutkimuskeskus (TEO) määrittelee psykoterapian näin: ”Psykoterapia on psyykkisen terveyden ja toimivuuden lisäämiseen tähtäävää tavoitteellista terveydenhuollon ammatillista toimintaa. Psykoterapialla hoidetaan henkilöitä, joilla on psyykinen häiriö tai psykoterapian keinoin autettavissa oleva muu ongelma. Häiriöllä tai ongelmalla saattaa olla psyykkisten ilmenemismuotojen lisäksi ruumiillisia, vuorovaikutuksellisia ja sosiaalisia ilmenemismuotoja. Psykoterapian tavoitteena on poistaa tai lievittää psyykkisiä häiriöitä ja niihin liittyvää kärsimystä, tukea psyykkistä kasvua ja kehitystä sekä lisätä henkilön valmiuksia itse ratkaista ongelmiaan. Psykoterapiasuuntauksen tulee perustua tieteellisesti tutkittuun yhtenäiseen psykologiseen teoriaan, joka auttaa ymmärtämään sekä ihmisen normaalia kehitystä että psyykkisten häiriöiden eri muotoja. Psykoterapia-suuntauksen ja menetelmän valinnassa tulee ottaa huomioon sen soveltuvuus potilaan häiriön hoitoon.” (Terveystieteiden tutkimuskeskus, TEO.)

Psykoterapeutin ei tarvitse olla peruskoulutukseltaan lääkäri, vaan myös psykologit, sosiaalipsykologit, sosiaalityöntekijät, teologit ja monen muun koulutustaustan omaavat henkilöt voivat hankkia psykoterapeutin pätevyyden. Suomessa käyttöoikeuden psykoterapeutin ammatinimikkeeseen myöntää Terveystieteiden tutkimuskeskus niille henkilöille, jotka ovat suorittaneet sen asetusten mukaisen psykoterapiakoulutuksen.

Psykoterapia on yläkäsite monille erilaisille psykoterapiamuodoille. Erilaisia tekniikoita on rekisteröity satoja (Esim. Lambert ym. 1986) ja määrän uskotaan edelleen kasvavan (Esim. Roth & Fonagy 2005, 5-6). Kaikissa psykoterapioissa lähtökohta on potilaan tilanne ja tilanteen ongelmallisuus, mutta työskentelytavat vaihtelevat riippuen teoreettisen viitekehyksen lähtökohtaoleuksista. Usein psykoterapiat luokitellaankin niiden taustateorian mukaan, esimerkiksi psykodynaamisiin, kognitiivisiin ja systeemisiin psykoterapioihin. (Kts. Roth & Fonagy 2005, 6, kattava luokitus erilaisista psykoterapiamuodoista.) Toisinaan luokitteluja esitetään myös asiakkaan (esim. yksilöpsykoterapia, pariterapia, perheterapia, ryhmäterapia) ja psykoterapian keston (esim. pitkäkestoiset ja lyhytkestoiset psykoterapiat) mukaan.

Kuvaan seuraavaksi lyhyesti psykoanalyttista (psykodynaamista), kognitiivista ja ratkaisukeskeistä psykoterapiaa, jotka edustavat psykoterapiapalveluiden kentällä keskeisiä teoreettisia viitekehyksiä. Ne poikkeavat toisistaan siinä, mihin työskentely kohdentuu ja mitkä tekijät terapiaprosessissa korostuvat. Monet psykoterapiamuodot ammentavat aineksiaan näistä viitekehysistä ja integroivat niitä käytännöissään eri tavoin.

Psykoanalyttiseen teoriaan rakentuvat psykoterapiat voidaan jakaa eri tavoin, yksinkertaisimmillaan psykoanalyysiin sekä pitkään psykodynaamiseen psykoterapiaan (ns. psykoanalyttinen psykoterapia) ja lyhyeen psykodynaamiseen psykoterapiaan. *Psykoanalyysissa* tarkastellaan aiempien kokemusten vaikutuksia tämänhetkisiin ajattelumalleihin, ajatuksiin, tunteisiin, mielikuviiin ja toimintoihin. Psykoanalyysissa tavoit-

teena on esimerkiksi auttaa potilasta ymmärtämään suojautumiskeinojaan, defensejään ja transferenssireaktioitaan, erityisesti sitä, miten ne ilmenevät suhteessa terapeuttiin. Psykoanalyysissa painottuu työskentely, joka tähtää itsetuntemuksen kasvuun. Potilaan ja terapeutin välinen yhteistyösuhte ja siinä tapahtuvat transferenttiset ilmiöt ovat keskeisellä sijalla työskentelyssä. Potilaan itseymmärryksen ja itsetuntemuksen ajatellaan kasvavan yhteistyösuhteen ja siinä esiin nousevien ilmiöiden kautta. Psykoanalyysissa käydään 3–5 kertaa viikossa 4–6 vuoden ajan. (Esim. Pylkkänen 1999.)

Psykodynaamiseen teoriaan perustuvassa *lyhytkestoisessa psykodynaamisessa* psykoterapiassa pyritään mielisäisten ristiriitojen fokuroidun selvittelyn kautta saamaan aikaan pysyviä psyykkisen rakenteen muutoksia ja lievennystä oireisiin. Tapaamiskertoja on 12–40. *Pitkäkestoinen psykodynaaminen* psykoterapia pyrkii tekemään ymmärrettäväksi ja selvemmäksi tiedostamattomia tekijöitä, jotka vaikeuttavat potilaan päivittäistä elämää. Siinä paneudutaan laajemmin ongelmien kehityksellisen taustatekijöiden selvittelyyn kuin lyhyessä psykodynaamisessa psykoterapiassa. Hoito kestää tavallisesti vähintään 2–3 vuotta, intensiteetti on 1–3 kertaa viikossa. (Esim. Aalberg 1999.)

Erilaisissa *kognitiivisissa terapiamalleissa* painopiste on potilaan kognitiivisten toimintojen, ajattelu- ja havaintotapojen ja tunneperäisten kokemusten tarkastelussa. Terapiassa tunnistetaan ja pyritään vaikuttamaan kognitioihin liittyviin tottumuksiin, malleihin ja merkitysrakenteisiin. Kognitiivisia terapioida toteutetaan lyhyinä (n. 20 kertaa) ja pitkinä hoitoina (2–3 vuotta). (Esim. Toskala 1999)

Voimavara-suuntautuneilla asiakastyöllä, neuvonnalla tai terapialla tarkoitetaan toimintaa, jolla pyritään etsimään ja saamaan käyttöön asiakkaiden voimavaroja ja mahdollisuuksia. Sen sijaan että työskentelyssä paneuduttaisiin henkilön menneisyyteen ja historiaan, siinä pyritään hyödyntämään olemassa olevia voimavaroja ja löytämään potilaan tilanteeseen käytännöllisiä ja toimivia ratkaisuja. Työskentelyssä suuntaudu-

taan tulevaisuuteen ja tilanteeseen, jossa ongelma tai vaikeus on lakannut häiritsemästä potilaan elämää. (Esim. Riikonen & Vataja 1999.)

Edellä olevalla olen pyrkinyt havainnollistamaan sitä, että psykoterapiapalveluiden kenttä on laaja ja monipuolinen ja että eri psykoterapiamuodoissa potilaan ongelmallista lähtökohtaa lähdetään työstämään eri tavoilla. Psykoterapiapalveluiden piiriin hakeutuvan henkilön ja hoidon kustantavan tahon kannalta terapiapalveluiden moninaisuus voi olla hämmentävää. Psykoterapiaan hakeuduttaessa nousee esiin kysymys, mikä terapiamuoto parhaiten auttaa terapiaan hakeutumisen syynä olevaan ongelmaan. Psykoterapian tuloksellisuutta ja tulokseen vaikuttavia tekijöitä selvitetään erilaisilla psykoterapiatutkimuksilla. Seuraavaksi luon katsauksen psykoterapian tutkimuksen päälinjoihin. Katsauksen perusteella asemoin myöhemmin tässä luvussa tämän tutkimuksen psykoterapian tutkimuksen kentälle.

1.3 Psykoterapian tutkimus

Psykoterapiaan hakeudutaan tilanteessa, jossa halutaan muutosta johonkin asiaan, kuten elämäntilanteeseen ja sen kokemistapaan. Se, mikä nähdään muutoksena eli psykoterapian tuloksena, ei ole yksiselitteinen asia. Psykoterapiamuotojen erilaiset lähtökohdat, painopisteet, toimintatavat ja tavoitteet tuottavat vaihtelua tuloksellisuuden ymmärtämiseen. Myös psykoterapeuttien erilaiset taustakoulutukset ja arvonäkökohdat vaikuttavat siihen, mitä asioita pidetään psyykkisissä häiriöissä ja niiden hoitamisessa keskeisinä. Psykoterapian tutkijat tulevat erilaisista lähtökohdista. Osa tutkijoista on itse psykoterapeutteja, osa taas psykoterapian kliinisen käytännön ulkopuolisia, akateemisia tutkijoita. Vaihtelua on myös siinä, minkälaisella aikaperspektiivillä ja kenen kannalta tuloksellisuutta tarkastellaan. Psykoterapialla ei siis ole yhtä tiettyä tieteellistä kotia, johon sen tekeminen, kehittäminen ja tutkiminen olisivat keskittyneet (vrt. lääketiede). Tämä aiheuttaa Suomessakin kiivasta keskustelua

siitä, millä menetelmillä ja mistä näkökulmasta psykoterapian vaikutuksia tulisi tutkia (Kts. esim. Rauhala 1997, Huttunen 2004, Leiman 2004, Wahlbeck 2005, Lahti 2004). Suomalaisessa psykoterapian tutkimusta käsittelevässä keskustelussa psykoterapiaa onkin kutsuttu ”terveydenhuollon Palestiinaksi” (Wahlström 2005).

Psykoterapian tutkiminen palvelee monia tahoja, asiakkaita tai potilaita, terapeutteja, terapiakouluttajia ja terapiakoulutuksessa olevia (Piper 2004). Nykyisin keskeinen peruste psykoterapian *vaikuttavuuden*² tutkimiselle on kuitenkin tarve esittää näyttöä erilaisten psykoterapiamuotojen kustannus-hyötysuhteesta. Suomessa psykoterapiaa toteutetaan julkisella ja yksityisellä sektorilla, paljolti sairausvakuutuksen tai Kelan kuntoutuksen piirissä. Psykoterapian tarve on koko ajan kasvamaan päin. Kyse ei välttämättä ole siitä, että mielenterveydenhäiriöiden määrä olisi lisääntynyt. Esimerkiksi Raitasalo ja Maaniemi (2006) toteavat, että lisääntyneen koulutuksen myötä mielenterveyden ongelmia havaitaan ja tunnustetaan aiempaa herkemmin. Samanaikaisesti ihmisten asenteet mielenterveyden ongelmia kohtaan ovat muuttuneet ja kynnys hoitoon hakeutumiselle on madaltunut; mielenterveyden ongelmat ovat arkipäiväistyneet. (Raitasalo & Maaniemi ma.) Muun muassa kasvaneen kysynnän vuoksi hoitoja kustantavat tahot haluavat näyttöä siitä, minkälainen psykoterapiamuoto missäkin tilanteessa tuottaa riittävän hoidollisen vasteen.

² *Englanninkielessä terapian tehokkuutta arvioivien tutkimusten yhteydessä termi ”efficacy” (vaikuttavuus) viittaa pitkälle kontrolloituihin koeasetelmiin perustuviin tutkimuksiin, siihen, millä tavoin psykoterapia on vaikuttavaa optimaalisissa olosuhteissa. Tutkimusasetelmista, jotka ovat vähemmän manipuloituja eli joissa terapiat on toteutettu kuten kliinisessä käytännössä ilman manuaaleja, käytetään englanninkielessä termiä ”effectiveness” (tuloksellisuus). Suomenkielessä ”vaikuttavuus” ja ”tuloksellisuus” eivät ole vakiintuneet vastaavalla tavalla, vaan termit voivat viitata mihin tahansa tutkimusasetelmaan. Suomenkielisissä julkaisuissa niitä käytetään rinnakkain.*

Psykoterapiatutkimuksesta on erotettavissa kaksi keskeistä päälinjaa, vaikuttavuus- ja prosessitutkimus. Vaikuttavuustutkimuksessa operoidaan ryhmätasolla ja laajoilla aineistoilla. Ryhmävertailuilla pyritään saamaan yleistettävää tietoa psykoterapiahoidon vaikutuksista. Terapian vaikuttavuutta arvioidaan kuukausien tai vuosien pituisilla jaksoilla. Analyysivälineinä käytetään pääsääntöisesti tilastollisia menetelmiä. Prosessitutkimuksessa tutkitaan psykoterapioille yhteisiä tekijöitä ja sitä, mitä terapiaistunnossa tapahtuu terapeutin ja potilaan välillä. Tutkimuksissa kartoitetaan ja kuvataan terapiaprosessiin vaikuttavia tekijöitä, kuten yhteistyösuhdetta (Esim. Horvath & Bedi 2002, Meronen 2004), terapeutin empaattisuutta (Esim. Bohart ym. 2002) ja yhteisten tavoitteiden merkitystä (Esim. Tryon & Winograd 2002). Prosessitutkimuksessa aineistot ovat pienempiä kuin vaikuttavuustutkimuksissa, myös case-tutkimuksia tehdään. Tutkimuksessa käytetään sekä laadullisia että määrällisiä menetelmiä. Painopiste on nykyään laadullisissa menetelmissä, esimerkiksi diskursiivisesti suuntautuneissa metodeissa ja sisällön analyysissa, sillä laadullisten tutkimusmenetelmien nähdään lisäävän ymmärrystä tutkimuksen kohteen olemuksesta ja luonteesta. (McLeod 2001, 164, 178, Stiles 1999.)

Psykoterapian tutkimustapojen erottaminen toisistaan ei aina ole tarpeellista, sillä esimerkiksi vaikuttavuustutkimuksen tuloksia voidaan tarkentaa prosessitutkimuksen menetelmillä tehdyillä havainnoilla. Tässäkin tutkimuksessa psykoterapian vaikuttavuus- ja prosessitutkimus kulkevat rinnakkain. Kuvaan seuraavaksi miten rinnakkaisuus ilmenee.

Tutkimukseni aineisto on peräisin suomalaisesta psykoterapian vaikuttavuustutkimuksesta, Helsingin Psykoterapiaprojektista (Knekt & Lindfors 2004). Käsillä olevan tutkimuksen kohteena on yksi vaikuttavuustutkimuksen tiedonkeruumenetelmä, puolistrukturoitu diagnostinen tutkimushaastattelu. HPTP:n tilastollisessa analyysissa tutkimushaastattelusta tehdään klinisiä arviointeja. Tässä tutkimuksessa tarkastelen tutkimushaastatteluita vuorovaikutustilanteena. Tutkin, miten haastattelijat toteuttavat puolistrukturoidun haastattelun; miten he osallistuvat haastat-

telun kulkuun eli potilaan vointia kuvaavan tutkimusmateriaalin hankkimiseen. Työn tavoitteena on lisätä ymmärrystä puolistrukturoidusta haastattelusta psykoterapian vaikutusten arvioinnin välineenä. Analysoin haastatteluaineistoa laadullisella vuorovaikutustutkimuksen menetelmällä, keskustelunanalyysillä (Esim. Hutchby & Wooffit 1998.) Keskustelunanalyysi antaa välineet, joiden avulla haastattelun etenemistä tutkitaan puheenvuoro kerrallaan. Keskustelunanalyytin luenta näyttää, miten haastattelu toteutuu haastattelijan ja potilaan vastavuoroisena toimintana, mitä kummankin osallistujan puhetoiminnot saavat vuorovaikutuksessa aikaan.

Haastattelijan toiminnan analyysin kautta tämä tutkimus kytkeytyy psykoterapian prosessitutkimukseen, sen sisällä erityisesti ns. process-outcome suuntaukseen. Process-outcome-paradigman tavoitteena on löytää prosessimuuttujat, esimerkiksi terapeutin toimenpiteet, jotka korreloivat positiivisesti terapian tuloksellisuuden kanssa. Analysointia varten luotiin hierarkkisia luokitteluja, taksonomioita esimerkiksi terapeutin puhetoiminnoista (Esim. Stiles 1992, Hill & O'Grady 1985). Tilastollisten tutkimusmenetelmien käyttäminen osoittautui kuitenkin ongelmalliseksi (Stiles 1999). Tässä tutkimuksessa tarkastelen haastattelijan vuorovaikutuskäytänteitä, joilla hän toteuttaa psykiatrisen arviointihaastattelun ja joilla hän ohjaa potilasta puhumaan tämän psyykkisistä kokemuksista, mielenisisäisistä kokemuksista. Haastattelijan tehtävä aineistoni haastatteluissa ei ole täysin rinnastettavissa psykoterapeutin tehtäviin ja toimintoihin. Tutkimukseni anti prosessitutkimukselle onkin metodologinen; työ näyttää, minkälaisen näkökulman keskustelunanalyysi avaa ammattilaisen puhetoimintojen luokittelukselle.

Seuraavaksi kuvaan sekä psykoterapian vaikuttavuustutkimusta että prosessitutkimusta. Aloitan vaikuttavuustutkimuksesta, joka siis on tämän tutkimuksen aineiston, puolistrukturoitujen arviointihaastattelujen toteuttamisen konteksti.

1.3.1 Psykoterapian vaikuttavuustutkimuksen tavoitteet ja historia

Psykoterapian vaikuttavuustutkimukset ovat kokeellisia kliinisiä ryhmävertailuja (*randomized clinical trial, RCT*). Niissä potilaat, joilla on sama psyykkinen häiriö, satunnaistetaan erilaisiin hoitoihin. Yleensä verrataan kahta erilaista psykoterapiamuotoa, jotka ovat lyhytkestoisia, esimerkiksi kognitiivis-behavioraalista ja lyhyttä psykodynaamista psykoterapiaa. Usein käytetään vertailuryhmää. Vertailuryhmän jäsenet eivät saa varsinaista psykoterapiaa, vaan esimerkiksi keskusteluapua tai lääkehoitoa. Potilaiden oireet arvioidaan ennen hoitoa ja hoidon jälkeen, sekä tietyn seuranta-ajan jälkeen. (McLeod 2001, Laitila 1996, 39.) Tutkimusmenetelmä on alun perin ollut lääketieteellisten tutkimusten käytössä. Ryhmävertailujen avulla pyritään saamaan näyttöön perustuvia suosituksia siitä, mikä hoitomalli soveltuu parhaiten tietyn mielenterveyden ongelman hoitamiseen (ns. *empirically supported treatment, EST*). Tästä on esimerkkinä lääkärisseura Duodecimin Käypä hoito -suositus depression hoidolle (Suomalainen Lääkärisseura Duodecim 2001).

Psykoterapian tuloksellisuutta on tutkittu 1930–40-luvuilta lähtien. Varhaista psykoterapian tuloksellisuustutkimusta stimuloi Hans Eysenckin vuonna 1952 julkaisema artikkeli. Artikkelin perustui muutamaan kymmeneen psykoterapian seurantatutkimukseen, joissa oli käytetty yksinkertaisia arvioiteja potilaiden tilasta hoitojen päätyttyä ja tietyn seuranta-ajan jälkeen. Eysenck otti vertailuryhmiksi kaksi tutkimusta, joissa potilaat eivät olleet saaneet psykoterapiaa. Eysenckin lopputulema oli, että psykoterapian vaikutukset ovat olemattomat ja että kaikki muutos johtui spontaaniparanemisesta. Eysenckin väite on myöhemmissä tutkimuksissa osoitettu perusteettomaksi, mutta artikkelia pidetään tärkeänä metodologisen keskustelun viritäjänä.

Psykoterapian tuloksellisuustutkimusta jatkettiin kokeellisen ryhmävertailun menetelmällä. Ryhmävertailun tutkimusasetelma sisälsi haasteita, joiden ratkaiseminen ei ollut yksinkertaista. Ongelmat liittyivät terapi-

an kestoon, yhteneväisen potilasaineistojen muodostamiseen, terapian vakioimiseen ja vertailuryhmään. Ensinnäkin, psykoterapiat ovat usein pitkäkestoisia, 2–5 vuotta kestäviä hoitoja, minkä vuoksi niiden tutkiminen oli ja on kallista. Näin ollen valtaosa tuloksellisuustutkimuksista on tehty lyhytkestoisista terapioista, joissa terapiakäyntejä on ollut 5–40. Toiseksi, ilman standardoituja diagnosointijärjestelmiä potilasryhmiin liittyi sisäistä vaihtelua. Potilaiden ongelmat olivat moniulotteisia ja yksilöllisiä, jolloin koeryhmät itsessään eivät olleet yhteneväisiä. Kolmanneksi, potilaiden saama psykoterapia ei välttämättä ollut laadultaan samanlaista. Psykoterapeutit toteuttivat terapeuttista viitekehystä yksilöllisesti ja myös potilaskohtaisesti. Neljänneksi, vertailuryhmän muodostaminen oli haastavaa. Ihmiset hakevat ongelmiinsa apua monilla tavoilla, eikä vertailuryhmästä tullut kokeellisen logiikan toiminnan edellytykset täyttäviä. (Leiman 2004.)

Ylläkuvatut ongelmat pyrittiin ottamaan haltuun Hans Struppin Vanderbildt I -projektissa (Strupp & Hadley 1979). Tutkimusjoukoksi valittiin MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) -testin tulosten perusteella valittu potilasjoukko, jolla oli ahdistuneisuusongelma. Hoitoryhmässä työskenteli kokeneita psykodynaamisesti orientoituneita terapeutteja. Vertailuryhmä muodostui opiskelijoista, jotka keskustelivat ongelmistaan yliopiston opettajien kanssa. Huolellisesta suunnittelusta ja toteutuksesta huolimatta ongelmat pysyivät. Vanderbildt I-projektissa ei hoito- ja vertailuryhmän välille muodostunut merkitseviä eroja. Myös muissa psykoterapiamuotoja vertailevissa tutkimuksissa tulokset olivat usein samansuuntaisia. Vaikka hoitomuotojen tiedettiin olevan erilaisia, ei niiden välille saatu eroja ryhmävertailuihin perustuvissa tutkimusasetelmissä. Ilmiö nimettiin ekvivalenssiparadoksiksi (Stiles ym. 1986), josta puhutaan myös Dodo-linnun julistuksena (Luborsky ym. 1975). Liisa ihmemaassa -nimisessä lastenkirjassa on kohtaus, jossa kirjan henkilöt juoksevat kilpaa ympyrää. Kisa ratkeaa Dodo-linnun julistukseen ”Kaikki ovat voittaneet, jokaisen tulee saada palkinto!” (Carroll 1946/1865, alkuperäinen teksti englanniksi).

Vanderbildt I -projektin kanssa samoihin aikoihin psykoterapian vaikuttavuustutkimukseen tuotiin uusi tutkimustekniikka, meta-analyysi. Meta-analyyseissa yhdistetään tilastomatemattisen mallin avulla useita ryhmävertailuilla tehtyjä tuloksellisuustutkimuksia yhteen, jolloin tutkimukset käsittävät tuhansiakin potilaita³. Tulokseksi saadaan psykoterapian keskimääräinen vaikutus, joka voidaan ilmoittaa tiettyinä tilastollisena tunnuslukuna (*effect size*, ES)⁴. Ensimmäisen merkittävän meta-analyysin tekivät Smith, Glass ja Miller vuonna 1980. Heidän aineistonsa sisälsi 485 kontrolloitua tutkimusta. He esittivät johtopäätöksensä saman, mihin muissa tutkimuksissa oli päädytty; yleisesti ottaen psykoterapiat ovat tuloksellisia, mutta eri terapiamuotojen välillä on vain vähäisiä eroja. Smithin, Glassin ja Millerin tutkimuksessa vaikutus oli 0.90 ja kahden vuoden jälkeen 0.50. Myöhemmissä meta-analyyseissa samansuuntainen tulos on toistunut. Terapia on osoittautunut yleisesti ottaen kohtalaisen tehokkaaksi hoitomuodoksi, mutta tutkimuksissa ei ole pystytty asettamaan eri psykoterapeuttisia viitekehyksiä paremmuusjärjestykseen jonkin tietyn psyykkisen häiriön hoidossa. (Kts. esim. Lambert & Ogles 2004, Lambert & Bergin 1994, Lipsey & Wilson 1993). Jos eroja ryhmävertailuissa on esiintynyt, on niiden usein tulkittu johtuvan tutkijan sitoutumisesta tiettyyn, tuloksissa parhaimmaksi havaittuun työtapaan (ns. *allegiance effect*) (Luborsky ym. 1999).

Myös meta-analyysitekniikka on otettu ristiriitaisesti vastaan psykoterapian tutkimuskentällä. Parhaillaan Suomessakin kiistellään siitä, onko lääketieteestä otettu näyttöön perustuvan lääketieteen (*evidence based medicine*, EBM) ajattelutapa sovellettavissa psykoterapian tutkimiseen (Hartikainen & Aaltonen 2005, kts. myös Lampropoulos 2000). Psykote-

³ Myös *mega-analyysien* (meta-analyysien yhdistämistä) käyttämättömyyttä psykoterapian tuloksellisuustutkimuksessa on pohdittu (esim. Andrews 1999).

⁴ Vaikutuslukua voidaan havainnollistaa muuttamalla se prosentuaaliseksi parantuneiden määräksi.

rapiatutkimuksen keskeinen haaste on saada tietoa psykoterapian aikaansaaman muutoksen pysyvyydestä. Esimerkiksi Suomessa käytetään paljon pitkää psykodynaamista psykoterapiaa, jonka aikaansaamien muutosten pysyvyyden tutkiminen vaatii hyvin pitkää seuranta-aikaa. Mittarivälineistön tulee olla kattava. Psykologisten muutosten kohdalla on relevanttia tarkastella useita alueita, kuten subjektiivista oireilua, ihmisten välisiä suhteita, itsetuntemusta, defenssien käyttöä, sosiaalista toimintakykyä sekä työ- ja opiskelukykyä. Psykoterapia ei siksi ole rinnastettavissa lääketieteellisiin tutkimuksiin, joissa on selkeämmin määriteltävissä tavoiteltu tulos (fysiologisen tilanteen palautuminen alkuperäiseen homeostaasiin) ja myös hoidon vaikuttava ainesosa.

Tutkijoiden keskuudessa keskustellaan myös ryhmävertailuihin liittyvien toimintatapojen soveltuvuudesta psykoterapian tutkimiseen (Wampold 2001). On pohdittu sitä, onko potilaiden satunnaistaminen erilaisiin hoitoryhmiin mielekäästä ja eettisesti oikein. Osan kritiikistä saavat tiedonkeruunmenetelmät. On todettu, että oirekohtaisilla kyselyillä (ns. oiremittareilla) tavoitetaan alkutilanteessa vaikuttaneiden oireiden muutokset, mutta niillä ei tavoiteta psykoterapian aikaansaamaa muutosta, joka ilmenee kehityksenä, ajatustapojen ja näkemysten muutoksena (Esim. Messer 2002). Myös ryhmävertailuilla saatujen tulosten yleistettävyys on kyseenalaistettu. Esimerkiksi Westen & Morrison (2001) totesivat, että ryhmävertailututkimukseen ei hyväksytyt kuin murto-osa siihen hakeneista potilaista liian monimuotoisten ongelmien takia. Jos potilasaineisto on oirekvaltaan ja taustoiltaan liian tarkasti rajattu, voidaan hoitoa suositella vain vastaavalle potilasryhmälle. Kliinisessä käytännössä terapeutit taas hoitavat potilaita, joilla on monimuotoisia psykisiä häiriöitä. (Kts. Krause & Howard 1999.)

Psykoteroapioiden näyttöön perustuvan tutkimuksen kannattajat toteavat, että tutkimus on välttämätöntä, jotta verovaroin tuettu toiminta voidaan ohjata sitä eniten hyötyvien potilaiden hoitoon ja kuntoutukseen. Suomessa psykoterapeuttista hoitoa tarvitsevia on niin paljon, että hoidosta päättävien tahojen ei liene mahdollista operoida kunkin potilaan

yksilöllisen tilanteen tasolla. Ryhmävertailuilla päästään karkean tason keskiarvoihin siitä, minkälaisia tuloksia tietyt terapiamuodot antavat tiettyihin oireyhtymiin, eli minkälaista terapiaa on mielekästä suositella ja myös kustantaa erilaisissa oireyhtymissä. Tuloksellisuustutkimuksen tehtävä on myös erottaa psykoterapia epätieteellisistä hoitomuodoista, joita markkinoidaan terapia-nimikkeen alla. Koska *psykoterapia* on vakiintunut osaksi terveydenhuoltoa, on erilaisten vaikuttavuuksien tutkiminen tarpeellista. Tieteelliseksi näytöksi ei riitä se, että potilas kertoo hyötynensä terapiasta, vaan halutaan tietää, millä elämänalueella muutosta on tapahtunut ja vaikuttaako muutos vielä pitkän seuranta-ajan jälkeen. (Esim. Roth & Fonagy 2005.)

Vaikuttavuustutkimusten ympärillä käytävän keskustelun perusteella vaikuttaa siltä, että Eysenckin klassinen artikkeli ei pelkästään käynnistänyt metodologista keskustelua, vaan jätti psykoterapian tutkimukselle perinnöksi kiistelevän ilmapiirin. Psykoterapian tutkimus näyttää usein johtavan hyökkäyksiin ja vastahyökkäyksiin eri tutkijoiden ja koulukuntien välillä.

Siirryn nyt kuvaamaan prosessitutkimusta ja erityisesti process–outcome-tutkimussuuntausta, johon tämä tutkimus kytkeytyy kysymyksenasettelunsa kautta.

1.3.2 Psykoterapian prosessitutkimus ja process–outcome-paradigma

Prosessikeskeisessä psykoterapiatutkimuksessa tutkitaan terapiaprosessin ilmiöitä, sitä mitä terapiaistunnoissa tapahtuu. Tutkimuksissa kartoitetaan ja kuvataan terapiaprosessiin vaikuttavia tekijöitä (Toskala & Wahlström 1996, McLeod 2001). Tavoitteena on yleensä terapeuttisen vuorovaikutuksen eri tasoilla ilmenevän muutoksen rekonstrukttiivinen kuvaus (Toskala & Wahlström mt., 6-8). Prosessitutkimuksen etuna on pidetty sitä, että prosessitutkimus operoi lähempänä terapian käytännön toteuttamisen

tasoa kuin vaikuttavuustutkimus. Tutkimuksissa pyritään selvittämään, mikä tekee terapiasta vaikuttavaa; millä tavoilla muutokset tapahtuvat. (Esim. Elliott 1989, Hill 1995, Stiles ym. 1990)

Aiemmin prosessitutkimuksessa käytettiin aineistona terapeutin, työnohjaajan tai potilaan arvioita meneillään olevasta hoidosta (Orlinsky & Howard 1986). Pääsääntöisesti tutkimuksissa on siirrytty käyttämään terapiaistuntojen video- tai ääninauhoituksia, joiden avulla voidaan analysoida varsin yksityiskohtaisesti psykoterapiaistuntojen tapahtumia. Prosessitutkimuksessa käytetään kvalitatiivisia ja kvantitatiivisia menetelmiä ja näiden yhdistelmiä. Suomessa prosessitutkimusta tehdään etenkin laadullisilla, diskursiivisesti suuntautuneilla tutkimusmetodeilla. (Esim. Vehviläinen 2003, Makkonen 2003, Peräkylä 2004, Kurri 2005, Voutilainen tulossa, sisällönanalyysi prosessitutkimuksessa kts. esim. Pole & Jones 1998.)

Psykoterapian prosessitutkimuksissa on todettu, että psykoterapia-prosessit ovat keskenään erilaisia ja että eroavaisuudet ovat suhteessa terapiamuotojen erilaisiin teoreettisiin oletuksiin (Stiles 1979, Elliott ym. 1987, Hill, O`Grady & Elkin 1992). Terapeutit siis toimivat eri viitekehysissä eri tavoin (vrt. ekvivalenssiparadoksi). Process–outcome-tutkimussuuntauksen piirissä pyrittiin 1980- ja 1990-luvuilla selvittämään, olivatko teoriasidonnaiset terapeuttien toimenpiteet (eli interventiot, kuten esimerkiksi tulkinta) suhteessa terapian tuloksellisuuteen. Kysymyksenasettelu nojautui lääketutkimusten logiikkaan, jonka mukaan ”vaikuttavan ainesosan” (eli psykoterapiakontekstissa terapeuttien toimenpiteiden) määrä korreloi positiivisesti tuloksen kanssa (Stiles & Shapiro 1989). Lääkemetaforan perusteella ajateltiin, että tilastotieteellisen korrelaatioanalyysin avulla nähtäisiin, mitkä psykoterapeuttiset prosessimuuttujat (terapeutin toimenpiteet) korreloivat positiivisesti tuloksellisuuden kanssa ja mitkä prosessimuuttujat puolestaan ovat vähemmän merkittäviä (tuottavat nollakorrelaation).

Psykoterapeutin puhetoimintojen vaikutuksia analysoiva korrelaatioanalyysi oli mahdollista mm. William Stilesin (1992) kehittämällä pu-

heaktien luokittelujärjestelmällä, jota hän kutsui verbaalisen vaihdon muodon analyysiksi (Verbal Response Mode analysis, VRM). Luokittelu koostuu kahdeksasta luokasta ja se on rakennettu universaaliksi, sitä voi soveltaa minkä tahansa vuorovaikutustilanteen analysoimiseen (Kts. Stiles & Putnam 1992, Putnam & Stiles 1993). Puheakteilla Stiles tarkoitti tekoja, joita puhujat tekevät puheessaan. VRM-analyysissä analyysiyksikkö on yksittäinen ilmaisu, joka voi olla yksinkertainen lause, itsenäinen virke tai yhden sanan ilmaisu. Jokainen puheakti voidaan luokitella johonkin kahdeksasta luokasta⁵. Luokat ovat toisensa poissulkevia. Luokittelussa on pyritty huomiomaan keskustelun dialoginen jäsentyminen. Kutakin ilmaisun tyyppiä (kysymystä, tulkitsemista jne.) tarkastellaan kolmesta näkökulmasta: kuka puhuu, kenelle hän osoittaa ilmaisunsa ja mikä on ilmaisun intentio. Luokittelun kattavuutta lisää se, että kustakin puheenvuorosta erotetaan vuoron kieliopillinen muoto ja sen pragmaattinen tarkoitus, tilannekohtainen merkitys (esimerkiksi puheakti ”Toisitko minulle kahvia?” on kieliopilliselta muodoltaan kysymys, mutta pragmaattisen tarkoituksensa puolesta ohjaamista [kategoria 2]).

Terapeutin puhetoimintojen luokittelu ja niistä tehdyt korrelaatio-analyysit eivät tuottaneet toivottua lisätietoa psykoterapiaprosessien

⁵ Stilesin puheaktien luokat olivat: 1) *Itsen ilmaiseminen (Disclosure)*, jolla puhuja kertoo jotain itsestään, 2) *Ohjaaminen (Advisement)*, jolla puhuja ohjaa toisen toimintaa, 3) *Kysyminen (Question)*, jolla puhuja pyytää tietoa tai ohjausta, 4) *Tulkitseminen (Interpretation)*, jolla puhuja selittää tai arvioi toista tai tämän toimintaa, 5) *Ulkopuolisen maailman kuvaaminen (Edification)*, jolla puhuja antaa objektiivista informaatiota, 6) *Vahvistaminen (Confirmation)*, jolla puhuja puhuja ilmaisee samanimielisyyttä tai erimielisyyttä, 7) *Kuittaaminen (Acknowledgement)*, jolla puhuja ilmaisee vastaanottaneensa toisen kommunikation, 8) *Takaisin antaminen (Reflection)*, jolla puhuja antaa sanoja toisen kokemukselle tai toistaa toisen sanoja (Stiles 1992, 3-4).

sisältöjen suhteesta psykoterapian tuloksellisuuteen (Stiles & Shapiro 1989, 1994, kts. myös Hill 1986). Korrelaationanalyysin tulosten mukaan terapeutin puheenmuodoilla ei ollut kovinkaan ennustettavia yhteyksiä psykoterapian tuloksellisuusmuuttujiin (Stiles & Shapiro 1994). Lääke-metafora osoittautui kelvottomaksi psykoterapian prosessin ja tuloksellisuuden yhteyttä tutkittaessa. Stiles toteaa (1999, 6), että tutkimusten ongelma oli tilastotieteellinen logiikka. Psykoterapia on kommunikaatioon perustuva, yhteistoiminnallinen hoitomuoto. Psykoterapeutin ja potilaan puhetoiminnot, puheenvuorot ovat suhteessa toisiinsa. Terapeutit pyrkivät mukauttamaan toimintansa potilaan tarpeisiin, jotka voivat terapatapaamisen aikana muuttua hetkittäin. Terapeuttien teoriasidonnaiset toimenpiteet kehittyvät terapeutin ja potilaan vastavuoroisen toiminnan osana, eikä puhetoimintojen irrottaminen kontekstistaan siksi ole mielekäästä. Terapeutin responsiivisuus siis tuhoaa korrelaatioanalyysin tilastolliset edellytykset (Stiles, Honos-Webb & Surko 1998). Tämän vuoksi Stiles (1999) pitää laadullisia tutkimusmenetelmiä, erityisesti narratiivista analyysiä tilastollisia menetelmiä luontuvampina psykoterapian prosessia analysoitaessa.

Responsiivisuuden ongelmasta johtuen kiinnostus psykoterapeutin puhetoimintojen luokitukseen on ollut 2000-luvulla vähäistä. Psykoterapeutin puhetoimintoja voidaan kuitenkin analysoida myös siten, että toimintojen vastavuoroisuus eli vuorovaikutuksen paikallinen konteksti otetaan huomioon. Tällaiset työvälineet tarjoaa keskustelunanalyysi. Tässä työssä näytän, minkälaisia luokituksia keskustelunanalyysin avulla erilaisista puheenvuoroista syntyy. Psykoterapian prosessitutkimuksen yhteydessä on kuitenkin syytä huomioda, että keskustelunanalyysi on sosiaalitieteellinen, sosiaalisen toiminnan tutkimiseen kehittynyt tutkimusmenetelmä. Se on vahvasti aineistolähtöinen menetelmä, jossa analyysi kohdentuu vain vuorovaikutuksessa näkyvissä olevaan osaan (Esim. Hutchby & Wooffit 1998). Keskustelunanalyysi siis näyttää, mitä vuorovaikutuksessa tapahtuu; mitä tehtäviä erilaiset puheenvuorot vuorovaikutuksessa toimittavat. Keskustelunanalyttinen välineistö ei sellai-

senaan soveltu kaikkiin psykoterapiaprosessiin vaikuttavien tekijöiden (kuten vaikkapa yhteistyösuhteen ominaisuuksien tai [vasta] transferenssin hallinnan) tutkimiseen.

Olen tässä aluvuussa näyttänyt, miten käsillä oleva tutkimus asemoituu psykoterapiatutkimuksen pariin. Tutkimusaineisto on peräisin Helsingin Psykoterapiaprojektista (HPTP), joka on mittavin suomalainen vaikuttavuustutkimus. Työn sisällöllinen ja metodologinen näkökulma kytkettyvät prosessitutkimukseen. Seuraavaksi esittelen HPTP:n tavoitteet, rakenteen ja aineistonkeruumenetelmät. Luvun loppuosassa keskityn psykiatristen arviointihaastattelujen tarkastelemiseen. Esittelen sitten oman tutkimusaineistoni ja sen erityispiirteet.

1.4 Helsingin Psykoterapiaprojekti

Helsingin Psykoterapiaprojekti (HPTP) on suurin Suomessa tehty psykoterapian vaikuttavuustutkimus. HPTP käynnistyi vuonna 1994 ja se kestää ainakin vuoteen 2009. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää, onko lyhytkestoisten terapioiden (lyhytkestoisen psykodynaamisen psykoterapian ja voimavarasuuntautuneen terapian) ja kahden pitkäkestoisen terapian (pitkäkestoinen psykodynaaminen psykoterapia ja psykoanalyysi) vaikuttavuudessa ja vaikutusten pysyvyydessä eroja masennustilojen ja ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa. Ensisijaisena tavoitteena on verrata miten erilaiset terapiamuodot vaikuttavat psykiatrisiin oireisiin ja sairastavuuteen. Toissijaisesti arvioidaan terapiamuodon vaikutuksia tutkimushoidon päättymisen jälkeiseen hoidon tarpeeseen, työkykyyn ja sosiaaliseen toimintakykyyn, persoonallisuuden toimivuuteen ja terveyskäyttämiseen. Lisäksi arvioidaan hoitojen kustannusvaikuttavuutta. Projekti on pääosin Kansaneläkelaitoksen rahoittama, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin, Biomedicum Helsinki -säätiön, Kansanterveyslaitoksen ja Kuntoutussäätiön kanssa tehtävä yhteistyöhanke. (Knekt & Lindfors 2004.)

HPTP:n tutkimusasetelma sisältää sekä satunnaistetun kokeen että kvasikokeellisen tutkimusasetelman. Satunnaistetussa kokeessa potilaat arvottiin lyhyeen voimavarasuuntautuneeseen terapiaan, lyhytkestoiseen psykodynaamiseen tai pitkäkestoiseen psykodynaamiseen psykoterapiaan. Kvasikokeellinen tutkimusasetelma muodostettiin pitkään psykodynaamiseen psykoterapiaan arvotuista ja psykoanalyysiin ohjatuista potilaista. (Knekt & Lindfors 2004.)

HPTP:iin hyväksyttiin 326 potilasta, jotka olivat iältään 20–45-vuotiaita ja joilla oli yli vuoden kestänyt työkykyä haittaava tai uhkaava psyykinen häiriö. Mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöt määriteltiin DSM-IV -kriteerien mukaan. Tutkimukseen ei hyväksytty potilaita, joilla oli vaikea persoonallisuushäiriö, psykoottisasoinen häiriö, vakava somaattinen sairaus, päihteiden käyttöön liittyviä häiriöitä, orgaaninen aivovamma tai kehityshäiriö, lievä tai lyhytaikainen psyykinen ongelma tai jotka edeltäneen kahden vuoden aikana olivat olleet psykoterapiassa. Myös psykiatriset ammattihenkilöt karsiutuivat pois. (Knekt & Lindfors 2004.)

Terapeutteja tutkimuksessa oli yhteensä 71, joista suurin osa oli peruskoulutukseltaan psykologeja. Edellytyksenä oli vähintään kahden vuoden työkokemus. Lyhytterapiaa antaneilla terapeuteilla oli keskimäärin yhdeksän vuoden työkokemus, pitkiä terapioida antavilla työkokemusta oli vähintään 15 vuotta. Terapioita ei ohjeistettu HPTP:n puolesta, muuten kuin terapian viitekehysten ja sovittujen kesto- ja tiiviyskriteerien mukaan, vaan ne toteutettiin kuten tavallisessa kliinisessä käytännössä. (Knekt & Lindfors 2004.)

HPTP:ssa potilaiden psyykinen tila arvioitiin kolmessa alkuhaastattelussa ennen satunnaistamista hoitoryhmiin. Hoidon aikana ja hoidon jälkeisenä viiden tai seitsemän vuoden seuranta-aikana potilaiden tila arvioitiin säännöllisin väliajoin. Mittauksiin sisältyi kyselyjä, videoituja haastatteluja, psykologisia testejä ja laboratoriomittauksia. Arviointipatteristo toi esiin sekä potilaan että ulkopuolisen arvioijan näkemykset potilaan tilasta. Haastatteluissa haastattelijoina toimivat kliinisesti kokeneet psykologit tai psykiatrit. He eivät olleet vastuussa potilaan hoidosta,

vaan toimivat psykoterapiahoidosta riippumattomina arvioijina. (Knekt & Lindfors 2004.)

Tässä työssä paneudun siihen, miten haastattelijat toteuttivat seuranta-haastatteluiden puolistrukturoidut osuudet. Haastattelijan toiminnan merkitykselliseksi tekee se, että puolistrukturoiduissa haastatteluissa haastattelijat kysyvät myös kysymyksiä, jotka eivät ole ohjeistettuja. Seuraavaksi käsittelen erityyppisiä diagnostisia haastatteluita ja asemoin HPTP puolistrukturoidut haastattelut diagnostisten haastattelujen joukkoon. Siirryn sitten kuvaamaan yksityiskohtaisemmin HPTP:n diagnostisten arviointihaastatteluita ja omaa tutkimusaineistoani.

1.5 Psykiatriset arviointihaastattelut

Mielenterveyden tutkimus- ja hoitotyössä diagnostinen arviointi perustuu haastatteluun⁶. Haastattelun rinnalla diagnosointivälineinä voidaan käyttää myös itsearviointikyselyitä ja psykiatrian asiantuntijoiden suorittamia arviointeja; näin toimittiin HPTP:ssä. (Arviointivälineistä kts. esim. Merrell 2003, Kroenenberger & Meyer 1996, Vacc & Juhnke 1997.) Koska haastatteleamalla tehty arviointi perustuu vuorovaikutukseen eikä erillisiin objektiivisiin mittareihin, korostuvat niiden kohdalla kysymykset reliabiliteetista ja validiteetista. On pohdittu sitä, onko vuorovaikutuksen varaan rakentuva tiedonkeruun menetelmä riittävän luotettava, ovatko haastattelut toistettavia ja ovatko niiden perusteella muodostetut arviot pysyviä. (Esim. Rogers 2001, Clark & Watson 1995.)

Kliinisessä psykiatrisessa arvioinnissa haastattelut luokitellaan strukturoituihin, puolistrukturoituihin ja strukturoimattomiin diagnostisiin haastatteluihin. Esittelen alla kutakin haastattelumallia. Aloitan strukturoiduista haastatteluista, jotka lienevät psykiatriassa käytetyimpiä.

⁶ Kts. *Virsu (2005) ja Nevalainen (2006) psykologisen arvioimisen ja mittaamisen eroista.*

Strukturoituja diagnostisia haastatteluita pidetään psykiatriassa yleisesti ottaen luotettavimpina. Haastattelijat kysyvät standardoituja eli vakioituja kysymyksiä. Kysymykset ovat usein luonteeltaan yksityiskohdaisia, kohde ja aihe ovat selkeästi rajattu. Kysymysten standardoimisella varmistetaan, että kaikissa haastatteluissa kysymykset muotoillaan samalla tavalla. Näin estetään esimerkiksi tahattomat tulkintavirheet ja niistä aiheutuvat hankaluudet. Ajatuksena on, että arviointia voi häiritä esimerkiksi sellaiset kysymyksen muotoilut, joista voi olla luettavissa haastattelijan halventava (esimerkiksi ”Onko sinulla edelleen kummallisia ajatuksia työkavereidesi suhteen?”) tai epäluuloinen (esimerkiksi ”Uskotko todella että pivosi yrittää tappaa sinut?”) suhtautuminen (Clark & Watson 1995). Kysymysten esittäminen sanatarkasti ja ohjeistuksen mukaan varmistaa, että kaikki ennalta annetut aihealueet käydään haastattelussa läpi (Rogers 2001). Myös kysymysten järjestyksellä on merkitystä. On todettu, että haastattelu on hyvä aloittaa vähiten potilasta ja tämän tilannetta uhkaavista kysymyksistä ja edetä vähitellen kohti aiheita, jotka potilas saattaa tulkita tungetteleviksi (Rogers ym. 1992). Diagnostiset strukturoidut haastattelut on yleensä suunnattu tietyille aikuis- tai lapsi kohderyhmille. Yksi tunnetuimmista strukturoiduista haastatteluista on SCID-I (Structured Clinical Interview for Axis I DSM-IV Disorders; First ym. 1995).

Keskeisimpänä etuna, jota haastattelukysymysten standardoiminen psykiatriseen arviointiin tuo, pidetään sitä, että arvioinnit ovat toistettavia. Yleisesti ottaen strukturoitujen haastattelujen toistettavuus on vähintäänkin kohtalainen (Esim. Wood ym. 2002). Toistettavuus merkitsee sekä eri arvioitsijoiden välisen toistettavuuden luotettavuutta (*interrater reliability*), että arvioinnin pysyvyyttä, arviointien yhtäpitävyyttä lyhyellä aikavälillä (*test-retest reliability*). Kysymysten standardoiminen tekee mahdolliseksi psykiatrisen diagnoosin systemaattisen vertailun niin ajan, arvioitsijoiden, paikan jne. suhteen (Kts. Rogers 2001, 7-8). Lisäksi ennalta annetut kysymykset ja niiden muotoilut ehkäisevät alidiagnosoimisen eli tilanteen, jossa arvioitsija keskittyy vain pääoireeseen, eikä huo-

maa tilanteeseen vaikuttavaa lisä- tai täydentävää diagnoosia (Wyndrowe 1987). Psykiatriassa diagnostisten haastattelujen tutkiminen on keskittynyt suuressa määrin nimenomaan strukturoitujen haastattelujen tutkimiseen. Haastatteluista tehtyjen tutkimusten kysymyksenasettelu koskee useissa tapauksissa sitä, *mitä* tulisi arvioida, sen sijaan, että pohdittaisiin *miten* arvio tulisi suorittaa (Stanghellini 2004).

Myös puolistrukturoidut haastattelut ovat luonteeltaan systemaattisia, kattavia ja toistettavia (Esim. Trull 2005, 162). Puolistrukturoitujen haastattelujen etuina pidetään sitä, että saatu tieto on kattavampaa kuin strukturoiduilla haastatteluilla. Haastattelukysymykset eivät ole standardoituja. Puolistrukturoiduissa diagnostisissa haastatteluissa kysymysten aiheet ja järjestys annetaan etukäteen, mutta haastattelija itse saa muotoilla kysymyksen. Kysymykset ovat avoimempia eivätkä ne siksi rajaa haastattelun kohdetta yhtä tarkasti kuin strukturoiduissa haastatteluissa. Näin ollen potilaiden kuvaukset oireistaan ja kokemuksistaan ovat monipuolisempia ja yksityiskohtaisempia. Ongelmana nähdään se, että puolistrukturoidut haastattelut ovat aikaa vieviä, vaativat erityistä taitoa ja niihin liittyy ilmiöitä, joilla voi olla vaikutusta saatuun informaatioon. Haastattelijat joutuvat käyttämään puolistrukturoiduissa haastatteluissa myös ennalta määrittelemättömiä kysymyksiä. Strukturoimattomat kysymykset voivat tuottaa haastatteluun vaihtelua; haastattelun kohde saattaa esimerkiksi muuntua aiotusta (Rogers 2001). Vuorovaikutus on puolistrukturoidussa haastattelussa ”väljempää” kuin strukturoiduissa haastatteluissa. Tämän nähdään monissa tilanteissa korostavan haastattelijan ja potilaan välistä yhteistyösuhdetta⁷. Ongelmallisina pidetään tilanteita, joissa yh-

⁷ *Erilaisia haastatteluista ohjeistavassa kirjallisuudessa painotetaan haastattelijan ja haastateltavan yhteistyösuhteen (engl. rapport) merkitystä. Psykiatrisissa haastatteluissa potilaat voivat esimerkiksi suhtautua haastatteliijaan epäillen tai pelkäämällä haastattelutilannetta ja sitä, että tulevat leimatuksi tai saavat ei-toivotun diagnoosin (Othemer & Othemer 1994). Näistä tekijöistä johtuen he voivat esimerkiksi käyttäytyä defensii-*

teistyö ei toimi ja tiedon kerääminen häiriintyy. Haastattelussa voi korostua affektiset ominaisuudet, mikä häiritsee oireiden merkityksen arviointia. (Rogers 2001, Trull 2005.)

Puolistrukturoitujen diagnostisten haastattelujen käyttöä suositaan erityisesti spesifeissä konteksteissa, kuten oikeuspsykiatriassa, erilaisissa sisäänottohaastatteluissa, kehitysvammaisia haastatellessa (Trull mt., 162) ja myös tutkimuskäytössä, kuten HPTP:ssä. Erityisesti keskustelua käydään siitä, tulisiko persoonallisuushäiriöitä arvioida strukturoiduilla vai puolistrukturoiduilla menetelmillä (Kts. esim. Zimmerman ym. 2005, Westen 1997).

Strukturoimattomien haastattelujen etu on se, että niissä korostuu haastateltavan potilaan subjektiivinen kokemusmaailma, yksilölliset merkitykset ja elämäntarina, narratiivi (Esim. Stanghellini 2004, myös Shea 1988, Kleinman 1988). Mielenterveyden hoidon kliinisessä käytännössä ja tutkimuksessa strukturoimattomia haastatteluita pidetään kuitenkin epäsystemaattisina ja epäluotettavina.

Erilaiset haastattelumallit tuottavat erilaista materiaalia. Usein niitä käytetään rinnakkain, jolloin eri haastattelumalleilla saadut tiedot voivat täydentää toisiaan. Myös HPTP:ssä seurantahaastatteluissa käytettiin puolistrukturoitua ja strukturoitua haastattelumallia; puolistrukturoitua osuutta seurasivat yksityiskohtaiset oireiluun ja keskeisiin diagnostisiin kriteereihin liittyvät kyselyt. Tässä tutkimuksessa analysoin ainoastaan puolistrukturoitua osuutta. Kuvaan seuraavaksi seurantahaastattelujen tehtäviä ja niiden luonnetta.

visesti tai tilannettaan vääristellen (Kts. esim. Rogers 2001, 27-28). Hyvällä yhteistyösuhteen pyritään saamaan potilas tuntemaan itsensä terve-tulleeksi, jolloin tilanteeseen liittyvä pelot ja jännitteet mahdollisesti vähenevät.

1.5.1 HPTP:n seurantahaastattelut

Seurantahaastattelut toteutettiin 7 kk sekä 1, 2, 3 ja 5 vuotta psykoterapi-
an alkamisen jälkeen. Puolistrukturoidussa osiossa haastattelijat esittivät
kysymyksiä HPTP:n seurantahaastatteluohjeistuksen mukaan (liite 2).
Haastattelussa saatujen tietojen perusteella haastattelijat arvioivat haas-
tattelun jälkeen potilaan tilannetta eri arviointiasteikolla⁸. Ensisijaisina
muuttujina HPTP:ssa tarkasteltiin psykiatrisia oireita ja sairastavuutta,
jotka määriteltiin itsearviointiin perustuvilla kyselyillä ja puolistruktu-
roiduilla ja strukturoiduilla haastatteluosuuksilla. Psykiatrisen diagnoosin
lisäksi puolistrukturoidussa haastatteluissa kerättiin tietoa useista elämä
osa-alueista: persoonallisuuden toimivuudesta, työkyvystä, sosiaalisesta
toimintakyvystä, elämäntavasta (vapaa-ajan vietosta), somaattisesta ter-
veydestä, kokemuksista terapiasta ja tulevaisuudennäkymistä. (Knekt &
Lindfors 2004.)

Arviointihaastatteluita toteutettiin HPTP:ssa usean vuoden ajan ja
niitä tekivät useat haastattelijat. Haastatteluilla tehtyjen arviointien laatua
eli arviointien yhtäpitävyyttä selvitettiin videoaineisto-otoksen perusteel-
la. Aineisto-otos koostui 39 haastattelusta. Arviointikertoja oli kaksi.
Laadun arvioinnissa arvioitiin sekä haastattelijoiden yhtäpitävyyttä teh-
dystä arvioinnista, että arviointien pitkäaikaista pysyvyyttä. Puolistruktu-
roidun haastattelun perusteella tehtyjen diagnoosien validiteettia arvioi-
ttiin vertaamalla niitä SCID (Structured Clinical Interview for DSM-IV
axis I and II) -menetelmällä saatuihin arviointeihin. Laadunarvioinnin

⁸ *Helsingin Psykoterapiaprojektissa käytetyt haastatteluun perustu-
vat arviointiasteikot: Psykiatrisen diagnoosi ja oireet: DSM-IV, Global
Assessment of Function scale (GAF), The Hamilton Depression Rating
Scale (HDRS), The Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) Persoonal-
lisuuden toiminta: Quality of Object Relations Scale (QORS), Level of
Personality Organization (LPO). Arviointiasteikkojen kuvaukset kts.
Knekt & Lindfors 2004, 105-112.*

tuloksena oli, että haastatteluilla kerätyn aineiston luotettavuus oli useimpien arvioiden osalta melko hyvä. (Knekt & Lindfors 2004, Lindfors 2006.)

HPTP:n seurantahaastatteluiden tehtävä on tutkimusmateriaalin kerääminen vaikuttavuustutkimuksen käyttöön. Perustehtävä on lähtökohdaisesti samanlainen kuin minkä tahansa tutkimushaastattelun, jossa kerätään aineistoa vaikkapa ihmisten mielipiteistä tai tottumuksista. HPTP:n seurantahaastatteluissa on kuitenkin ominaisuuksia, jotka tekevät niistä erityislaatuisia tutkimushaastatteluita. Erityislaatuisuus on sidoksissa haastatteluiden sisältöön, haastattelijoiden ammatilliseen taustaan ja seurantahaastatteluiden sarjaluonteisuuteen. Seuraavaksi kuvaan haastatteluiden ominaispiirteitä hieman lähemmin.

HPTP:n seurantahaastatteluissa käsiteltiin potilaan psyykkistä ja sosiaalista elämäntilannetta monipuolisesti. Painopiste oli potilaan ongelmista ja ongelmien muuttumisesta. Haastattelut toteutettiin psykiatrian klinikalla ja haastattelijoina toimivat kliinisesti kokeneet psykiatrian ammattilaiset, joilla oli myös psykoterapiakoulutus. Haastattelijat toimivat seurantahaastatteluissa eksplisiittisesti haastattelijoina, eivätkä erityisesti korostaneet omaa asiantuntijuuttaan. Heillä ei ollut potilaista hoitovastuuta, eikä heidän tehtävänään ollut esimerkiksi ottaa kantaa potilaan hoidolliseen tilanteeseen. Haastatteluiden perustehtävä oli diagnostinen, ei hoidollinen; haastatteluiden tavoitteena oli, että haastattelija sai potilaan voinnista, ongelmista ja ongelmien luonteesta siinä määrin tietoa, että hän pystyi tiettyjä arviointiasteikkoja (kts. alaviite 8) käyttäen arvioimaan sekä potilaan psykiatrisen diagnoosin ja oireet että persoonallisuuden toimintaa. Diagnostista tehtävää ei kuitenkaan itse haastattelutehtävässä nimetty, eikä haastattelun perusteella tehtävää arviota ilmaistu potilaalle. Haastattelut olivat erityislaatuisia myös siksi, että ne toistuivat samansisältöisinä säännöllisin väliajoin. Potilas kohtasi jokaisessa seurantahaastattelussa saman haastattelijan. Haastattelun kulku oli annettu etukäteen haastatteluohjeistuksessa (liite 2).

Yhteen vetäen voi todeta, että HPTP:n seurantahaastatteluihin oli ai-neksia niin tutkimushaastatteluihin kuin ammattilaisten ja asiakkaiden välisistä kohtaamisista (esim. lääkäri–potilas, psykoterapeutti–asiakas). Tutkimushaastattelun piirteet korostuivat haastattelijoiden toiminnan ohjeistuksissa ja rajoituksissa (mm. siinä, että he toimivat annetun ohjeis-tuksen mukaan, eivätkä ottaneet potilaiden hoidollisiin tilanteisiin kan-taa). Elementit ammattilaisen ja asiakkaan välisistä kohtaamisista liittyi-vät osallistujien tiedolliseen suhteeseen. Haastattelijat olivat psykiatrian ammattilaisia, jotka olivat haastatteluiden substanssialan eli mielenter-veyden ja psykoterapian asiantuntijoita. Lisäksi heillä oli psykoterapia-koulutus.

Seurantahaastatteluiden toteuttaminen edellytti haastattelijoilta psy-kiatrissa ammattitaitoa. Yksittäisistä arviointitehtävistä persoonallisuus-organisaation arviointi edellytti psykoanalyttisen persoonallisuusteorian tuntemista. Seuraavaksi kuvaan persoonallisuusorganisaation arviointia.

1.5.2 Persoonallisuusorganisaatio ja sen arviointitehtävä

Persoonallisuushäiriöillä tarkoitetaan syvälle juurtuneita ja pitkäaikaisia käyttäytymismalleja, jotka ovat joustamattomia ja ilmenevät haitallisina monenlaisissa elämäntilanteissa (Eronen & Henriksson 1999). Persoonal-lisuushäiriöiden tunnistaminen, persoonallisuusrakenteen häiriötason arviointi ja sopivan hoitomuodon löytäminen on koettu psykiatrisessa ja psykologisessa työskentelyssä ongelmalliseksi. Siksi persoonallisuutta tarkastellaan usein erilaisista viitekehyksistä käsin.

HPTP:n haastattelijoiden arviointitehtävistä persoonallisuusorgani-saation arviointi (Level of Personality Organization, LPO) tarjoaa DSM-IV luokitukselle vaihtoehdoisen tai rinnakkaisen tavan tarkastella persoo-nallisuusrakenteen häiriöitä, sillä se nojautuu psykoanalyttiseen persoo-nallisuusteoriaan. LPO:n psykodynaaminen näkemys psyyken toimintaan on luonteeltaan erilainen kuin DSM:n kuvaileva näkökulma psyykkisiin

häiriöihin. LPO on arviointiasteikko, joka on kehitetty Helsingin Psykoterapiaprojektissa ja se perustuu modifioituun psykoanalyttikko Otto Kernebergin strukturaaliseen haastatteluun (Kernberg 1984). Haastattelun toteutus perustuu puolistrukturoituun haastatteluun. Kuvaan psykoanalyttista persoonallisuusteoriaa seuraavaksi lyhyesti, sillä se avaa varsin erilaisen näköalan persoonallisuushäiriöihin kuin aiemmin tässä luvussa kuvattu DSM-luokitus.

Psykoanalyttinen teoria eli Freudin strukturaalinen malli ja siihen pohjautuvat vietti- ja egopsykologiset näkemykset erottavat persoonallisuudesta kolme toiminnallista kokonaisuutta, egon, idin ja superegon (Esim. Pine 1987). Näitä perusrakenteita kutsutaan *struktuureiksi* (Freud 1923). Teorian mukaan struktuurit eivät ole pysyviä rakenteita, jotka esimerkiksi olisi mahdollista paikallistaa aineellisesti keskushermoston johonkin osioon. Sen sijaan struktuurit ovat persoonallisuuden erilaisia toimintoryhmittymiä, jotka muodostavat yhdessä persoonallisuuden kokonaisuuden ja joista kukin tulee ymmärretyksi vain suhteessa muihin rakenteisiin. Jokainen rakenne koostuu itselleen ominaisista psyykkisistä pyrkimyksistä (Freud 1923, myös Tähkä 1982, Kernberg 1996, Mischel ym. 2004):

- *Id* (das Es, viettipohja) edustaa psyykessä biologisia perustarpeita ja niihin liittyviä haluja. Idin toiminta on yksilölle itselleen tiedostamatonta. Se ilmentää itsensä erilaisten viettijohdannaisien kautta, jotka näyttäytyvät tietoisuudessa mielteinä, ajatuksina, tunteina ja tunnelmina. Psykoanalyttinen teoria erottaa kaksi perusviettiä, seksuaalisen (libido) ja aggressiivisen (aggressio). Ihmisen käyttäytymisen eri puolissa voi nähdä kummastakin perusvietistä peräisin olevaa energiavarausta eriasteisesti toisiinsa sekoittuneina. Vietit pyrkivät suoraan tai välittömään tyydytykseen, mitä kutsutaan mielihyväperiaatteeksi. Idin viettipyrkimyksillä ei kuitenkaan ole suoraa pääsyä purkautumiseen tai tyydytykseen, vaan ne ovat riippuvaisia egon toimeenpanevista funktioista.

- *Ego* (das Ich, minä) vastaa toiminnan ohjauksesta, erityisesti toiminnan tahdonalaisesta säätelystä. Freud ajatteli egon kehittyvän idistä, kun taas myöhemmät psykoanalyttiset egopsykologit näkevät, että egon toiminnot ovat synnynnäisiä, joskin alkeellisessa muodossa (mm. Hartmann 1950, 1952). Egon keskeinen tehtävä on integroida idin, superegon ja ulkoisen todellisuuden vaatimukset toisiinsa. Toinen egon funktio on realiteettien arvioiminen ja realiteettitaju, kyky erottaa toisistaan ulkomaailmasta ja omasta itsestä peräisin olevat ärsykkeet. Realiteettitaju lähtee kehittymään vauvan ja äidin tai muun ensisijaisen hoitajan välisessä suhteessa. Jos ulkoiset olosuhteet vakavasti häiritsevät suhdetta tai jos äidin tai hoitajan persoonallisuus on huomattavan häiriintynyt, voi myös lapsen egon kehitys häiriintyä. Varhaiset merkitykselliset ihmissuhteet, objektsuhteet, merkitsevät samaistuskohteita ja palkinnon ja rangaistuksen jakajia. Ego reagoi ahdistuksella sellaisiin ärsykkeisiin, mitä se ei pysty purkamaan. Se suojaa psyykeä liialta ahdistuksilta erilaisilla defenzeilla, jotka jaotellaan primitiivisiin ja kehittyneisiin.
- Superego (das Überich, yliminä) ilmenee mm. sisäisinä moitteina ja soimauksina, eräänlaisena omantunnon äänenä. Sen piiriin kuuluu myös ne ihanteet, joita yksilö pyrkii seuraamaan ja joiden kaltaiseksi hän haluaa tulla (puhutaan minäihanteesta tai egoideaalista). Superego on persoonallisuuden struktuureista myöhäsyntyisin. Sen muodostuminen vahvistaa ega sen puolustustoiminnoista idin viettilylykkeitä vastaan, mutta samalla se rajoittaa egon mahdollisuuksia nauttia erilaisiin viettilylykkeisiin antautumisesta. Yksilölle superegon hyväksymisen puute näyttäytyy syyllisydentunteena. Jatkuva alemmuudentunne ja huono itsetunto kertovat pysyvistä jännitystilasta superegon ja

egon välillä. Vastaavasti itseluottamus, tyytyväisyys itseen ja hyvä itsetunto ilmentävät superegon hyväksyntää.

Psykodynamiikalla tarkoitetaan psyyken rakenteiden välistä jatkuvaa dynaamista ristiriitaa, ”kamppailua” (Vuorinen 1997). Idin vietit pyrkivät purkaantumaan, mutta superegon ja erityisesti egon toiminta estää ja hillitsee niitä. Id pyrkii mielihyvään ilman rajoituksia tai ehtoja (periaatteella ”heti, kaikki, aina”). Egon tehtävä on varmistaa, että mielihyvä saavutetaan tavalla, joka ottaa huomioon superegon ja ulkoisen todellisuuden vaatimukset. Sen funktio on integroida kaikkien osapuolten toiveet ja etsiä jokaista tyydyttävä kompromissiratkaisu. (Esim. Tähkä 1982.)

Otto Kernbergin (1981, 1984) strukturaalisen haastattelun teoriassa yhdistyvät yllä kuvattu freudilainen viettiteoria ja objektisuhdeteoria, joita tyypillisesti pidetään toisilleen vaihtoehtoisina teoreettisina viitekehyksinä. Objektisuhteet tarkoittavat varhaisia, sisäistyneitä ihmissuhteita. Psykoanalyttisessä näkemyksessä objektilla tarkoitetaan merkityksellisiä henkilöitä, lapselle äitiä tai muuta merkityksellistä hoitajaa. Objektista onkin käytetty myös suomenkielistä termiä ”tunnekohte” (Vuorinen 1997). Objektisuhdeteoreetikkojen näkemyksen mukaan lapsen käsitys itsestä muotoutuu varhaisen hoitosuhteen ja sen laadun kautta. Ajan myötä lapsi sisäistää vuorovaikutusmielikuvat osaksi itseään (Kts. Ryle 1975 ytimekäs kuvaus objektisuhteista). Usein tehdään ero ”uudemman” yhdysvaltalaisen ja vanhemman brittiläisen (esim. Melanie Klein, Ronald Fairbairn, Donald Winnicott) psykoanalyttisen objektisuhdekoulukunnan välille (Brittiläisestä koulukunnasta kts. esim. Symington 1986, Ascbach & Schermer 1987). Kernberg edustaa yhdessä Heinz Kohutin (1971, 1977) kanssa yhdysvaltalaista, uudempaa objektisuhteiden koulukuntaa.

Kernberg (1984) luokittelee persoonallisuushäiriöt niiden vaikeuden (”severity”) mukaan neuroottiseen (lievin), rajatila- ja psykoottiseen

(vakavin) persoonallisuusorganisaatioon⁹. Psykiatriassa persoonallisuushäiriöiden hoidossa hankaluutena on ollut Kernbergin mukaan (mt.) erottaa ”rajatilapatologia” kahdesta muusta, neuroottisista ja toisaalta psykoottisista häiriöistä. Kernberg (mt.) toteaa, että edellä mainitut kolme persoonallisuusrakennetta voi rajata toisistaan tarkastelemalla niitä psykodynaamisesta näkökulmasta, jolloin tutkitaan kunkin häiriön pohjalla olevaa mielen rakentumisen tapaa, strukturaalista organisoitumista. Strukturaalinen organisaatio heijastuu henkilön keskeisiin luonteenpiirteisiin ja on nähtävissä kolmessa eri yhteydessä: identiteetin integraation asteessa, niissä defensesseissä, joita hän käyttää sekä todellisuudentajussa. Esimerkiksi rajatilapatologialle on ominaista, että henkilö käyttää alkeellisia defensessejä ja identiteetti on varsin hajanainen, mutta realiteettitaju toimii. (Kernberg 1984, 3-6.)

Haastattelijan arviointitehtävä strukturaalisessa haastattelussa on moniulotteinen (Kernberg, mt., 51). Haastattelija tutkii potilaan subjektiivista, sisäistä maailmaa. Hän kuuntelee, mitä potilas reaalitasolla puhuu, ja tarkkailee, mitä asioita potilas jättää käsittelemättä ja miten potilas käyttäytyy ja asettuu vuorovaikutussuhteeseen hänen kanssaan. Lisäksi haastattelija hyödyntää affektiivisia reaktioita, joita potilas hänessä itsessään herättää. Haastattelijan tunnereaktio, tunteiden siirtyminen potilaasta haastattelijaan, tuottaa haastattelijalle tietoa potilaan keskeisestä objektisuhteesta. Transferenssireaktion tuottama informaatio on Kernbergin (mt.) mukaan strukturaalisessa haastattelussa tärkeää persoonallisuusorganisaation arviointimateriaalia.

⁹*Seuranhaastatteluissa tämä näkyy siten, että persoonallisuusorganisaation arviointitehtävä hahmottaa neljä erilaista persoonallisuuden organisaation tyyppiä. Kukin persoonallisuusorganisaatiotyyppi on jaoteltu tasoihin siten, että tasoja on yhteensä seitsemän (normaali persoonallisuusorganisaatio; taso 1, neuroottinen persoonallisuusorganisaatio; tasot 2-4, borderline l. rajatilapersonallisuusorganisaatio; tasot 5-6 ja psykoottinen persoonallisuusorganisaatio; taso 7).*

Myös HPTP:n seurantahaastatteluiden puolistrukturoidussa osiossa paneudutaan käsittelemään potilaan esiin nostamia oireita, ongelmia ja ristiriitoja. Haastattelijoiden toiminnan taustalla on Kernbergin (1984) oletus, että ongelmiin paneutumisen kautta vuorovaikutukseen syntyy jännitettä, jolloin potilaalle ominaiset defensiiviset toiminnot ja psyykkisen toiminnan strukturaalinen organisaatio tulevat näkyviksi eli ilmentyvät vuorovaikutuksessa. Psykyen rakenteita ”kutsutaan” seurantahaastatteluissa esiin käyttämällä psykoanalyttisia vuorovaikutustoimintoja: klarifikaatiota, konfrontaatiota ja tulkintaa (Greenson 1967). Haastattelijan keskeisin tavoite vaikuttavuustutkimuksen kannalta on luoda edellytykset sille, että hän kykenee arvioimaan psykodynaamisen häiriötason LPO-asteikon avulla (Pyykkönen ym. 2006). Arvioinnin toteuttamisen vuorovaikutuksellisia keinoja käsittelen luvussa 5. Kernbergin strukturaalisen haastattelun teoria demonstroituu myös seurantahaastattelun rakenteessa, jota käsittelen luvussa 3.

1.5.3 Tämän tutkimuksen aineisto

Tämän työn tutkimusaineisto muodostui 16 potilaan videoiduista haastatteluista. Haastatteluista oli yhteensä 80. Käyttöön saatiin heti 11 potilaan haastattelut (yhteensä 52 haastattelua; kolmen haastattelun tekninen toistettavuus ei mahdollistanut niiden analysoimista). Näistä muodostui osakorpus, joka analysoitiin yksityiskohtaisesti. Osakorpuksen videonauhaukset purettiin tekstiksi eli litteroitiin siten, että seitsemän potilaan seurantahaastatteluprosessit litteroitiin kokonaan ja neljän potilaan haastatteluista vain tarvittavat kohdat. Osakorpuksen ulkopuolella olevan viiden potilaan haastattelusarjat saatiin käyttöön myöhemmin ja ne toimivat analyysin tarkistamisen resurssina. Seurantahaastattelun puolistrukturoidun osuuden kesto on noin 45–60 minuuttia.

Osakorpuksessa työskenteli viisi haastattelijaa, kolme miestä ja kaksi naista. Potilaista kolme kävi lyhyen psykodynaamisen psykoterapian,

kolme pitkän psykodynaamisen psykoterapian, neljä psykoanalyysin ja yksi voimavarakeskeisen psykoterapian. Potilaista 10 oli naisia, yksi mies. Iältään potilaat olivat 22–43-vuotiaita. Yli puolet asui avo- tai avioliitossa. Koulutustaso vaihteli siten, että viidellä potilaalla oli yliopisto- tai korkeakoulututkinto, kahdella opistotasoinen tutkinto ja neljällä ylioppilas- tai peruskoulututkinto. Valtaosa potilaista (8) opiskeli tai oli työelämässä.

Osakorpuksessa mukana olleiden potilaiden psykiatrinen tila oli seuraava: DSM-IV:n akseli I diagnoosi oli viidellä potilaalla mielialahäiriö, kolmella ahdistuneisuushäiriö ja kolmella samanaikainen mieliala- ja ahdistuneisuushäiriö. Kahdella potilaalla oli diagnosoitu persoonallisuushäiriö (DSM-IV, akseli II). Psykkisten oireiden itsearviointikysely (SCL-90-GSI) tuotti vaihteluvälin 0.61–2.19, kun kokonaisasteikko oli 0–4.

1.6 Yhteenvedo

Olen tässä luvussa kuvannut niitä teemoja, jotka ovat tutkimusaineistoni ja tutkimuksen kysymyksenasettelun taustalla. Kävin läpi mielenterveyden häiriöiden määrittelymisen ja tutkimiseen liittyviä näkökulmia ja kysymyksenasetteluja. Kuvasin psykoterapiapalveluiden moninaisuutta. Käsittelin psykoterapian tutkimiseen liittyviä haasteita, jotka kytkeytyvät tutkimusasetelmiin (vaikuttavuustutkimus vs. prosessitutkimus) ja tutkimusmenetelmiin (esim. kvantitatiiviset vs. kvalitatiiviset menetelmät).

Tämä työ tarjoaa sosiaalitieteellisen ja empiirisen näkökulman keskusteluun erilaisten tiedonkeruumenetelmien soveltuvuudesta psykoterapian tutkimiseen, niin tuloksellisuus- kuin prosessitutkimuksenkin kontekstissa. Käsillä olevassa tutkimuksessa kuvaan yhtä psykoterapian vaikuttavuustutkimuksen tiedonkeruunmenetelmää, puolistrukturoitua haastattelua. Tutkimukseni tavoitteena on lisätä ymmärrystä puolistrukturoidusta haastattelusta psykoterapiatutkimuksen tiedonkeruunmenetelmä-

nä. Laadullinen, kuvaileva tutkimusote näyttää haastatteluista erilaisen puolen kuin esimerkiksi haastatteluiden luotettavuudesta tehdyt tutkimukset (Rogers 2001, Lindfros 2006). Kuvailevat ja konkretisoivat tutkimustulokset voivat olla avuksi haastattelumenetelmän kehittämisessä ja sovellusalueiden pohtimisessa.

Käsillä olevassa tutkimuksessa sovelletaan laadullista tutkimusmenetelmää haastattelijan toiminnan tutkimiseen. Tässä mielessä tavoitteena on näyttää, miten sosiaalitieteellinen vuorovaikutustutkimusmenetelmä, keskusteluanalyysi olisi sovellettavissa psykoterapeutin toimintojen analysoimiseen. Keskusteluanalyysi on tutkimuslogiikaltaan ja lähtökohdiltaan erilainen kuin esimerkiksi Stilesin (1992) luoma taksonomia terapeutin puheenmuotojen erittelylle. Keskusteluanalyysin eräs vahvuus on se, että se lähtee liikkeelle vuorovaikutuksen vastavuoroisuudesta, responsiivisuudesta. Juuri terapian responsiivisuuden vuoksi tilastolliset menetelmät eivät ole soveltuneet terapeutin puhetoimintojen luokitteluun (Stiles, Honos-Webb & Surko 1998). Keskusteluanalyysi tarjoaa työvälineet aineistolähtöiseen puhetoimintojen luokitteluun. Keskusteluanalyysin lähtökohdat ovat sosiaalitieteessä, minkä vuoksi se ei kaikissa kysymyksenasetteluissa välttämättä sellaisenaan ole sovellettavissa psykoterapiatutkimukseen.

Luvun loppuosassa esittelin tutkimuskohteena olevan haastatteluaineiston ja haastatteluaineiston toteuttamiskontekstin, Helsingin Psykoterapiaprojektin (HPTP). Tutkimusaineistoni on HPTP:n kokonaisaineistoon nähden pieni, mutta laadulliseen tutkimukseen riittävä ja runsas. Kuvasin aineistoni erityispiirteitä. HPTP:n puolistrukturoitujen seuranta-haastatteluiden tehtävä on kerätä tutkimusmateriaalia. Ne ovat tavoitteiltaan diagnosoivia, eivät hoidollisia tilanteita. Vuorovaikutustilanteina haastatteluiden voi kuitenkin nähdä sijoittuvan tutkimushaastattelun ja ammattilaisen ja asiakkaan kohtaamisen välimaastoon. Tutkimushaastattelulliset ominaisuudet liittyvät haastattelun tavoitteeseen, haastattelijoiden toiminnan rajoituksiin ja mm. haastattelun ennalta-annettuun rakenteeseen. Ammattilainen–asiakas-kohtaamisten piirteet liittyivät osallistu-

jien tiedolliseen suhteeseen. Haastattelijat olivat kliinisesti kokeneita psykiatrian ammattilaisia, jotka tunsivat psykiatriasta diagnostiikkaa ja psykoterapiaa asiantuntijatasolla.

Yksi tämän tutkimuksen keskeisistä tavoitteista on avata sosiaalitteellisen laadullisen vuorovaikutustutkimuksen näköala psykiatriseen tutkimuskontekstiin. Olen tässä luvussa kuvannut pääasiassa työn psykiatrista substanssia. Siirryn nyt esittelemään keskustelunalyysia, tutkimusmenetelmää, jota tässä työssä käytän.

2 KESKUSTELUNANALYYSI JA HAASTATTELUN VUOROVAIKUTUS

Edellisen luvun loppupuolella tarkastelin psykiatristen strukturoitujen ja puolistrukturoitujen diagnostisten haastattelujen eroja. Totesin, että haastattelumalli valitaan tilanteen mukaan tai malleja käytetään rinnakkain. Strukturoitu haastattelu lienee yleisimmin käytetty, osittain sen vuoksi, että sitä pidetään psykiatriassa luotettavimpina, tehokkaimpana ja helpokäyttöisimpänä psykiatrisen tilanteen arviointivälineenä. Siinä käydään läpi vain oireet, jotka ovat relevantteja diagnoosin kannalta. Strukturoitujen haastattelujen luotettavuus perustuu suuressä määrin siihen, että haastattelijan kysymykset ja joissain tilanteissa myös haastateltavien vastausvaihtoehdot ovat standardoituja. (Rogers 2001.)

Psykiatriassa strukturoidun haastattelun tavoitteena on objektiivinen, haastattelijasta riippumaton tieto. Myös sosiaalitieteellisessä tutkimuksessa käytetään paljon standardoituja kyselytutkimuksia. (Kts. mm. Cannel & Kahn 1968, Fowler & Mangione 1990.) Kasvokkaisessa vuorovaikutuksessa tai puhelimitse toteutettavissa survey-haastatteluissa halutaan selvittää valitun otoksen jotain ominaisuutta, esimerkiksi asenteita, käyttäytymistä tai aikeita. Tavoitteena on objektiivinen, tutkijasta riippumaton tieto; tilanne on siis analoginen diagnostisen strukturoidun haastattelun kanssa. Sosiaalitieteiden parissa standardoitujen haastatteluiden toimivuutta on tutkittu eri näkökulmista. Etenkin laadullisia tut-

kimusmenetelmiä käyttävässä sosiaalitieteessä on kiinnitetty huomiota haastattelun toteuttamiseen. Strukturoidun surveyn objektiivinen tieto hankitaan vuorovaikutuksessa, jossa haastattelija, joka on tutkimuksen reliabiliteetin ja validiteetin toteutumisen vuoksi koulutettu käyttäytymään standardoiduilla tavoilla, esittää kysymyksiä haastateltavalle. Vuorovaikutuksen näkökulmasta haastatteluita analysoineet sosiaalitieteilijät ovat selvittäneet, miten survey-haastattelu todellisuudessa toteutuu. Tutkimuksissa on esitetty muun muassa seuraavia kysymyksiä: Miten haastattelu tehdään? Mitä haastattelukysymysten standardoiminen merkitsee haastattelijan toiminnan kannalta? Onko haastattelun standardoiminen aineiston reliabiliteetin kannalta etu vai haitta? (Suchman & Jordan 1990, Houtkoop-Steenstra 2000, Maynard & Schaeffer 1997, 2000.) Konkretisoin seuraavaksi vuorovaikutustutkimuksen kysymyksenasettelua lyhyellä haastattelun pätkällä. Aineisto-ote on peräisin survey-kyselytutkimuksesta. Litteraatiomerkit on selitetty liitteessä 1.

Esimerkki 1. Transcr. RJM (Wisconsin survey)

(ten Have 1999, 171-172)

- 80 IV: .hhhh okay a: [nd Now we have some questions=
81 [##
82 IV: about government agencies. .hhh as you know every ten
83 year there is a census of the population of the united states.
84 .hhh how confident are you: (.) that the census bureau
85 protects the privacy of personal information about
86 individuals and does not share it with other government
87 agencies. .hhh very confident (0.4) some what confident
88 (0.5) not too confident (0.2) or not at all confident
89 (1.0)
90 FR: share it with what other governments
91 IV: (tch) .hh well the questions doesn't specify but (0.3) it just
92 says other government agen[cie]s
93 FR: [oh]
94 FR: probably very confident
95 (0.5)
96 IV: °oh kay° people have different ideas about what the ...

Esimerkissä kyselytutkimusta tekevä haastattelija esittää haastateltavalle kysymyksen, jonka referentti on haastateltavalle epäymmärrettävä tai vieras (r. 86, muut valtion virastot/laitokset, other government agencies, r. 90). Haastattelija ei pysty tarkentamaan kysymyksensä sisältöä (r. 91-92). Vaikka haastateltava ei tiedä, mistä valtion virastoista on kyse, vastaa hän kysymykseen, mutta esittää vastauksensa tulkinnallisena, varauksellisenä (r. 94 ”probably very confident”). Haastateltavan tulkintaprosessi valtion muiden virastojen luotettavuudesta jää todennäköisesti kuitenkin pois siitä, mitä haastattelija kirjaa vastaukseksi. Haastatteluaineiston validiteetti kyseenalaistuu, kun haastateltava ei ole varma, mihin kysymykseen hän antaa vastauksia.

Yllä oleva esimerkki havainnollistaa, että standardoiduissa kyselytutkimuksissa itse haastattelutapahtuma on merkityksellinen. Haastatteluvastaukset eivät aina synny ilman neuvottelua, eikä haastattelijan toiminnan standardoiminen aina edesauta kerätyn aineiston validiteettia ja reliabiliteettia.

Sosiaalitieteellisen, erityisesti laadullisen sosiologisen tutkimuksen kentällä strukturoituja haastatteluja on analysoitu 1960-luvulta lähtien. Merkittävä tutkija, joka otti tutkimuskohteeksi haastattelun ja haastattelukäytänteet, oli fenomenologisesta sosiologiasta vaikutteita saanut Aaron Cicourel (Cicourel 1964). Hän kritisoi strukturoitua haastattelua siitä, että ”hiljaisen” arkitiedon (*tacit and commonsense knowledge*) merkitys, eli kysymysten ja ilmaisujen merkitysten tilannesidonnaisuus, on strukturoiduissa haastatteluissa jätetty huomioimatta. Hän korosti, että haastattelupuhe itsessään on sosiaalisen toiminnan muoto. Sen vuoksi haastattelua pitäisi tutkia kuten mitä tahansa sosiaalista toimintaa (Kts. myös Lynch 1993, Dingwall 1997). Myöhemmin Elliott Mishler (1986) jatkoi samansuuntaista tutkimusta. Hän totesi, että haastateltavien todelliset kokemukset tai tieto eivät pääse strukturoiduissa haastatteluissa esiin. Hän myös toi esiin haastattelun vuorovaikutuksellisen perusominaisuuden ja määritteli survey-haastattelun puhujien väliseksi keskusteluksi (mt., 52): ”*The discourse of the interview is jointly constructed by interviewer and re-*

spondent ...Both questions and responses are formulated in, developed through, and shaped by the discourse between interviewers and respondents". Mishler piti survey-haastattelun ongelmana juuri sitä, että haastattavan piti vastata ikään kuin haastattelutilanteesta irrotettuna. Hän käyttikin surveytutkimuksesta termiä "kontekstista riisuva menettely"(*context-stripping procedure*) (mt., 22) (Kts. myös Briggs 1986).

Tämä työ jatkaa edellä kuvattua sosiaalitieteellistä tutkimusta haastattelun toteuttamisesta ja haastattelukäytännöistä. Tutkimuskohde tulee psykiatrisen tutkimuksen piiristä. Yksi psykiatrisen arviointihaastattelun ja edellä kuvattua survey-tutkimuksen keskeisistä eroista on osallistujien tiedollinen suhde käsiteltäviin asioihin. Survey-tutkimuksessa haastattelijan ei tarvitse olla käsiteltävän aihealueen asiantuntija. Aloitan tutkimuskohteeni kuvaamisen käsittelemällä tiedollisen suhteen vaikutuksia vuorovaikutustilanteelle.

2.1 Tutkimuskohteenä puolistrukturoitu arviointihaastattelu

Psykiatrisessa arviointihaastattelussa tavoitteena on arvioida potilaan psykiatrisen tilanne. Potilas omistaa oman psyykkisen kokemuksensa, yksilöllisen tiedon, josta haastattelijalla on kiinnostunut. Haastattelijalla on psykiatrian erikoisasiantuntija, jolla on diagnostinen tieto. Hän tuntee psykiatriseen diagnoosiin liittyviä asioita yleisellä tasolla, tietää minkä tyyppisistä asioista esimerkiksi masennusdiagnoosin kohdalla yleensä on kyse (Kts. Mishler 1986, myös ten Have 2004). Othemer ja Othmer (1994) vertaavatkin psykiatrista haastattelua palapeliin. Potilaalla on diagnoosiin tarvittavat palaset, kun taas haastattelijalla on olemassa kokonaiskuva siitä, mitä paloja tiettyyn diagnoosiin tarvitaan.

Sosiaalitieteellisenä, keskusteluanalyttisen tutkimuskohteenä Helsingin Psykoterapiaprojektin psykiatrisen seurantahaastattelu on erityislaatuinen. Psykiatrisen diagnostisen haastattelun voi suorittaa vain psyki-

atrian ammattilainen. Tällä tavoin psykiatrinen haastattelu on samankaltainen vuorovaikutustilanne kuin monet ammattilaisen ja asiakkaan väliset kohtaamiset. Esimerkiksi lääkärit, sosiaalityöntekijät ja psykologit kyselevät vastaanotoillaan asiakkailtaan kysymyksiä ja tekevät asiakkaiden tilanteista päätelmiä oman asiantuntijatietonsa perusteella. HPTP:n seuranta-haastattelut eroavat kuitenkin esimerkiksi lääkärin haastatteluista siten, että niissä haastattelija ei tee potilaan tilanteen tai hoidon suhteen päätöksiä. Asiantunteva haastattelija kysyy kysymyksiä, mutta ei kerro, minkälaisena potilaan tilannetta pitää. Tästä näkökulmasta katsottuna seuranta-haastatteluissa toteutetaan tutkimushaastattelun logiikkaa (vrt. survey-haastattelut). Haastattelijan tehtävä on kysymyksiä esittämällä kerätä tietoa, ei hoitaa potilasta.

Psykiatrisessa kirjallisuudessa pohditaan puolistrukturoidun haastattelun etuja ja mahdollisia haittoja standardoituihin haastatteluihin verrattuna (Rogers 2001). Standardoiduissa haastatteluissa haastattelun kohde, kysymyksen aihe, ovat tarkkaan rajattu. Puolistrukturoiduissa tutkimushaastatteluissa haastattelijat esittävät vähemmän rajattuja kysymyksiä, jotka usein ovat luonteeltaan avokysymyksiä (kuten ”Kertoisitko...”, ”Miten...”, ”Mitä...”). Haastateltavan ääni, oma kokemus ja tieto, pääsevätkin puolistrukturoidussa haastattelussa paremmin esiin kuin strukturoidussa haastattelussa. Myös haastattelija voi puolistrukturoidussa haastattelussa osallistua haastatteluun strukturoitua joustavammin ja monipuolisemmin. Haastatteluohjeistuksessa annettujen kysymysten lisäksi haastattelijat voivat tarpeen vaatiessa kysyä omia kysymyksiään ja käyttää erilaisia puheen virittämisen keinoja.

Psykiatrisia haastatteluita tutkinut Richard Rogers (2001, 26-27) vertailee puolistrukturoitua ja strukturoitua diagnostista haastattelua. Puolistrukturoidussa diagnostisessa haastattelussa haastattelijan ”liikkumavara” on se hyöty, että haastattelija voi pyrkiä vahvistamaan tekemiään havaintoja ja mielessään rakentamaansa diagnoosiehdotusta omilla tarkentavilla (strukturoimattomilla) lisäkysymyksillään. Rogers (mt.) näkee puolistrukturoidun diagnostisen haastattelun vahvuutena sen, että diag-

nosointiin käytettävä tieto on monipuolisempaa ja kattavampaa kuin strukturoidun haastattelun. Toinen diagnostisen puolistrukturoidun haastattelun etu on, että jos haastattelija kokee potilaan olevan hämmentynyt vaikkapa kysymyksestä, voi hän puolistrukturoidussa haastattelussa ottaa hämmennyksen puheeksi. Strukturoidussa haastattelussa näin ei voi tehdä (vrt. esimerkki 1 yllä). Puolistrukturoitujen haastattelujen yhtenä haasteena psykiatriassa pidetään kuitenkin standardoimattomuuden, esimerkiksi haastattelijoiden omien lisäkysymysten mukanaan tuoman tiedon määrän ja laadun vaihtelua. Vaihtelulla voi olla merkitystä diagnoosin luotettavuuteen. Esimerkiksi potilaan kokemuksen affektisten ulottuvuuksien korostuessa haastattelijan ja potilaan välisen yhteistyösuhteen (engl. *rapport*) merkityksen nähdään korostuvan (Esim. Trull 2005, 162, Bögels 1994, haastatteluista kyseenalaistava näkemys kts. Garb 1998, Karon 2000). Haastattelijan tulee pystyä vastaamaan affektiivisuuteen, mutta samalla toimia objektiivisesti, riittävän etäisenä.

Haastattelijoiden toiminta puolistrukturoiduissa diagnostisissa haastatteluissa on siis varsin keskeisessä asemassa haastattelun perustehtävän täyttymisen kannalta. Puolistrukturoidun¹⁰ haastattelun toteuttamista ei kuitenkaan ole vuorovaikutusta tutkivassa sosiaalitieteissä tutkittu kovin paljoa. Haastattelijoiden haastattelukäytänteet olivat tutkimuksenkohteena englantilaisen Tim Rapleyn (2001) työssä. Myös Ruusuvuoren & Tiittulan (2005) artikkelikokoelmassa analysoidaan haastattelijoiden vuoroja. Sosiaalitieteissä yksi mahdollinen selitys sille, että haastattelijan toimintaa ei ole tutkittu, on se, että haastattelemista on pidetty yksinker-

¹⁰ *Puolistrukturoiduista haastatteluista käytetään sosiaalitieteissä myös nimitystä teemahaastattelu (Hirsjärvi ja Hurme, 2001). Toisaalta kuitenkin Eskola ja Suoranta (1998) erottavat nämä kaksi toisistaan siten, että teemahaastattelussa vain kysymysten aiheet on annettu, kun taas puolistrukturoidussa haastattelussa sekä aiheet että niiden järjestys on määritelty etukäteen. Palaan haastatteluiden ohjeistukseen tarkemmin luvussa 3.*

taisena ja itsestään selvänä toimintana (Silverman 1997a). Perinteisesti ajatellaan, että haastattelija vain esittää kysymyksiä ja kirjaa haastateltavan vastauksia. Toinen mahdollinen tekijä on, että haastatteluohjeistuksissa korostetaan usein haastattelijan neutraaliutta. Hyvän haastattelun ehtona on usein pidetty sitä, että haastattelija pysyttelee tutkimushaastattelussa taustalla ja osallistuu haastatteluun mahdollisimman vähän. Tällöin haastatteluaineisto ei vääristy. (Esim. Hirsjärvi & Hurme 2001, 97, 109, Ackroyd & Huhghes 1992, Mason 1996, Fielding & Thomas 2001, Smith 1995). Ajatus haastattelijan neutraaliudesta on mahdollisesti häivyttänyt näkyvistä moninaiset tavat, joilla haastattelijat osallistuvat haastattelun vuorovaikutukseen¹¹.

Tässä työssä tarkastelen, miten haastattelijat toimivat puolistrukturoiduissa diagnostisissa haastatteluissa. Haastattelemista käsittelevässä psykiatrisessa ja psykologisessa kirjallisuudessa pohditaan tyypillisesti, mitä tietoa diagnostisessa haastattelussa täytyy kerätä tai kuvata ja opetetaan toimivia haastattelutekniikoita tarvittavan tiedon saamiseen (Esim. Lönnqvist 1999, 21, Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan 2003, 53, Trull 2005). Itse lähdän toisesta lähtökohdasta. Analysoin puolistrukturoitujen haastattelujen todellista vuorovaikutusta ja tutkin,

¹¹ *Laadullisissa sosiaalitieteissä tehdään ero neutraalina olemisen ja neutraalisti toimimisen välille. Haastattelija ei koskaan voi olla täysin neutraali. Haastattelija edustaa tutkimusinstituutiota, antaa aiheet, päättää milloin vastaus on riittävä, aloittaa ja päättää haastattelun jne. Haastattelija voi kuitenkin toiminnassaan asennoitua neutraalisti ja tuottaa omat vuoronsa siten, että ne tuovat neutraalia suhtautumistapaa esiin. Esimerkiksi varhaisessa artikkelissaan journalistisen haastattelun vuorovaikutuksesta Heritage & Greatbatch (1991) korostavat eroa neutraaliuden tuottamisen (doing neutral) ja neutraalina olemisen (being neutral) välillä (kts. myös Clayman & Heritage 2002). He kutsuvatkin uutishaastattelijan toimintaa neutralistiseksi (neutralistic, doing being neutral).*

miten haastattelijat osallistuvat haastatteluun – mitä vuorovaikutuksen käytänteitä ja keinoja haastattelijat todellisuudessa käyttävät saadakseen potilaalta tiedot, joita he potilaan psykiatrisen tilanteen diagnosoimiseksi (so. psykoterapian vaikutusten arvioimiseen) tarvitsevat. Tutkimuksen kohde rajautuu haastatteluiden vuorovaikutukseen. Se, minkälaisiin diagnooseihin haastattelijat haastatteluissaan päätyvät, ei ole tämän tutkimuksen kohteena.

Tutkimusmenetelmänä käytän keskustelunanalyysiä (Esim. Hutchby & Wooffit 1998, Peräkylä 2003). Keskustelunanalyysi kuuluu laadullisten sosiaalitieteellisten tutkimusmenetelmien joukossa ns. diskursiiviseen näkökulmaan (Esim. McLeod 2001)¹². Tutkimuskohteena keskustelunanalyysissä ovat naturalistiset, aidot vuorovaikutustilanteet, joihin tutkija itse ei osallistu. Näin ollen keskustelunanalyysissä haastattelua tarkastellaan vuorovaikutuksellisenä toimintana. Niin kuin Cicourel (1964) jo korosti, kaikki haastattelut, olivatpa ne sitten strukturoituja, puolistrukturoituja tai strukturoimattomia ja toteutettiinpa ne sitten minkä tahansa

¹² Eskola (1998, 14) liittää diskursiivisten lähestymistapojen kehittymisen ja yleistymisen laajempaan yhteiskunta- ja käyttäytymistieteitä koskettaneeseen muutokseen. *Sosiaalipsykologiassa on puhuttu 1970 – 80-luvuilla käynnistyneestä kielellisestä tai diskursiivisesta käännteestä, jonka myötä tutkijat omaksuivat käsityksen kielen sosiaalista todellisuutta tuottavasta ja rakentavasta merkityksestä (Kts. esim. Berger ja Luckman 1994, Nikander 1997, Ylijoki 1999, diskursiivisesta käännteestä suhteessa haastatteluihin esim. Fontana 2002). Diskursiivisen käänteen mukanaan tuoma muutos oli, että asioita, joita sosiaalitieteissä ennen pidettiin objektiivisina, alettiin nähdä kielellisesti tuotettuina. Keskustelunanalyysin lisäksi diskursiiviseen näkökulmaan katsotaan yleisesti kuuluvan diskursiivisen psykologian (Edwards 1996), diskurssianalyysin (Jokinen, Juhila & Suonien 1999, Potter 2004) ja narratiivisen analyysin (Hänninen 1999, Bruner 1986).*

tieteen piirissä, ovat haastattelijan ja haastateltavan yhteisiä vuorovaikutustilanteita. Haastattelussa haastattelija ja haastateltava toimivat suhteessa toisiinsa. Haastatteluaineisto on osallistujien yhteisen vuorovaikutuksen tuotos (Ruusuvoori & Tiittula 2005, 29).

Keskustelunanalyttinen tutkimus ei ota kantaa siihen, mikä on ”oikea” tai ”väärää” haastattelupuhetta. Sen sijaan se näyttää, miten haastattelu toteutuu, miten haastatteluissa konkreettisesti toimitaan. Haastatteluvuorovaikutusta tarkastellaan varsin yksityiskohtaisesti. Siirryn nyt kuvaamaan tarkemmin keskustelunanalyysia tutkimusmenetelmänä ja analyysivälineitä, joita keskustelunanalyysi tarjoaa haastatteluvuorovaikutuksen tutkimiseen.

2.2 Keskustelunanalyysi

Keskustelunanalyysi (KA, Conversation Analysis, CA,) on tutkimusmenetelmä, joka on lähtökohtaisesti keskittynyt sosiaalisen vuorovaikutuksen perusprosessien ja rakenteiden tutkimiseen (Esim. Hutchby & Wooffit 1998, ten Have 1999). Alun perin sosiologian piirissä kehittynyt keskustelunanalyysi on ajan myötä levinnyt useille tieteenaloille, jotka jollain tavoin ovat linkittyneet toisiinsa: sosiaalipsykologiaan, kasvatustieteisiin, viestintään ja kielitieteisiin. Menetelmän käyttökentän laajentumassa myös keskustelunanalyysin tutkimuskohteet ovat monipuolistuneet. Tavanomaisen arkikeskustelun rinnalle tutkimuskohteiksi ovat valikoituneet monet erilaiset institutionaaliset vuorovaikutustilanteet, joista esimerkkeinä mainittakoon lääkärin tai muun hoitohenkilökunnan ja potilaan välinen vuorovaikutus (Esim. Heath 1986, Heritage & Maynard 2005, Heritage & Sefi 1992, Lehtinen 2005, Lindfors 2005, Peräkylä 1998a, Ruusuvoori 2000,), psykoterapiaistunnot ja counselling-tyyppinen toiminta (Esim. Halonen 2002, Peräkylä 1995, 2004, Peräkylä & Silverman 1997b, Vehviläinen 2003, Voutilainen tulossa), psykiatriset haastattelut (Esim. Bergmann 1992, Pinto ym. 2005), journalistiset haastattelut

(Clayman & Heritage 2002, Heritage 1985, Heritage & Greatbatch 1991,) sekä survey ja nyttemmin myös laadulliset tutkimushaastattelut (Rapley 2001, 2003, kts. myös Ruusuvoori & Tiittula 2005).

Keskusteluanalyysin metodologiset lähtökohdat tulevat etnometodologiaksi kutsutusta tutkimusperinteestä. Etnometodologian ”isä” Harold Garfinkel (1967) oli kiinnostunut siitä, millaisten ”menetelmien” ja ”välineiden” avulla ihmiset tuottavat sosiaalisen todellisuuden. Etnometodologiassa sosiaalinen järjestys nähdään sosiaalisen toiminnan kuten puheen, tekstuaalisuuden, ruumiillisuuden kautta tuotetuksi. Etnometodologisen tutkimusperinteen mukaisesti keskusteluanalyysin tutkimuskohteena on se, miten ihmiset rakentavat keskustelussa yhteisymmärrystä käynnissä olevasta tilanteesta; minkälaisen menetelmien avulla puhujat tuottavat oman toimintansa ja tulkitsevat toistensa toimintaa. (Heritage [1984] 1996.)

Keskusteluanalyysi on melko nuori, Yhdysvalloissa syntynyt vuorovaikutuksen tutkimusmenetelmä. Los Angelesilaisessa itsemurhien ennaltaehkäisykeskuksessa (Suicide Prevention Centre, SPC) nauhoitettiin 1960-luvun alkupuolella sinne tulevia counselling-puheluita. SPC:ssä ajatuksena oli tutkia nauhoituksista, minkälaisia ongelmia soittajilla oli. Tämän tiedon avulla haluttiin kehittää tehokkaampia neuvonta- ja ohjausmenetelmiä. Harvey Sacks (1935–1975), joka oli aiemmin opiskellut Erving Goffmanin oppilaana, oli mukana tutkimushankkeessa. Goffmanilaisen vuorovaikutustutkimuksen lisäksi Sacksia kiinnosti etnometodologinen näkemys sosiaalisen todellisuuden tuottamiseen. Sacks alkoi tutkia niitä puhumisen tapoja, joilla soittajat rakensivat kuvauksensa ongelmistaan puhelinkeskusteluissa SPC:n henkilökunnan kanssa. Puhumisen tapojen analyysien kautta Sacks päätyi kuitenkin tarkastelemaan yleisiä keskusteluun liittyviä ilmiöitä. Erityisesti häntä kiinnostivat yksittäiset puheenvuorot ja se, miten puheenvuoro vaihtuu puhujalta toiselle. Lisäksi hän paneutui useammasta puheenvuorosta rakentuvien ryppäiden, tiettyjen puheenjaksojen eli sekvenssien muodostumiseen. Tällä tavoin SPC:n nauhoitetut puhelut toimivat KA:n ”aihiona”. KA:n on katsottu

syntyneen tämä vaiheen jälkeen, kun Sacks vuosina 1964–1972 luennoi Kalifornian yliopistossa, Los Angelesissa; KA sai muotonsa Sacksin luennoinnin kuluessa. Menetelmän peruseriaatteen pohjautuvat suuressa määrin hänen pitämiinsä luentoisiin ja yhteistyöhön kollegoidensa Emanuel Schegloffin ja Gail Jeffersonin kanssa. Sacks kuoli kesken luomiskauttaan tapaturmaisesti auto-onnettomuudessa vuonna 1975. (Kts. Ruusuvuori 2001, Edwards 1995.)

Sacksin keskeinen ajatus, josta muodostui KA:n perusolettamus, oli että keskustelu on kaikilta osin järjestäytynyt kokonaisuus. Puhe, puhuttu vuorovaikutus sinänsä on arvokas ja merkityksellinen tutkimuskohde. Puhe ei ole vain ”valkokangas, jolle heijastetaan muita prosesseja”, kuten ajatuksia tai tietoa (vrt. Bales 1950). Ihmiset tekevät puhutussa vuorovaikutuksessa erilaisia toimintoja (Austin 1962). Sacks paneutui arkikeskustelun kannalta oleellisiin keskustelun rakenteisiin, kuten vuorottelujärjestelmään, päällekkäispuheeseen, korjauksiin, puheenaiheiden esille ottamiseen ja päättämiseen, tervehdyksiin, kysymyksiin, kutsuihin ja pyyntöihin. Yhdessä Schegloffin ja Jeffersonin kanssa Sacks nosti erityiseksi tutkimuskohteeksi puheenvuoron ja sen kantaman toiminnon (Sacks, Schegloff & Jefferson 1974). Heidän tutkimuksestaan tuli yksi keskusteluanalyysin kulmakivistä (Heritage [1984] 1996).

Keskusteluanalyysissa kunkin puheenvuoron merkitystä analysoidaan suhteessa sitä edeltävään ja sitä seuraavaan vuoroon. Se, mitä puhuja sanoo tai tekee, on tavalla tai toisella suhteessa siihen, mitä edeltävä puhuja sanoi tai teki. Jokainen puheenvuoro esittää tulkinnan sitä edeltävästä vuorosta ja sen kantamasta toiminnosta. Puhutaan puheen *paikallista kontekstista*. Puheen paikallisuus (kunkin vuoron suhde sitä ympäröivään vuorovaikutukselliseen kontekstiin) on keskusteluanalyysissa yksi analyysin lähtökohdista. Vaikka yksi puheenvuoro ja sen liittyminen sitä ympäröivään vuorovaikutukseen voi ensisilmäykseltä vaikuttaa pieneltä analyysiyksiköltä, rakentuu toisiinsa kytkeytyvistä puheenvuoroista erilaisia laajempia toimintakokonaisuuksia. Vuorovaikutustilanne rakentuu vuoro vuorolta ja toiminto toiminnolta. Puheen vuoroittaista etene-

mistä voi pitää kaiken sosiaalisen toiminnan perustana. Tästä näkökulmasta käsin keskustelunalyysi on ymmärrettävissä yleisen sosiaalisen toiminnan tutkimusohjelmaksi. Se vastaa ensisijaisesti kysymyksiin *miten ja millä vuorovaikutuksen käytänteillä* ihmiset puhutussa vuorovaikutuksessa tuottavat erilaisia sosiaalisia toimintoja ja *mitä tehtäviä erilaiset puheenvuorot toimittavat* vuorovaikutuksen rakentumisessa. (Atkinson & Heritage 1992[1984], Schegloff 1992, Heritage 1997.)

Keskustelunalyysissa tutkitaan keskustelukäytäntöjä niin arkisissa kuin institutionaalisissa vuorovaikutustilanteissa. Painopiste sosiaalityön parissa tehdyissä tutkimuksissa on institutionaalisen vuorovaikutustilanteiden analysoimisessa. Muihin laadullisiin vuorovaikutuksen tutkimusmenetelmiin, esimerkiksi diskurssianalyysiin, verrattuna erityistä on KA:n suhtautuminen puheen *sosiaaliseen kontekstiin* (Kts. Schegloff 1997, 1999a, Wetherell 1998, Billig 1999). KA:ssa puheen ulkoista kontekstia ei ymmärretä ulkoiseksi, osallistujien toiminnasta riippumattomaksi elementiksi. Sen sijaan tarkastellaan, miten osallistujat luovat puheellaan identiteettinsä, miten he esimerkiksi tuovat ilmi haastattelijan ja haastateltavan identiteetin ja merkitsevät itsensä tietäväksi tai tietämättömäksi. Sosiaalinen konteksti toteutuu toimijoiden omien suuntautumisten, orientaatioiden kautta. (Drew & Heritage 1992, Schegloff 1992.)

Keskustelunalyysi on vahvasti empiirinen tutkimusmenetelmä. Aineistona käytetään todellisten vuorovaikutustilanteiden ääni- ja videonauhoituksia. Nämä puretaan yksityiskohtaisiksi litteraatioiksi. Tarkka, yksityiskohtainen litteraatio perustuu ajatukseen, että mikä tahansa vuorovaikutuksen pienikin ominaisuus, äänenpaino, sävelkulku tai hiljaisuus, voi olla ratkaiseva vihje analyysille. Litteraatioihin pyritäänkin merkitsemään vuorovaikutuksen ulottuvuudet mahdollisimman tarkasti. Litteraation tarkkuus on sidoksissa tutkimuksen tavoitteisiin; esimerkiksi lingvistisessä ja sosiaalityhteellisessä tutkimuksessa voivat painottua erityyppiset vuorovaikutuksen ilmiöt. Litteraatio on kuitenkin aina vain tulkinta todellisesta vuorovaikutuksesta, minkä vuoksi ääni- tai videonauha on analyysin ensisijainen resurssi. (Seppänen 1998.)

Keskustelunanalyysin tuloksille leimaa-antavaa on, että ne kertovat juuri niistä ilmiöistä, jotka ovat vuorovaikutuksessa näkyvissä. Puhujien oletuksista tai kokemuksista ei tehdä tulkintaa. Keskustelunanalyysissä aineistoa luetaan toisaalta vapaana vuorovaikutuksena ilman ennakkohypoteeseja, toisaalta taas luenta on väistämättä jossain määrin teoreettisten lähtökohtien, esimerkiksi aiempien keskustelunanalyyttisten tutkimustulosten informoimaa. Tutkimuksen lähtökohta on selvittää, mitä vuorovaikutuksessa tapahtuu ja miten se, mitä tapahtuu, on saatu aikaan. Esimerkiksi haastatteluvuorovaikutusta analysoidessa uutinen ei ole se triviaali havainto, että haastattelija kysyy kysymyksiä ja ottaa potilaan puhetta vastaan, vaan se, mitä muuta näillä toiminnoilla saadaan aikaan. (Sacks 1992a, 1992b).

Kuten edellä totesin, ammattilaisen ja asiakkaan välisten institutionaalisten vuorovaikutustilanteiden tutkimus on laajentanut keskustelunanalyysin tutkimuskohdetta alkuperäisestä. Tutkimuskohteen laajentumassa myös keskustelunanalyttisistä tutkimuksista kiinnostunut yleisö on kasvanut. Yksi syy kasvaneeseen kiinnostukseen on se, että institutionaalisisissa vuorovaikutustutkimuksissa kiinnitetään huomio myös ammattilaisen toimintaa ohjaavaan teoriaan. Tämä mahdollistaa keskustelunanalyttisen tutkimuksen ja ammattilaisten toimintaa ohjaavien teorioiden välisen dialogin. Kuvaan seuraavaksi tarkemmin, mitä dialogi voi pitää sisällään. Sen jälkeen tarkastelen aiempia keskustelunanalyysillä tehtyjä tutkimuksia tutkimushaastatteluista.

2.3 Institutionaalisen vuorovaikutuksen tutkimus

Useissa institutionaalisisissa vuorovaikutustilanteissa ammattilaisten toimintaa ohjaa jonkinlainen teoria vuorovaikutuksesta, hyvän toiminnan tietovaranto (Peräkylä ja Vehviläinen 1999, 2003). Esimerkiksi puolistrukturoiduissa diagnostisissa haastatteluissa haastattelijoita ohjeistetaan

antamaan potilaille aikaa ja tilaa puhua sekä kehoitetaan asiakaskeskeiseen toimintaan. Hyvän toiminnan tietovaranto sisältää kuvaukset siitä, minkälaista esimerkiksi asiakaskeskeinen haastattelemine on. Vuorovaikutusohjeet siis järjestävät ja käsitteellistävät vuorovaikutustilanteita. (Peräkylä ym. 2005.)

Aiemmat keskustelunanalyttiset tutkimukset institutionaalisista vuorovaikutustilanteista ovat täsmentäneet, korjanneet ja laajentaneet ammattilaisten teorioiden oletuksia vuorovaikutustilanteista. (Peräkylä ja Vehviläinen mat., Peräkylä ym. 2005.) Keskustelunanalyttisissä tutkimuksissa tarkastellaan, mitä todellisissa vuorovaikutustilanteissa tapahtuu. Tulokset kertovat miten vuorovaikutustilanne on toteutunut ja miten erilaisia toimenpiteitä – esimerkiksi asiakaskeskeisyyttä – on saatu aikaan. Aineistolähtöisiin analyysieihin nojautuen keskustelunanalyttiset tutkimukset voivat asettua dialogiin ammattilaisten toimintaa ohjeistavien tietovarantojen kanssa. Tutkimustulokset auttavat tunnistamaan sekä ammattilaisten että asiakkaiden toimintamalleja ja suuntautumista. Ne esimerkiksi näyttävät, millä tavalla ja missä määrin ammattilaiset noudattavat todellisessa toiminnassaan hyvän toiminnan tietovarantoa. Tulokset kertovat myös mitkä muut, mahdollisesti teorian ulkopuolelta tulevat orientaatiot ilmentyvät heidän toiminnassaan. Keskustelunanalyttinen tutkimus voi täydentää hyvän toiminnan tietovarantoja kuvaamalla toimintoja, joita ammattilaiset systemaattisesti käyttävät, mutta joita ei ole tietovarannoissa käsitelty. Tulokset voivat myös täsmentää ja korjata ammattilaisten teorioiden oletuksia vuorovaikutuksen luonteesta. (Peräkylä & Vehviläinen 1999, Peräkylä ym. 2005) Tutkimuksissa voidaan tarkastella myös asiakkaan toimintaa eli antaa ”ääni” toimintamalleille. Aiemmissa tutkimuksissa on esitetty havaintoja systemaattisista, vuorovaikutuksellisista toimintamalleista ja orientaatioista, joita asiakkaat toteuttavat vuorovaikutustilanteissa (Esim. Ruusuvuori 2005a, myös Vehviläinen & Lindfors 2005).

Todellisten vuorovaikutustilanteiden analyysi auttaa kehittämään ammatillista toimintaa esimerkiksi korjaamalla virheellisiä oletuksia

vuorovaikutustilanteiden etenemisestä. Keskustelunanalyttisen tutkimuksen etu on se, että samalla kun se auttaa paikallistamaan virheellisen oletuksen, se kuvaa minkälaiset osallistujien toiminnot saavat tilanteen aikaan. Keskustelunanalyysi näyttää vuorovaikutuksen dynamiikkaa. (Peräkylä & Vehviläinen 1999, 2003, Ruusuvuori, Haakana & Raevaara 2001.) (Kokoelma keskustelunanalyytisistä tutkimuksista erilaisissa institutionaalisissa viitekehyksissä, kts. *Communication & Medicine* 2005, vol. 2 (2).)

Tämän tutkimuksen tulokset konkretisoivat esimerkiksi strukturoimattomien vuorojen tehtäviä puolistrukturoidussa diagnostisessa haastattelussa ja niiden vaikutuksia haastattelun etenemiselle. Tutkimuksessa erittelen erilaisia toimintoja ja niiden vaikutuksia puolistrukturoidun haastattelun kululle. Tulokset voivat täydentää, korjata tai täsmentää näkemystä siitä, että strukturoimattomat vuorot ovat haastattelun luotettavuuden kannalta haasteellisia (Rogers 2001). Siten ne voivat lisätä ymmärrystä haastattelemalla kerätyn tutkimusaineiston syntymisestä ja ominaispiirteistä.

Tutkimuksellisten lähtökohtien esittelyn jälkeen siirryn nyt käsittelemään haastatteluita keskustelunanalyysin viitekehyksessä. Esittelen ensin lyhyesti tutkimukset, joita keskustelunanalyysillä on tehty *tutkimus*haastattelun vuorovaikutuksesta. Sen jälkeen käsittelen vuorovaikutuksen analyysiyksiköitä, jotka ovat merkittäviä tämän tutkimuksen kannalta. (Tarkemmat ja monipuolisemmat kuvaukset keskustelunanalyysistä kts. esim. Hutchby & Wooffit 1998, Peräkylä 2003, Ruusuvuori, Haakana & Raevaara 2001, Tainio 1998, Vehviläinen 1999.)

2.4 Keskustelunanalyysi ja haastattelun vuorovaikutuksen tutkiminen

Tämän luvun alkupuolella totesin, että vuorovaikutustutkimuksen piirissä on tutkittu monipuolisesti strukturoitujen haastatteluiden toteuttamista.

Kyselytutkimusten vuorovaikutuksen keskustelunanalyttistä tutkimusta kiihdytti Lucy Suchmanin ja Brigitte Jordanin (1990) työ, jossa he totesivat, että haastattelijan toiminnan standardoiminen uhkaa survey-aineiston reliabiliteettia ja validiteettia. Heidän mukaansa (ma., 240) haastattelijan tulisi standardoiduissa haastatteluissa voida kertoa kysymyksistä vapaammin, selventää ja täsmentää niitä, sekä jossain määrin myös muotoilla kysymykset ottaen huomioon jo läpikäyty ja arkitieto (vrt. esimerkki 1). Tällä tavoin vältettäisiin tutkimusaineiston laatua heikentävät, standardoimisen joustamattomuudesta aiheutuvat kömpelöt ja luonnottomat haastattelutilanteet. Suchmanin ja Jordanin tutkimuksen stimuloimana keskustelunanalyysissa on surveytä tutkittu varsin taajaan (mm. Houtkoop-Steenstra 1995, 1996, 1997, 2000, Maynard & Schaeffer 1997, 2000, Nuolijärvi 1998, Schaeffer & Maynard 2002). Surveyn rinnalla on analysoitu myös psykometristen kyselytutkimusten vuorovaikutusta (Antaki 1999, Antaki & Rapley 1996, Antaki, Houtkoop-Steenstra & Rapley 2000, Rapley & Antaki 1998), psykologisten testien vuorovaikutusta (Marlaire & Maynard 1990, Schegloff 1999b) ja sosiaali- ja taloustieteellisten fokusryhmähaastatteluiden vuorovaikutusta (Myers 1998, Puchta & Potter 1999, 2002, 2004, Puchta, Potter & Wolff 2004).

Laadullisia puolistrukturoituja tai strukturoimattomien tutkimushaastatteluiden toteuttamista on analysoitu vähemmän. Suomenkielinen merkittävä teos on Johanna Ruusuvuoren ja Liisa Tiittulan toimittama kattava artikkelikokoelma erilaisista tutkimushaastatteluista. Myös englantilainen Tim Rapley (2001) analysoi väitöskirjassaan yksityiskohtaisesti sekä haastattelijan ja haastateltavan vuoroja avoimissa tutkimushaastatteluissa. Rapley tarkasteli haastattelupuhetta keskustelunanalyysin keinoin keskittyen erityisesti siihen, miten vuorovaikutuskumppanit puheessaan kategorisoivat sekä toisiaan että käsiteltäviä aiheita. Haastattelijan esittämien kysymysten implikoimia kategorioita ja haastateltavien puhetapoja laadullisissa haastatteluissa ovat analysoineet myös Baker (1984, 1997), Widdicombe & Wooffit (1995) ja Nikander (2002) (Kts. myös Hester & Francis 1994).

Rapley korostaa työssään, että haastattelija on avoimissa haastatteluisissa keskeinen ja aktiivinen, haastattelun toteutumiseen monin eri tavoin vaikuttava toimija. Hän lähtee liikkeelle ajatuksesta, että tutkimus-haastattelua ohjaa taustalla oleva tutkimus ja sen tarve kerätä tietoa tutkittavasta asiasta. Aineiston kerääminen tapahtuu haastattelun vuorovaikutuksen kautta. Näin ollen haastattelijoiden toiminta vaikuttaa sekä itse vuorovaikutukseen, mutta myös siihen, minkälaista aineistoa taustalla olevan tutkimuksen käyttöön siirtyy (Antaki & Rapley 1996, Rapley 2001, Mazeland & ten Have 1996). Rapley analysoi tutkimuksessaan yksityiskohtaisesti, millä tavoin haastattelijat ”suoriutuvat” haastattelemisesta eli miten he toteuttavat haastattelemisensa. Hän demonstroi erilaisia vuorovaikutuksen keinoja, joilla haastattelijat hänen aineistossaan muokkaavat omaa osallistujaidentiteettiään ja tarkastelee, mitä seurauksia haastattelijoiden puhutavalla on haastateltavan puheelle. Rapleyn työssä korostuu puheen paikallinen konteksti. Haastateltavan puheen sisältö on riippuvainen spesifistä paikallisesta vuorovaikutuksellisesta kontekstista. Rapley (mt., osa 5) näkeekin haastattelemalla tuotetun aineiston aina *yhtenä mahdollisena versiona*, jonka muotoutumiseen haastattelijan valinnat merkittävästi vaikuttavat.

Keskusteluanalyysi siis tarjoaa työvälineet, joilla haastattelua analysoidaan kahden henkilön yhteistoimintana, jossa kummankin osallistujan puhe vaikuttaa toisiinsa. Siirryn nyt tarkastelemaan työvälineitä hieman lähemmin. Käsittelen ilmiöitä, jotka ovat keskeisiä tämän työn myöhemmissä luvuissa.

2.5 Vuorovaikutuksen analyysiyksiköt

Sosiaalisen järjestäytyneisyyden keskeinen muoto on *vuorottelu*, vuorotellen toimiminen. Vuorottelu järjestää myös arkikeskustelua (Sacks, Schegloff & Jeffersson 1974). Tällä tarkoitetaan yksinkertaisesti sitä, että vuorotellen puhuminen on keskustelussa odotuksen- ja norminmukaista,

se tekee keskustelusta sujuvaa. Sacks ym. (ma.) toteavat, että puhujalla on oikeus yhteen vuoron rakenneyksikköön kerrallaan. Rakenneyksikön rajalla on mahdollisuus vaihtaa puhujaa, puhutaan puhujanvaihdoskohdasta (*siirtymän mahdollistava kohta, SMK*). Näin ollen jokaisella vuoron rajalla käydään ainakin implisiittinen neuvottelu seuraavasta puhujasta, siitä, vaihtuuko puhuja vai jatkaako äänessäolija. Moniyksikköiset vuorot, esimerkiksi haastattelijoiden moniyksikköiset kysymykset tai potilaiden pitkät tarinankerrontavuorot vaativat siis sitä, että puhujat tavalla tai toisella pitävät vuoron itsellään (Linell ym. 2003). Pitkiä kysymysvuoroja tarkastelen luvussa 3.

Puheenvuorot ennakoivat jollain tavalla sitä, millainen jatko sen jälkeen on odotettavissa. Jos vuoro vaatii jälkeensä juuri tietentyypin seuraavan vuoron (eli jos vuorot on vahvasti kytketyt toisiinsa) puhutaan *vieruspareista*. Tietty etujäsen (esimerkiksi tervehdys) tekee relevantiksi tietyn jälkijäsenen (vastatervehdyksen) (Sacks 1992b, 521-541, Heritage 1996 [1984], 240, Goodwin & Heritage 1990, 288). Esimerkkejä vierusparirakenteesta ovat kysymys ja vastaus, kutsu ja sen vastaanottaminen tai torjuminen ja vaikkapa pyyntö ja sen hyväksyminen tai hylkääminen. Vierusparirakenne on toiminnan normatiivinen viitekehys (Schegloff ja Sacks 1973). Esimerkiksi kysymyksen esittäminen luo odotuksen vastauksen esittämisestä. Vierusparirakenteeseen kytkeytyy selontekovelvollisuus. Vaikka vastaaja ei haluaisi tai osaisi vastata, tulee hänen jollain tavalla selittää vastauksensa puuttuminen. Selontekovelvollisuudesta seuraa, että aivan kuten arkikeskustelussa, on haastattelussa odotuksenmukaista, että vastauksen puuttumista selitetään jollain tavalla. Haastattelun eteneminen odotuksenmukaisella ja totutulla tavalla on moraalisesti latautunut asia (ten Have 2004, 57). (Selontekovelvollisuuden tarkempi kuvaus kts. Heritage 1996 [1984], 241-249.) Käsittelen luvussa 5 tilanteita, jotka eivät etene odotuksenmukaisella tavalla.

Vierusparirakenteen ohella keskustelua organisoii *preferenssijäsen*-*nys*. Preferenssijäsenyyksellä tarkoitetaan sitä, minkälainen jälkijäsen on odotuksenmukainen eli preferoitu. Tämä näkyy tavassa, jolla jälkijäsen

muotoillaan. Hyväksyminen on odotuksenmukaista, preferoitua. Odotuksenmukaisuus ilmenee hyväksyvissä vastauksissa, jotka esitetään tyypillisesti välittömästi ja suoraan, ilman viivytyksiä. Sen sijaan kutsusta kieltäytyminen on odotuksenvastaista, preferoimatonta. Tämä näkyy siinä, että kieltäytymiset esitetään ehdollisena, viivästetysti, päätöstä selittäen ja perustellen. Oleellista on, että preferoitu ja preferoimaton jälkijäsen tehdään systemaattisesti eri tavoin. (Pomerantz 1984, 64). Preferenssijäsennyksellä tarkoitetaan vuoron muotoilun rakenteellisia piirteitä. Erilaiset jälkijäsenten muotoilun tavat edustavat jäsentynyttä tapaa puhua, tehdä asioita. Preferenssijäsennys on siis rakenteellinen, ei psykologinen ilmiö. (Hutchby & Wooffit 1998, 45.)

Vierusparit vaikuttavat oleellisesti vuorovaikutuksen etenemiseen. Monet institutionaaliset vuorovaikutustilanteet rakentuvat kysymysten ja vastausten varaan (esimerkiksi lääkäri kysyee potilalta oireista, opettaja kuulustelee oppilailta läksyjä tai terapeutti pyytää potilasta kertomaan kokemuksistaan). Keskusteluanalyttisissa tutkimuksissa, etenkin silloin, kun tutkitaan institutionaalisia vuorovaikutustilanteita, analysoidaan laajempia toimintajaksoja, yhteen liittyvien peräkkäisten puhevuorojen muodostamia sekvenssejä (esim. Peräkylä 1998b). Pitempi toimintajakso voi olla esimerkiksi *laajennettu vierusparirakenne* (Schegloff 1995). Esimerkiksi haastattelussa peräkkäiset kysymykset ja vastaukset ovat vuorovaikutuksen rakentumisen peruspilarit (Peräkylä & Silverman 1991a, Rapley 2001, osa 2). Haastattelijan tehtävä on kerätä tietoa ja tehdä se kysymällä kysymyksiä. Haastateltavan velvollisuus on tuottaa kysymyksiin vastauksia. Kysymys–vastaus -vierusparirakenne laajenee sekvenssiksi vastauksen jälkeen. Haastateltavan vastauksen jälkeen haastattelija jollain tavalla ilmaisee vastauksen vastaanotetuksi tai ymmärretyksi. Haastattelun *perussekvenssi*, toisiinsa kytkeytyvien puhetoimintojen jakso rakentuu siten kolmesta osasta eli positiosta: 1. positio on haastattelijan kysymys, 2. positio potilaan vastaus ja 3. positio haastattelijan vastaanottava vuoro, kuittaus. (Ruusuvoori & Tiittula 2005.)

Sekvenssien analysoiminen on keskeinen osa keskusteluanalyttistä tutkimusta. Vuorovaikutuksen sekventiaalista rakennetta tutkimalla päästään käsiksi toiminnan, vaikkapa haastattelun toteuttamisen tavan, lisäksi siihen, miten ja minkälaisia toimintamahdollisuuksia sekvensseihin sisällytetään ja millä tavalla toimintamahdollisuuksia otetaan käyttöön tai ”hyllytetään”. (Heritage 1997, 169, Drew 1995.) Tässä tutkimuksessa keskeinen analyysin kohde on se, mitä haastattelija tekee potilaan vastauksen jälkeen kolmannessa positiossa, ja mitä seurauksia haastattelijan toiminnosta on haastattelun jatkolle. Diagnostisen haastattelun yhteydessä Rogers (2001) kutsuu näitä strukturoimattomiksi vuoroiksi, mikä viittaa siihen, että näitä vuoroja ei ole ennalta määritelty tai ohjattu. Käsitte- len vuoroja yksityiskohtaisesti luvussa 4 ja 5.

Pysähdyn nyt havainnollistamaan kolmannen position merkitystä haastatteluissa. Luon lyhyen katsauksen kolmannen position funktioihin erilaisissa haastattelutilanteissa. Aloitan katsauksen standardoidun kyse- lytutkimuksen ”prototyypillä”:

Esimerkki 2. (Schorber and Conrad 1997: 592 ref. Houtkoop- Steenstra 2000, 26)

- | | | |
|------|---|-----------------|
| 1 I: | how many people ((pause)) live in this house. | <i>KYSYMYS</i> |
| 2 R: | three. | <i>VASTAUS</i> |
| 3 I: | three. | <i>KUITTAUS</i> |
| 4 | okay, ((jatkaa)) | |

Houtkoop-Steenstra (mt.) toteaa, että standardoiduissa haastatteluissa haastattelijan ei välttämättä tarvitse ymmärtää, mitä haastateltava sanoo. Haastattelija ”vain” huolehtii, että kaikki kysymykset kysytään, haastat- telija saa vastaukset kirjattua ja että haastateltavat vastaukset sopivat annettuihin kategorioihin. Yllä olevassa näytteessä (2) haastattelija kuit- taa haastateltavan vastauksen (r. 3) ja kirjaa sen lomakkeeseen. Sekvenssi on valmis ja haastattelija siirtyy haastattelussa eteenpäin. Avoimissa, puolistrukturoiduissa ja strukturoimattomissa haastatteluissa haastatteli-

joiden kysymykset ovat laajempia. Haastattelijat usein myös osoittavat pyrkivänsä ymmärtämään, mitä haastateltava vastauksellaan tarkoittaa. Kolmannessa positiossa haastattelijat käsittelevät haastateltavan vastausta toimintaympäristön kannalta merkityksellisellä tavalla. Seuraava näyte on kadulla tehdystä uutishaastattelusta, jossa ollaan erityisen kiinnostuneita haastateltavan mielipiteistä.

Esimerkki 3. (WAO: King of Wales) (Heritage 1985, 105-106)

- 1 Int: Would you be happy to see Prince Charles *KYSYMYS*
 2 become King of Wales
 3 Man: heh Well I:(h)cou(h)ld(h)n' I- you know I just coul'n't care
 4 tup pence who comes King and who don't like *VASTAUS*
 5 (0.5)
 6 Int: You don't think it makes any difference to you. *KUITTAUS*
 7 Man: No::.=Not one bit. (.) (0.2).
 8 Same (weelbeein) anyway *VAHVISTUS*

Uutishaastattelijan reaktio haastateltavan vuoron jälkeen on luonteeltaan erilainen kuin esimerkissä 2. Esimerkissä 3 haastattelijä ottaa haastateltavan vastauksen vastaan muotoilemalla sen uudestaan ja esittää sen selkeämmin haastateltavan kannanottona, mielipiteenä (r. 6). Haastattelijä esittää siis haastateltavan vuorosta tulkinnan, jonka hän panee esiin kolmannen position vuorossaan. Koska tulkinta on tuotu esiin, voi haastateltava tarkistaa, onko haastattelijä ymmärtänyt hänet oikein ja samalla korjata tai täydentää haastattelijan ymmärrystä (r. 7-8). Haastattelijä siis osallistuu haastatteluun muutenkin kuin vain kysymyksiä esittäessään.

Haastatteluiden kolmiosainen rakenne ilmentää haastattelijan asemaa haastattelun ohjaajana. Haastattelijä antaa kysymykset (ensimmäinen positio) ja kiittää vastauksen valmiiksi (kolmas positio) ennen siirtymistä seuraavaan kysymykseen. Avoimissa haastatteluissa haastattelun kolmannen position tehtävä ei rajoitu pelkästään vastauksen kiittaamiseen. Haastattelijä voi reagoida haastateltavan vastaukseen monilla eri tavoilla, mikä voi tuottaa haastatteluun keskustelullisia piirteitä. Huomionarvoista

on, että tyypillisesti kussakin vuorossa haastattelija tai haastateltava ei pelkästään esitä analyysiä edeltävästä puheesta (kysymyksestä tai vastauksesta), vaan muuntaa sitä tavalla, joka on relevantti hänen toimijarooliinsa liittyvien pyrkimysten kannalta (esim. esimerkki 3 yllä) (Goodwin & Goodwin 1982, 1, Ruusuvoori & Tiittula 2005).

Kolmannen position merkitys haastattelun rakentumisessa liittyy olennaisesti osallistujien episteemisiin, tietoa koskeviin oikeuksiin (Episteemisistä oikeuksista arkikeskustelussa kts. Heritage & Raymond 2005). Haastattelussa osallistujilla usein on epäsymmetrinen tiedollinen suhde käsiteltäviin asioihin (Heritage 1997, 177). Jos ajatellaan vaikkapa sosiolinguistista tutkimushaastattelua, on lähtökohtainen ajatus monissa tilanteissa se, että haastateltava tietää jotain ja haastattelija haluaa kerätä tämän tiedon. Tämän tutkimuksen kohteena olevissa diagnostisissa arviointihaastattelussa haastattelijat ovat haastatteluiden substanssialan asiantuntijoita. He osallistuvat haastatteluun kuitenkin eksplisiittisesti haastattelijana eli kysymysten esittäjänä, eivätkä systemaattisesti korosta omaa asiantuntijuuttaan. Kolmannessa positiossa haastattelijalla on kuitenkin mahdollisuus ilmaista, minkälaisia diagnostisia päätelmiä hän potilaan puheesta tekee. Konkretisoin tätä alla olevan otteen avulla.

Seuraava aineisto-ote (1) on omasta tutkimusaineistostani. Potilaiden yksityisyyden suojaamiseksi olen muuttanut aineisto-otteista kaikki tunnistettavuuteen vaikuttavat tekijät kute nimet, ammatit, työpaikat, puheenaiheena oleva henkilöt ja harrastukset. Otteen koodissa kerron terapiamuodon, jossa potilas käy tai on käynyt ja mistä seuranta-haastattelupisteestä on kyse. Litteraatiomerkit on selostettu liitteessä 1.

Ote (1) on erään potilaan haastattelun aloituksesta. Edellisestä haastattelusta on kulunut vuosi. Potilaan vastaus on pitkä, minkä vuoksi olen lyhentänyt sitä.

(1) [pitkä psykodynaaminen, 2 vuotta]

1 HA: .hhhhh jos vaikka >siitä< voitaa >lähete< liikkeelle että ihan (.) >mikä
2 tää oma< (0.4) oma tilanteesi on näiden (.) m: vaikkeuksien ja oireiden

- 3 (.) suhteen (.) tällä hetkellä .hhh mihinkä oot tyytyväinen mikä sujuu
 4 hyvin ja >ja missä sitte< (.) ongelmia >edelleeh< (0.3) .hh° vähän
 5 sitä puolta.° KYSYMYS
- 6 PO: no tää >viiminen vuosi on ollu< hurjan nopeeh johtuu >tietyksi ku
 7 mulla on ollu se ((opiskelulinjan nimi))opiskeluvuosi< .hhh
 ((poistettu potilaan useiden minuuttien pituinen kerrontajakso))
 8 PO: se on nys sitte käyty kahessa viikossa tällä kertaa tää
 9 asi[a että ja hyvä ettei mennä pitempää.= VASTAUS
- 10 HA: [°m,° (.) °m,°
 11 HA: =°nii (.) nii (0.3) .jo[o, (0.3) °joo.° (.) °joo.°
 12 PO: [(°et siinä mielessä.°)
 13 (.)
 14 HA: et tsemmosta niinkun (.) pahempaa (.) .thhh (.) >°tai°<
 15 (.) >varsinaista< masennusta [nii ei >niin< ei oikeestaan nyt ole.-
 16 PO: [°m:, VASTAUKSEN
 17 (.) VASTAANOTTO
- 18 PO: mt ei [oo ei oo ollu,
 19 HA: [ollu °tässä.°
 20 (0.3)
 21 HA: ei koko tän (.) vuoden aikana [(-)
 22 PO: [ei >siis mä en niinku< (.) >ku mä< (.)sillä
 23 viisii itse asiassa ku mä tjesin et mä tuun tänne.
 24 [tänään >ni mä yritin niinku tänään< .hhh tos
 25 HA: [m:.
- 26 PO: >päivällä< miettii niinku [asioita mitäh ja sit tuli just nää että a a
 27 HA: [m:,
 28 PO: ahdistukst ja masennukset ja [kaikki >niinku et< [(.) niinku oikee
 29 HA: [°joo,° [nii,
 30 PO: miettii et koska on ollu, [hh et vois selkeesti >sanoa et on ollu mut ei
 31 HA: [m:, m:,
 32 PO: niinkun mä en< (0.7) .hh niinku jaksu mennä niin paljo taaksepäin et
 33 mä jaksasin muis[taa että >koska sitä nyt sitte ois< ollu
 34 HA: [m:, (.) °m:°
 35 (0.4)
 36 HA: ni.
 37 (0.5)
 38 HA: .thjo[o, (0.3) joo.
 39 PO: [et tota,
 40 (0.4)
 41 PO: >enkä mä niinku pidä sitä niin< (.) tärkeenä muistaakkaa et[ttä (.) se
 42 HA: [m:,(.)m, m,
 43 PO: mikä on ollu nii on ollu.

44 HA: joo, nff (.) just joo. mhh (.) .thh no entä noin °muuten sit jos ihan (.)
 45 ihan tätä hetkee ja (.) näit viime (aikoja) tässä... ((jatkaa haastattelua seuraavaan kysymykseen))

Yllä olevasta otteesta on tässä vaiheessa riittävää todeta, että diagnosti-
 sissa arviointihaastatteluissa perussekvenssi ei välttämättä ole yhtä selkeä
 ja kompakti kuin kyselytutkimuksissa tai mielipidehaastatteluissa (vrt.
 esimerkit 1–3 tässä luvussa). Haastattelijan kysymyksen aihe on huomata-
 tavasti laajempi kuin esimerkiksi esimerkissä 1 ja se kutsuu potilasta
 kattavaan vastaukseen. Käsittelen haastattelijoiden kysymyksiä tarkem-
 min seuraavassa luvussa (luvussa 3). Potilaan vastaus ei synny itsenäises-
 ti, vaan haastattelija edesauttaa pitkän ja moniosaisen vastauksen synty-
 mistä monilla eri tavoilla (kaikki keinot eivät ole yllä olevassa otteesta
 näkyvissä). Haastattelija ei siis ole täysin passiivinen potilaan puhuessa
 (r. 10, 11, 25, 27, 29, 31, 34). Haastattelija esimerkiksi voi erilaisilla
 puheenkeinoilla merkitä jonkin asian erityisen mielenkiintoiseksi ja uutis-
 arvoiseksi (sanomalla esim. ”ahaa”), jolloin hän tekee asian tarkem-
 man kuvaamisen odotuksenmukaiseksi. Hän voi pidättäytyä ottamasta
 vuoroa (olemalla hiljaa), vaikka potilas sitä hänelle tarjoaisi. Näihin
 keinoihin palaan luvuissa 4 ja 5. Kun potilas on vienyt kuvauksensa
 päätökseen, haastattelijalla on mahdollisuus vuoroon. Yllä olevassa ot-
 teesta haastattelija reagoi potilaan yksilöllisen voimien kuvaukseen tar-
 kastelemalla sitä tilanteen kannalta relevantista, diagnosoinnin näkökul-
 masta (r. 14-15, 19, 21). Haastattelija ilmaisee, miten on potilaan kuva-
 uksen ymmärtänyt. Potilas vahvistaa haastattelijan yhteenvedon.

Yllä oleva näyte demonstroi myös, että haastattelijoiden vuorot voi-
 vat saada aikaiseksi potilaiden selontekoja, vaikka ne eivät olisi kieliopil-
 lisesti kysymyksen muotoisia (esim. r. 20). Puhutun vuorovaikutuksen
 lisäksi haastattelijoilla on käytössään eleet, katse ja tauot, joilla he voivat
 vaikuttaa siihen, minkälainen potilaan toiminta on odotuksenmukaista.

2.6 Yhteenveto

Tässä luvussa olen kuvannut sosiaalitieteellisen vuorovaikutustutkimuksen näkemystä tutkimushaastattelun toteuttamisesta. Esittelin tutkimusmenetelmäni, keskustelunanalyysin. Keskustelunanalyysille ominaista on vuorovaikutuksen yksityiskohtainen luenta. Tulokset perustuvat vuorovaikutuksessa näkyvissä olevaan toimintaan. Vuorovaikutusta analysoidaan vuoro kerrallaan ja katsotaan, mitä tehtävää käsillä oleva vuoro toimittaa vuorovaikutuksen rakentumisessa, mitä vuorosta seuraa. Tulokset ovat aina palautettavissa tutkimusaineistoon.

Keskustelunanalyysissa haastattelun kulkua jäsenetään kolmen toisiinsa kytkeytyvien puhetoimintojen, kolmiosaisen perussekvenssin kautta. Ensimmäisessä positiossa haastattelija kysyy, toisessa haastateltava vastaa ja kolmannessa positiossa haastattelija käsittelee haastateltavan vastausta tavalla tai toisella. Puolistrukturoiduissa haastatteluissa haastattelijan toiminnassa erityisiä ovat kolmannen position vuorot. Ne ovat standardoimattomia vuoroja. Niitä on psykiatrisen haastattelun kohdalla pidetty haasteellisina, sillä ne voivat ohjata haastattelua pois haastattelun varsinaisesta kohteesta, mikä voi vaikuttaa aineiston reliabiliteettiin. Tarkastelen haastattelijoiden kolmannen position vuoroja HPTP:n seuranta-haastatteluissa yksityiskohtaisesti luvuissa 4 ja 5.

Keskustelunanalyttinen luenta vuorovaikutustilanteeseen siis kuvaa vuorovaikutuksen etenemistä vuoro vuorolta. Institutionaalisten vuorovaikutustutkimusten yhteydessä keskustelunanalyttiset tutkimustulokset voidaan rinnastaa vuorovaikutusta ohjaavaan vuorovaikutusideologiaan, hyvän toiminnan tietovarantoon. Tulokset täydentävät, korjaavat ja täsmentävät hyvän toiminnan tietovarannon oletuksia vuorovaikutuksesta. Ne auttavat kehittämään institutionaalisia kohtaamisia kuvaamalla vuorovaikutuksen dynamiikkaa, sitä miten erilaiset toiminnot rakentuvat. Tämän tutkimuksen kohdalla tulosten anti voi olla se, että ne paitsi konkretisoivat tietoa haastattelun toteuttamisesta, myös antavat lisätietoa siitä, mitä kaikkea strukturoimattomissa vuoroissa tapahtuu ja miten vuorot

vaikuttavat haastattelun etenemiseen. Kaiken kaikkiaan keskusteluanalyttiset tulokset konkretisoivat ja tarkentavat ymmärrystä siitä, minkälainen vuorovaikutustilanne psykiatrinen puolistrukturoitu arviointihaastattelu on.

Olen kahdessa edellisessä luvussa esitellyt tutkimukseni taustan ja tutkimusmenetelmän. Seuraavassa luvussa siirryn aineistoni pariin. Tarkastelen seurantahaastattelun kokonaisrakennetta ja haastattelijoiden kysymysvuoroja.

3 HPTP:N SEURANTAHAASTATTELUIDEN KOKONAISRAKENNE JA HAASTATTELIJOIDEN KYSYMYSVUOROT

Edellisissä luvuissa olen kuvannut psykoterapian vaikutusten tutkimiseen ja psykiatriseen arviointiin liittyviä kysymyksiä sekä tutkimusmenetelmää, jota käytän Helsingin Psykoterapiaprojektin haastattelijoiden toiminnan analysoimiseen. Tässä luvussa siirryn tutkimusaineiston pariin ja tarkastelen HPTP:n haastattelijoiden *ohjeistettua* toimintaa.

Luvussa kuvaan seurantahaastattelun puolistrukturoidun haastatteluosuuden kokonaisrakennetta. Käyn ensin läpi seurantahaastatteluiden ominaispiirteitä ja sitä, mikä näkemykseni mukaan tekee niistä tutkimushaastatteluina erityislaatuisia. Siirryn sitten esittelemään haastatteluohjeistuksessa annettuja haastattelukysymyksiä eli kysymyksiä, jotka toteutuvat kaikissa seurantahaastatteluissa. Aloitan haastattelun aloituksesta ja päädyn lopetukseen. Toivon, että tämän luvun avulla lukijalle muodostuu yleiskäsitys käsillä olevan tutkimuksen aineistosta, siitä, minkälaisia

haastattelutilanteita HPTP:n seurantahaastattelut ovat ja mitä asioita niissä käsitellään¹³.

3.1 Seurantahaastatteluiden ohjeistukset ja ominaispiirteet

HPTP:n haastattelijat ovat koulutukseltaan psykologeja tai psykiatreja. Kaikilla on pitkä kokemus psykiatrisen arvioinnin tekemisestä ja kliinisestä psykoterapiatyöskentelystä. Haastattelijoiden perustehtävä seurantahaastattelussa on kuitenkin vain haastatella, kerätä potilailta tutkimusaineistoa terapian vaikutusten (potilaan voinnin muutosten) arvioimista varten. He eivät ole hoitovastuussa haastattelemistaan potilaista, eikä heidän tehtävänään ole esimerkiksi ottaa kantaa potilaan terapiassa mahdollisesti esiin nousseisiin hoidon jatkumiseen liittyviin tms. kysymyksiin. (Knekt & Lindfors 2004, 22.) Seurantahaastatteluissa on siten piirteitä sekä tutkimushaastatteluista (haastattelijä kerää tutkimusaineistoa, ei hoidollista vastuuta) että ammattilaisen ja asiakkaan välisestä kohtaamisesta (asiantuntija, esim. lääkäri tai terapeutti–potilas).

Haastattelijat ovat käyneet vähintään 60 tuntia kestävän erillisen koulutuksen haastatteluiden toteuttamismenettelyihin liittyen (Lindfors 2006). Haastattelun tekemistä varten Helsingin Psykoterapiaprojektilla on lisäksi erillinen seurantahaastattelun ohjeistus, jossa annetaan haastat-

¹³ *Käytän tekstissä rinnakkain termejä 'seurantahaastattelu' ja 'haastattelu'. Kummallakin termillä tarkoitan aineistoni seurantahaastatteluja, ellen erikseen toisin mainitse. Tavoittelen tällä tekstin luettavuutta ja tarpeettoman toiston välttämistä. Samoista syistä johtuen käytän psykoterapiasta myös lyhennettä terapia ja psykoterapeutista terapeutti. (Terapeutti voi olla "kuka tahansa", mutta psykoterapeutti voi olla vain psykoterapiakoulutuksen saanut henkilö. engl. therapy=hoito)*

teluaiheiden lisäksi yleisiä ohjeita haastattelun toteuttamiseen (liite 2). Haastattelukoulutus ja seurantahaastatteluiden haastatteluohjeistus toimivat haastatteluiden hyvän toiminnan tietovarantona, vuorovaikutusideologiana.

3.1.1 Haastattelijoiden toiminnan ohjeistukset

Haastattelun kulku on kuvattu haastatteluohjeistuksessa (Helsingin Psykoterapiaprojektin ohjeistus, kts. liite 2). Haastatteluohjeistus määrittelee seurantahaastattelun *agendan* (Drew & Heritage 1992, 49-50) (*engl. agenda* = työjärjestys, asialista). Haastatteluohjeistuksessa haastatteliijoille annettiin haastattelukysymykset, niiden järjestys ja mahdollisesti tarvittavat lisätarkennukset. Agendanmukainen toiminta oli siten haastatteluohjeistuksen noudattamista, aiheesta toiseen siirtymistä tietyssä järjestyksessä. Agenda demonstroiti myös tavoissa, joilla haastattelijat säätelivät käsiteltäviä asioita. Joitain potilaiden esiin ottamia aiheita he pitivät haastattelussa yllä, toisia he jättivät käsittelemättä. Agendan toteuttaminen aiheiden valikoimisena tulee esille luvussa 4.

Haastatteluohjeistuksen kautta seurantahaastatteluiden tehtäväksi määrittyi tiedonkerääminen. Haastattelijoiden tehtävä oli saada haastatteluohjeistuksessa annetuilla pääkysymyksillä ja niiden lisätarkennuksilla psykiatrisia arviointeja varten tarvitsemansa tieto. Lisäkysymysten käyttöä neuvottiin välttämään. Haastattelijoiden tuli huolehtia myös haastattelun aikataulusta, siitä, että he annetun aikarajan eli puolentoista tunnin sisällä saivat kerättyä potilaan kokemukset ja näkemykset kaikista haastatteluohjeistuksessa annetuista aiheista. Lisäksi ohjeistuksessa annettiin yleisiä ohjeita haastattelun tekemiseen. Siinä muun muassa todettiin, että haastattelijan tehtävä oli tuottaa tilanteessa turvallinen ja potilasta arvostava ilmapiiri, jossa potilas voi kokea olevansa tervetullut ja voivansa oma-aloitteisesti kertoa esille otetuista asioista. (liite 2, Helsingin Psykoterapiaprojektin ohjeistus)

Keskusteluanalyysissä *piiloagendaksi* kutsutaan sellaista instituuti-
on edustajan toimintaa, jonka perusteet tai motiivit eivät ole asiakkaille,
tässä tapauksessa potilaille, tiedossa (Drew & Heritage 1992, 49-50).
Seurantahaastatteluissa haastattelijoiden piiloagenda oli potilaan persoon-
allisuuden toiminnan arviointi psykodynaamisen häiriötason näkökul-
masta (Level of Personality Organization, LPO), jota kuvasin luvussa 1.
Kuten luvussa 1 totesin, LPO ohjasi haastattelijoita kiinnittämään huo-
miota siihen, miten potilaat kuvaavat ongelmiaan; ovatko potilaiden eri
asiayhteyksissä tuottamat kuvaukset itsestään, toiminnoistaan, oireistaan
ja hankaluuksistaan ja ongelmistaan johdonmukaisia, yhteneväisiä ja
realistisia. Näiden huomioiden perusteella haastattelijat tekivät päätelmiä
potilaan identiteetin integraatiosta, defenssimekanismien tasosta ja todellisuudentajusta eli persoonallisuuden toimivuudesta.

Mitään haastattelijoiden arviointitehtäviä ei erikseen nimetty potilaille.
Piiloagendaksi LPO:n teki se, että LPO vaikutti paikoitellen siihen,
mitä haastattelijat tekevät potilaiden vastauksia vastaanottaessaan (Kern-
berg 1984, 37). Käsittelen näitä vuoroja tarkemmin luvussa 5. Tässä
luvussa kuvaan, mitkä haastattelijoiden ohjeistetut kysymykset ovat
kanavia persoonallisuusorganisaation arvioimiseen.

Yhteenvetona voi todeta, että seurantahaastatteluiden agendassa ko-
rostui tutkimushaastattelun tehtävät; tiedonkerääminen potilaiden koke-
mista ongelmista ja vaikeuksista ja niissä tapahtuneista muutoksista.
Ongelmaorientoituneisuus perustui psykoterapian vaikuttavuuden hah-
mottamiseen. Keskeinen tavoite Helsingin Psykoterapiaprojektissa oli
niiden muutosten löytäminen ja arvioiminen, joita potilaan voinnissa ja
elämässä oli mahdollisesti tapahtunut psykoterapian ja seuranta-ajan
aikana. Seurantahaastattelut olivat kuitenkin erityislaatuisia tutkimus-
haastatteluja. Niissä käsiteltiin potilaan mielensisäistä kokemusmaail-
maa, ongelmia ja psyykkistä vointia, ne tapahtuivat psykiatrian ammatti-
laisen johdolla, psykoterapian tutkimuksen piirissä ja sarjaluonteisesti.
Seuraavaksi kuvaan lähemmin seurantahaastatteluiden ominaispiirteitä.

3.1.2 Seurantahaastatteluiden ominaispiirteet

Kuten ensimmäisessä luvussa kuvasin, voidaan psykoterapia yleistäen määritellä vuorovaikutukselliseksi toiminnaksi, jossa tavoitellaan potilaan psyykkistä kasvua ja kehitystä. Usein kasvu merkitsee potilaan itseymmärryksen lisääntymistä siitä, millaisia mahdollisesti itselle epäedullisia ajatus- ja toimintamalleja hän käyttää. Psykoterapeutti on asian-tuntijakoulutuksen saanut henkilö, jonka tehtävänä on nähdä, löytää tai tunnistaa psyykkisen kasvun ”esteet” terapiaistunnon vuorovaikutuksen kautta tai lävitse. (Esim. Pylkkänen 1999, 624, Aalberg 1999, 637.) Potilas ja terapeutti yhdessä tutkivat potilaan mielensisäistä maailmaa ja pyrkivät löytämään keinoja sen eheyttämiseen.

Seurantahaastatteluissa tarkastelun kohteena oli sama potilaan mielen sisäinen kokemusmaailma ja siihen liittyvät hankaluudet kuin psykoterapiassakin. Myös haastattelun perusasetelma muistutti tietyiltä osin psykoterapiaistuntoa. Haastattelu tapahtuu erityisessä institutionaalisessa ympäristössä eli psykiatrian klinikalla. Haastattelu koostui potilaasta, jolla oli mielenterveyden ongelma, haastattelijasta, joka oli mielenterveyden asiantuntija ja vuorovaikutuksesta näiden osallistujien välillä. Psykoterapiasta haastattelut erotti haastattelun tavoite, johon osallistujat, erityisesti haastattelijat systemaattisesti orientoituivat noudattamalla omaan institutionaaliseen rooliinsa liittyviä toiminnan rajoitteita.

Haastattelijoiden tehtävä oli saada tietoa potilaan psyykkisestä tilanteesta. Tietojen kerääminen tapahtui kysymys–vastausvuorovaikutusformaatin avulla (Peräkylä & Silverman 1991a). Toisin kuin psykoterapia, haastattelu on formaali vuorovaikutustilanne, jossa vuorottelujärjestys ja vuoron tyyppi on ennalta määrätty: haastattelijä kysyy ja potilas vastaa (Heritage & Greatbatch 1991). Haastattelu toteutuu haastatteluna, kun osallistujat tuottavat vuoronsa niin, että he noudattavat institutionaaliseen osallistujarooliinsa kuuluvia rajoituksia. Rajoitteiden olemassaolo korostuu tilanteissa, joissa niistä poiketaan. Aineistossani on esimerkiksi joitakin tapauksia, joissa potilas kysyi haastatteli-

jan mielipidettä jostain hänen psykoterapiaansa tai vointiinsa liittyvästä asiasta. Näissä tilanteissa haastattelijat eivät ilmaisseet näkemystään tai mielipidettään. Sen sijaan he pyrkivät palauttamaan norminmukaisen vuorottelujärjestyksen esimerkiksi esittämällä potilaalle kysymyksen tämän esille ottamasta aiheesta. Seurantahaastatteluisissa haastattelija kutsui esiin potilaan ongelmia ja niiden muutoksia tiedonhankintaa ja arviointia varten, ei tutkiakseen tai analysoidakseen ongelmien syitä tai taustatekijöitä yhdessä potilaan kanssa.

Potilaiden tehtävä seurantahaastattelussa oli kertoa omasta elämäntilanteestaan, siihen mahdollisesti vaikuttavista ongelmista ja niiden muutoksista sekä kokemuksistaan psykoterapiasta. Se, että kuvaus tapahtui haastattelutilanteessa eikä esimerkiksi psykoterapiaistunnossa, saattoi vaikuttaa tapaan, jolla he puhuivat. Haastateltavien puhetta analysoineet vuorovaikutuksen tutkijat ovat todenneet, että yleinen ominaisuus haastateltavien puheelle on, että he kehystävät vastauksensa, selontekonsa institutionaalisesti uskottaviksi ja oikeutetuiksi (HPTP:n aineistoista kts. Vehviläinen ja Lindfors 2005, yleisesti haastatteluista kts. Holstein & Gubrium 1995, Baker 1997, Sarangi 2003). HPTP:n arviointihaastatteluissa potilaat tekivät selkoa heidän psyykkisestä voinnistaan. On mahdollista, että kun ihmiset puhuvat ongelmistaan ja vaikeuksistaan, ne jäsentyvät heidän mielissään uusilla tavoilla ja saavat selkeämmän hahmon. Tämän nähdään helpottavan ongelmien ymmärtämistä ja käsittelyä (Esim. Pylkkänen 1999, Leiman 1997, 1999). Tällä tavoin haastatteluissa oli ulkoisen fyysisen ympäristön (psykiatrian klinikka) ja haastattelun perustehtävän (psykoterapian vaikuttavuuden tutkimusaineiston tuottamisen) ohella potentiaalisesti läsnä vuorovaikutuksessa syntyviä terapeuttisia, potilaan kokemusta eheyttäviä tekijöitä.

Olen tässä alaluvussa esittänyt yleisiä väitteitä seurantahaastatteluiden luonteesta. Pohjustavien huomioiden tavoitteena on ollut luoda lukijalle yleiskäsitys Helsingin Psykoterapiaprojektin seurantahaastatteluiden erityisominaisuuksista. Siirryn nyt esittelemään haastattelijoiden ohjeis-

tettua toimintaa. Aloitan tarkastelemalla haastatteluiden käynnistämistä ja etenen siitä haastattelukysymyksiin.

3.2 Seurantahaastattelun aloitus

Ennen ensimmäistä seurantahaastattelua potilaat ovat olleet kolmesti alkuhaastatteluissa. Alkuhaastatteluissa on arvioitu potilaan lähtökohtatilanne psykoterapian alkaessa. Alkuhaastattelussa saatujen arviointien muuttumista tutkitaan seurantahaastatteluissa. Alkuhaastattelut ovat jossain määrin laajempia kuin seurantahaastattelut, sillä alkuhaastatteluihin sisältyi myös potilaan taustan kartoitus. Alkuhaastatteluissa käsiteltiin niitä oireita, hankaluuksia ja ongelmia, jotka johtivat siihen, että potilas oli hakeutunut psykoterapiaan, hänen taustaansa, lapsuuttaan ja muita esiin nousevia asioita (Helsingin Psykoterapiaprojekti, haastattelijan kirjallinen ohje alkuhaastatteluista varten). Pääsääntöisesti haastatteluista vastasi joka kerralla sama henkilö ja vain poikkeustilanteissa alkuhaastattelun oli tehnyt toinen haastattelijana kuin seurantahaastattelut.

Ensimmäinen seurantahaastattelu edustaa siis ”uutta” toimintaa, sillä sen rakenne ja funktio ovat erilaisia kuin alkuhaastattelun. Ensimmäisen seurantahaastattelun (7 kuukauden seurantapiste) käynnistämisvaihe on tärkeä, sillä silloin haastattelijat kertovat, millaisesta toiminnosta seurantahaastatteluissa on kyse. Se, miten toiminta nimetään ja miten sitä kuvataan, vaikuttaa osallistujien väliseen sosiaaliseen suhteeseen ja siten osallistujien itse itselleen tuottamiin diskursiivisiin identiteetteihin. (Heritage 1997, 166, Sarangi 2003, 70-71, Warren 2002, 91).

Videonauhoitukset haastatteluista alkavat siten, että osallistujat tulevat haastatteluhuoneeseen ja istuutuvat pyöreän pöydän ääreen. He ovat vinottain toisiinsa nähden, mikä mahdollistaa katsekontaktin, mutta myös sen, että katsekontakti voi liukua toisen ohitse (vrt. Lönnqvist 1999, 21). Potilas antaa täyttämänsä itsearviointilomakkeet haastattelijalle ja haastattelijalla ojentaa hänelle uuden lomakepaketin. Ennen ensimmäistä haas-

tattelukysymystä haastattelijat valtaosassa tapauksista käyttävät orientoivan puheenvuoron, jossa kuvaavat tulevaa vuorovaikutusta. Vuorovaikutuksen kuvaukset ovat tummennettu allaolevissa näytteissä. Ensimmäisissä seurantahaastatteluissa haastattelijat esittävät seurantahaastattelun motiivin muun muassa seuraavilla tavoilla:

(1) [lyhyt psykodynaaminen, 7 kk]

- 1 HA: nii elikkä (0.5) tarkoitus ois hh (0.5) tässä sitten (0.5) .hh hhh (.) puhua
 2 (.) tästä (.) nyt (.) nykyisestä tilanteestasi ja: (.) ja tota .hhh meil on tässä
 3 hhh ihan tota (.) .hh runsaasti aikaa ihan sitä h (.) varten.

(2) [psykonalyysi, 7kk]

- 1 HA: .hh .hh (0.5) tään tarkoituksena nyt (0.4) niinku nuin (2.2) (h °m:°) (0.5)
 2 tutustua mahdollisimman hyvin sinun tilanteeseen tällä hetkellä .h

(3) [pitkä psykodynaaminen, 7kk]

- 1 HA: .mthh >tota< (.) tarkoituksena olis nyt °u:°:° kartottaa tätä mhh (0.3)
 2 .hhmt vaihetta >elämässäsi mikä on tapahtunu sen viime käynnin<
 3 jälkeen [täällä.
 4 PO: [m:
 5 HA: .hh ja ihan sitte tätä >muuta< (0.5) .hh tilannettasi >tässä myös että<

(4) [lyhyt psykodynaaminen, 7kk]

- 1 HA: .thh täl kertää vähä pidempih ja (vaa se) yks haastattelu (>ja meil on<) (.)
 2 noin puoltoist tuntiahh .hh varattu aikaa ja ensiks kyselen yleisempi
 3 ja sitteh .hh vähä tarkem°min.°

Ensimmäisen seurantahaastattelun alussa haastattelijat kertoivat potilaille, minkälaisen vuorovaikutustoiminnon he ovat käynnistämässä ja kutsuvat omilla sanavalinnoillaan potilaita tiettyntyyppisiin toimintoihin. Haastattelijat siis asettivat osallistujat ”yhteiselle maaperälle”. Haastattelijat kehystivät tilanteen hieman eri termein (otteet 1-3). Potilaan *nykyisestä tilanteesta puhuminen* (ote 1), *tilanteeseen tutustuminen* (ote 2) ja myös *elämänvaiheen kartoittaminen* (ote 3) ovat keskustelullisia ja vastavuoroisia toimintoja. Haastattelijat eivät kutsuneet ensimmäisten seu-

rantahaastatteluiden toimintaa haastattelemiseksi. Haastattelu-termin kiertäminen saattoi mahdollisesti toimia keinona vaimentaa osallistujien institutionaalisten tehtävien välistä epäsymmetriaa. Sanavalintojen avulla haastattelijat voivat säädellä diskursiivisia identiteettejään, esimerkiksi välttää kuulusteleavan haastattelijan osallistujaroolin¹⁴ (Rapley 2001, Antaki & Rapley 1996).

Näytteissä 1-3 haastattelijat tuottivat itselleen tehtävänkuvauksen, jota Sacks (1992a, 313-319) kutsuu ”suojaidentiteetiksi” (*cover identity*). Sacksin sanoin: *’...a ”cover” is an identification which is more palatable, which can hide the problematic one and which nonetheless allows whatever it is that the problematic one can do, to get done’* (Sacks 1992a, 317). Nimeämällä toiminnan joksikin muuksi kuin seuranta- tai arviointihaastatteluksi haastattelijat voivat väistää sellaiset seuranta- haastattelun sisällöt, jotka potilas voi kokea ongelmallisina tai kasvojaan uhkaavina. Tällaisia mahdollisia ongelmallisia sisältöjä potilaan institutionaalisessa osallistujaroolissa voi olla esimerkiksi se, että tilanteessa arvioidaan potilaan mielenterveyttä. Mielenterveydenhäiriö voidaan kokea epäonnistumisena tai sen voidaan ajatella vähentävän omaa arvoa. Haastattelussa potilas saattaa siis kokea, että on pakotettu kertomaan itse hankaliksi tai häpeällisiksi kokemiaan asioita niitä arvioivalle asiantuntijalle. Tätä mahdollisuutta haastattelijoiden suojaidentiteetit purkavat luonnehtimalla käynnistyvää toimintaa muilla, keskustelunomaisimmilla termeillä kuin ”haastattelu”.

Näytteessä 4 haastattelijalla toimi eri tavoin. Hän viittaa tulevaan toimintaan teknisillä käsitteillä (r. 2 ”ensiks kyselen yleisempi ja sitten tarkemmi”). Vuorosta puuttuvat keskustelullisuutta implikoivat sanavalinnat. Haastattelijalla orientoi potilasta vahvemmin haastattelulliseen toimintaan.

¹⁴ *Haastattelijahan voisi kehystää tilanteen vaikkapa näin: ”Tarkoituksena on, että minä arvioin sinun mielenterveyden häiriösi vakavuutta.”*

Epäsuorat ja hienovaraiset ilmaukset psykiatrisessa haastattelukontekstissa ovat olleet keskusteluanalyttikko Jörg Bergmannin (1992) tutkimuskohteina. Bergmann analysoi tapoja, joilla psykiatrit ottivat potilaan psykiatrisen tilanteen puheeksi psykiatrisen osaston sisäänottohaastattelussa. Vaikka analyysikohteet ovat erilaiset (Bergmannilla potilaan tilanteen puheeksi ottamisen keinot, tässä haastattelun käynnistämisen keinot), ovat tietyt Bergmannin esittämät huomiot relevantteja seurantahaastattelujen aloitusten yhteydessä. Bergmann toteaa (ma.,148), että kun psykiatrit aloittivat potilaan tilanteen käsittelemisen, he eivät nimenneet potilaan käytöksen ongelmallisimpia piirteitä, vaan käsittelevät potilaiden tilannetta ja toimintaa epäsuorasti ja hienotunteisesti. He käyttivät käänteisiä ilmauksia (litotaatioita kuten *”you are not doing so well”*). Lisäksi vuoroissa oli tilannetta tai asiantilaa lieventäviä ja kaunistelevia elementtejä (esimerkiksi eufemismeja, kuten *”you’ve already been with us”*, ei *”olet aiemminkin ollut mielisairaalassa”*). Bergmannin mukaan (ma., 154) varovaiset puheeksi ottamisen käytännöt (*discreet exploration*) konstituivat käsiteltävän asian arkaluonteiseksi ja vaikeaksi. Bergmann näki sanavalinnoilla myös moraalisen ulottuvuuden. Potilaiden toiminnan ja tilanteiden epäsuorat, kiertelevät kuvaukset tekevät niistä moraalisesti kyseenalaisia, sillä ne vihjaavat ongelman olemassaoloon. Seurauksena on, että potilaat ovat pakotettuja puhumaan *”verhoetun moraalisuuden”* alaisena (Bergmann ma.).

Edellä kuvaamani seitsemän kuukauden seurantahaastattelun aloitukset ovat erityisiä siksi, että ne käynnistävät seuraavan viiden vuoden aikana tehtävien seurantahaastatteluiden sarjan. Haastattelun tehtävän ja luonteen kuvaaminen kohdistuu jossain määrin koko seurantahaastatteluprosessiin. Seurantahaastatteluprosessi on jatkumo, jossa haastattelijä kuuntelee potilaan puhetta vertaamalla sitä edellisen tapaamisen ja joissain tilanteissa myös alkuhaastattelun kuvauksiin. Myöhemmissä seurantatapisteissä haastattelu käynnistetään esimerkiksi toteamalla:

(5) [pitkä psykodynaaminen, 1 vuosi]

- 1 HA: nff.hhh ja ihan samalla tapaa ku viimeks mhhh >käytiin semmosta<
 2 (1.0) .hhh sitä ajan jaksoa läpi mitä siitä >terapian< (.) alkamisesta
 3 >oli< hh kulunut ni nyt myös tällä ker taa ois (.) tarkoitus (0.5) .hh
 4 >katsella tätä siitä< m:: >mitä senh< (.) .hh edellisen hh (.) tän
 5 haastattelu käynnin jälkeen on tapahtunu ja sitten ↑myös ihan tätä koko
 6 °aikaa.°=

(6) [psykoanalyysi, 2 vuotta]

- 1 HA: .hh joo, .hh >tuota tämä< (2.0) hh (.) kulkis aika lailla samanlaisia
 2 (0.3) .hh ö rätöja kun mitä tää meän edellinen silloin vuos sittehän me
 3 >tavattiin,<

(7) [lyhyt psykodynaaminen, 3 vuotta]

- 1 PO: nii, >Enii se on menny< h ollaan vuotta vanhempia ha
 2 [hah hah °hah hah°E .hh toivottavasti vähän (>°viisaampia,°<)
 3 HA: [Eniih?E
 4 PO: .hh hh päästy muutenki °eteenpäin ku°.h (>°henkisesti°<)
 5 HA: .h (.) >tarkotus ois nyt pitää sitten
 6 PO: [(-) .hh
 7 HA: samanlainen haastattelu< [ku silläonkin,=
 8 PO: [joo,
 9 PO: =h .h joo,=

Seurantahaastatteluprosessin myöhemmissä vaiheissa haastattelijat edelleen toteavat haastattelun tarkoituksen sitä käynnistäessään, mutta eri tavoin kuin ensimmäisessä seurantahaastattelussa. Orientoituminen tulevaan toimintaan tapahtuu rinnastamalla käsillä oleva haastattelu edelliseen. Näin edellisessä haastattelussa läpikäytyt aiheet asettuvat myös käynnistymässä olevan haastattelun ohjelmiksi. Haastattelija epäsuorasti ilmaisee, että aikoo esittää haastattelussa sellaisia kysymyksiä, jotka ovat kummallekin osallistujalle jo etukäteen tiedossa. Haastattelu rakentuu ikään kuin osallistujien yhteiseksi asiaksi ja tehtäväksi. (Button 1991.) Haastattelijan viittaus edelliskertaan tuo esiin myös haastattelujen sarjaluonteisuuden. Haastattelijan ja potilaan kohtaaminen on yksi vähintään viidestä seurantatapaamisesta, joihin potilas on sitoutunut Helsingin Psykoterapiaprojektiin osallistuessaan. Sarjaluonteisuuden ilmaiseminen

on haastattelijan keino ”herätellä” osallistujien välistä sosiaalista suhdetta. Se implikoi, että alkava haastattelu ei sisällä mitään uutta, minkä voi ajatella olevan keino vähentää potilaan mahdollista jännittyneisyyttä. Samalla haastattelijaa asettaa aikaperspektiivin potilaan vastauksille.

Siirryn nyt haastatteluiden käynnistämisestä tarkastelemaan varsinaisia haastatteluohjeistuksessa annettujen haastattelukysymyksiä. Aloitan kuvaamalla kysymysten paikkaa yleisesti.

3.3 Haastattelijoiden ohjeistetut vuorot eli agendakysymykset

Kuten edellisessä luvussa jo esitin, rakentuu haastatteluvuorovaikutuksen perussekvenssi kolmesta vuorosta:

1. positio: haastattelijalla esittää kysymyksen
2. positio: potilas vastaa kysymykseen
3. positio: haastattelijalla kiittää, ottaa potilaan vastauksen vastaan

Seurantahaastatteluissa haastattelijoiden ensimmäisen position vuorot, eli vuorot joissa he esittävät ohjeistuksessa annetut pääkysymykset, antavat potilaalle aina uuden kertomisen ja kuvaamisen aiheen. Kysymysten muotoilu on jätetty haastatteluohjeistuksessa avoimeksi. Haastattelijat esittävätkin haastatteluohjeistuksessa annetut kysymykset jossain määrin eri tavoin. Ensimmäinen kysymys käsittelee potilaan elämäntilannetta ja vointia sekä mahdollisia ongelmia ja oireita. HPTP:ssä käytössä olevia arviointiasteikkoja varten jokaiselle pääkysymykselle on määritelty tarvittavat lisätarkennukset, jotka esitetään, ellei potilas omaloitteisesti käsittele lisätarkennusten aiheita. Ensimmäisen pääkysymyksen lisätarkennuksia ovat mm. ongelmien luonne ja asiat, joihin potilas on tyytyväinen. Kutsun tästedes haastatteluohjeistuksen pääkysymyksiä ja niiden lisätarkennuksia *agendakysymyksiksi*. Agendakysymykset toistuvat aineistossa haastattelijoista, potilaista ja haastattelupisteestä (haas-

tatteluprosessin vaiheesta) riippumatta jokseenkin samankaltaisina, minkä vuoksi ne on helppo tunnistaa ja erottaa muista haastattelijoiden vuoroista. Haastatteluprosessin edetessä niiden esiintymistä aiheista tulee potilaalle odotuksenmukaisia ja ennakoitavia; ne ovat rutiininomaisia haastattelijoiden vuoroja.

Keskusteluanalyysissä kysymyksiä tarkastellaan kysymys–vastausvierusparin osana. Vierusparin etujäsen, kysymys, synnyttää odotuksen jälkijäsenestä, vastauksesta. Kysymyksen rakenteella ja muotoilulla voidaan ilmaista, minkä kaltaisen vastauksen kysyjä odottaa saavansa (Sacks 1992, 413-415). Avokysymys (esim. ”miten koet...”) tekee odotuksenmukaiseksi laajan vastauksen. Polaariseen kysymykseen (esim. ”onko niin että...”) on mahdollista vastata lyhyesti, vaikka yhdellä sanalla (esim. ”on” tai ”ei ole”). Kysymykseen voidaan pakata kysymisen lisäksi muitakin toimintoja. Sillä esimerkiksi voidaan tehdä erilaisia kontekstin piirteitä merkityksellisiksi, luoda diskurssi-identiteettejä, institutionaalisia rooleja ja ilmaista tulkintoja käsiteltävästä aiheesta (mm. Halonen 2002, Raevaara 2001, 50, Lindfors 2005, 75-81, Vehviläinen 1999, 98-106). Näitä toimintoja esittelen seuraavaksi.

3.3.1 Haastatteluohjeistuksen moniosaiset kysymykset

Seurantahaastatteluissa potilas on oman tilanteensa tietävä osapuoli, kokemuksensa omistaja ja haastattelijatietämätön, mutta monenlaista tietoa tarvitseva osapuoli (Peräkylä & Silverman 1991a, 1991b, Ruusu-vuori & Tiittula 2005). Haastatteluohjeistuksessa haastattelijoiden kehoitetaan antamaan potilaalle ääni: ”annetaan tilaa potilaan oma-aloitteiselle kerronnalle” (liite 2). Yksi haastattelijoiden tiedon keräämisen haasteista on käsiteltävän aihepiirin eli potilaan mielensisäisten kokemusten, elämäntilanteen ja terapiakokemusten moniulotteisuus ja abstrakti luonne. Eräässä haastattelussa haastattelijat itse viittaa tähän toteamalla kiirehties-sään agendassa eteenpäin näin: ”*vähän tässä joudun niin kyselemään*

kun kuitenkin laaja tää alue tuo ihmisen elämä ja meki koitetaan siitä saada jonkunmoinen näkemys vähän niinku joka kolkkaan että...". Haastattelijat tarvitsevat potilailta kattavia kuvauksia, toisin sanoen, pitkiä vastauksia. Pitkien vastausten tarpeen he ilmaisevat erityisesti ensimmäisessä agendakysymyksessä. Haastatteluohjeistuksessa se on muotoiltu näin: "Voisitko kertoa tämänhetkisestä voinnistasi ja tilanteestasi, mahdollisista vaikeuksista ja ongelmistasi? Miten elämä sujuu ja mihin olet tyytyväinen? Minkälaisia ongelmia tai oireita edelleen on?" (kts. liite 2) Esittelen seuraavaksi muutamia aloituskysymyksiä. Näytteet ovat eri haastatteliijoilta ja eri vaiheista seuranta-haastatteluprosessia, vaihe ja potilaskoodi on ilmaistu tunnuksessa.

(8) [pitkä psykodynaaminen, 7 kk]

- 1 HA: >oisko jotaki semmos tästä< hh >muuten< hh >mitä olisit halunnu itse
 2 ensin< (.)>alkuunh.<
 3 (0.4)
 4 PO: no ei oi[keestaan,
 5 HA: [°>kysyä.°<
 6 (.)
 7 PO: eih,=
 8 HA: =jo[o,
 9 PO: [°ei oo mitään [semmosta, ° (.) nff
 10 HA: [joo .h selvä juttu >(että) jos me lähettäs ihan< (0.3)
 11 ihan siitä sitten hh.hh liikkeelle >et jos voisit< (.) kertoa ihan et >
 12 minkälainen tilanne< (.) elämässäsi tällä hetkellä on ja jos
 13 >jonkunlaisia<.hh ongelmia vaikeuksia tai oireita on nyth >tällä
 14 hetkellä nin< (.) jotakin niistä ja (0.4) .hh ja mitenkä >muuten< (ku-)(.)
 15 >kuvailisit tätä (-)<
 16 (1.5)
 17 PO: nff [°no oikeestaan,<
 18 HA: [elämänvaihattamhh. (0.3) nff
 19 (0.6)
 20 PO: (>---<) (0.4) elämäntilanne on jotakuinki sama...

(9) [lyhyt psykodynaaminen 1 vuosi]

- 1 HA: eikä (.) meilläkään oikeestaan vielä .hh ole nyt (.) niinku (0.5)
 2 itsellämmekään vielä (.) mitään
 3 PO: joo

- 4 HA: (sellasta)
 5 PO: joo
 6 HA: analysoitavaa että=
 7 PO: =,joo
 8 (1.2)
 9 HA: ↑mut jos ihan lähdetäisiin et jos voisit nyt kertoo (.) mikä on .hh
 10 tänä päivänä<↓tilanteesi> et mikä (0.4) .hh ↑mikä sujuu= =missä
 11 on ongelmia hh omasta mielestäsi
 12 (5.5)
 13 PO: millos mä olin viimeks (0.2) s'oli syksyllä...
 14 HA: <vajaa (.) puol vuotta sitten>
 15 PO: =(njo) (1.0) no h (4.0) >no (-) menee sillee iha< h...

(10) [lyhyt psykodynaaminen, 2 vuotta]

- 1 HA: ...ja mä otan nämä °sitte joo.° ((palautuskuorien rapistelua))
 2 (0.6)
 3 HA: just °joohh.°
 4 (0.8)
 5 HA: no siitä on nyt sitte vuosi taas vjerähtäny ku ollaan tavattu jah .hh
 6 >voisit sä nyt< kertoo miten tällä hetkellä voit ja onks tänä aikana
 7 sun minkälaisia muutoksia °elämässä ja° (.) °vöinnissa ollu,° .hh=
 8 PO: =>tota ni< (.) (e) (.) ihan selvästi niinkumhh >on sellanen< selvä muutos
 9 (.) niinku suhteos siihen masen>nuksee että< .hh...

(11) [psykoanalyysi, 3 vuotta]

- 1 HA: ...onko niin että tää sinun (.) terapiasi on nyt jatkuu,ssa,
 2 (.)
 3 PO: joo.
 4 (.)
 5 HA: joo. niin sillon (.) sillon tarvitaan tää kuntou[tusanomus uudelleen,
 6 PO: [joo,
 7 (1.0)
 8 HA: .thh h (1.0) hmhhh .hh °tuota° mh mitäs jos sitten lähdetäs taas
 9 ihan liikkeelle että (0.5) .hh kuvailisit nuin että (.) mitä kuuluu ja (.)
 10 minkälainen sinu e- (.) .hh elämäsi (0.6)tällä hetkellä on ja (.) mitä
 11 (on) tähän nyt (.) vuoteen o (0.7) >liittyny et< vuos sittehä nähtiin
 12 edellisen °kerran.° .hhh=
 13 PO: =joo (0.3) nhh >en nyt tiä taas< (.) mistä alottaa (mut) .hh ...

Otteissa 8-11 on yhteneväisyyksiä ja eroavaisuuksia. Paneudun nyt piirteisiin, jotka yhdistävät aloituskysymyksiä. Kaikki haastattelijoiden vuo-

rot ovat moniyksikköisiä vuoroja eli ne rakentuvat useammasta kuin yhdestä vuoron rakenneyksiköstä. Ne ovat haastattelusekvenssin ensimmäisiä positioita eli tekevät kysymyksen tehtäviä, mutta eivät ala kysymysosanalla (kuten ”minkälainen...”, ”miten...”, ”kuinka...”).

Tarkastellaan ensin aloituskysymysten moniyksikköistä kysymystä kantavaa rakennetta (*question delivery structure*: Heritage & Greatbatch 1991, Heritage & Roth 1995). Tämän tarkistelua varten palataan hetkeksi siihen, mitä keskusteluanalyysissa on todettu vuorottelusta arkikeskustelussa. Sacks, Schegloff ja Jeffersson (1974) toteavat vuorottelun sääntöjä koskevassa urauurtavassa artikkelissaan, että arkikeskustelussa puhujalla on oikeus yhteen vuoron rakenneyksikköön kerrallaan. Rakenneyksikön rajalla on siis periaatteessa ensimmäinen mahdollinen siirtymätila eli puhujanvaihdoskohta, jossa käydään vähintäänkin implisiitisti neuvottelu siitä, jatkaako äänestäjä vai vaihtuuko puhuja (Hakulinen 1998, 42). Kysymys–vastaus–vierusparin kohdalla tämä tarkoittaa sitä, että vastaajalla on periaatteessa oikeus vuoroon sitten, kun vuoro on kuultavissa kysymykseksi. Jos arkikeskustelussa puhujan vuoro on moniyksikköinen, on puhujan tuotava se esiin: joko merkitsemällä se selvästi esimerkiksi listaamalla, toisaalta – toisaalta, tai ensiksi – toiseksi tms. rakenteiden avulla tai vähintäänkin vihjattava siihen (Houtkoop-Sreenstra 1995, Schegloff 1980).

Aiemmissa haastattelun vuorovaikutusta koskevissa tutkimuksissa on kuitenkin todettu, että haastattelijoiden kysymykset useissa tilanteissa koostuvat useammasta kuin yhdestä vuoron rakenneyksiköstä (Greatbatch 1988, Heritage & Greatbatch 1991, Clayman 1988, Puchta & Potter 1999). Yhden rakenneyksikön kysymys olisi rakenteeltaan interrogaatiivi eli kysymysrakente (kuten ”Miten voit tällä hetkellä?”) tai deklaraatiivirakenne eli väitelause (kuten ”Voit huonosti.”) (kysymisen ja kielioopin suhteesta tarkemmin kts. Heritage & Roth 1995 ja Halonen 2002, 38-42). Koska ensimmäisten agendakysymysten moniyksikköinen rakenne on aineistossa systemaattisesti toistuva ilmiö, kohtelen sitä haastattelijoiden tietoisena ja tarkoituksenmukaisena valintana. Yksittäin esiin-

tyvän kysymysvuoron moniyksikköisyys­hän voisi johtua esimerkiksi siitä, että potilas ei ymmärrä kysymystä, jolloin hän vastaamisen sijaan on hiljaa ja haastattelija muotoilee kysymyksen uudestaan helpottaakseen vastaamista (vrt. Vehviläinen 1999, 100).

Useasta vuoron rakenneyksiköstä koostuva kysymysvuoro on keino, jolla haastattelijat ohjaavat potilaita erilaisiin agendanmukaisiin toimin­toihin. Moniosaiset kysymykset ovatkin varsin keskeisiä puolistruktu­roidun haastattelun toteuttamisen välineitä. Perustelen tätä otteen 8 avul­la. Kysymys on ensimmäisen seurantahaastattelun avauskysymys ja rakentuu kolmesta vuoron rakenneyksiköstä. Jokainen rakenneyksikkö sisältää eri toiminnan komponentin. Vuoro käynnistyy seuraavan sek­venssin toimintaan orientoivalla rakenneyksiköllä (että jos...):

.joo .h selvä juttu >(että) jos me lähettäs ihan< (0.3) ihan siitä sitten hh .hh
liikkeelle >et jos voisit< (.) kertoa ihan et >minkälainen tilanne< (.) elämässäsi
tällä hetkellä on ja

Rivin 9 alussa on näkyvässä haastattelijan tekemä työ kahden sekvenssin rajalla (Drew 1995, 75). Hän merkitsee edellisen toiminnon päättyneeksi (joo .h selvä juttu) ja siirtyy ”itse asiaan”, haastattelun tekemiseen. Käynnistäminen tapahtuu konditionaalimuodolla, ehdotuksella (”että jos me lähettäs ihan... liikkeelle”), jossa osallistujien esitetään tekevän yh­teistyötä. Orientoiva rakenneyksikkö ennakoii kysymyksen esittävää osaa (”sitätä sitten liikkeelle”).

Kysymyksen esittävä osa on muotoiltu konditionaalimuotoiseksi eh­dotukseksi kertoa elämäntilanteesta. Haastattelija ei anna potilaan tehtä­vää suoraviivaisesti (esimerkiksi ”kerro elämäntilanteestasi”), vaan muo­toilee sen kohteliaasti ja ystävällisesti (jos, konditionaalimuoto). Partik­kelin ”ihan” voi nähdä selkeyttävän tai yksinkertaistava potilaan tehtävää (se ikään kuin viestittää, että ”ei tehdä muuta kuin puhutaan sun elämänti­lanteesta”). Kysymyksen esittävä vuoro voisi päättyä rakenneyksikön päättäviin sanoihin ”tällä hetkellä on”, sillä silloin vuoro on potilaalle

kuultavana kysymyksenä, eli uusi aihe ja toiminto on nyt nimetty (Hakulinen 1998, Vehviläinen 1999, 97). Haastattelija kuitenkin pitää vuoron itsellään prosodisin keinoin ja jatkavalla partikkelilla ”ja”, joka ennakoi vuorolle jatkoa. Vuoro jatkuu kysymystä täydentävällä ja tarkentavalla yksiköllä:

jos >jonkunlaisia< .hh ongelmia vaikeuksia tai oireita on nyth >tällä hetkellä
nin< (.) jotakin niistä

Kysymystä tarkentavassa yksikössä haastattelija nimeää tarkemmat aiheet, joista on kiinnostunut. Elämäntilanne on laaja aihe, josta saattaa olla vaikea lähteä liikkeelle (vrt. Puchta & Potter 1999). Täydentävässä osassa haastattelija tarjoaa potilaalle näkökulmia, joista puhua (ongelmista, vaikeuksista tai oireista). Osa on Labovin ja Fanshelin (1977) tunteksi tekemän jaottelun mukaan B-tilanteen muotoinen¹⁵. Haastattelija implikoi, että ei tunne potilaan tilannetta (”jos jonkunlaisia”) ja että osallistujista vain potilaalla on pääsy omiin kokemuksiinsa (Peräkylä & Silverman 1991b, Brown & Levinson 1987). Haastattelija ei siis lähtökohdaisesti osoita olettavansa, että potilaalla on ongelmia, mutta jos ongelmia olisi, tekee odotuksenmukaiseksi niiden käsittelyn (Peräkylä 1995, 252, Bergmann 1992). Tarkennus ”tällä hetkellä” rajaa mahdollisesti esiin otettavat ongelmat, vaikeudet ja oireet tämänhetkiseksi eli muutoksen arvioimisen mahdollistaviksi. Se, mitä haastattelija potilaan ongelmista

¹⁵ Labov ja Fanshel luokittelivat tutkimuksessaan ”*Therapeutic discourse*” (1977, 100) puhetilanteet osallistujien tietämyksen mukaan näin:

A-tilanne: puhuja tuntee asian, mutta kuulija ei

B-tilanne: kuulija tuntee asian, mutta puhuja ei

AB-tilanne, sekä puhuja että kuulija tuntevat asian

O-tilanne: kaikki läsnäolijat tuntevat asian

D-tilanne: asia tiedetään kiistanalaiseksi

haluaa kuulla, on jätetty epämääräiseksi ("jotakin niistä"). Haastattelija antaa potilaalle oikeuden päättää mitä ja miten paljon kertoo, minkä voi lukea myös hienotunteisuuden esittämisen keinoksi. Kysymystä täydentävä yksikkö on valmis. Haastattelija täydentää vuoroaan toisella kysymyksen esittävällä osalla, jossa hän muotoilee kysymyksen uudelleen:

- 14 ...ja mitenkä >muuten< (ku-)(.)
 15 >kuvaillisit tätä (-)<
 16 (1.5)
 17 PO: nff [>no oikeestaan,<
 18 HA: [elämänvaihtamhh. (0.3) nff
 19 (0.6)
 20 PO: (>--<) (0.4) elämäntilanne on jotakuinki sama...

Haastattelija pitää pitkähkön tauon (r.13) ennen kuvailtavan aiheen nimeämistä, jolloin potilas ottaa vuoron (r. 14). Hän käsittelee haastattelijan kysymystä valmiina ja alkaa vastata; haastattelijahan on edellä esitellyt potilaalle tämän vuoroa varten relevantin toiminnon (kertominen) ja aiheen lisätarkennuksineen. Haastattelija kuitenkin vie kysymyksensä uudelleen muotoilun loppuun. Aiheen nimeäminen tapahtuu päällekkäispuhuntana potilaan vuoron aloituksen kanssa. Ensimmäisessä kysymyksen esittävässä osassa haastattelija pyysi potilasta *kertomaan* tämän elämäntilanteesta, uudelleen muotoilussa hän kutsuu potilasta *kuvailemaan elämänvaihetta*. Niin toiminnot (kertominen ja kuvaileminen) kuin aiheetkin (elämänvaihe ja -tilanne) ovat samansuuntaisia, mutta niissä on kuultavissa sävyeroja.

Päällekkäispuhunta riveillä 17-18 demonstroi, että moniyksikköiset vuorot syntyvät kummankin osallistujan yhteistyön tuloksena (Heritage & Greatbatch 1991, Heritage & Roth 1995). Moniyksikköisyys on mahdollista, koska potilas antaa haastattelijan jatkaa vuoroaan. Sallimalla haastattelijan pitkän vuoron potilas osoittaa orientoituvansa vuorottelujärjestykseen, jossa hänen vuoronsa alkaa vasta sitten kun haastattelijan vuoro on valmis (Heritage & Roth 1995, 41-42).

Palataan takaisin näytteisiin 8-11. Niissä, kuten aineistossa kokonaisuutenakin, toistuvat edellä kuvatun kaltaiset elementit, mutta vuoronrakennyksikköjen järjestys, funktiot ja määrä vaihtelevat. Haastattelijoiden vuorot ovat vuoroja, joissa he useilla peräkkäisillä vuoronrakennyksiköillä *kutsuvat* potilaita *kertomaan ja kuvaamaan*. Kysymykset suuntaavat potilasta kuvaamaan subjektiivista kokemusmaailmaa, tapaa, jolla hän suhtautuu asioihinsa, tilanteeseensa ja vointiinsa. Psykoterapian vaikuttavuuden kannalta merkityksellistä tietoa on luonnollisesti se, minkälainen potilaan tilanne (objektiivisesti ajatellen) on, mutta myös se, millä tavalla hän itse suhtautuu siihen; minkälaisen näkökulman hän itse tavoittaa tilanteeseensa ja minkälaisia merkityksiä hän antaa itselleen ja merkityksellisille muille ihmisille.

Kutsut eivät ole suoraviivaisia, vaan ystävällisen hienotunteisia. Ne on muotoiltu konditionaalissa ja niihin liittyy vaihtelevassa määrin potilaan tehtävää lieventäviä ja pehmentäviä aineksia, joilla haastattelijat tuottavat vuorovaikutukseen tuttavallisia ja luottamuksellisia elementtejä. Haastattelijat itse asettuvat kuvauksen vastaanottajiksi, henkilöiksi, joita varten kuvaukset tehdään. Kysymyksissä annetut teemat ”vointi” ja ”tilanne” ovat abstrakteja ja seuranta haastattelun kontekstissa ymmärrettävissä eri tavoin: sisäiseksi, ulkoiseksi, psyykkiseksi tai fyysiseksi. Monissa tilanteissa haastattelijat täsmentävät käsitteitä kysymystä tarkentavassa osassa (ote 8, r. 12-13 ”jos jonkunlaisia ongelmia[...] jotaki niistä”, ote 9, r. 10-11 ”mikä sujuu missä on ongelmia”, ote 10, r. 6-7 ”onks [...] minkälaisia muutoksia”). Tarkentava osa tarjoaa potilaalle vastauksen näkökulman, johon potilaat monissa tilanteissa näyttävät ottavan pian vastaustensa alussa kantaa (ei näkyvissä otteissa). Otteesta 11 täsmennyistä ei esitetä. Erityisesti silloin, kun haastattelijat jättävät teemat tarkentamattomiksi, on potilaalla mahdollisuus itse valita aihe josta aloittavat. On myös mahdollista, että näkökulman jättäminen potilaan valittavaksi hankaloittaa vastaamista (ote 11, r. 11-12; tämä kohta on luettavissa myös siten, että potilaalla on monta mahdollista aloituskohtaa, josta valita).

Avoin ja laaja, keskustelunanalyttisesti määriteltynä moniyksikköinen haastattelun avauskysymys lienee tavanomaista ylipäättään mille tahansa ei-strukturoiduille tutkimushaastattelulle (esim. Rubin & Rubin 2005, 161, Hyvärinen & Löyttyniemi 2005). Kliinisessä psykiatrisessa arviointihaastattelussa laajalla avauskysymyksellä pyritään auttamaan potilasta kertomuksensa alkuun eli tarjoamaan hänelle luontevia kertomuksen aiheita (Lönnqvist 1999, 19-20). Kysymyksen moniyksikköisyys kertoo myös käsiteltävän aiheen luonteesta. Se implikoi, että aihe on monimuotoinen, eikä siihen ole mahdollista vastata lyhyesti tai ainakin, että vastauksen vastaanottaja tarvitsee kattavan vastauksen (Vehviläinen 1999, 104, Lindfors 2005, 77-78, Lindholm 2003). Huomionarvoista on myös se, että ongelmat ja hankaluudet, jotka haastatteluohjeistuksessa on annettu kysymyksen yhtenä aiheena, mainitaan aloituskysymyksissä harvoin. On mahdollista, että ongelmallisuuteen vihjataan tai siihen viitataan epäsuorasti esimerkiksi pyytämällä kuvauksia muutoksista (ote 10, r. 6) tai kuulumisista (ote 11, r.9). Muutosten ja kuulumisten merkitys ja sisältö ovat riippuvaisia asioista, joita potilas on tuonut esiin ja käsitellyt edellisessä haastattelussa.

Moniyksikköisellä avauskysymyksellä on tehtävä myös persoonallisuusrakenteen arvioinnissa (LPO) (Kernberg 1984, 31). Haastattelun aloituksessa tarkastellaan potilaan ongelmien luonnetta. Persoonallisuusorganisaation arviointiin liittyen haastattelija arvioi, ovatko ongelmat luonteenomaisia vai oireellisia, mahdollisesti persoonallisuushäiriöön sidoksissa olevia. Kun kysymys on aiheiltaan väljä eikä tarkasti fokusoitu, on potilaalla mahdollisuus tuottaa kuvaukset annetuista aiheista omilla sanoillaan. Potilas voi myös halutessaan laajentaa kuvaustaan ongelmiensa luonnetta kuvaavaksi. Se, mitä potilas valitsee puheenaiheeksi ja miten hän valitsemiaan aiheita käsittelee, avaa potilaan kokemusmaailmaa haastattelijalle. Kokemusmaailmasta ja tavasta, jolla potilas sitä esittelee, haastattelija voi tehdä tulkintoja potilaan persoonallisuusorganisaatiosta. Potilaan tapa käsitellä tilannettaan ja siihen liittyviä ongelmia ja vaikeuksia kertoo, minkälaisena hän omaa tilannettaan pitää. Vastauk-

sesta ilmenee, miten hän tilanteeseensa suhtautuu, millä tavalla hän tilanteensa tiedostaa ja miten sitä käsittelee. Haastattelija voi arvioida potilaan todellisuudentajua, sitä, minkälaisia defensesjä hän käyttää ja miten integroitunut hänen käsityksensä omasta tilanteestaan ja siihen liittyvistä tekijöistä on.

Pääsääntöisesti haastattelijat avaavat haastattelun laajalla avauskysymyksellä. Aineistosta löytyy vain muutama aloituskysymys, joissa haastattelija ei esitä listaa käsiteltävistä asioista. Tarkastellaan yhtä otetta:

(12) [lyhyt psykodynaaminen, 5 vuotta]

- 1 HA: no niin (.) tää on samanlainen haastattelu ku: (0.2) viimeks=mä kysyisin
 2 viel sellasta et ootko käyny laboratoriossa
 3 PO: joo
 4 HA: tulokset ei vielä oo tullu hh .hh (.) eli ne pitäis nyt sitteh (0.2) hh soittaa h
 5 (0.5) °sanotaan nyt ens viikolla.°
 6 PO: okei
 7 HA: että tällänen.
 8 (1.0) ((papereiden siirtelyä))
 9 HA: no niin (.) kerros nyt vähän (.) kuinka: mites: täs viime aikoina
 10 mennyt (0.2) °siit on kaks vuotta sitten ku (0.2) .hh tavattiin.
 11 PO: mähän on ollu nyt tota niin terapiassa
 12 HA: jo[o
 13 PO: [muuta kautta .h joka alkaa päätyä nyt (.) .hh e- (.) e- et tota (.) ööm (.)
 14 se oli Kelan semmosii kuntoutus(vakuutusta) ja ka- kaks kertaa viikossa
 15 ja tota: (.) mä niinku selvästi tunnistan että (0.4) et mä voin (.) niinku (0.5)
 16 paljon paremmi- tai >ei oikeestaan edes paljon paremmin vaan mä oon
 17 palannu johonki sellaseen jossa mä oon ollu kymmenen vuotta sitte<

Haastattelijan avauskysymys on kaksiosainen. Siinä on kysymyksen esittävä osa ("kerros nyt vähän kuinka...") ja kysymystä tarkentava osa ("siit on kaks vuotta" viittaa kysymyksen esittävän osan sanapariin viime aikoina). Kysymyksen esittävän osan verbiin ("kerros", r.9) on lisätty liitepartikkeli -s, jota pidetään kysymyksiä ja käskyjä pehmentävänä aineksena (Matihaldi 1979, 135, 141, kts. Raevaara 2004 liitepartikkelin -s käyttö hakukysymyksissä). Lievennystä tekee myös lisämääre 'nyt

vähän'. Kysymyksen aihetta ei ole täsmennetty. Vuorossa kysymyksen tarkentava osa asettaa potilaan puheen vertauskohdaksi edellisen haastattelun aikaisen tilanteen ja viittaa institutionaaliseen kontekstiin.

Kysymys ”Mites täs viime aikoina mennyt” itsessään ei selkeästi rajaa tai merkitse, mihin asioihin haastattelija toivoo potilaan vastaavan. Aineistossa potilaat kuitenkin näyttävät orientoituvan kertomisen tehtävään juuri tässä nimenomaisessa seuranta-haastattelun kontekstissa. Esimerkiksi yllä olevassa näytteessä potilas alkaa vastata kertomalla olleensa terapiassa muuta kuin Helsingin Psykoterapiaprojektin kautta ja jatkaa suoraan oman voinnin arvioimisella (rivin 14 lopusta alkaen). Vaikka haastattelijan kysymys on löyhästi agendaan suuntaava, valitsee potilas agendaan toteuttavan vastauksen (esimerkiksi arkisten kuulumisten kertomisen sijaan). Hän orientoituu sekä käsillä olevaan institutionaaliseen tehtäväänsä kertoa mielensisäisestä voinnistaan ja elämäntilanteestaan että puhujien väliseen suhteeseen haastattelijana ja tutkimuspotilaana. (Heritage 1997, 170-173, ten Have 1999, 119-127.) On kuitenkin huomioitava, että yllä oleva esimerkki on potilaan viimeinen eli viides seuranta-haastattelu ja potilaan HPTP:n kautta järjestetyn hoidon päättymisestä on neljä ja puoli vuotta. On mahdollista, että haastatteluiden sarjaluonteisuuden ja tuttuuden takia haastattelija voi olettaa potilaan tietävän, mitä ja minkä tyyppisiä asioita haastatteluissa käsitellään, jolloin hän esittää erittelemättömän kysymyksen.

3.3.2 Haastatteluohjeistuksen lisätarkennukset

Edellä esitin, että haastattelijat tuottavat ensimmäisen pääkysymyksen moniosaisessa muodossa. Näiden elaboroitujen agendakysymysten lisäksi haastattelijat esittävät myös kompakteja kysymyksiä. Kompakit kysymykset ovat haastatteluohjeistuksessa annettuja lisätarkennuksia. Lisätarkennusten käyttämisen tarve riippuu luonnollisesti siitä, mitä potilas on jo puhunut. Laajoissa vastauksissaan potilaat voivat käsitellä lisätar-

kennusten aiheita. Silloin, kun näin ei tapahdu, haastattelijat sitovat lisätarkennuksen siihen, mitä potilas on jo kertonut.

Haastattelukysymyksen muotoilu siten, että se sopii potilaan jo kertomaan, toimittaa useampia tehtäviä. Ensinnäkin se näyttää, että haastattelija on kuullut, rekisteröinyt ja ymmärtänyt potilaan puhetta. Toiseksi, se on haastattelijan keino suunnata ja tarkentaa potilaan puhetta. Kolmanneksi, jo puhutun huomioiminen tuottaa vuorovaikutukseen luontevuutta ja keskustelullisuutta. (Puchta & Potter 1999) Tarkastelen näitä kysymysvuoroja aineisto-otteiden avulla.

(13) [lyhyt psykodynaaminen, 3 vuotta]

- 1 (0.3)
- 2 HA: m: muut niinku: ihmissuhteet (.) (sitte) (.) kerroitki perheestä ja >
- 3 vähän niinku< työyh teיסstä >entäs .hh< (.) sukulaiset ystäväh,
- 4 (1.5)
- 5 HA: miten sellaset [niinku (.) alueet sun elämästäsi,
- 6 PO: [m:m,
- 7 (0.6)
- 8 PO: .thhh hh se on oikeestaan >ihan niinku ennenkin että< (0.3) >mulla on
- 9 ihan< h (1.2) >mulla on aina ollu hyvät<...

(14) [psykoanalyysi, 3 vuotta]

- 1 HA: joo.
- 2 (1.8)
- 3 HA: .thh mites sitten muu- muilla elämä alueilla (0.3) .hh (0.5) kerroit että
- 4 opiskelussa (1.0)jos mä oikein ymmärsin oot edenny semmoseen
- 5 .hh normaalithtiin. .hh
- 6 PO: no nyt on aika >lähelä< (.) normaalia tahtia että (ei nyt -) mä olin
- 7 flussassa just ...

(15) [psykoanalyysi, 2 vuotta]

- 1 HA: °joo,°
- 2 (3.6)
- 3 HA: °ja° nuista harrastuksista °vielä kuulisin jos,°
- 4 (.) [(niistä jotain)
- 5 PO: [°no joo no° (0.5) mä nyt en o (.) no tänä vuonna >mä en oo< (.) kesän
- 6 jälkee ehtiny

(16) [lyhyt psykodynaaminen, 1 vuosi]

1 su[un]taan,

2 HA: [nii (.) aivan oikein (.)] kyllä

3 (.)

4 HA: .nffth no (0.5) entäs sit onks ihmissuhteissa tai °vapaa-ajan

5 vietossa jotain° .hh °uutta tai, mhh°=

6 PO: =ö tota (1.5) (-) > sillä on niinku< (1.0) o o (0.5) mäsentuneena kautena ni

7 (.) sehän muuttu >sellaseksi< et...

Haastatteluohjeistuksessa annettujen lisätarkennusten aiheet ovat elämänläheisiä, sellaisia, joista puhutaan arkisissakin tilanteissa (esimerkiksi ihmissuhteet työyhteisössä ja perheessä, vapaa-aika, opiskelut). Ne ovat myös helposti ymmärrettäviä ja rajattavissa olevia aiheita. Haastattelijat kytkevät aiheet potilaan edeltävään puheeseen. Otteissa 13 ja 14 kytkeminen tehdään rinnastamalla edellä käsiteltyyn teemaan toinen ”alakategoria” (otteessa 13 perheestä ja työyhteisöstä sukulaisiin ja ystäviin, otteessa 14 harrastuksista [ei näytteessä] opiskeluun). Otteessa 14 haastattelijat ilmaisee poimivansa aiheen potilaan jo kertomasta (r.3 ”kerroit että...”).

Kysymykset sidotaan edellä puhuttuun myös partikkelien avulla. Otteessa 15 haastattelijat aloittaa kysymyksensä jatkavalla partikkelilla ”ja”. Haastattelijat rakentaa kysymyksensä jatkoksi sille, mitä potilas on edellä puhunut. Aiheen tuttuutta implikoi myös pronomini ”nuista”. Heritage & Sorjonen (1994) analysoivat ”ja” etuliitteen merkitystä haastatteluissa, joissa terveydenhoitajat keräävät asiakkailtaan tietoa. Terveydenhoitajat aloittivat uuden kysymyksen partikkelilla ”ja”. Heritage & Sorjonen toteavat (ma., 24) että ”ja” implikoi haastateltavalle, että kysymykset ovat rutiiniluontoisia ja valmiiksi terveydenhoitajan agendassa. Tim Rapley (2001) sen sijaan tarkasteli, mitä tehtäviä ”ja” toimittaa avoimien haastattelujen jatkokysymyksissä eli tilanteissa, joissa kysymys ei vaihda aihetta, vaan jatkaa edellä käsiteltyä. Rapleyn mukaan (mt., 155) ”ja” etuliite on haastattelijan keino tuottaa haastatteluun luontevuutta ja keskustelullisuutta, avittaa haastateltavaa puhumaan tarkemmin aiheesta. Yllä olevissa otteessa 15 näen ”ja” etuliitteen tekevän kumpaakin tehtä-

vää. Sen voi tulkita implikoivan rutiiniluonteisuutta, haastattelija seuraa haastattelun asialistaa. Samalla kuitenkin kysymys on kytketty potilaan aiemmin puhumaan, aihe ei ole kokonaan uusi.

Otteessa 16 haastattelija esittää lisätarkennuksen tarkistusksymyksenä (r. 4-5). Kysymys on nivottu edellä käsiteltyyn ”entäs sit” rakenteen avulla, joka tässä viittaa sekä taaksepäin (potilaan edellä kuvaamiin muutoksiin) että eteenpäin (tarjoaa uusia aiheita). Rakente esittää aiheet yhteen liittyvinä. Otteessa haastattelija tarjoaa uudet aiheet käsiteltäväksi, jos niihin liittyy muutosta (polaarinen kysymysrakente ”onks-uutta”). Potilaalla on mahdollisuus vastata yhdellä sanalla (”ei”), jonka jälkeen haastattelija voisi siirtyä seuraavaan aiheeseen.

Haastattelijat siis käyttävät tiedon hankkimiseen sekä moniyksikköisiä että kompakteja kysymysvuoroja. Elaboroiduilla agendakysymyksillä haastattelijat antavat teeman, jota tarkastellaan (elämäntilanne, vointi) ja kompakteilla agendakysymyksillä he potilaan jo kertomasta riippuen tuovat teeman sisälle erilaisia näkökulmia tai osa-alueita. Aloituskysymyksen jälkeen haastattelijoiden kysymysvuorot ovat riippuvaisia siitä, mitä potilas vastaa, mitä kaikkia asioita hän käsittelee aloituskysymyksessä tarjottujen aiheiden yhteydessä. Usein näyttääkin käyvän niin, että potilas sivuaa aloituskysymykseen vastatessaan haastatteluohjeistuksen kysymyksiä 1-3, joiden aiheet liittyvät toisiinsa (liite 2). Esimerkiksi aloituskysymystä seuraa potilaan vastauksen tyhjentävyydestä riippuen yksi tai useampi kompakti kysymys, jonka jälkeen haastattelija voi siirtyä seuraavaan teemaan. Jokaisessa uuden teeman antavassa moniyksikköisessä agendakysymyksessä haastattelija asettaa potilaan tiettyyn puhujaposition. Alkukysymyksessä perspektiivi on yleisluontoinen ja kattava, mutta myöhemmissä moniyksikköisissä agendakysymyksissä perspektiivi on fokusoidumpi. Tarkastelen muita uuden teeman antavia agendakysymyksiä seuraavaksi.

3.3.3 Haastatteluohjeistuksen muiden kysymysten aiheet ja järjestys

Helsingin Psykoterapiaprojektin haastatteluohjeistuksessa on aloituskysymyksen (potilaan voinnin ja elämäntilanteen) lisäksi kolme keskeistä teemaa, joihin kuhunkin liittyy lisätarkennuksia (liite 2). Aihealueet ovat potilaan minäkäsitys, kokemukset terapiasta ja terapeutista sekä tulevaisuuteen liittyvät ajatukset. Uuden aiheen tarjoavat agendakysymykset haastattelijat esittävät elaboroituina, moniyksikköisinä. Analysoin tässä alaluvussa kysymysten muotoilun tapoja. Etenen haastatteluohjeistuksen järjestyksen mukaan.

Minäkäsitys ja siinä tapahtuneet muutokset

Kun haastattelussa on käyty läpi potilaan vointiin vaikuttavat ongelmat, oireet ja hankaluudet sekä puhuttu ulkoiseen elämäntilanteeseen (työ, opinnot) ja ihmissuhteisiin liittyvistä tilannetekijöistä, siirtää haastattelija haastattelun fokuksen potilaan sisäiseen kokemukseen. Haastattelun seuraava aihealue on potilaan kokemus itsestään:

(17) [pitkä psykodynaaminen, 3 vuotta]

- 1 PO: kyllä (.) ja (.) mul on .hh ihan nyt sitten ollu ollu tosi- (0.2) tai ton
 2 ((kurssinimi)) niinku myötä ni hirveen ra- semmosii palkitsevii
 3 kokemuksi.
 4 HA: [mm ni
 5 (0.6)
 6 HA: .hhh joo: tos noista u:lkoisista muutoksista sun elämässä oliki jo
 7 puhetta entäs sit jos tota sisäistä krhm (0.2) muutosta viel ajatellaan
 8 et ihan sun omaa käsityst su- susta itsestä (.) tai kuvaa (.) nytte h (.)
 9 onkse: muuttunu ja miten ja miten sä ajattelet että: (0.5) onks
 10 muiden kuva sinusta muuttunu miten ne näkee sinu[t
 11 PO: [jaa-aa h
 12 toi on paha kysymys (0.2) muiden kuva musta=kyllähä mä oon yrittänynyt
 13 kysyy @oo:nks mää yhtää telän mielestä@...

(18) [pitkä psykodynaaminen, 7kk]

- 1 HA: °joo,°(.)°m,° (1.7) °joo,°

- 2 (2.7)
 3 HA: °.tjoo° .hh >sit mä oisin< (.) pyytäny sinuu >vähän< (0.7) nff .hhh
 4 (noin) (0.5) kuvaamaan (.) sillä tavalla itseäsi >et minkäläinen
 5 niinkun< (0.5) käsitys tai kuva sinulla on nyt tällä °hetkellä,° (0.5)
 6 itsestäsi
 7 (1.6)
 8 PO: [°no toi on nii vaikee° aina (.) [(--)
 9 HA: [(°m°) [(niihän se °on joo,°)
 10 (1.2)
 11 HA: °jos° jollaki laila voisit,
 12 (2.3)
 13 HA: mt sitä °tässä miettiä,°
 14 (2.0)
 15 PO: nii (4.7) .hh no tuohon mä nyt en osaa oikeen muuta sanoo (1.2) ehkä mä
 16 oon sanonu sen ennenki että et >sillä viisii<...

(19) [lyhyt psykodynaaminen, 1 vuosi]

- 1 PO: mut onneks aika vähän semmosii [°kuitenkaan mutta°
 2 HA: [mmm
 3 (1.2)
 4 HA: n:ii (.) mi- mitä aattelet että (0.4) .hhh hh tämän päivän >ninku< hhhh
 5 tai mimmonen käsitys sulla ↑itsellä on (.) >tänä päivänä itsestäsi< et
 6 miten (.) miten (aattelet) miten muut (.) sinut=th (0.4) (nyt) kokevat h
 7 (0.4) ↑verrattu↓na aikasempaan ja (.) niinku muutenki °että°
 8 PO: niih he he he (0.3) .HHHHH must tuntuu .hh (0.2) yl- (0.2) ku olo o niin hh
 9 (.) jotenki niin .h (0.2) toisaalta h (0.2) hirveen hyvä olla (0.7) se et siihen
 10 ku mä lähdin (.) .hh ku mist tää koko juttu alko...

Miten haastattelijat kysymyksissään siirron tekevät? Aiheen vaihtumista edeltää tauko (ote 17, r.4, ote 18, r.2, ote 19, r. 3). Haastattelijoiden vuorojen alussa on näkyvissä merkkejä siirtymästä. Vuorot alkavat responsipartikkeleilla (joo, nii), jotka kuittaavat edeltävän toiminnan päättyneeksi. Vuorojen alkuihin mahdollisesti liittyy jonkinlaista viivytystä, mikrotaukoja, henkäyksiä tai sanojen asettelua (Schegloff 1982, myös Peräkylä 1995, 239-241). Näillä keinoilla haastattelijat ilmaisevat, että uusi toiminto on alkamassa.

Katsotaan edelliseen tapaan tarkemmin yhtä näytettä. Näytteessä 17 topikaalinen siirtyminen on ilmaistu orientoivassa vuorossa, jossa haas-

tattelijä kertoo siirtymisestä ulkoisista muutoksista sisäisiin. Siirtymä tehdään kontrastin sisäinen–ulkoisen avulla (r.6-8 ”ulkoisista muutoksista...oliki jo puhetta entäs sit jos tota sisäistä...”). Siirtymän rakentamisen keinona käytetään ”entäs sit” rakennetta (kts. ote 16 edellä). Siirtymä tarjotaan ehdollisena, (r. 7 ”jos tota sisäistä ...”) mutta aihe muotoillaan tunnettuna (”tota sisäistä ...”). Rivillä 7 näkyvä määre ”viel” implikoi agendan olemassaoloa. Se viestittää potilaalle epäsuorasti, että ”puhutaan tästä vielä ennen kuin mennään seuraavaan aihealueeseen”. Agendanmukaisuuden ja rutiinimaisuuden esille ottaminen voi olla keino lievittää kysymyksen vaativuutta, jonka potilaat useissa tilanteissa ilmaisevat. Tätä ajatusta tukee partikkeli ”ihan” (vrt. ”ihan” otteissa 1-3 luvun alussa). Haastattelijä purkaa potilaalle kysymystään kertomalla mitä teemoja sisäiseen muutokseen liittyy (r. 8, ”et ihan sun omaa käsitystä itsestä tai kuvaa”). Minäkäsityksen lisäksi haastattelijä pyytää potilasta kertomaan, miten tämä ajattelee muiden näkevän hänet. Muiden näkökulmaa esiin kutsuva rakenneosaa päättää haastattelijan vuoron. Potilas tarttuu viimeiseksi tarjottuun aiheeseen ja alkaa kertoa, miten ajattelee muiden näkevän itsensä (r. 12-13).

Viimeiseksi kysymyksen rakenneosaksi haastattelijat pääsääntöisesti liittävät osan, jossa pyytävät potilasta kertomaan, miten tämä kokee muiden näkevän itsensä (myös ote 19). Vuorovaikutuksen jatkuvuuden periaatteen (Sacks 1992) mukaan potilaat useimmissa tilanteissa aloittavat vastauksensa listan viimeisestä kysymyksestä. Potilaat kuvaavat ensin miten muut ihmiset, perhe, työtoverit ja ystävät suhtautuvat heihin. Kerrottuaan minkälaista suoraa tai epäsuoraa palautetta potilaat ovat mahdollisesti saaneet ulkoisessa maailmassa, siirtyvät he sitten kuvaamaan omaa sisäistä näkemystään ja kokemustaan, usein pitäen ulkoisesta maailmasta saatua palautetta rinnastettavana vertauskohtana sisäiselle kokemukselle. Haastattelijan keino auttaa potilasta potilaiden usein kuvaamaan vastaus-tehtävän alkuun, on liittää kysymyksen viimeiseksi rakenneosaksi muiden näkemystä pyytävä osuus. Joissain tilanteissa potilaat kuitenkin jäävät kuvaamaan ainoastaan muiden näkemystä ja siirtyvät muiden näke-

mystä kuvattuaan takaisin ihmissuhdetematiikkaan minäkäsityksen sijaan. Rakennneosien järjestys on siis mahdollinen apukeino, jota haastattelijat voivat käyttää potilaan puheen suuntaamiseen.

Itsen havainnointi, refleksiivinen puhe, jota haastattelijat kysymyksissään kutsuvat esiin, on potilaalle erilainen tehtävä kuin ulkoiseen elämäntilanteeseen liittyvien asioiden kuvaaminen haastattelun alussa¹⁶. Haastattelija eksplisiittisesti pyytää potilasta kuvaamaan omia mielensäisiä prosessejaan. Potilaan tehtävä on havainnoida ja kuvata omia mielenliikkeitään, tunteitaan ja ajatuksiaan. Tehtävän muista erottuva luonne näkyy potilaiden reaktioissa kysymykseen. Esimerkiksi otteessa 17 potilas on edellä kuvannut työtilannettaan. Haastattelijan kysymyksen hän toteaa (r. 12) olevan paha (vastattava), mutta alkaa kuitenkin vastata ulkoinen–sisäinen-vastakohta-asettelun näkökulmasta. Otteessa 18 poti-

¹⁶ *Itseä havainnoiva tehtävänanto muuttaa potilaan paikkaa selontekijänä ja tutkimusmateriaalin tuottajana. Erving Goffman (1981) käyttää puhujan asemoitumisesta suhteessa puhe-tilanteeseen termiä 'footing'. Aina kun ihmiset ovat vuorovaikutuksessa toistensa kanssa, he ottavat itselleen tietyn position suhteessa toisiinsa (Wortham 1996, 332, Ensik 2003, 161). Haastattelutilanteessa potilas voi asemoitua eri tavoin suhteessa puheensa sisältöön. Itsereflektiota hakeva kysymys asemoi potilaan paikkaan, jossa hän on ikään kuin sisäisen (minäkuva) ja ulkoisen (muiden käsitys minusta) minän ja institutionaalisen velvollisuutensa leikkauspisteessä. Hänellä on selontekovelvollisuus itsestään: hän raportoi "esittäjän" äänellä ulkopuoliselle haastattelijalle psykoterapian vaikuttavuustutkimuksen kontekstissa, minkälainen hänen "päämiehenä" on, eli minkälainen tarkastelun kohteena oleva, tutkimuksen institutiiossa lähtökohtaisesti epäedullisessa tilassa oleva hänen "sisäinen minänsä" nyt on Kts. Goffman 1981, Clayman 1992). Kysymys muuntaa haastattelun kehystä ulkopuolisen maailman raportoimisesta sisäisen maailman tutkiskeluun.*

las on kuvannut edellä ihmissuhteitaan (ei näkyvissä otteessa). Haastattelija siirtää aiheen potilaan minäkäsitykseen ilman kontrastointia (r. 3-4). Potilas toteaa kysymyksen olevan vaikea, jolloin haastattelija rauhallisesti auttaa häntä pääsemään vastauksen alkuun muuntamalla annetun tehtävän luonnetta. Otetta 19 edeltävässä ihmissuhdekuvauksessa potilas on sivunnut omia vanhoja näkemyksiään itsestään ja toimintatapojaan. Haastattelija sitoo kysymyksensä edellä käsiteltyyn partikkelilla ”nii” (r. 4). Kysymyksen asettelussa korostuu potilaan nykyinen käsitys. Potilas reagoi ensin naurulla ja viivytyksillä (r. 8) ja alkaa sitten vastata ilman kysymyksen kommentointia.

Potilasta refleksiiviseen ilmaisuun kutsuva kysymys on monella tavalla merkityksellinen seuranta-haastatteluissa. Psykoterapian tuloksellisuuden arvioinnin kannalta olennaista on tieto tavasta, jolla henkilö ymmärtää omaa itseään, subjektiivista kokemusmaailmaansa. Analyysissaan potilaiden puheesta Vehviläinen (Vehviläinen & Lindfors 2005) toteaa, että ei ainoastaan tämän kysymyksen kohdalla, vaan yleisesti seuranta-haastatteluissa kutsutaan esiin potilaan itseään tarkkaileva minä. Potilaan tehtävä on pukea itseen liittyvät, ehkä epämääräiset, tunteenomaiset ja mahdollisesti ympäristöstä riippuvaiset kokemukset verbaaliin ja arviotavaan muotoon. Yllä kuvattu kysymys tarjoaa haastattelijalle tärkeän paikan potilaan sisäisen kokemuksen tarkasteluun. Lähtökohtaisesti potilaat ovat hakeutuneet psykoterapiaan, koska potilaiden kokemukseen itsestä on liittynyt jotain itselle, omalle toiminnalle ja voinnille epäedullista tai haitallista. Psykoterapian vaikuttavuuden näkökulmasta refleksiiviseen kuvaukseen kutsuva kysymys on eräänlainen haastattelun huippukohta. Yleisesti ottaen psykoterapialla tavoitellaan subjektiiviseen kokemusmaailmaan liittyvien ristiriitojen ja hankaluuksien purkamista (mm. Pylkkänen 1999, 626, kts. Rauhala 1997). Psykoterapian keskeisen taustatavan onkin ajateltu liittyvän siihen, että potilas tulee tietoiseksi niistä tekijöistä, jotka vaikuttavat hänen ajatus- ja käyttäytymismalleihinsa negatiivisesti (mm. Leiman 1997, 128, Pahkinen 1987). Tapa, jolla

potilas itseään havainnoi, välittää haastattelijalle tietoa psykoterapian vaikutuksista.

Seurantahaastattelujen refleksiiviseen puheeseen kutsuva kysymys on työväline myös potilaan persoonallisuuden organisaation arvioimiseen. Se, miten potilas itseään ja ihmissuhteitaan kuvaa, antaa tietoa, jonka varassa haastattelijä voi täsmentää arvioitaan persoonallisuusrakenteesta (esimerkiksi psykoottisilla henkilöillä olisi vaikeuksia vastata avoimeen itsetutkiskeluun kutsuvaan kysymykseen). Potilaan oma kuvaus itsestään tarkentaa haastattelijalle jo muodostunutta käsitystä potilaan persoonallisuuden rakenteesta. Tarkennus tapahtuu arvioimalla potilaan introspektiivisen puheen laatua ja siihen liittyviä piirteitä. Haastattelijä tutkii potilasta kuunnellessaan, missä määrin potilaan kuvauksiin itsestään liittyy ristiriitaisuuksia ja epäjohdonmukaisuuksia, tai vastaavasti johdonmukaisuutta ja eheyttä. Esimerkiksi normaalitilanteessa minäkäsitys on keskeisiltä osiltaan integroitunut, ja se välittyy potilaan puheessa omien toiveiden ja kykyjen realisoimisena sekä kykynä sitoutua muihin säilyttäen silti oman itsenäisyyden tunteensa. Mitä diffuusimpi potilaan kuvaus itsestään on, sitä vahvemmin potilaan persoonallisuusorganisaatio etäännyty normaalitilanteesta. Normaalitilannetta kuvastaa myös potilaan realistinen kyky itsekritiikkiin sekä ihmissuhteiden pysyvyys ja niiden vastavuoroisuus.

Itselfreflektioon kutsuva kysymys päättää seurantahaastattelun osuuden, jossa teemana on potilas ja potilaan vointi. Kun potilaan vastaus itseen liittyvästä käsityksestä on valmis, haastattelijä siirtyy haastattelun toiseen pääteemaan eli psykoterapiaan.

Voinnan kuvaamisesta psykoterapian arvioimiseen siirtävät agendakysymykset

Haastattelun ensimmäinen osuus on käsitellyt potilasta ja tämän elämäntilannetta kokonaisvaltaisesti. Toisessa osuudessa haastattelun fokus siirtyy psykoterapiaan, jolloin haastattelijä esittää kysymyksiä potilaan kokemuksista psykoterapiasta, terapeutista ja heidän välisestä yhteis-

työsuhteesta (kts. liite 2 kysymykset 5-8). Haastattelijat merkitsevät aihepiirin vaihtumisen selvästi:

(20) [pitkä psykodynaaminen, 1 vuosi]

1 PO: °et ettei sillee,°=

2 HA: =°m:,°

3 (4.0)

4 HA: .mthhhh °↑selvä tota° (.) hh jos mentäs sitten (.) j_{on}kun verran

5 >siihen< mhhhh (0.6)mt t_{er}apiaan (0.3) °että° (0.6) >mitenkä sen

6 olet.< .hhh k_okenut nii jos (.) ihan noinh (.) hhh (0.4) e_nsin (.) v_ähän

7 kuvailisit sitä että >mitenkä nyt ↑kun< (.) on se (0.3) niinkun v_uos

8 tässä suurinpiirtein menny (0.3) alusta °että et (et)° (.) mitä tää on

9 m_{er}kinny >sinulle tää< (1.0) t_{er}apia ja miten koet sen (.)

10 v_aikuttaneen °sinuun.°

11 (0.4)

12 PO: >°m:m,°<

13 (1.8)

14 PO: mt niin myhhh miten ton nyt t_sano et miten kokee et on vaikuttanu,=

15 HA: =m:,=

16 PO: =>emmä osaa sitä< (.) >koska mä oon...

(21) [lyhyt psykodynaaminen, 3 vuotta]

1 HA: =.nhmth jo:gh,

2 (4.7)

3 HA: .mthhh jos mennää siihe t_{er}apiaan sitte nii miteh katsot >noin<

4 yleisellä tasolla senh (.) m_{er}kityksen ja v_aikutuksen °ja mitähän°

5 hyviä ja huonoja °puolia siinä olis ollu,°

6 (1.4)

7 PO: .hh hh hy kryh kryhh >kyllähän sen< m_{er}kitys >on ollu< (0.8) sikäli

8 v_altava että se (.) s_attu mulle niin (.) niin otolliseen s_aumaan kun se a_lko

9 sillon kun (0.3)...

(22) [lyhyt psykodynaaminen, 3 vuotta]

1 PO: .thh (0.5) >kaikkii tämmösii pelkoja < [.hhh hh

2 HA: [°joo.°

3 PO: niih,

4 (3.7)

5 HA: .hh (0.3) >m_a oisin kysyny sit vähän vielä tästä< tästä: t_{er}apiasta

6 missä kävit sillon (0.8) mt >mitä siitä nyt on siis< (.) kaks ja puol

7 vu[otta ku se

- 8 PO: [siit on niin
 9 HA: loppu(u,)
 10 PO: Ek(h)uan a(h)ikaa [älä kysy enään mit(h)ää heh heh hehÉ
 11 HA: [Éjoooh, hehÉ (0.5) .h(.)
 12 HA: no lähinnä (sil[ttä] kysysin siitä: (-) >et et< onks se .hh (.) koetko että
 13 se: se niinku: se kuva siitä (.)>sun mielessäsi olis niinku<
 14 °muuttunu jotenkin° siitä .hh niinku aikasemmastah et,
 15 (.)
 16 PO: .thh >mun mie[lest< éih,
 17 HA: [(°onksh°)
 18 (.)
 19 HA: m[.
 20 PO: [et se oli kuitenkin niin >kaukane asia että< .hh (0.5) ku mä oon kuitenkin
 21 siitä >niinku< omal tavallani sen jälkeen prosessooinu koku ajan näit juttuja

Kuten minäkäsitystä kysyvien kysymysten kohdalla, haastattelijoiden vuoroja edeltää jälleen pitkä hiljaisuus. Tässä tauot ovat vielä pitempiä, mikä on haastattelijan keino merkitä edellinen sekvenssi päättyneeksi ja varmistaa, että edellinen aihekokonaisuus (potilaan elämäntilanne ja vointi) on loppuun käsitelty. Haastattelijat tekee eron edeltävän ja alkavan (kokemukset psykoterapiasta) aihealueen välille. Hiljaisuuden jälkeen haastattelijat valmistelevat uuden aiheen esille ottamista. Oteissa 20 ja 21 haastattelijat ehdottavat ”menemistä” (ote 20, r. 4, ote 21, r. 3) terapiaan, uuteen aiheeseen. Aiheen vaihtuminen, agendassa eteenpäin siirtymisen korostuu. Oteissa 22 haastattelijat tuottaa siirtymän ilmaisemalla kysyvänsä seuraavaksi toisesta, mutta tutusta aiheesta (r. 5 ”oisin kysyny sit vähän viel tästä”, vrt. ”viel” oteissa 17). Siirtymää tekevillä ilmaisuilla haastattelijat erottavat aiheet toisistaan ja samalla orientoivat potilaan uuteen tehtävään. Aiheenvaihdokseen ei liity ”aasinsiltoja”, jotka implikoisivat ongelmallisuutta tai aiheen vaihdoksen ”työläyttä” (vrt. sisäinen–ulkoinen-kontrasti itsereflektiokysymyksen yhteydessä). Aihe konstituoituu koherentiksi ja yhteisesti tunnetuksi (myös pronominiin ”siihen” ja ”tästä” avulla).

Haastattelun fokuksen siirtymä muuntaa jälleen osallistujien asemoitumista suhteessa käsiteltäviin asioihin. Haastattelun alkuosassa haastat-

telijat asettuvat ottamaan vastaan potilaiden kokonaisvaltaisia kuvauksia tästä itsestään. Yhdessä haastattelija ja potilas ovat dyadi, jossa osallistujiin välinen sosiaalinen suhde on olemassa ainakin kysymyksinä luottamuksellisuudesta, jaetusta ymmärryksestä ja institutionaalisista velvollisuuksista ja oikeuksista. Psykoterapiaa käsittelevässä osuudessa vuorovaikutuksen fokus siirtyy reaaliseen maailmaan ja kolmanteen henkilöön, terapeuttiin, ja haastattelun ulkopuoliseen toimintaan, terapiaan. Haastattelun loppupuolella seurantahaastattelun tutkimuksellinen konteksti eli Helsingin Psykoterapiaprojekti tulee vahvemmin tilanteessa läsnäolevaksi. Näin erityisesti silloin, kun potilaat kommentoivat itselleen osoitettua terapiaa ja sitä, missä määrin saatu terapia on vastannut heidän toiveitaan tai mielikuviaan terapiasta hoitomuotona.

Tulevaisuus

Puolistrukturoidun osuuden päätteeksi haastattelijat suuntaavat potilaiden ajatukset tulevaisuuteen. Tulevaisuuden visioita käsitellään yhden kysymyksen verran:

(23) [pitkä psykodynaaminen, 7 kk]

1 PO: (°en°) osaa enää mitää lisätä. .hh nff

2 HA: °.joo,°

3 (1.7)

4 HA: >°jos mä sit vielä°< (0.3) pikkasen >näistä< (1.0) ajatuksista >tän<
5 (0.3) hy kryyh (0.8)>tulevaisuuden suhteen kysyn °että°< .hh tossa

6 jo vähän sitä puolta toit esille >että oli< (.) toisaalt tää .hhh >tää

7 että< laps täyttää ((luku)) vuotta ja mitä teen sen hh[h

8 PO: [m,;

9 HA: työh (-) työh ja tän päivähoiton °kanssa ja° (0.5) .hh ja vähän

10 kerroit näistä ajatuksista tän terapian suhteen >mut oisko jotain

11 m~~u~~ita< (0.6) .hh asioita vielä mielessäs että millä tavalla >tätä< (.)

12 elämää niinku tästä eteenpäin (0.5) katselet,

13 (4.6)

14 PO: mt °m:.,° hhh (5.7) .mthh nij mitenkähän (--) t~~o~~i nyt on (0.5) on ens

15 sijanen toi ...

(24) [lyhyt psykodynaaminen, 2 vuotta]

- 1 PO: em mä osaa sanoo [°siitä mitään.°
 2 HA: [hh
 3 (4.7)
 4 HA: .mth mitäs tota: aa (3.5) mt (0.7) °minkälaisia niinku kuvia sulla on (-)
 5 tänä päivänä niinkun tulevaisuudesta.° (1.0) jos ajattelet (2.0) °kun°
 6 (.) °puhut° (.) °m: > tästä niinku et° < (.) öö (0.5) sen ma- matkan
 7 katsomisesta ja näjin .hh m: millä tavalla katot niinku
 8 PO: [m:
 9 HA: eteenpäin(.) minkälaisia huolenaiheita .hh a:mh toiveita (.) odotuksia
 10 (0.8) pelkojah on,
 11 (1.7)
 12 PO: .thh
 13 (5.0)
 14 PO: .ph >mä oon< (.) oon kyl tosi luottavainen? (.) tulevaisuuden suhtee .hh
 15 (0.5) e: tiedostansen et mul on (.) vanhin lapsi jo murrosiässä .hh et kaikki
 16 >ei oo niin,< ...

(25) [pitkä psykodynaaminen, 2 vuotta]

- 1 PO: mutta (1.6) ei siinä oikeestaan (.) >mä oo< hirveen tyytyväinen
 2 niinku ja mun ystävät kyl vähä ihmettelee et kui mä niinku jaksan ja,
 3 (.)
 4 HA: .nff Eni(h[h] .hhh£ semmosta (°-°) >no< (.) °mites nyt
 5 PO: [(£hah£) (1.0) (-) m:, (.) m:,
 6 HA: sitte (.) yleensä tulevaisuus miltäs se näyttää °ja oisko sulla
 7 suunnitelmia toiveita pelkoja° (.) °mitä kaikkea° (.) nff
 8 (1.0)
 9 PO: mt .hh (0.5) noh °no >kyllä mä niinku< positiivisesti°...

Kysymyksen esittämisessä toistuvat pääpiirteissään samankaltaiset vuorovaikutukselliset ilmiöt kuin aiemmissakin siirron tekevissä kysymyksissä. Näytteissä 23 ja 24 haastattelijat sitovat kysymyksen potilaan jo kertomaan ja kierrättävät potilaan omia kuvauksia. Näytteessä 23 haastattelija ei eksplikoi, minkä tyyppisistä asioista on kiinnostunut, mutta viittaa siihen liittämällä kysymykseensä asioita, joista potilas on puhunut itseään askarruttavina. Näytteissä 24 ja 25 haastattelijat liittävät kysymystä kantavaan rakenteeseen tarkentavan rakenneosan, jossa he pyytävät toiveiden, pelkojen ja huolenaiheiden kuvausta. Näytteessä 24 haas-

tattelijä tuottaa kysymyksensä luontevana, eikä kehystä sitä negatiivisesti; haastattelija viittaa potilaan omiin sanoihin matkan katsomisesta (r. 6). Potilas on puhunut matkan katsomisesta aiemmin samassa haastattelussa positiivisena asiana. Kuten luvussa 3.2. tuotiin esiin, on potilaan itse esittämien asioiden tai mielikuvien kierrättäminen keino ohjata potilaan vastausta potentiaalisesti ongelmallisten asioiden suuntaan (vrt. Bergmann 1992). Tulevaisuuskysymys näyttää toimivan yhteenvedävänä tehtävänä. Siinä potilaat asettavat rinnakkain nykyisen tilanteen sekä kertovat haastattelijalle miten toisaalta toivovat asioiden menevän ja toisaalta, mitkä asiat tulevaisuudessa tuottavat huolta.

Agendakysymysten muotoilusta voi tiivistäen todeta, että ensimmäisten positioiden vuoroissa haastattelijat muotoilevat kysymyksensä siten, että potentiaalisesti ongelmallista asiaa lähestytään hienovaraisin vuorovaikutuksellisin liikkein. Yksi keino on viitata siihen, mitä potilas on aiemmin ongelmistaan maininnut. Ilmiö on noussut esiin myös useissa keskusteluanalyttisissä tutkimuksissa, joissa tarkastellaan asiakkaan ja ammattilaisen välistä vuorovaikutusta sellaisissa tilanteissa, joissa ammattilaisen tehtävä on saada asiakas puhumaan erityisesti arkaluonteista aiheita tai kokemuksistaan (Bergmann 1992, Peräkylä 1995, Peräkylä & Silverman 1991a, 1991b, Labov & Fanshnel 1977, Linell & Bredmar 1996).

3.4 Seurantahaastattelun lopetus

Aiemmin tässä luvussa totesin, että käynnistäessään haastattelua haastattelijat ilmaisevat, minkälaista toimintaa he ovat käynnistämässä. Vastavasti haastattelun lopetus on paikka, jossa näkyy se, mitä toimintaa ollaan päättämässä. Tarkastelen tätä seuraavaksi.

Seurantahaastatteluissa puolistrukturoitua osuutta seuraa strukturoitu haastatteluosuus, jossa haastattelija kysyy oirekohtaisia muutoksia potilaalta. Kysymykset ovat tällöin yksityiskohtaisia ja tarkasti rajattuja

tiettyjen oireasteikkojen (mm. Hamiltonin ahdistus- ja depressioasteikkojen) mukaan. Esimerkiksi: ”*Mites tuommosta jännittyneisyyttä että olisit jännittynyt semmonen säikähtelevä onko semmosta tunnetta ollut? Mites sitten tuo unettomuus siitä kerroit jo onko se nii että on vaikee nukahtaa vai heräilet vai keskellä yötä tai sit aamulla? Entä mitään ihan itsemurha-ajatuksia tai ajatuksia kuolemasta tai sellasta?*” Näiden kysymysten avulla haastattelijat hankkivat tietoa spesifejä oirekohtaisia arviointitehtäviä varten.

Kun strukturoitu osuus on käyty läpi, on haastattelu lähestulkoon valmis ja haastattelun kokonaisrakenteessa siirrytään haastattelun päätösvaiheeseen. Haastatteluissa on kaksi kohtaa, jossa potilaille annetaan mahdollisuus esittää kysymyksiä. Toinen on haastattelun aloituksessa ennen ensimmäistä haastattelukysymystä (kts. ote 8), toinen haastattelun lopussa. Potilaitten mahdolliset kysymykset aloitusvaiheessa koskevat tyypillisesti käytännön asioita, kuten kyselylomakkeiden täyttämistä ja postittamista. Lopetusvaiheessa kysymyksissä on enemmän vaihtelua. Katsotaan tästä sekvenssistä muutama esimerkki:

(26) [lyhyt psykodynaaminen, 2 vuotta]

1 PO: °joo.° (.) .hh >no sitte< y- yhessä niistä (.) täällä ku oli niit tutkimuksii ni:

2 >mulla:< että mulla on anemia >ni mä oon niit< rautatablettei >sit sillai<

3 laiskahkosti °syöny.° .h (0.3)

4 HA: °myhy,° =

5 PO: =.h

6 (0.4)

7 PO: en oo käyttäny muita >°lääkkeitä,°<

8 (1.5)

9 HA: .thh no nji tää litania on käyty läpi olisko sulla jotain vieläh jota nyt

10 ei oo puhuttu.

11 (2.0)

12 PO: e:i,

13 (1.0)

14 PO: ei o,

15 (0.5)

16 HA: .thh no lopetetaan tää (.) >mä< sammutan ton nauhan .h ja jutellaan

17 sit vähä >käytännön°asioi[sta,°<

18 PO:

[(okei,)]

(27) [psykoanalyysi 7 kk]

1 PO: ei se mikskään muutukkaan siitä.

2 HA: .hhh joo,

3 (0.5)

4 HA: .h >no joo< mä oon kyselly sen mitä oon aikonu h mut et oisko sulla

5 itsellä jotain jota vielä haluisit sanoo tai kysyy (.) tässä.

6 (2.0)

7 PO: no eipä mulla oikeen tuu mieleen mitään semmosta, (0.5) tietysti jos sä

8 voit sanoo että mikä h (0.4) mitä (.) mistä johtuu tauti (0.5) ja (-taanko)

9 siihen lääkettä ni se ois iha hyvä, (.) mutta (0.4) ei oikeestaan mulla oo.

10 HA: joo, (.) tässä vaiheessa vaan että (.) no h (.) me tavataan sitte (0.5)

11 tommosen viiden kuukauden kuluttua joskus syksyn paikkeilla ku vuos

12 tulee (0.2) analyysia mittariin, ja tota .hhh katsellaan sun tilannetta sitten

13 (0.2) siinä vaiheess[a

14 PO: [joo

15 HA: mut et näyttäisi (0.2) tässä nyt vaikutelma on (.) että ei nyt niin hirveitä

16 muutoksia mutta jotain on tapahtunu kuitenkin näin tällä jaksolla

17 PO: joo

18 (1.5)

19 PO: (- -) mites tota se

20 HA: tos oli palautuskuori ja mä ottaisin nyt jos sulla on ne lomakkeet

Ensimmäinen ote (26) edustaa tilannetta, jossa potilas ei ota itse mitään asiaa käsittelyyn. Valtaosassa tapauksista haastattelu päättyy näin. Aineistossani on kuitenkin joukko lopetuksia, joissa potilailla on kysymyksiä. Yksi näistä näkyy otteessa 27. Siinä potilas esittää haastattelijalle epäsuoran kysymyksen, jossa hän tiedustelee, onko hänen tautiinsa lääkettä tai hoitoa (r. 7-9). Potilas muotoilee kysymyksensä siten, että kysymyksen tyyppi ei vaadi haastattelijalta vastausta, mutta tekee vastaamisen, taudin arvioinnin, mahdolliseksi. Kysymyksen voi myös lukea potilaan toiveena parantumisesta. Potilaan kysymyksen jälkeen haastattelijaa ottaa vuoron (r. 10-12), jonka hän aloittaa norminmukaiseen haastattelun päättämisen tapaan kertomalla, milloin seuraava haastattelu tapahtuu. Hän kuitenkin käsittelee vuorossaan myös potilaan kysymystä (r. 14-15), joskaan ei heti. Hän esittää potilaille arvion tämän tilanteesta ja kehityk-

sen suunnasta. Haastattelija muotoilee vuoronsa passiivissa ja konditionaalissa, mikä tekee haastattelijan vastauksesta mahdollisen ja etäisen. Näin haastattelija välttää ottamasta selkeää kantaa. Hän esittää, että muutoksia on tapahtunut mutta ei eksplikoi, mihin suuntaan. Haastattelija toisaalta siis tarttuu potilaan tarjoamaan aiheeseen, jonka potilas merkitsee itselleen tärkeäksi. Toisaalta hän ei anna selkeää vastausta ja käsittelee potilaan kysymystä vasta vuoronsa päätteeksi eli viipeellä. Potilas itse kutsuu haastattelijaa tiedonjakamiseen. Tiedonjakaminen ei seuranta-haastatteluissa *haastatteluosuudessa* liity haastattelijan tehtäviin. Haastatteluosuus on kuitenkin päättymässä, jolloin potilaan ja haastattelijan käyttöön tulee muitakin kontekstissa relevantteja institutionaalisia rooli-positioita, kuten haastattelijan kohdalla potilaan psykiatrisen diagnoosin arvioijan rooli.

Näyte 27 illustroi, että vaikka haastattelijat tuottavat haastattelun aikana vuoronsa haastatteluformaattiin nojautuen, on heillä halutessaan *mahdollisuuksia* käyttää myös tietoa jakavia, potilaan tilannetta arvioivia puheenvuoroja (vrt. Peräkylä & Silverman 1991a). Oleellista on, että tiedonjakaminen ei tapahdu haastattelijan omasta aloitteesta, vaan potilaan pyynnöstä. Tilanteet, joissa formaatti muuttuu, sijoittuvat aivan haastattelujen loppuun kohtaan, jossa varsinainen haastatteluosuus on päättynyt. Se, että haastattelija käyttää arvioivan puheenvuoron aivan haastattelun päätteeksi, ei vaikuta enää niinkään käsillä olevaan haastatteluun. Vuorovaikutusformaatin muuttuminen tiedon keruusta arvion esittämiseen tuo näkyviin haastattelijan asiantuntijuuden. Vaikka vuorovaikutuksen pintaa katsoen haastattelija ”vain haastattelee”, tapahtuu vuorovaikutuksen pinnan alla jatkuvasti arviointia.

3.5 Yhteenveto

Tässä luvussa olen käsitellyt Helsingin Psykoterapiaprojektin puolistruk-turoitujen haastattelujen ominaispiirteitä ja haastatteluohjeistuksen to-

teuttamisen tapaa. Kun haastattelijat aloittavat haastattelut, he kuvaavat tilannetta vastavuoroisuuteen ja keskustelevaisuuteen orientoivilla nimityksillä. He eivät, muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta, nimeä tilannetta haastatteluiksi. Näytin, että haastattelijoiden ohjeistetuille kysymysvuoroille tyypillistä on, että ne ovat elaboroituja eli rakentuvat useasta vuoron rakenneyksiköstä. Haastattelukysymykset esitetään pääsääntöisesti kohteliaina kutsuina, ystävällisesti ja potilasta arvostavalla tavalla. Niihin on lisätty kysymystä pehmentäviä aineksia. Laaja kysymys kutsuu potilasta kattavaan kuvaukseen. Tavoitteena on laaja ja riittävä kuvaus, jolloin haastattelijan ei tarvitsisi esittää lisäkysymyksiä. Kävin myös läpi seurantahaastattelun agendan. Seurantahaastattelun aikana käydään läpi laaja kirjo potilaan elämään vaikuttavia asioita, joita tarkastellaan eri näkökulmista.

Seurantahaastattelut ovat erityislaatuisia haastattelutilanteita. Haastattelijoiden tapa nimetä tilanne sekä moniosaiset agendakysymykset, joihin on lisätty kysymystä pehmentäviä aineksia, vähentävät vuorovaiikutustilanteen tutkimushaastattelullista luonnetta. Elaboroidut, laajoja kokonaisuuksia käsittelevät ja hienotunteisesti muotoillut kysymykset tuottavat vuorovaikutukseen terapeutista vaikutelmaa. Kysymykset ohjaavat potilaita puhumaan tilanteestaan ja voinnistaan eri näkökulmista, refleктоimaan omaa tilannettaan. Haastatteluohjeistus, sen noudattaminen aiheiden ja niiden järjestyksen suhteen tuottaa vuorovaikutukseen tutkimushaastattelun piirteitä.

Moniosaisilla ja kattavilla kysymyksillä haastattelijat siis tekevät odotuksenmukaisiksi potilaiden pitkät vastausvuorot. Haastatteluohjeistuksessa esitetään, että haastattelun toivotaan etenevän näiden haastatteluohjeistuksessa annettujen agendakysymysten ja kompaktien täydennyskysymysten avulla ilman lisäkysymyksiä. Elaboroidut agendakysymykset eivät kuitenkaan aina riitä tarvittavan tiedon saamiseen. Seuraavaksi siirryn käsittelemään, mitä haastatteluissa tapahtuu potilaiden vastausten jälkeen. Haastattelijoiden vuorot, joilla he käsittelevät potilaiden vastauksia, poikkeavat agendakysymyksistä siinä, että ne ovat standar-

doimattomia, ohjeistamattomia vuoroja. Niiden käyttöön liittyen on Helsingin Psykoterapiaprojektin haastatteluohjeistuksessa vain lyhyt yleisen tason kuvaus.

4 POTILAIEN KERRONTAA KÄSITTELEVÄT HAASTATTELIJOIDEN VUOROT

Edellisessä luvussa kuvasin Helsingin Psykoterapiaprojektin haastattelijoiden kysymysvuoroja. Kysymysten aiheet ja järjestys oli annettu HPTP:n haastatteluohjeistuksessa (liite 2). Tässä luvussa siirryn tarkastelemaan, mitä haastatteluissa tapahtuu potilaiden vastausten jälkeen: miten haastattelijat toimivat potilaiden vastauksia vastaanottaessaan eli mitä he tekevät haastattelun perussekvenssin kolmannessa positiossa. Kolmannen position vuorot ovat haastattelijoiden omia eli standardoimattomia, ohjeistamattomia vuoroja. Juuri standardoimattomia vuoroja on pidetty uhkana puolistrukturoidun psykiatristen diagnostisten haastatteluiden reliabiliteetille ja validiteetille, sillä ne voivat esimerkiksi vaikuttaa haastattelussa kerätyn tiedon määrään ja laatuun (mm. Rogers 2001, 26-27).

Kolmannen position vuorot ovat haastattelijoille tärkeitä haastattelun toteuttamisen välineitä. Vuoroissaan haastattelijat tarkistavat, että he ovat ymmärtäneet potilaiden kuvaukset oikein ja varmistavat, että potilaiden kuvaukset ovat riittäviä.

Edellisessä luvussa esitellyt Helsingin Psykoterapiaprojektin agendakysymykset ja nyt tarkasteltavana olevat kolmannen position vuorot

eroavat toisistaan siten, että kolmatta positiota ei juurikaan käsitellä HPTP:n haastatteluohjeistuksessa. HPTP:n haastatteluohjeistuksessa todetaan, että lisäkysymysten sijaan haastattelijoiden tulisi *kehottaa* potilaita tarkentamaan tai elävöittämään kuvaustaan (esimerkiksi näin: ”Voisitko kertoa tarkemmin”, ”Kuvaisitko tuota vielä lisää”). Lisäksi ohjeistuksessa pyydetään haastattelijoita varmistamaan, että potilaat kuvaavat tasapuolisesti aiheisiin liittyviä positiivisia ja negatiivisia puolia (liite 2). Tässä luvussa esittelen vuorovaikutuskäytänteitä, joilla haastattelijat tekevät potilaiden kuvausten, heidän kokemustensa, merkityksistä ymmärrettyjä, yhteisesti jaettuja.

Psykodynaamiseen teoriaan perustuvaa persoonallisuusorganisaation arviointitehtävää toteutetaan ohjeistetuilla vuorovaikutustekniikoilla, jotka sijoittuvat kolmanteen positioon. Näitä tekniikoita tarkastelen luvussa 5.

Useissa keskusteluanalyttisissä tutkimuksissa institutionaalisista kohtaamisista on todettu, että kolmas positio on paikka, jossa ammattilaisen noudattama agenda havainnollistuu (Esim. Antaki ym. 2005, Hak & de Boer 1996, Peräkylä 2004, Vehviläinen 2003). Näissä vuoroissa ammattilaiset näyttävät, mikä asiakkaan tai potilaan puheessa kiinnittää heidän huomiotansa, miten he käyttävät kuulemaansa päättelynsä perusteina ja mitä he haluavat puheesta nostaa esiin. Kolmas positio on tärkeä myös haastatteluissa. Sen merkitys voi vaihdella haastattelutyypeistä ja aiheista riippuen. Tarkastelen tätä lähemmin. Näytän kaksi erilaista esimerkkiä sosiaalitieteellisistä tutkimushaastatteluista. Faktaluontoisia asioita keräävissä haastatteluissa, esimerkiksi kyselytutkimuksissa, haastattelun perussekvenssit voivat olla varsin lyhyitä. Kolmatta positiota käytetään useissa tilanteissa kiitauksena vastauksen vastaanottamisesta. Katsotaan esimerkki Johanna Ruusuvooren ja Liisa Tiittulan toimittamasta haastattelukirjasta (2005, 27):

Esimerkki 1

1 Hja: kuinka monta kertaa viikossa siinä myymäläauto pysähtyy

- 2 Hva: ainakin kaks kertaa
3 Hja: noij just joo

Haastattelijan kysymyksen kohde on selvärajainen (rivi 1: kuinka monta kertaa) ja haastateltava antaa heti riittävän vastauksen (rivi 2). Haastattelija kuittaa vastauksen vastaanotetuksi (rivi 3) ja perussekvenssi on valmis. Yllä kuvattuun tapaan rakentuvat monet haastattelujen perussekvenssit.

Laadullisissa haastatteluissa, joissa kerätään tietoa haastateltavan näkemyksistä, asenteista, käsityksistä, kokemuksista tai vaikkapa tunteista, riittävän vastauksen kerääminen ja tuottaminen ei aina tapahdu yhtä helposti. Usein tällaiset haastattelut ovat puolistrukturoituja (tai teema-haastatteluja; näiden eroista kts. Eskola ja Suoranta 1998) tai avoimia haastatteluja. Näytän esimerkkinä otteen Maarit Alasuutarin (2005) tutkimusaineistosta, joka on esitetty Ruusuvuoren ja Tainion kirjassa (2005, 28):

Esimerkki 2

- 1 Hja: Mm. Mm. Joskus lapsi ajattelee et ne vanhempien vaikeudet
2 on lapsen syytä. Onko sulla ollu joskus semmoisia ajatuksia
3 että se sun syytä että.
4 Hva: Ihan vähän ehkä välillä.
5 Hja: Mm. Mutta missä tilanteissa?
6 Hva: En mä muista mut joskus on ollu.
7 Hja: Mm. Mitä sä silloin ajattelit, jos sust tuntuu et se on sun syytä?
8 Hva: Et tota, jos ei oo mun syytä niin kenen syytä se sitt on?
9 Hja: Mm.

Haastattelija esittää haastateltavalle kysymyksen, joka on kehystetty yleisen tason väitteellä (r. 1-3). Vaihtoehtokysymyksen muotoiseen ("onko sulla ollut") kysymykseen on mahdollista vastata lyhyesti (kyllä tai ei), mutta kysymystä kehystävä väite kutsuu haastateltavaa ottamaan väitteeseen kantaa. Haastateltava ei kuitenkaan vastaa informatiivisesti.

Haastattelija muotoilee kysymyksen uudestaan kahteen otteeseen, mutta haastateltava ei lähde kertomaan.

Esimerkki 2 demonstroi tilanteen, jossa haastateltavan vastaus ei tyydytä haastattelijan tiedon tarvetta. Kun haastattelijat päättävät teemoista, joita he haastattelussa haluavat käydä läpi ja suunnittelevat haastattelukysymyksiään, on todennäköistä, että heillä on jonkinlainen käsitys siitä, minkä tyyppisistä asioista ja miten (tarkasti) he toivovat haastateltavien puhuvan¹⁷. Haastateltavien vastausten sisältö ja tarkkuus vaikuttavat siihen, minkälaisia vastauksia aineisto tuottaa tutkimuskysymyksiin (Mazeland & ten Have [1996]1998). Esimerkissä 2 haastattelija esitti haastateltavalle jatkokysymyksiä (rivit 5 ja 7), joilla hän kutsui haastateltavaa kertomaan ja kuvaamaan. Jatkokysymyksissä hän piti yllä varsinaisen kysymyksen aihetta eli haastateltavan ajatuksia, mutta muunsi tarkastelun näkökulmaa ulkoisesta tilanteesta sisäiseen kokemukseen. Haastattelija haki pääsyä asioihin, joista vain haastateltavalla on tietoa.

Myös Helsingin Psykoterapiaprojektin seurantahaastatteluiden perusasetelma on yllä kuvatun kaltainen. Haastattelija, joka on psykiatrian asiantuntija, kerää tietoa asioista, jotka vain potilas tuntee. Kysymyksillään haastattelija kutsuu potilasta kertomaan mielensisäisestä maailmastaan: voinnistaan, siihen liittyvistä kokemuksistaan ja ajatuksistaan, tunteistaan ja niihin sidoksissa olevista hankaluuksista. Ideaalitulanteessa potilas tuottaa vastaukseksi oma-aloitteisen, itsenäisesti etenevän ja ymmärrettävän, itsereflektiivisen kuvauksen. Tällöin haastattelija voi kolmannessa positiossa vain kuitata vastauksen vastaanotetuksi ja siirtyä sitten seuraavaan aiheeseen.

Helsingin Psykoterapiaprojektin seurantahaastatteluiden yksi ominaispiirre on se, että kolmas positio on keskeinen väline, jolla haastattelijat toteuttavat perustehtävänsä. Kolmannessa positiossa he tekevät ymmärrettäviksi potilaiden subjektiivisten kuvausten kliinisen merkityksen.

¹⁷ *Tarvittavan tiedon luonnetta mietitään luonnollisesti myös haastattelumenetelmää valittaessa.*

Diagnostista arviointia varten haastattelijoiden tulee tunnistaa, mitä potilaan kuvaamat oireet ja kokemukset tarkoittavat psykiatrisen diagnostiikan näkökulmasta. Haastattelijoiden perustehtävän haaste on kokemusten merkityssisältöjen yksilöllinen vaihtelevuus ja tilannesidonaisuus (vrt. Wovk 1989, 58-61).¹⁸ Haastattelijat toimii eräänlaisena potilaan ”kokemusten ja tunteiden tulkkina”, eli kääntää potilaan omalla sanastolla esitetyn, subjektiivisen kuvauksen psykoterapian tuloksellisuustutkimuksessa käytettävään yleiseen kieleen.

Mitä vaikeammin ymmärrettävissä potilaan kuvaus on, tai mitä vähemmän hän vastauksessaan käsittelee haastattelijan esiin kutsumia asioita, sitä tärkeämmäksi haastattelijalle tulee mahdollisuus vuoroon potilaan vuoron jälkeen. Jokaisessa ohjeistamattomassa vuorossa haastattelijat tekee valintaa. Valinta kohdistuu aiheisiin: haastattelijat voi joko pitää yllä potilaan käsittelemää aihetta ja näkökulmaa tai muuntaa näkökulmaa, suunnata potilaan puhetta uudelleen. Lisäksi haastattelijat päättää, miten toimintansa muotoilee, minkälaisia muotoiluja hän käyttää: kliinisiä, empaattisia, tunnistavia, affilioivia tai pakottavia. Vaikka toiminnan luonteen valinta näyttäisi olevan suhteessa kunkin haastattelijan omaan haastattelutyylisiin, on valinta myös jossain määrin sidoksissa siihen, minkälainen haastateltava potilas on. Haastattelijan tehtävä on erilainen riippuen siitä, käyttäytyykö haastateltava potilas itkuisesti, yliaktiivisesti, hyökkäävästi, kriittisesti, vetäytyvästi tai esimerkiksi pelokkaasti.

Analyysin perusteella haastattelijoiden kolmannen position vuoroja voi tarkastella käytänteinä, joilla haastattelijat rakentavat ja ylläpitävät intersubjektiivisuutta, osallistujien keskinäistä ymmärrystä käsiteltävästä asiasta. Arkikeskustelussa käytämme monia erilaisia vuorovaikutuksen keinoja tehdäksemme selkoa siitä, mistä puhumme ja mitä toinen omalla puheellaan tarkoittaa (Heritage 1996[1984]). Tässä luvussa kuvaan, millä

¹⁸ *Psykologia-tieteen sisällä kokemuksen tutkimisen problematiikkaa ovat pohtineet tarkemmin mm. Perttunen ja Latomaa (2005) sekä Ignantius ja Kokkonen (2003).*

tavalla keskustelun käytänteet ovat käytössä puolistrukturoiduissa psykiatrisissa haastatteluissa.

4.1 Jaetun ymmärryksen rakentamisen keinot

Ennen siirtymistä aineisto-otteiden pariin palaan hetkeksi arkikeskusteluun ja keskusteluanalyysin näkemykseen vuorojen yhteenliittymisestä. Luvussa 2 totesin, että keskusteluanalyysissä kutakin puheenvuoroa analysoidaan suhteessa sitä edeltävään vuoroon. Jokaisessa vuorossa puhuja esittää jonkin analyysin, tulkinnan tai arvion edellisestä vuorosta. Potilaan vastauksen kohdalla tämä tarkoittaa, että se, millaisen vastauksen potilas haastattelijan kysymykseen antaa, näyttää miten potilas on kysymyksen ymmärtänyt ja miten hän on halukas siihen vastaamaan. Kolmannessa positiossa haastattelijä voi esittää analyysinsä potilaan vastauksesta. Hän voi esimerkiksi ilmaista onko potilas käsitellyt kysymyksen aihetta riittävän ymmärrettävästi tai oikaista potilaan vastauksesta esiin nousevan kysymyksen väärinymmärryksen. Haastattelijan ja potilaan vuorot vaikuttavat toinen toisiinsa, ne ovat yhteenliittyneitä. Yhteenliitetyt toiminnot ovat intersubjektiivisuuden, osallistujien keskinäisen ymmärryksen perusta. Vuorottaisen etenemisen avulla haastattelijä ja potilas pitävät yllä intersubjektiivisen ymmärryksen kontekstia. (Heritage 1996 [1984] 251, Atkinson & Heritage 1992[1984], 10-11.)

Anssi Peräkylä (1995, 23-28) kuvaa intersubjektiivista ymmärrystä neljän erilaisen kerrostuman muodostelmana. Edellä esitettyä intersubjektiivisuuden perustaa, sitä että *jokaisessa vuorossa esitetään tulkinta ja ymmärrys edeltävästä vuorosta*, Peräkylä (mt., 23) pitää intersubjektiivisen ymmärryksen ensimmäisenä tasona. Se on perusta ja edellytys muiden tasojen esiintymiselle. Toinen jaetun ymmärryksen taso liittyy puheen etenemiseen tai puheen kohtaan, vaiheeseen. *Jokaisessa vuorossa esitetään tulkinta siitä, onko vuoro kesken vai päättynyt*. Ajatellaan vaikkapa tilannetta, jossa haastattelijä kolmannessa positiossa vie päätökseen

käsiteltävän aiheen. Haastattelijan aiheen sulkeva vuoro esittää tulkinnan, että ”siinä ja silloin” on sopiva paikka puheen siirtämiselle seuraavaan aiheeseen. Haastattelijan puolesta edellinen aihe on valmis. (Peräkylä mt., 25, Heritage 1984 [1996], 255-256, Heritage & Atkinson 1992[1984], 10.)

Peräkylän (mt., 25-28) mukaan intersubjektiviisen ymmärryksen kaksi ”päällimmäistä” tasoa ovat *konteksti* ja *puheen sisältö*. Koska nämä intersubjektiviisen ymmärryksen kerrostumat ovat tämän työn kannalta keskeisiä, tarkastelen niitä seuraavaksi tarkemmin. Aloitan kontekstista.

Peräkylän luokittelussa konteksti vastaa jaetun ymmärtämisen kolmatta kerrostumaa. Luvussa 2 totesin, että keskusteluanalyyseissä kontekstilla ei tarkoiteta vuorovaikutuksen ulkoista kontekstia, vaan tapaa, jolla puhujat itse tuottavat kontekstin omissa vuoroissaan. Konteksti ei siis ole osallistujien toiminnasta riippumaton tekijä. Konteksti ja osallistujien diskursiiviset identiteetit ovat sidoksissa toisiinsa (Peräkylä mt., 26, Drew & Heritage 1992, 36, Heritage 1997, 170-171). Diagnostinen arviointihaastattelu toteutuu osallistujien orientoituessa vuoroissaan tilanteeseen diagnostisena arviointihaastatteluna. Haastattelija antaa aiheita ja potilas kertoo niistä. Kumpaakin diskursiivista identiteettiä koskevat erilaiset velvollisuudet ja rajoitteet. Haastattelijoiden velvollisuuksista puolistrukturoiduissa tutkimushaastatteluissa keskeisenä pidetään esimerkiksi luottamuksellisen ilmapiirin ja yhteisen maaperän luomista (Rubin & Rubin 2005, Smith 1995, 16, Mason 1996, Keats 2000). Lisäksi puolistrukturoitua haastattelumenetelmää esittelevässä kirjallisuudessa haastattelijan toimintaan liitetään rajoitteita. Haastattelijan odotetaan toimivan neutraalisti. Hänen ei pidä ottaa kantaa potilaan puheeseen, ilmaista mielipidettä, ei kyseenalaistaa potilaan kertomaa tai kertoa omia kokemuksiaan. (Esim. Smith ma., 16-17, Hirsjärvi & Hurme 2001, 98.) Näiden velvollisuuksien ja rajoitteiden ohjaamina haastattelijoiden ei siis ole odotuksenmukaista todeta kolmannessa positiossa esimerkiksi, että ”No, nyt sinä ymmärsit kysymykseni aivan väärin” tai ”En ollenkaan ymmärrä, mitä yrität kertoa”, sillä tällaiset vuorot uhkaisivat luottamuk-

sellisuutta ja neutraaliuutta. Ymmärtämisen vaikeuteen liittyvät ongelmat haastattelijoiden on ratkottava osallistujarooliin liittyvien rajoitteiden ja velvollisuuksien sallimilla vuoron muotoilun tavoilla ja vuorovaikutuskäytänteillä.

Intersubjektiivisuuden neljäs taso on luonteeltaan erilainen kuin kolme edeltävää. Jaetun ymmärryksen ”ylin kerrostuma” koskee puheensisältöä, sitä mikä on puheen kohteena. Puheen sisällön, yhteisesti jaetun puheen kohteen tavoittelemisen tapahtuu keskustelussa vuoro vuorolta ja sana sanalta. (Peräkylä mt., 26.) Silloin, kun kolmannen position vuoro toimittaa jotakin muuta tehtävää kuin vastauksen vastaanottamisen kuitaamista, se käsittelee potilaan puheen sisältöä. Haastattelijat näyttävät, mikä potilaan puheessa kiinnitti heidän huomionsa, mitä he haluavat nostaa esiin vastauksista, mitä he pitävät merkityksellisenä tai mistä he tarvitsevat lisää tietoa. Kolmannen position vuoro suuntaa huomiota johonkin potilaan vastauksessa esiin tulleeseen asiaan tai ulottuvuuteen.

Siirryn nyt esittelemään vuoroja, joilla haastattelijat käsittelevät potilaiden vastauksia ja joilla he tekevät potilaan puheesta ymmärrettävää ja agendan mukaista, riittävää ja kohdentunutta. Analyysissa tarkastelen erityisesti edellä kuvattuja intersubjektiivisuuden tasoja 3 ja 4 eli sitä, mihin haastattelijan vuoro kohdentuu, mitä hän valitsee vuoronsa sisällyksi, miten hän vuoronsa muotoilee ja minkälaisen diskursiivisen identiteetin hän itselleen tuottaa. Käsittelem myös tasoa 2 eli sitä, käsitteleekö haastattelija potilaan vuoroa valmiina eli riittävänä. Tarkastelen sellaisia käytänteitä, jotka toistuvat koko aineistossa eli joita kaikki haastattelijat käyttävät. Jätän pois haastattelijoiden erilaiset minimipalautteet (kuten ”joo”, ”niin”) ja kuittaavat vuorot (kuten ”selvä”).

Jaettua ymmärrystä rakentavia haastattelijoiden toimintoja voidaan pitää *yleisinä* haastattelun tekemisen välineinä, sillä ne on paikallistettu sellaisissa keskusteluanalyttisissä tutkimuksissa, joiden aineistona ovat olleet puolistrukturoidut tai avoimet haastattelut (vrt. esimerkiksi Rapley 2001, Mazeland & ten Have [1996]1998, Antaki & Rapley 1996, Rapley & Antaki 1998). Tässä alaluvussa näytän, miten yleiset laadullisen haas-

tattelun välineet muuntuvat psykiatrisen arviointihaastattelun käyttöön; minkälaisia tehtäviä ne Helsingin Psykoterapiaprojektin seuranta-haastattelussa toimittavat ja minkälaisia vaikutuksia niillä on vuorovaikutuksen rakentumiselle. Kaikissa aineistoni haastatteluissa käytetyt keinot olivat *toisto*, *ekstensio* (eli potilaan vuoron täydennys tai laajennus), *formulatio* (eli potilaan vuoron uudelleen muotoilu) ja *jatkokysymykset* (haku- ja vaihtoehtokysymykset). Kuvaan nämä keinot seuraavassa aineistotteessa.

Jotta haastattelijoiden käyttämien haastatteluvälineiden repertuaari ja erilaiset sekventiaaliset vaikutukset tulisivat esiin, olen päättänyt tarkastella niitä pitkän aineisto-otteen kautta. Kuljetan samaa otetta ja sen osia mukana eri käytänteitä esitellessäni. Tämän lisäksi esitän otteita muilta haastattelijapotilasdyadeilta. Pitkän otteen olen valinnut sen perusteella, että siinä haastattelijä käyttää lähes kaikkia niitä haastattelun tekemisen keinoja, jotka korostuvat aineiston kokonaisuudessa. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että haastattelijat kaikkialla toimisivat samoin kuin näytteen haastattelijat.

Aineisto-otteista olen muuttanut kaikki potilaiden tunnistettavuuden mahdollistavat tekijät. Samasta syystä kerron otteista ainoastaan seuranta-haastattelun ajankohdan ja psykoterapiamuodon, jossa potilas käy tai on käynyt. Analyysivaiheessa osallistujien katseet ja ilmeet ovat olleet tärkeä tutkimuksen resurssi. Litteraatioihin en kuitenkaan ole merkinnyt katseita ja eleitä. Näillä ratkaisulla tavoittelen otteiden parempaa luettavuutta.

Ote 1 on psykoanalyysissä käyvän potilaan ensimmäisen seuranta-haastattelun alkupuolelta. Haastattelijat on pyytänyt potilasta kertomaan, minkälaisia ongelmia tai vaikeuksia hänellä on (aloituskysymys, ei näkyvässä otteessa). Potilas kertoo ongelmallisesta ihmissuhteesta (vastauksen loppu näkyvässä riveillä 1-13). Haastattelijat uudistaa alkuperäisen agendakysymyksensä (rivit 14-17) ja tarjoaa potilaalle mahdollisuutta puhua ongelmista, joita ei ole vielä käsitelty. Potilaan vastaus valmistuu riveillä 18-82. Otteen alussa (rivillä 1) potilas viittaa hypoteettiseen tilanteeseen,

jossa puheenaiheena ollut henkilö purkaisi negatiivista mielialaansa potilaaseen.

(1) [psykoanalyysi, 7kk]

- 1 PO: jos se purkais sitä muhun ni sit mä het- jotenki uskoisin et se o totta (0.2)
 2 tai jotenki (.)
 3 HA: nih. (.) mm:?
 4 PO: se o jotenki semmosta >epätoivosta< jos .hhh (0.6) hhhh (1.0) hhhh
 5 HA: mmh?
 6 PO: semmonen (0.4) jotenki et sitte niinku (0.8) liikaa voi kokee semmost
 7 syyllisyyttä (.) jotenki (0.4) niinku tunteiden tasolla h vaik[ka
 8 HA: [mm, (.) mm.
 9 PO: (0.6) järjellä aattelee ettäh (0.2) että °että° ei se olluh hhh
 10 (1.2)
 11 HA: nih (.) mm (.) [mmmm mm.
 12 PO: [HHHH
 13 HA: mm .hh (0.2) jos viel täs vähä kartotetaan näit tämm[ösiä mahdollisii
 14 PO: [mm
 15 HA: ongelma (.) alueita (0.2) (.) tai oireita ni oisko vielä jotaki semmosta h
 16 (0.2) mitä tässä nyt ei (0.4) vielä tullu esille, (0.2) .h mikä tuottaa
 17 hankaluusii elämässäsi tai mikä tuntuu .hhhh vaikeelta. (.)
 18 ongelmalliselta.
 19 (1.5)
 20 PO: no sit om mun puolisoni kanssa o hh (0.2) >mitenkähän sitä kuvais< sitte.
 21 hh (1.0) °että°herkästi meillä tulee sillai niinku semmosia hh° (.) kireitä
 22 tilanteita. (1.0).h hhhh (0.7) tai sillee joka päivä varmaan melkee niinku
 23 jokuh, hhhh ja sitte niinku kestää niinku ku sitä selvitetään= =puhumalla
 24 me sitä selvittäään.
 25 HA: mm. (.) kireitä tilanteita.
 26 PO: nji:h.
 27 (4.5)
 28 HA: >no< mitenkä niinku omalta kannaltasi (.) koet et ninku m- m- mistä
 29 semmonen (.)tilanne syntyy ja mitä siinä tapahtuu, (0.2) miten itseh
 30 (0.2) °itse sen tilanteen näeth.°
 31 (1.0)
 32 PO: jotenki että o (.) kovat odotukset ja sitte >ninku< pettyy (.) tai sit
 33 loukkaantuu johonki ja,
 34 HA: ninku sinulla on (.) [o kovat odotuks[et,
 35 PO: [mm, [mm
 36 HA: nii.
 37 PO: nii (0.2) ja hänellä my[ös

- 38 HA: [mm
 39 PO: mut h et jos mä mietin omalta kannalt,
 40 HA: °mm.°
 41 (7.5)
 42 PO: °nii,° ja ehkä yks vaikeimpii (0.8) ongelmii on liittyny siihe että ku (0.4) .hh
 43 hhhh (1.0)niinku silleen ninku e- mun u:konäköö ettäh,
 44 (0.4)
 45 HA: nii,
 46 PO hhh että ku mä en oo kauhee mikää itsevarma niinku muutenkaan tai
 47 jotenki sillee, (0.8) ni sätte se o ollu erityisen hankalaa sitte kun, .hh hhh
 48 (0.8) hhhh (.) <mun puolison oli ainaki> tai emmä tiä ei siitä oo nyt vähä
 49 aikaa puhuttu >mutta jote[nki,<
 50 HA: [mm
 51 PO: vaikee hyväksyy mun (.) painoa että,
 52 HA: yhm.
 53 PO: °että (.) että joitai kiloja° liian (.) liikaa ja, (1.0) ja se on jotenki niinku (0.6)
 54 mulle tavallaan sellane tulen arka as- asia ettäh,
 55 (0.5)
 56 HA: mmh.
 57 PO: että semmoset tilanteet se on yks mitkä o hirveen hankalia että jos mä
 58 niinkun, hh (0.5)jos ollaan vaikka menossa jonneki (.) juhliin tai jotai on
 59 pukeutunu ja sillee jotenki laittautu nut ni mä o kauhen herkkä sille että...
 ((poistettu 4 riviä ongelmallisen tilanteen kuvailua))
 60 PO: tai >sis se< o ha- hankala niinku, hh (0.4) pitää itseään kauniina tai
 61 jotenki että, (.) h
 62 HA: mm:?
 63 PO: et sit niinku pelkää tai et siin on jotenki semmonen riski että niinku, (0.2)
 64 tartten sitä että toinenki pitää tai h toinenki sanoo,
 65 HA: nih.
 66 PO: ja jos niin ei käykkään ni sitte se on niinku, hhh (1.0) et se o yks tilanne
 67 mis mulle tulee helposti kauheen niinku epätoivoiset ajatukset.
 68 HA: mm,
 69 (0.5)
 70 HA: jos ei semmosta hyväksyntää (0.2) ja,
 71 PO: nii:nh,
 72 HA: arvostusta tule,
 73 PO: niinh.
 74 (3.0)
 75 HA: öö onko jotenki sillä tavalla että: (.) et tässä puolisisi on jotenki
 76 erityisen kriittisesti (.) suhtautunut (.) sinuun, ja jollaki lailla niinku
 77 huomautellut tai, (0.7) ottanut esille tätä >esimerkiks tätä paino
 78 kysymystä<tai muuten, (.) vai (0.2) onko se enemmän niin että

- 79 sinä niinku ajattelet hänen (.) ajattelevan kriittisesti vai niinku mistä
 80 se jo- (.) o kyse
 81 PO: no sillee niinku että on se joitai kertoja niinku sanonu tai joitai kertoja että,
 82 >mites se nyt on< ...
 ((poistettu 3 riviä kuvausta))
 83 PO: on sanonu myös päinvastaista että, on tyytyväinen mun ulkonäköön ja
 84 silleen, (.) muttah (0.5) niitä tilanteita mistä on tullu niitä hankalia on °sitte
 85 niitä.°
 86 HA: mm, (0.5) mm (0.7) et sillä tavalla semmonen (.) erityisen (0.4)
 87 haavottuva alue (.) sinulleh,
 88 PO: niih,
 89 HA: °joo.°
 90 PO tai siihen helposti liittyy semmosta .hh (0.4) häpeää tai semmosta, h[h
 91 HA: [mm
 92 (4.5)
 93 HA: °joo° (0.4) no miten jos aatellaan sitten >niinku< siltä kannalta et (0.2)
 94 miten tilanne on (0.2) muuttunu tässä tän viimesen vähä reilun puolen
 95 vuoden aikana siit viime keväästä, ni näätkö et näis tämmösissä
 96 ongelmallisissa (.) h- h hankalissa asioissa on tapahtunu (.) johonki
 97 suuntaan muutosta tai jotaki uusia (0.2) puolia tullu esille.
 98 (4.0)
 99 PO: hhh on siinä niinkuhhhh (0.6) jollain tavalla silleen niinku se tavallaan
 100 muuttunut, et jotain niinku uutta et (0.4) jollain tavalla oppinu itteään
 101 paremmin tuntemaan tai jotenki ...

Ote 1 on riviltä 20 alkaen potilaan vastaus haastattelijan agendakysymyksen uudistavaan kysymykseen. Haastattelija tekee potilaalle paikan kuvata muita mahdollisia ongelmiaan ystävyysuhteeseensa liittyvien ongelmien lisäksi. Potilaan vastaus syntyy yhteistyössä haastattelijan kanssa. Haastattelija osallistuu vähintään dialogipartikkeleilla (”yhym”, ”mm”, ”ni” esim. rivit 25, 36, 38 jne). Dialogipartikkelit ovat pienimpiä kielellisiä keinoja ilmaista läsnäolon ohella ymmärrystä ja kannustusta (Dialogipartikkeleista kts. Sorjonen 2001, institutionaalisessa vuorovai-
 kutustilanteessa kts. esim. Ruusuvuori 2005b; käsittelen dialogipartikkeleita lyhyesti luvussa 5). Haastattelija osallistuu vastaukseen myös *tois-
 tolla* (r. 25), *jatkokysymyksellä* (r. 28-30, 75-80), *ekstensiolla* eli laajen-
 tamalla tai täydentämällä potilaan vuoroa (r. 70, 72) ja *formulaatiolla*,

muotoilemalla potilaan vuoron uudelleen (r. 86-87). Näillä toiminnoilla haastattelijat aineistossa selventävät puheen sisältöä ja ratkovat sisältöön mahdollisesti liittyviä ymmärrysvaikeuksia. Tarkastelen ensin toistoa, joka selkeimmin paikantaa kohdan, jonka merkityksen haastatteliija haluaa tarkistaa. Jatkan siitä kohden niitä käytänteitä, joilla haastattelijat ratkovat laajempiin kokonaisuuksiin liittyviä ymmärrysvaikeuksia.

4.1.1 Toisto, ekstensio ja formulaatio

Toisto, ekstensio ja formulaatio ovat haastatteluvälineitä, joilla haastattelijat rakentavat jaettua ymmärrystä. Ne toimittavat kysymyksen tehtävää, vaikka ne eivät ole kysymyksenmuotoisia vuoroja. Ne eroavat toisistaan sen suhteen, miten tarkasti ne ilmaisevat sitä, mihin paikkaan tai osaan potilaan puheessa ymmärrystarkistus tai -vaikeus kohdistuu.

Toisto

Haastateltavan puheen toistaminen on käytänne, jota käytetään erityyppisissä haastattelutilanteissa eri tarkoituksiin. Esimerkiksi survey-haastatteluissa toistolla kuitataan vastaus vastaanotetuksi ja täytetään vastauksen kirjaamiseen kuuluva hiljaisuus, pidetään vuorovaikutusta yllä (Houtkoop-Steenstra 2000). Fokusryhmähaastatteluissa toistoa käytetään moniin erilaisiin tehtäviin, esimerkiksi ohjaamaan ryhmäkeskustelun suuntaa, kutsumaan lisää kannanottoja ja osoittamaan, minkä kaltaisia vastauksia haastattelijat pitävät relevantteina (Puchta, Potter & Wolff 2004). Myös Helsingin Psykoterapiaprojektin diagnostisissa arviointihaastatteluissa haastattelijat käyttävät toistoa potilaan puheen suuntaamisen välineenä. Toistolla he pitävät potilaan kuvaamaa tilannetta tai asian-tilaa puheenaiheena vahvistamalla sen (Schegloff 1996). Palaan takaisin otteen (1) alkuosaan. Siinä osallistujat käsittelevät potilaalle ongelmallisia asioita. Tarkastellaan, mitä potilas sanoo vuorossaan riveillä 20-24 ja miten haastatteliija reagoi tähän potilaan kuvaukseen (r. 25).

(1) [psykoanalyysi, 7kk] toisto

13 HA: mm .hh (0.2) jos viel täs vähä kartotetaan näit tämm[ösi mahdollisii

14 PO: [mm

15 HA: ongelma (.) alueita (0.2) (.) tai oireita ni oisko vielä jotaki semmosta h

16 (0.2)mitä tässä nyt ei (0.4) vielä tullu esille, (0.2) .h mikä tuottaa

17 hankaluuksii elämässäsi tai mikä tuntuu .hhhh vaikeelta. (.)

18 ongelmalliselta.

19 (1.5)

20 PO: no sit om mun puolisoni kanssa o hh (0.2) >mitenkähän sitä kuvais< sitte.

21 hh (1.0) °että°herkästi meillä tulee sillai niinku semmosia hh° (.) kireitä

22 tilanteita. (1.0).h hhhh (0.7) tai sillee joka päivä varmaan melkee niinku

23 jokuh, hhhh ja sitte niinku kestää niinku ku sitä selvitetään= =puhumalla

24 me sitä selvitellään.

25 HA: mm. (.) kireitä tilanteita.

26 PO: nii:h.

27 (4.5)

28 HA: >no< mitenkä niinku omalta kannaltasi (.) koet et ninku m- m- mistä

29 semmonen (.)tilanne syntyy ja mitä siinä tapahtuu, (0.2) miten itseh

30 (0.2) °itse sen tilanteen näeth.°

31 (1.0)

32 PO: jotenki että o (.) kovat odotukset ja sitte >ninku< pettyy (.) tai sit

33 loukkaantuu johonki ja,

34 HA: ninku sinulla on (.) [o kovat odotuks[et,

35 PO: [mm, [mm

36 HA: nii.

37 PO: nii (0.2) ja hänellä my[ös

38 HA: [mm

39 PO: mut h et jos mä mietin omalta kannalt,

Potilas alkaa kertoa hankaluuksistaan (r. 20). Hän nimeää vaikeaksi asiaksi kireät tilanteet (r. 21-22) ja siirtyy kuvaamaan, miten vaikeuksista selvittää. Haastattelija ottaa vastauksen vastaan (mm. r. 25). Hän ei kuitenkaan anna vuoroa takaisin potilalle, vaan toistaa potilaan ilmaisun ”kireitä tilanteita”, jota potilas käytti ongelman nimeämiseen ja katsoo potilaaseen kysyvästi. Haastattelija ei tuo potilaan puheeseen sisällöllisesti mitään uutta, vaan kutsuu potilasta purkamaan ilmaisunsa. Vuoro suuntaa potilaan puhetta, sillä haastattelija palauttaa puheenaiheeksi potilaan ongelman sen ratkaisuun liittyvien toimintamallien sijaan. Poti-

las ei kuitenkaan tartu aiheeseen (r. 26), jolloin haastattelija muotoilee jatkokysymyksen, jossa pyytää potilasta selventämään tilanteen syntymistä (r. 28-30).

Potilas vastaa jatkokysymykseen puhuen ns. nollapersoonassa. Nollapersoonaa tarkoittaa, että ilmauksessa ei ole agenttia. Haastattelija ottaa vuoron ja tarkentaa potilaan vuoroa. Vuoro on ymmärrystarkistus, joka rakentuu toiston varaan. Tällä kertaa haastattelija lisää potilaan vuoroon agentin (r. 34 ”niinku *sinulla* on o kovat odotukset”). Vuoron aloittavan partikkelin ”niinku” voi tässä kuulla implikoivan epävarmuutta. Potilas vahvistaa ymmärrystarjouksen (r. 35), täydentää sitä (r. 37) ja jatkaa kuvaamalla omaa kokemustaan (r. 39 alkaen, ei näy kokonaisuutena yllä olevassa näytteessä). Esitän toistosta vielä toisen esimerkin. Ote (2) on erään potilaan ensimmäisestä seurantahaastattelusta. Potilas kuvaa terapian merkitystä kokemukselleen itsestään.

(2) [psykoanalyysi, 7kk]

- 1 PO: °nff° (1.4) °em mä nyt tiä terapia° (0.3) on mulle niinku (1.0) jatkuvasti
 2 >semmosen< (5.0) niinku uuden inhimillisyyden opette°lemista.
 3 (2.3)
 4 HA: jo:o?,
 5 (2.5)
 6 HA: uuden inhimilli°syyden.° .hh
 7 (10.0)
 8 PO: nff (0.7) hh
 9 (0.6)
 10 HA: .mth koitappa vähän kuvata lisää.
 11 (0.6)
 12 PO: £hh heh he£
 13 (0.3)
 14 HA: monenlaisia asioita herättää minun mieles(t)ä en oo jhan
 15 varma mitä se sinulle merkitsee. .hh
 16 (0.6)
 17 PO: nff (5.2) >no em mä nyt tiä< (0.6) >°no mä oon°< tai mielessäni
 18 paisutellu kauheesti asioita (.) ja en niinku ymmärrä et ne on
 19 niinku normaalia- (0.2) osa normaalia elämää ...

Haastattelijan nousevalla intonaatiolla lausuttu ”joo” (r. 4) kutsuu potilasta jatkamaan kuvaustaan. Potilas ei jatka (r. 5). Haastatteliija toistaa pehmeällä äänellä potilaan vastauksen ydinasian ja merkitsee sen puhenaiheeksi. Potilas ei reagoi toistoon (r. 7-9), jolloin haastatteliija pyytää potilasta kuvaamaan tarkemmin (r. 10) ja selventää, minkä vuoksi haluaa lisäkuvausta (r. 14-15).

Otteissa 1 ja 2 haastatteliija toistaa potilaan ilmaisun, jonka merkitys on käsiteltävän asian ymmärtämisen kannalta keskeinen. Toistolla haastattelijat pitävät puheenaiheena potilaan itseilmaiseman ongelman ja tilanteen kuvauksen. Otteissa 1 ja 2 potilaat eivät kuitenkaan tuota täsmennettyä kuvausta, vaan haastattelijat muotoilevat aiheista jatkokysymyksen (ote 1 r. 28-30) ja kehotuksen kertoa lisää (ote 2, r. 10 ja 14-15). Toisto siis kohdentaa puhetta ja käsittelee potilaan kuvausta keskeneräisenä.

Ekstensio¹⁹ eli potilaan vuoron laajennus tai täydennys

Ekstensioiksi kutsun vuoroja, joissa haastatteliija ottaa potilaan kuvauksen vastaan laajentamalla tai täydentämällä sen. Haastatteliija sitoo vuoronsa potilaan välittömästi edeltävään puheeseen käyttämällä partikkeleita ”ja”, ”mutta” tai ”jos”. Vuorossaan hän sitten kertoo, miten hän on potilaan puheen ymmärtänyt. Ekstensiot jatkavat sellaisia potilaiden vuoroja, jotka potilaat itse ovat vieneet päätökseen (prosodisin keinoin). Ne ovat yhteistyötä tekeviä vuoroja, joilla haastattelijat täydentävät potilaan edeltävää vastausta. (Vehviläinen 2003, 581-582).

Haastatteluvuorovaikutustutkimuksen yhteydessä Koole (2003, 184-187) kutsuu yhteisen vastauksen rakentamiseksi (*joint answer construction*) käytäntöä, jossa haastatteliija lisää merkityksellistä ainesta haastateltavan vastaukseen, vastaa haastateltavan puolesta. Alun perin puheen yhteistä tuottamista on tutkinut Lerner (1991, 1996), joka nimesi ilmiön ’yhdessä loppuun saattamiseksi’. Siinä puheen vastaanottaja täydentää

¹⁹ Engl. extension = laajennus, laajentaminen

syntaktisen yksikön, lauseen tai lausuman, jonka puhuja on aloittanut ja joka on vielä keskeneräinen. Koolen (ma.) kuvaama yhteisen vastauksen rakentaminen on käytäntönä ekstension kaltainen, mutta eroaa siitä merkityksellisellä tavalla. Ekstensiossa haastattelija laajentaa tai täydentää vastauksen, jonka potilas on näyttänyt olevan jo valmis ja jota potilas on prosodisin tai muilla puheenkeinoilla vienyt päätökseen. Ekstensiossa haastattelija ei lisää vastauksen ydinasiaa eli vastaa potilaan puolesta, kuten yhteisessä vastauksen rakentamisessa. Sen sijaan hän näyttää, miten on potilaan puheen ymmärtänyt ja mistä kuulee sen kertovan täydentämällä potilaan juuri edeltävän vuoron (vrt. Vehviläinen 2003, 582).

Ekstensio on vahva haastattelukäytännö, sillä ekstensiossa haastattelija tuo selvästi esiin, millä tavalla hän ymmärtää potilaan puheen. Se osoittaa, että haastattelija aktiivisesti jäsentää potilaan puheen merkitystä ja toimii tavoittaakseen kerronnan arviointiin riittävän kokemuksellisen ulottuvuuden. Haastattelijan täydentämä vastaus kutsuu potilasta vahvistamaan tai kumoamaan sen, jolloin auktoriteetti puheen sisällöstä säilyy potilaalla. Edellä käsitellyssä aineisto-otteessa 1 ekstensio on riveillä 70 ja 72.

(1) [psykoanalyysi 7kk] ekstensio

63 PO: et sit niinku pelkää tai et siin on jotenki semmonen riski että niinku, (0.2)

64 tartten sitä että toinenki pitää tai h toinenki sanoo,

65 HA: nih.

66 PO: ja jos niin ei käykkään ni sitte se on niinku, hhh (1.0) et se o yks tilanne

67 mis mulle tulee helposti kauheen niinku epätoivoset ajatukset.

68 HA: mm,

69 (0.5)

70 HA: jos ei semmosta hyväksyntää (0.2) ja,

71 PO: nii:nh,

72 HA: arvostusta tule,

73 PO: niinh.

74 (3.0)

Potilas kertoo, että hän tarvitsee puolisoltaan positiivista palautetta ulkonnäöstään (r. 64). Jos hän ei sitä saa, muuttuvat hänen ajatuksensa helposti

tattelijan väliintuloa, konfrontaatioita. Palaan tähän myöhemmin luvun 5 yhteydessä.

Seurantahaastatteluissa haastattelijat käyttävät ekstensioita tilanteissa, joissa potilas käsittelee agendan kannalta merkityksellistä kokemusta. Ekstensiolla haastattelijat näyttävät, miten he ovat potilaan juuri edeltävän puheen kuulleet ja mitä he pitävät keskeisenä asiana; ekstensio kiteyttää potilaan kuvauksen merkityksen. Ekstensioissa haastattelijat käsittelevät potilaan kokemusta potilaan näkökulmasta käsin. Psykoterapian vaikutusten arvioimisen kannalta olennaista on, että ekstensioilla haastattelijat suuntaavat potilaita puhumaan subjektiivisesta näkökulmastaan, kuvaamaan suhtautumistaan omiin ajattelu- ja toimintatapoihinsa. Yksi terapian tuloksellisuuden ”mittari” on se, millä tavalla, miten hyvin ja osuvasti potilas kykenee havainnoimaan omia ajatuksiaan, kokemuksiinsa, niiden syitä ja seurauksia. Yhtenä psykoterapian tuloksellisuuden osoituksena onkin pidetty refleksiivistä puhetapaa. (Esim. Angus & Hardtke 1994, kts. myös Vehviläinen & Lindfors 2005.)

Potilas voi täydentää ekstensiota (ote 3, r. 7, 9-12) tai käsitellä sitä kattavana (ote 1, r. 73). Ekstension kanssa samankaltaisesti toimivat formulaatiot. Siirryn nyt tarkastelemaan niitä.

Formulaatiot eli potilaan puheen uudelleenmuotoilut

Ekstensiolla haastattelijat täydentää tai jatkaa potilaan juuri edeltävää vuoroa. Formulaatioilla hän ilmaisee, miten on ymmärtänyt potilaan edeltävän puheen tai puheenjakson. Formulaatiot ovat vuoroja, joissa haastattelijat muotoilee potilaan puheen sisällön uudelleen. Samalla hän kutsuu potilasta vahvistamaan tai hylkäämään uudelleenmuotoilunsa (Garfinkel & Sacks 1970, Heritage & Watson 1979, 1980, Heritage 1985, Davis 1986, Hak and de Boer 1996, Drew 1998, 2003). Formulaatioiden eräs tunnusmerkki on, että ne alkavat partikkeleilla ”eli”, ”elikkä”, ”et”, ”eli että” tai laajemmin ”tää vois tarkottaa sitä, et-tä...”. (Vehviläinen 2003, 581-586.)

Keskustelunalyysissa (re-)formulaatio on puheenvuorolla tehtävän toiminnon nimitys.²⁰ Formuloivalla vuorolla osallistajat näyttävät, miten he ymmärtävät sen, *mistä puhutaan* tai *mikä on puheenaiheena* (Drew 2003, 296). Formulaatioista käytetään myös nimitystä ymmärystarjous (*candidate understanding*) (Esim. Halonen 2002, Kurhila 2003, Lehtinen 2005, Sorjonen 2001). Formuloivia vuoroja käytetään taajaan erilaisissa institutionaalisissa vuorovaikutustilanteissa intersubjektiiivisen ymmärryksen saavuttamiseksi. Formuloivan vuoron käyttökelpoisuus johtunee osittain siitä, että se kutsuu alkuperäisen puheen esittäjää ottamaan kantaa puheensa uudelleen muotoilun paikkansapitävyyteen.

Formulaatioiden toimittama tehtävä vaihtelee institutionaalisesta tilanteesta riippuen (Kts. Drew 2003 formulaatioiden tehtävistä neljässä erilaisessa institutionaalisessa toimintaympäristössä). Instituution edustajat voivat formulaatioilla esimerkiksi näyttää vuorovaikutuksen agendaa nostamalla toisen puheesta esiin tilanteen kannalta merkityksellisiä elementtejä. Samalla he voivat säädellä osallistujien institutionaalisia tehtäviä, tuoda esiin toimintaympäristön toimintalogiikkaa ja institutionaalista päättelyä (Vehviläinen 2003, 584).

Formulaatioiden muotoilussa on erotettu kaksi tapaa. Formulaatioissa puheen vastaanottaja voi tuoda esiin sen, mitä hän käsittelee edeltävän puheen ydinosana (*gist*). Hän ei tuo puheen sisältöön mitään uutta, vaan näyttää, miten hän on puheen ymmärtänyt (Heritage & Watson 1979). Lainaan esimerkin Tony Hakin (2003, 201-202) artikkelista. Haastattelu

²⁰ *Keskustelunalyysillä (re-)formulaatiolla on siis eri merkitys kuin psykoterapeuttisissa viitekehyksissä. Esimerkiksi kognitiivis-analyttisessä psykoterapiassa reformulaatiolla tarkoitetaan terapiapotilaan ongelman esittämistä kognitiivis-analyttisen terapian käsitteillä. Reformulaatio annetaan potilaalle esimerkiksi kirjallisena ja se on varsin keskeisessä asemassa potilaan terapiaprosessissa. Keskustelunalyysissä formulaatio kertoo yhden puheenvuoron muodosta.*

on osa tutkimusta, jossa analysoitiin rasismien kieltä (*the language of racism*) Uudessa-Seelannissa (kts. van den Berg, Wetherell & Houtkoop-Steenstra 2003). Haastattelija (I) on edellä pyytänyt valkoihoista haastateltavaa (R) kertomaan, mitä hän ajattelee siitä, että maorikulttuurin ja maorin kielen merkitystä korostetaan julkisessa keskustelussa Uudessa-Seelannissa (ei näytteessä). Formulaatio on rivillä 16.

Esimerkki 3. [Hak 2003, 201-202]

- 10 R: U::hm (1.6) they're making New-Zealand a racist cu- country
 11 uhm but ya'know you usually feel (.) think that racism
 12 is uhm (1.4) putting th- putting (.) the darker people down
 13 I: [Yes
 14 R: [but really they're doing it (.) the other way around
 15 I: [()
 16 **I: A sort of [reverse [racism**
 17 R: [I feel [yes
 18 I: Yeah

Toisessa formulaation tavassa puheen vastaanottaja esittää puheesta päätelmän (*upshot*), joka vie puheen sisällön pidemmälle. Näin toimii seuraavassa esimerkissä terapia-asiakas rivillä 10. Esimerkki on Paul Drewn (2003, 299) artikkelista. Esimerkissä 4 Brenda on terapia-asiakas ja Laurel terapeutti. Brenda on edeltävässä vuorovaikutuksessa käsitellyt ongelmia, joita hänellä on ollut pienen tyttärensä kanssa.

Esimerkki 4. [Drew 2003, 299]

- 1 Brenda: Well hhm I've ah:m .k better:
 2 with her. (.) u- lately then I had been (.) in
 3 a long ti-ime. (0.2) .p.hh (0.9) e-Oh Go:d but
 4 that couldn't I mean if if that ever created a
 5 problem like I'm having no:w
 6 (1.7)
 7 Laurel: May not create a problem: it might make it
 8 possible for a problem to come ou:t
 9 (12.1)
 10 **Brenda: You mean she could've always felt like this**

- 11 (0.4)
12 Laurel: Mmhm

Brenda vastaa terapeuttinsa Laurelin kannanottoon (riveillä 7-8) esittämällä siitä johtopäätöksen (rivi 10). Johtopäätös on terapeutin vuorosta (r. 7-8) tehty tulkinta. Brenda ilmaisee omin sanoin sen, mitä Laurel vihjaa eli mikä on Laurelin vuorossa implisiittisenä ja epäsuorana viestinä.

Yllä kuvattuja kahta formuloinnin tapaa ei kuitenkaan kaikissa tilanteissa pysty selvästi erottamaan toisistaan. Kummassakin tavassa vastaanottaja poimii kuulemastaan jotain, josta hän tekee yhteenvedon, päätelmän tai jonka hän muotoilee uudelleen. Seurantahaastatteluisissa haastattelijat formuloivissa vuoroissaan osoittavat, miten he ovat ymmärtäneet potilaiden kuvaukset. He voivat myös lisätä potilaan puheeseen teemoja tai merkityksiä, joita siinä ei eksplisiittisesti ole ollut. (vrt. Halonen 2002, 57.)

Siirryn nyt esittelemään haastattelijoiden erilaisia formuloivia vuoroja. Formuloivilla vuoroilla haastattelijat näyttävät, miten he potilaan puheen ymmärtävät. Vaikka formulaatiosta puuttuu kysymysrakenne, kutsuu se potilasta ottamaan haastattelijan ymmärrykseen kantaa. Formulaatiot voivat siis toimia tarkistavina kysymyksinä (Heritage & Watson 1979). Muotoilun keinoilla haastattelijaa voi säädellä kysymyksen vahvuutta; esimerkiksi konditionaalimuoto implikoi haastattelijan epävarmuutta. Myös nonverbaalein keinoin, kuten katsekontaktilla tai kulmien kohottamisella, vuoroon voidaan lisätä kysymystä tekevää ainesta.

Valtaosa haastattelijoiden formulaatioista on ymmärrystä ilmaisevia ja vahvistusta hakevia vuoroja.²¹ Haastattelijat ilmaisevat, miten potilaan

²¹ *Mazeland & ten Have ([1998]1996) toteavat, että arkikeskustelun tapaan laadullisissa tutkimushaastatteluisissa formulaatioilla luodaan odotus samanmielisyydestä, (preference for agreement, Pomerantz, 1984), formulaation vahvistamisen kumoamisen sijaan. Samanmielisyy-*

puheen ovat ymmärtäneet. Näiden lisäksi haastattelijat esittävät formulaatioita, joissa he ymmärryksen ilmaisemisen lisäksi tarjoavat selitystä. Esittelen ensin ymmärrystä käsitteleviä formulaatioita, jotka ovat käytettyin intersubjektiviisuuden rakentamisen väline seurantahaastatteluisissa.

Ymmärrystä käsittelevät formulaatiot

Seurantahaastatteluiden kannalta merkityksellinen formulaoivan vuoron ominaisuus on, että formulaatioissa käsitellään vain valittua osaa edellä puhutusta; formulaatio edellyttää valintaa (Heritage & Watson 1979, 129-130). Se, mitä formulaatiossa pannaan näkyviin, näyttytyy tärkeänä. Se on ” formulaoivan vuoron arvoista”.

Aloitan formulaoivien vuorojen kuvaamisen palaamalla otteeseen 1. Otetta ennen haastattelijaa on pyytänyt potilasta kertomaan ongelmallisista asioista ja potilas on kertonut omaan ulkonäkönsä liittyvästä problematiikasta. Tarkastellaan nyt rivejä 86-87.

(1) [psykoanalyysi, 7kk] formulaatio

75 HA: öö onko jotenki sillä tavalla että: (.) et tässä puolisisi on jotenki
 76 erityisen kriittisesti (.) suhtautunut (.) sinuun, ja jollaki lailla niinku
 77 huomautellut tai, (0.7) ottanut esille tätä >esimerkiks tätä paino
 78 kysymystä<tai muuten, (.) vai (0.2) onko se enemmän niin että
 79 sinä niinku ajattelet hänen (.) ajattelevan kriittisesti vai niinku mistä
 80 se jo- (.) o kyse
 81 PO: no sillee niinku että on se joitai kertoja niinku sanonu tai joitai kertoja että,
 82 >mites se nyt on< ...
 ((poistettu 3 riviä kuvausta))
 83 PO: on sanonu myös päinvastaista että, on tyytyväinen mun ulkonäköön ja
 84 silleen, (.) muttah (0.5) niitä tilanteita mistä on tullu niitä hankalia on °sitte
 85 niitä.°
 86 HA: mm, (0.5) mm (0.7) et sillä tavalla semmonen (.) erityisen (0.4)

den tavoitteleminen liittyy näkemykseni mukaan jo haastattelijoiden toiminnan valitsemiseen. Jos haastattelijaa olisi hyvin epävarma ymmärryksestään, ei hän todennäköisesti käyttäisi formulaatiota, vaan esimerkiksi hakukysymysmuotoista jatkokysymystä.

- 87 haavottuva alue (.) sinulle,
 88 PO: niih,
 89 HA: °.joo.°
 90 PO tai siihen helposti liittyy semmosta .hh (0.4) häpeää tai semmosta, h[hh
 91 HA: [mm
 92 (4.5)
 93 HA: °joo° (0.4) no miten jos aatellaan sitten >niinku< siltä kannalta et (0.2)

Potilas pääsee vastauksessaan kohtaan, jossa hän on esittänyt yhteenvedon aiemmasta puheestaan ja vienyt vuoronsa päätökseen myös prosodisin keinoin (r. 85). Haastattelija ottaa vastauksen vastaan (minimipalautteet r:n 86 alussa) ja ilmaisee sitten, mistä kuulee potilaan kuvauksen kertovan. ”Et sillä tavalla semmonen” -alku näyttää, että se, mitä haastattelija tulee sanomaan, perustuu potilaan sanomaan. Määritelmä ”erityisen haavottuva alue” on kuultavissa päätelmänä, sillä haastattelija tuo potilaan puheeseen ainesta, jota siinä ei eksplisiittisesti ole ollut. Vuorosta on mahdollista lukea, että haastattelija paikantaa potilaan kokemuksen yhdeksi tämän minäkokemuksen ulottuvuudeksi, potilaan minän haavoittuvaksi alueeksi. Toisaalta haastattelija pyysi varsinaisessa kysymyksessään (r. 13, 15-18) potilasta kertomaan ”mahdollisista ongelma-alueistaan”, jolloin haastattelijan formuloivan vuoron voisi nähdä myös ydinasian esittävänä ymmärrystarkistuksena.

Vaikka haastattelijan vuoro on muotoiltu väitteeksi, sen voi nähdä toimittavan myös kysymyksen tehtävää. Tämä näkyy erityisesti elekielissä. Haastattelija katsoo potilaaseen kysyvästi, kulmakarvat koholla. Hän käsittelee potilaan kokemusta, jolloin potilaalla kokemuksen omistajana on oikeus torjua tai vahvistaa haastattelijan ymmärrystarjous. Potilas ensin vahvistaa haastattelijan formulaation (r. 88), minkä jälkeen hän vielä täydentää haastattelijan näkemystä. Hän korjaa kokemukseen liittyvän häpeää, mikä on luettavissa niin, että potilaalle haavoittuvuus ja häpeä ovat kokemuksellisesti eri asioita. Kun potilas on vahvistanut ja täsmentänyt haastattelijan formulaation haastattelija siirtyy seuraavaan

aiheeseen. Formulaation avulla haastattelija siis vei käsiteltävän aiheen päätökseen.

Haastattelijoille formulaatio on tehokas käytännö, koska formulaatiossa he voivat käsitellä potilaan vastauksen kokonaisuutta, ei ainoastaan juuri edeltävää puhetta. Formulaatio kertoo, minkälaista tietoa haastattelija potilaan vuorosta seulo. Katsotaan lisää aineisto-otteita. Alla olevaa otetta (4) ennen potilas on puhunut siitä, että ihmissuhteiden muodostaminen on hänelle monella tavalla ongelmallinen asia.

(4) [psykoanalyysi, 3 vuotta]

- 1 PO: tai jotenki tuntuu et mäh (0.5) @tavallaan >mä oon< (.) valmis myymään
 2 sieluni jos vaan joku tykkäis musta et@
 3 (.)
 4 HA: [m:m,
 5 PO: [nff >se on kyllä niinku< (0.6) iso ongelma °et[tä,°
 6 HA: [mt et se on sulle kauheen
 7 tärkee tunne se että sinusta (.) pjdetään.
 8 (0.4)
 9 PO: joo,
 10 (.)
 11 HA: m..
 12 (.)
 13 PO: niinku vähä h (.) liianhki °tärkee että.°
 14 HA: ni:i, joo.
 15 (1.5)

Otteessa (5) eräs potilas kertoo vointinsa muutoksista. Vointi on parempi kuin ennen, mutta hän kokee olevansa ihmisenä muuttunut toisenlaiseksi.

(5) [lyhyt psykodynaaminen, vuosi]

- 1 PO: että tota se ei >okkaa ikään ku< (.) terveys sairaus kysymys
 2 >vaan se on joku< >toisellainen< kysymys, .hh (1.0)
 3 ö[ö (0.6) mut että o on jotain sellasta et e:
 4 HA: [mhh
 5 PO: >niinku< ei innos- (0.3) e: (.) .mh >en ole< en tunnista olevani samalla
 6 innostuksen tasolla ku aika[semmi >ja se liit-< tyy: >eikä se oikeestaa
 7 HA: [°joo.°
 8 PO: oo< pelkkä työntekokysymys vaan se on myös semmone että .mhh (0.3)

- 9 kiinnostuskysymys >ja sellane< .h se on selvästi muuttunu mä oon
 10 selvästi noussu ylös kylläh (.)
 11 >mut et[tä< .h >emmä oo< sielä mis mä oon lähteny,
 12 HA: [nii,
 13 (.)
 14 HA: ni:i, .thh että vointi olisi parantunu mut ei jhan siihen >°mikä on,°
 15 (0.5) °a[lun perin°
 16 PO: [>mut voiha< (0.3) nii mut voiha se olla et mä en enää
 17 semmoseks mekkää vaa mä meeki johonki toisee sulun°taan,°
 18 HA: [nii (.) °aivan
 19 oikein° (.) °kyllä,° (.)
 20 HA: .nffthh no (0.5) entäs sit onks jhmissuhteissa tai °vapaa-ajan vietossa 21
 jotain° .hh °uutta

Formulaatioissa (ote 4 r. 6-7; ote 5 r. 14) haastattelijat tuovat esiin asian, jota he pitävät potilaan vastauksessa tärkeänä. Otteessa (4) haastattelijä käsittelee potilaan tunteiden merkitystä, otteessa (5) voinnin muutoksen vahvuutta. Otteessa (4) haastattelijä ilmaisee potilaan puheen ytimen, potilaan tunteen merkityksen. Haastattelijä muotoilee ymmärrystarjouksensa arkikielellä, potilaan puhetapaa mukailen (r. 6 ”sulle kauheen tärkeä tunne”). Puheenkohde on potilaan kokemus ja sen subjektiivinen merkitys. Myös otteessa (5) haastattelijä esittää formuloivassa vuorossaan potilaan vuoron ytimen. Ymmärrystarjouksen ehdollisuus on pantu esiin konditionaalimuodossa (r. 14). Haastattelijä käsittelee potilaan tilannetta voinnin muutoksen näkökulmasta. Haastattelijan vuorossa toimijana on potilaan sijaan potilaan vointi. Vointi puheen kohteena on keino näyttää haastattelun agenda (seurantahaastatteluissa arvioidaan vointia ja sen muutosta). Samalla haastattelijä tuottaa itsensä neutraalina haastattelijana, eli haastattelijana, joka ei ota kantaa potilaan vintiin tai tilanteeseen, vaan kerää tutkimusaineistoa. Näillä vuoroilla haastattelijat vievät käsiteltävää asiaa päätökseen; potilaiden vahvistavien tai täsmen-
 tävien vuorojen jälkeen haastattelijat siirtyvät seuraaviin aiheisiin.

Edellä esittelemäni formulaatiot (otteet 1, 3 ja 5) ovat ymmärrystä käsitteleviä, sitä tarkistavia vuoroja. Formuloivat vuorot päättävät käsiteltävän aiheen. Formulaatioilla haastattelijat näyttävät, että heidän ym-

määränsä, arviointiin tarvittava tieto, on potilaan itsensä tuottamaa. Haastattelijalle muotoutunut käsitys perustuu potilaan kertomaan ja potilaalla on mahdollisuus korjata haastattelijan käsitystä. Formulaatioiden valikoivuuden takia formuloivissa vuoroissa potilaiden vastaus tiivistyy, minkä vuoksi on olemassa mahdollisuus, että merkityksen vivahteet ja sävyt putoavat siitä pois. Merkillepantavaa on, että monissa tilanteissa potilaat lyhyesti täydentävät tai täsmentävät haastattelijan uudelleenmuotoilua (esim. ote 1 r. 90, ote 4 r. 13, ote 5 r. 16-17).

Haastattelijan ymmärrystarjous potilaan vastauksesta on valikoiva sisällön ja muotoilun suhteen. Valittu sisältö näyttää, minkä asian ymmärryksen osoittamista ja tarkistamista haastattelijä käsittelee tärkeänä. Muotoilun tavalla haastattelijä voi ottaa esiin tai korostaa agendan eri puolia; kokemuksen subjektiivista merkitystä (ote 4) tai kokemuksen merkitystä arvioinnin kannalta (ote 5). Kun osallistujat ovat saavuttaneet yhteisen ymmärryksen käsiteltävien asioiden merkityksestä, on sekvenssi mahdollista sulkea. Ymmärrystä tarjoavat formulaatiot eivät kuitenkaan aina päättä sekvenssiä. Ratkaisun siitä, jatkuuko aiheen käsittely, tekee potilas ottaessaan kantaa siihen, miten hyväksyttävä haastattelijan ymmärrystarjous on. Jos formulaatio ei vastaa potilaan kokemusta, on potilaalla mahdollisuus jatkaa aiheen käsittelyä.

Formulaatiot, jotka muuntavat potilaan puheen ammattikielelle

Ymmärryksen tarkistamisen ohella haastattelijat käyttävät formulaatioita potilaan kokemuksen selittämiseen.²² Selittävä formulaatio ei ole välttä-

²² *Ero, jonka haastattelijoiden toiminnassa teen ymmärtämisen ja selittämisen välille, ei vastaa sitä erottelua, joka näiden välille tehdään psykoanalyttisen ymmärryksen yhteydessä. Esimerkiksi Tähti (1997, 225) pitää ymmärrystä tietona, joka on peräisin puheen vastaanottajan kokemuksesta maailmasta. Ymmärrys ei ole rationaalista, vaan se on saavutettu käyttämällä puhujan puheenvastaanottajassa herättämien, käsillä olevien kokemuksellisten "vasteiden" kokonaisuutta. (Kts. kuitenkin luku 5.)*

mätön ymmärryksen saavuttamisen kannalta, vaan niillä haastattelijat analysoivat potilaan kuvauksen sisältöä ammattikielellään. Ne eroavat ymmärryksen tarkistavista formulaatioista siten, että niissä haastattelija ensin väittää ymmärtäneensä potilaan puheen ja sitten tarjoaa asiantuntevaan ymmärrykseensä perustuvan selityksen käsiteltävälle kokemukselle. Määrällisesti selittäviä formulaatioita on vähemmän kuin ymmärrystä rakentavia. Haastattelijat reagoivat ammattikielelle muuntavilla formulaatiolla tilanteissa, joissa potilaat puhuvat muutoksesta, joka on tapahtunut ja joka on merkittävä hoitoon hakeutumisen syynä olleeseen tilanteeseen verrattuna. Näytän kaksi esimerkkiä. Ensimmäisessä (ote 6) eräs potilas on kertomassa, minkälaisena ihmisenä hän itse itsensä näkee (kysymys minäkäsityksen muutoksesta). Hän toteaa, että kokee itsetuntonsa kohentuneen. Ote alkaa kohdasta, jossa hän perustelee kokemustaan.

(6) [pitkä psykodynaaminen, 1 vuosi]

1 PO: et ei niinku >pidä< itteensä niin (0.4) .hhh huonona toisii ihmisiin

2 [nähdn >mut et mä en< ajattele

3 HA: [nih m: m,]

4 PO: sitä näin että (0.7) mä ajattelen sen niin e- (.) tulee jus mieleen

5 just tää (0.6) et (.) @ajaa et näähä onki ihan tavallisii

6 [ihmisii@ tämmönen ajatus niinku tulee

6 HA: [m. (.) m:, (.) nii justii, ((katsekontakti, nyökkäävät))

7 (.)

8 HA: °joo°=

9 PO: =niis [tilanteissa

10 HA: [joo >semmonen kuva< muista ihmisistä on (.) >sillä tavalla<

11 muut[tunu >semmonen sisäinen °kuva.°< °joo°

12 PO: [nii muuttunu nii,

13 HA: (.) °.m: joo° (0.3) m,

14 (5.5)

15 PO: ja sitte ehkä semmonen .hhh hh ö: mhh

Tarkastelen ymmärtämistä ja selittämistä tässä haastattelijan tiedon hankintaan liittyvinä toimintoina, jolloin toimintojen merkitykset ja seuraukset ovat erilaiset kuin psykoterapiassa tai -analyysissa.

Otteessa (7) eräs potilas vastaa kysymykseen itsessä tapahtuneista muutoksista kertomalla, että hänen keskittymiskykynsä on parantunut. Muutos alkutilanteeseen nähden on merkittävä.

(7) [psykoanalyysi, 2 vuotta]

- 1 PO: .hhh ja keskittymiskyky on kyllä iha (0.4) eri luokkaa ja (.) se on
 2 semmonen niinku.hh (0.6) hallittavammassa muodossa nyt se
 3 keskittymiskyky >et em mä nyt aina jaksu keskittyä mut kyl kuitenkin pys
 4 tyy pakottamaa ittensä< (0.4) .hh (0.7) et tää on (.) asia on niinku tehtävä
 5 >niin sen niinku< (0.3) saa sitte tehtyä kuitenkin,
 6 (0.3)
 7 HA: m:m,
 8 (1.0)
 9 PO: >et sen mä oon huomannu< että mun muisti on kyllä parantunu
 10 kauheesti,
 11 (0.8)
 12 HA: jaa.
 13 (0.3)
 14 PO: >et tse ollu kauheen kiva (°huomata,°)<
 15 (.)
 16 HA: just joo. (.) jo:o, .hh >nii et semmonen niinku< .hh keskittymiskyky
 17 semmonen nii ku kyky käyttää oman mielen (.) taitoja nii on
 18 parantunu (°et et°) .hh [(.) pystyy paneutuun asioihin.
 19 PO: [nii,
 20 (.)
 21 HA: °jo:o,°
 22 (2.0)
 23 HA: >onko nii et koet< että ne on nyt ihan niinku normaaleja että .hh
 24 keskityt siinä ku muutkin

Aineisto-otteissa haastattelijat ensin ottavat potilaan kuvauksen vastaan väittämällä ymmärtävänsä, mitä potilas tarkoittaa. Väite ymmärtämises-
 tä näkyy responsipartikkeleissa (kuten ”nii justii”, ”just joo”) (otteessa 6
 r. 6, 8, ja 10 alku; ote 7 r. 16 alku). Tämän jälkeen haastattelijat esittävät
 formulaation, jossa he selostavat, mistä asiasta kuulevat potilaan kuvauk-
 sen kertovan. Se, että haastattelijat tunnistaa potilaan kokemuksen, kertoo
 että hän on pystynyt riittävässä määrin samaistumaan potilaan kuvaaman

muutoksen tai kokemuksen merkitykseen potilaalle itselleen. Yllä olevat formulaatiot toimivat vuoroina, joilla haastattelijat osoittavat empaattista ymmärrystä (Tähkä 1997, 254-267). Vuoroissaan haastattelijat näyttävät, että tavoittavat potilaiden kokemukset. Potilaiden arkikieliset kuvaukset saavat haastattelijoiden vuoroissa agendassa relevantit merkitykset. Tällä tavoin formulaatiot kertovat potilaalle, miten haastattelijä potilaan puhetta kuuntelee eli implikoivat, minkälaista päättelyä haastattelijä noudattaa; muutos suhteessa toisiin kertoo haastattelijalle, että potilaan sisäinen kuva muista on muuttunut. Parantunut keskittymiskyky merkitsee kehittynyttä kykyä käyttää mielen taitoja. Palautteen antava formulaatio ei ole välttämätön, haastattelijahan on jo sitä ennen responssipartikkeleilla väittänyt ymmärtäneensä potilaan puheen sisällön. Haastattelijä näyttää, että pystyy samaistumaan potilaan kuvaamaan kokemukseen ja ymmärtää, mistä kokemus kertoo. Näiden toimintojen voi ajatella erityisesti tuottavan yhteisymmärrystä, sillä potilaan kokemus tulee näkyväksi, se ”rekisteröidään”. Selitystä tarjoavalla formulaatiolla haastattelijat poikkeavat täydestä neutraaliudesta, sillä haastattelijat ilmentävät asiantuntevaa ymmärrystään johtopäätöksissään.

Ymmärrystä käsittelevien ja selitystä tarjoavien formulaatioiden lisäksi aineistossa on tapauksia, joissa haastattelijä käsittelee potilaan tilannetta oirekategorioista käsin. Oireorientoitunut formulaatio korostaa haastattelijan asiantuntijuutta ja haastattelun diagnosoivaa tehtävää. Seuraavassa esimerkissä eräs potilas puhuu alttiudestaan tehdä paljon töitä. Aihe on ollut aiemmissakin haastatteluissa esillä. Nyt työpaikalle on tullut työajan seurantavelvoite. Työajan kirjaaminen on konkretisoitunut sen, että hän ei itse ole aiemmin huomannut tekevänsä ylitöitä. Rivin 1 alussa oleva ”se” viittaa työajan seurantaan.

(8) [lyhyt psykodynaaminen, 2 vuotta]

- 1 PO: se on ollu aikahh aika tota hyvä koska (.) >mä esimerkiks tulin< (0.5) tän
- 2 (.) vuoden (.) alussa >niinku< (.) jo vappuun menness tehneeks yhden
- 3 kuukauden ylitöitä. .hh ja silti must koko aika tunti >tuntu et mä en tee
- 4 niin[ku< et mä en saa mitää aikaa [°siltikää°,

puheen ymmärtäneet ja mitä he merkitsevät muistiin – mitä potilaan kuvauksesta voi päätellä (Grossen & Apothéloz 1996, 105-6, 125). Diagnostisen arviointitehtävän kannalta oleellista on, että haastattelija osoittaa, että hänen ymmärryksensä perustuu potilaan kuvaukseen. Haastattelijan arviointiin käyttämä tieto on potilaalta peräisin ja potilaalla on vuorovaikutuksessa mahdollisuus korjata tai täydentää haastattelijan ymmärrystä. Aineistossa potilaat usein reagoivat haastattelijoiden uudelleenmuotoiluihin korjaamalla tai täydentämällä niitä, joko lyhyellä (otteet 1, 4, 5) tai pidemmällä vastauksella (otteet 6 ja 8). Koko aineiston näkökulmasta näyttää siltä, että formulaatio on haastattelijan keino merkitä puheenaihe ymmärretyksi; pääsääntöisesti ne päättävät käsiteltävän aiheen.

Olen edellä kuvannut, että toistolla, ekstensiolla ja formulaatiolla haastattelijat selventävät puheensisältöä, ilmaisevat ja tarkistavat itselleen muodostunutta käsitystä potilaan puheesta. Ne siis käsittelevät jollain tavalla olemassa olevaa yhteisymmärrystä. Jatkokysymyksillä haastattelijat puolestaan hankkivat täsmentävää tai tarkentavaa tietoa, jota he arviointitehtävää varten tarvitsevat.

4.1.2 Jatkokysymykset: haku- ja vaihtoehtokysymykset

Helsingin Psykoterapiaprojektin seurantahaastatteluissa jatkokysymykset ovat haastattelijoiden kysymysvuoroja, joita ei ole ohjeistettu haastatteluohjeistuksessa. Jatkokysymyksillä haastattelijat valitsevat osan potilaan vastauksesta tarkemmin käsiteltäväksi ja tällä tavoin näyttävät, että käsiteltävä asia on tärkeä ja että haastattelija tarvitsee siitä lisää tietoa (kts. myös Rogers 2001, 26). Kysymyksen muotoilulla haastattelija näyttää, minkälainen tuo tarve on (Halonen 2002, 40-41, Raevaara 1993, 66-67). Seurantahaastatteluissa jatkokysymykset tekevät kahta eri tehtävää. Niillä haastattelijat joko pyytävät potilasta täydentämään vastaustaan haastattelijan näkökulmasta puuttuvalla elementillä tai tarkistuttavat haastatteli-

jalle muodostunutta esioletusta tai käsitystä. Lisäkuvausta kutsutaan esiin *hakukysymyksillä*, jotka alkavat kysymyspronomeilla *mitä, miten, millainen* tms. *Vaihtoehtokysymys* kantaa aina mukanaan haastattelijan esioletusta käsiteltävästä asiasta. Kysymysmuoto perustuu liitepartikkeliin -ko tai -kö.

Hakukysymykset, joita haastattelijat käyttävät, eivät implikoi niinkään ymmärtämisvaikeutta, vaan sitä, että potilaan vastauksesta puuttuu jokin ymmärtämisen tai arvioimisen kannalta tarpeellinen tieto (Halonen 2002). Ne suuntaavat potilaan kuvausta haastattelijan tarvitsemaan suuntaan. Hakukysymyksillä he pyytävät täsmennystä (*Mitä oireita tarkoitat? Minkälaisii pelkoja siihen liittyy?*), vaihtavat potilaan kuvauksen näkökulmaa (*Miten tää sit näkyy teiän arjessa?Miltä tää on susta tuntunu että äiti vanhenee?*) tai kutsuvat esiin potilaan arvioita käsiteltävästä aiheesta (*Miten paljon tää on nyt vuoden aikana vaikuttanu? Miten tyytyväinen olet avioliittoosi?*). Alla oleva ote (9) kuvaa viimeksi mainittua kysymistoimintaa. Siinä eräs potilas puhuu jännittämisiongelmansa muuttumisesta. Hän on edellä todennut, että on tullut rohkeammaksi sosiaalisissa tilanteissa, eikä jännittäminen ole enää yhtä kahlitsevaa kuin ennen.

(9) [lyhyt psykodynaaminen, 2 vuotta]

1 PO: >(sit) mä pystyn niinku< elään f sen ((jännityksen)) k(h)anss(h)a, E

2 (.)

3 HA: joo,

4 (0.3)

5 PO: .hh [kuitenki]

6 HA: [missä määrin se (.) se on edelleen sitten ongelma tai häiritsee

7 [sua

8 PO: [niin. >no sielä< .h (.) mä huomasi sielä hh ((nimi))kurssilla syksyllä

9 .hh et alussa mä jännitin, (0.5) sitä ei kukaa muu.hh (0.3) Eei

10 varmaan huomannut E (.) E mut mä ite tunnisti sen? E...

Potilas toteaa, että jännittäminen ei ole kokonaan poistunut, mutta että hän pystyy elämään sen kanssa (r. 1). Puheesta on luettavissa, että ongelma on olemassa, mutta ei yhtä hallitsevassa muodossa kuin aiemmin.

Haastattelija pyytää potilasta arvioimaan jännittämisen häiritsevyyttä (r. 6). Haastattelija on kiinnostunut siitä, millä tavoin potilaan elämää hankaloittanut reagoitintapa on seuranta-ajan varrella muuttunut.

Haastattelijoiden hakukysymykset perustuvat haastattelijan jonkinlaiseen oletukseen. Kysymys kertoo potilaalle, että haastattelija käsittelee potilaan vastausta vielä keskeneräisenä ja että haastattelijan kysymys tarkastelee potilaan psyykkisen voimien arvioimisen kannalta tärkeää asiaa. Vuoro on muotoiltu siten, että se ei kyseenalaista potilaan kuvausta, mikä erottaa hakukysymykset luvussa 5 käsiteltävistä konfrontoivista kysymyksistä.

Vaihtoehtokysymykset eroavat hakukysymyksistä siten, että niihin sisältyy aina jonkinlainen ehdokasvastaus eli oletus tai tulkinta (Halonen 2002, 57-61, 67-69, Arminen 2005). Ne ovat hakukysymyksiä rajatumpia kysymyksiä ja suuntaavat potilaan puhetta selvemmin. Ymmärrystä tarjoavan osion perusteella vaihtoehtokysymykset toimivat samoin kuin formulaatiot. Vaihtoehtokysymyksillä haastattelijat tarkistavat ymmärryksensä potilaan puheesta, esimerkiksi puheen yksityiskohdasta tai kokemuksen laadusta. Seuraavassa esimerkissä (10) eräs potilas puhuu minäkäsityksestään ja siitä, millä tavoin syöminen ja siitä seuraava painon vaihtelu vaikuttaa hänen itsetuntoonsa. Vaihtoehtokysymys näkyy riveillä 7-8.

(10) [pitkä psykodynaaminen, 3 vuotta]

1 PO: tavallaan niinkun vois (0.6) sanoo et ois niinku >jo aika paljonki<
2 tyytyväinen,=

3 HA: =m.=

4 PO: =.hh [hh et tse on mulle >semmonen.<

5 HA: [°m,°

6 (0.3)

7 HA: °.joo° (.) >°onks nii° että tämän< (0.3) nf (0.4) >kuluneen vuoden

8 aikana nyt on enemmän tullu tää< (0.3) >syömis,<

9 PO: joo [se on tullu joo >ja se on< siin on semmosii jkävii

10 HA: [puoli esille (-)

11 PO: piirteit justiaa että (0.7) >niinku< m m mitä...

Haastattelija esittää vaihtoehtoiseksi muotoillun jatkokysymyksen (r. 7-8, 10), jossa hän tarjoaa vahvistettavaksi oletustaan, että syömiseen liittyvät ilmiöt ovat nyt vahvempia kuin aikaisemmin.

Haastattelijat esittävät potilaille myös vaihtoehtokysymyksiä, joissa ymmärrystarjous sisältää mahdollisia selityksiä potilaan kuvaamalle asialle. Selitystä tarjoavalla vaihtoehtokysymyksellä haastattelija tarjoaa potilaalle sellaista ”luentaa” potilaan käsittelemästä aiheesta, jota potilas ei itse ole ottanut esiin. Palaan takaisin otteeseen 1. Selitystä tarjoava vaihtoehtokysymys on riveillä 75-80.

(1) [psykoanalyysi, 7 kk] vaihtoehtokysymys

66 PO: ja jos niin ei käykkään ni sitte se on niinku, hhh (1.0) et se o yks tilanne

67 mis mulle tulee helposti kauheen niinku epätoivoiset ajatukset.

68 HA: mm,

69 (0.5)

70 HA: jos ei semmosta hyväksyntää (0.2) ja,

71 PO: nii:nh,

72 HA: arvostusta tule,

73 PO: niinh.

74 (3.0)

75 HA: öö onko jotenki sillä tavalla että: (.) et tässä puolisosi on jotenki

76 erityisen kriittisesti (.) suhtautunut (.) sinuun, ja jollaki lailla niinku

77 huomautellut tai, (0.7) ottanut esille tätä >esimerkiks tätä paino

78 kysymystä<tai muuten, (.) vai (0.2) onko se enemmän niin että

79 sinä niinku ajattelet hänen (.) ajattelevan kriittisesti vai niinku mistä

80 se jo- (.) o kyse

81 PO: no sillee niinku että on se joitai kertoja niinku sanonu tai joitai kertoja että,

82 >mites se nyt on< ...

Potilas on kuvannut edellä (ei otteessa näkyvissä) tilannetta, jossa hänelle tulee epätoivoisia ajatuksia. Haastattelijan selitystä tarjoava vaihtoehtokysymys kutsuu potilasta tarkastelemaan ongelmalliseksi kokemaansa tilannetta lähemmin. Haastattelija käsittelee eksplisiittisesti kahta erilaista tulkintaa ongelmallisesta tilanteesta (r. 75 ”onko [...] puolisosi [...] erityisen kriittisesti suhtautunut”; r. 78, ”vai onko se enemmänki niin että sinä niinku ajattelet hänen...”). Haastattelijan varovaisesti muotoilemat

ehdokasvastaukset suuntaavat potilaan puhetta. Haastattelija kuitenkin liittää vaihtoehtokysymyksensä loppuun hakukysymyksen (r. 79 ”vai niinku mistä se jo- (.) o kyse”), jolla hän kutsuu potilasta kertomaan oman näkemyksensä.

Näytän vielä toisen otteen. Siinä eräs potilas käsittelee itsessään tapahtunutta muutosta. Potilas kertoo, että vointi on hyvä ja että hän on lopettanut tupakoimisen (ei aineisto-otteessa). Ote alkaa kohdasta, jossa potilas kuvaa tupakoinnin lopettamisen merkitystä.

(11) [pitkä psykodynaaminen, 1 vuosi]

- 1 PO: mt o p_äiviä et (.) et (.) kertak_aikkiaan päivä on menny _ohitte ja .hhh @se
 2 olikin vain yksi tupakka tän_aää@ ja se on jotenki >semmonen< saavutus
 3 aina i[t]elle,
 4 HA: [>ni< °joo° (.) °joo,°
 5 (.)
 6 PO: et osaa olla niinku tyytyväinen,=
 7 HA: =m:. (.) m, (0.3) °joo_h,° (.) .thh näetkö että >see< (.) niinkun .hhh on
 8 jotenkin yhteydessä tai liittyy >tämmöseen< muuhun muutokseen
 9 mitääh (.) sinussa on tapahtunuh tähän (.) .hh >just< kerroit tästä
 10 mitenkä ihmisten parissa jah (0.3) tässä omassa mielialassa että (.)
 11 >mitenkä itse tän tupakoinnin olet k_okenu,< .h[h
 12 PO: [n:: no tupakointi
 13 niinku myh (0.3) kyllä mäkin >oon tapatu-< (.) tupakoitsija et siitä on
 14 vaikee päästä eroon >mut et< (.) onhan se ollu mulle semmonen (.) että
 15 kun .hhhh k_un h_ermostuttaa niin se (.) huomaa et polttaa ...

Potilas käsittelee tupakoinnin lopettamista saavutuksena. Haastattelija tarjoaa vaihtoehtokysymyksessään potilaalle tulkintaa, että tupakan polton lopettaminen on yhteydessä myönteiseen muutokseen, joka potilaassa on tapahtunut (r. 7-9). Kysymys alkaa verbillä ”näetkö” (r. 7), mistä on mahdollista tulkita, että haastattelija itse näkee asioiden (hyvän voinnin ja tupakoinnin lopettamisen) välillä yhteyden ja tarkistaa, kokeeko (näkeekö) potilas itse asian samalla tavalla.

Selitystä tarjoavat vaihtoehtokysymykset ovat välineitä, joilla haastattelijat epäsuorasti antavat potilaan kokemukselle merkityksen, joka ei

ole ollut läsnä potilaan puheessa. Kysymykset tarjoavat selitysvaihtoehtoja potilaan kokemukselle. Tällä tavoin vaihtoehtokysymykset toimivat formulaatioiden kanssa samansuuntaisesti (Grossen & Apothéoz 1996, 125). Selitystä tarjoavien vaihtoehtokysymysten käyttäminen lienee yleistä myös erilaisissa institutionaalisissa vuorovaikutustilanteissa, joissa kysymyksen esittäjän tehtävä on ohjata tai neuvoa (Kts. esim. Vehviläinen 1999, 231-234); esimerkiksi myös tämän väitöskirjatyön ohjaajat käyttävät sitä työn ohjaamiseen. Vaihtoehtokysymyksessä puhuja epäsuorasti näyttää, että tunnistaa käsiteltävän asian ja näkee siinä jotain, mitä puheen vastaanottaja ei ole käsitellyt. Se, mitä toimintoa kantavana vuorona vastaanottaja tällaista vaihtoehtokysymystä käsittelee, näkyy siinä, miten hän vastaa vuoroon.

Vaihtoehtokysymysten alaluokka ovat vaihtoehtokysymyksen muotoiset kysymykset, joilla haastattelijat voivat ”tyhjentää” käsiteltävän aiheen (Kts. myös ote 1 rivit 13, 15-18): *Onko tässä vielä muita puolia joita ei ole tullut esille? Oisko tässä vielä jotain muuta?* Tyhjentävissä kysymyksissä he rakentavat paikan sellaisille teemoille, joita ei ole vielä käsitelty ja joista heillä ei ole tietoa.

4.1.3 Agendakysymyksen uudistavat vuorot

Luvussa 3 totesin, että haastattelijoiden agendakysymykset kutsuvat potilaita kertomaan laajoista, abstrakteista ja yleisistä aiheista. Haastattelun aloituskysymys on teemaltaan väljin. Siinä potilasta pyydetään kertomaan voinnistaan ja elämäntilanteestaan. Aiheen epätäsmällisyys voi toistua myös potilaan vastauksessa. Potilas voi puhua laajastakin, mutta eri asioista mitä haastattelija on pyytänyt. Tilanteissa, joissa potilaiden vastaukset eivät ole riittävän informatiivisia haastattelijan arviointitarpeeseen nähden, haastattelijat muotoilevat kolmannessa positiossa agendakysymyksen uudelleen (Kts. myös Kernberg 1984, 32). Seuraava ote (12) on esimerkki uudistetusta agendakysymyksestä. Haastattelun alussa

haastattelija pyytää, että potilas kertoisi elämäntilanteestaan ja voinnistaan:

(12a) [lyhyt psykodynaaminen, 7 kk]

- 1 HA: >noni,< joooh ja tota ahh .hhh (0.3) lähetään heti ihan et miten tää
- 2 vointi on nyt ollu ja mitä muutoksia siinä on ollu
- 3 [ja mitä elämänmuutoksia
- 4 PO: [.mthhh hää nohh tota hh ...

Potilas kuvaa vastauksessaan eri asioita kuin vointia. Hän keskittyy pohtimaan terapian merkitystä itselleen (vuoron 12b loppu r. 1-2). Agendakysymyksen uudelleen muotoilu on riveillä 4-6.

(12b) [lyhyt psykodynaaminen, 7 kk]

- 1 PO: mutta >kaiken< kaikkiaan niin musta tuntuu että hh mulla ois voinu
- 2 mennä vieläki huonommin jos mulla ei ois ollu tätä (.) tuki pis^otettä.^o
- 3 ((terapiaa)) (0.3)
- 4 HA: .mthhhh nji joo hhh että se vointi on hh on (>oisko se<) voisit sä
- 5 kertoa jotain tarkemmin vähän siitä ja että (0.5) .mthh mitenh miten
- 6 se nyt sit tällä hetkellä suurin piirtein on [tämä (.) tilanne
- 7 PO: [>öh no< (0.4) noh nyt mä
- 8 oon taas aina aina sit ku tota ...

Haastattelija aloittaa vuoron, joka näyttää johtopäätöksen esittävältä formulaatiolta (r. 4 alku). Hän ei vie formulaatiota loppuun, vaan muuttaa vuoronsa ensin vaihtoehtokysymykseksi (r. 4 ”oisko se”). Hän päätyy muuntamaan vuoronsa kysymyksen uudistavaksi vuoroksi, jossa pyytää potilasta kertomaan tarkemmin voinnistaan ja tilanteestaan.

Agendakysymyksen uudistavat kysymysvuorot käsittelevät potilaan vastausta epäymmärrettävänä tai keskeneräisenä. Potilas on voinut ymmärtää kysymyksen väärin tai hänen vastauksensa on siinä määrin hajanainen tai epäselvä, että haastattelija ei saa tarvitsemaansa tietoa. Kysymyksen uudistaminen nostaa esiin puolistrukturoidun haastatteluformaan lähtökohtaiseen asetelmaan sisältyvän ristiriidan, ja haastattelijat ratkovat vuoroissaan tätä ristiriitaa. Toisaalta potilasta pyydetään puhu-

maan mahdollisimman paljon ja vapaasti, toisaalta haastattelijat tarvitsevat vastauksia, jotka ovat riittävän yksityiskohtaisia. (Mazeland & ten Have 1998 [1996].)

4.2 Yhteenveto

Tässä luvussa olen analysoinut haastattelusekvenssin kolmanteen positiioon sijoittuvia haastattelijoiden vuoroja. Näitä vuoroja varten haastattelijoilta ei ole ohjeistusta. Ne ovat strukturoimattomia eli haastattelijoiden ”omia vuoroja”. Luvussa näytin, että vuorot ovat tärkeitä haastattelun toteuttamisen keinoja, sillä niillä haastattelijat tekevät potilaiden puhetta ymmärrettäväksi ja riittäväksi.

Kolmannen position vuorot ovat jaetun ymmärryksen hankkimisen välineitä. Toistolla, ekstensioilla ja formulaatioilla haastattelijat kohdentavat potilaiden puhetta, suuntaavat aihetta ja käsittelevät potilaiden kuvaamien kokemusten ja asioiden subjektiivisia merkityksiä. Jatkokysymysvuoroilla haastattelijat hankkivat lisätietoa, tarkennuksia potilaiden kuvauksiin. Hakukysymyksillä (kuten *mitä, miten, missä* -alkuisilla kysymyksillä) he hankkivat materiaalia, joka potilaan vastauksesta puuttuu. Vaihtoehtokysymykset (esim. ”Onko niin että...”) suuntaavat potilaan puhetta selvästi ja ovat hakukysymyksiä rajatumpia.

Ekstensiot ja formulaatiot ovat vahvoja haastattelun toteuttamisen keinoja. Niillä haastattelijat näyttävät, miten ovat potilaiden puheen, juuri edeltävän (ekstensio) tai laajemman kokonaisuuden (formulaatio), ymmärtäneet. Ekstensioilla haastattelijat suuntaavat potilaan puhetta tämän subjektiiviseen näkökulman esiin tuomiseen. Formuloivissa vuoroissaan haastattelijat yhdessä potilaan kanssa ikään kuin neuvottelevat potilaan puheen merkityksestä, tuottavat jaettua ymmärrystä. Siitä, että haastattelijat käyttävät näitä vuorovaikutuksen keinoja varsin taajaan, voi päätellä, että mielensisäisen maailma kuvaukset eivät aina siirry tutkimusaineistoksi sellaisenaan. Niiden merkityksiä täytyy työstää yhdessä. Monissa

tilanteissa formulaatio–vahvistus vieruspari päättää edellä käsitellyn puheenaiheen. Ne ovat siis tehokkaita jaetun ymmärryksen rakentamisen keinoja.

Potilaiden kuvauksia käsittelevissä vuoroissaan haastattelijat voivat myös vaikuttaa vuorovaikutuksen luonteeseen. He voivat näyttää omaa asiantuntevaa ymmärrystään, käyttää ammattisanastosta peräisin olevia ilmauksia. Tällöin vuoroista voi olla luettavissa haastattelijan palaute potilaan tilanteesta. Niillä voidaan ilmaista myös empaattista ymmärtämistä (esim. ”*et se on sulle kauheen tärkeä tunne että susta pidetään*”). Tällöin vuorossa ei korostu vain se, että haastattelijalla on tavoittanut potilaan kuvauksen merkityksen, vaan myös se, että haastattelijalla pystyy näkemään potilaan kuvauksen merkityksen potilaan näkökulmasta katsottuna. Kolmannen position käyttömahdollisuudet tekevätkin HPTP:n seurantahaastatteluista erityislaatuisia. Vuoroissa voivat ilmentyä toisaalta haastattelun psykiatrinen arviointitehtävä ja haastattelijan asiantuntijuus, toisaalta empaattisuus.

HPTP:n haastatteluohjeistuksessa todetaan, että haastattelijoiden tulisi välttää lisäkysymyksiä ja pyrkiä selviytymään kehottamalla potilasta kertomaan lisää. Kolmannen position analyysin perusteella voi todeta, että HPTP:n seurantahaastatteluissa haastattelijat kuitenkin tarvitsevat monia erilaisia käytänteitä, joilla he tekevät potilaiden kuvauksista ja kuvausten subjektiivisista merkityksistä yhteisesti jaettuja, ymmärrettyjä ja siten myös arvioitavissa olevia. Ne ovat välttämättömiä vuoroja seurantahaastattelun toteuttamisessa.

Käsillä olevassa luvussa olen tarkastellut haastattelijoiden kolmannen position vuoroja keskusteluninstituution näkökulmasta. Esittämäni luokittelu (toisto, ekstensio, formulaatio ja erilaiset jatkokysymykset) näyttää keskustelunanalyttisen, keskusteluninstituutioon nojautuvan luennan haastattelijoiden toiminnasta HPTP:n seurantahaastatteluissa. Seuraavassa luvussa käsitelen edelleen haastattelusekvenssin kolmatta positiota, mutta tarkastelen sitä psykoterapiasta nousevilla käsitteillä.

5 ONGELMISTA PUHUTTAMISEN KEINOT

Tässä luvussa käsittelen edelleen vuoroja, joilla haastattelijat ottavat potilaiden kerrontaa vastaan (kolmannen position vuorot). Edellisessä luvussa (luku 4) tarkastelin vuoroja keskustelunanalyttisestä, keskustelun instituution näkökulmasta. Tässä luvussa tarkastelen keskustelunanalyysin tuloksia psykoterapian prosessitutkimuksen viitekehystä käsin. Kahden erilaisen tulkinnallisen näkökulman yhdistämällä aineiston analyysiin pyrin nimeämään aiempaa tarkemmin, mitä psykoterapeuttisia ominaisuuksia HPTP:n seuranta-haastatteluiden vuorovaikutuksessa ilmenee. Luvun tavoitteena on myös kuvata, minkälaisia tuloksia psykoterapian teoreettisilla käsitteillä rikastettu keskustelunanalyysi voi tuottaa. Siten luvulla on myös psykoterapian prosessitutkimuksen metodologisia mahdollisuuksia esittelevä tehtävä.

Luvun aluksi kuvaan psykoterapeuttisia vuorovaikutustekniikoita, joilla haastattelijat hankkivat tietoa potilaan persoonallisuusorganisaation arviointia (LPO) varten. Luvun loppupuolella tarkastelen tilanteita, joissa potilaat puhuvat itselleen ongelmallisista asioista ja kokemuksista.

5.1 Diagnostisen piiloagendan ilmeneminen haastatteluissa

Tässä aluvussa analysoin vuorovaikutuskäytänteitä, joilla haastattelijat HPTP:n seuranta-haastatteluissa hankkivat materiaalia potilaan psykodynaamisesta häiriötasosta (arviointiasteikko LPO, Level of Personality Organization). LPO:n lisäksi persoonallisuutta HPTP:ssä arvioitiin vuorovaikutussuhteiden laadun asteikolla (QORS) ja kolmella kyselymenetelmällä.²³ (Knekt & Lindfors 2004, 24, 26.)

Kuten luvussa 3 selostin, psykodynaamisen häiriötason arvioimisessa vuorovaikutuksen tietovaranto pohjautuu Otto Kernbergin strukturaaliseen haastatteluun (Kernberg 1981, 1996). Strukturaalisen haastattelun mallista on HPTP:ssä tuotettu 7-portainen arviointiasteikko, joka ulottuu normaalista psykoottistasoiseen häiriöön. Kaikkien HPTP:hen osallistuneiden potilaiden keskiarvo oli 4.18. Se asettuu oireellisen neuroosin (taso 3) ja korkeatasoisen rajatilahäiriön (taso 5) väliin. (Knekt & Lindfors 2004, 87, 108-109).

Psykodynaamisen häiriötason arvioimiseksi haastattelijat tarvitsevat tietoa potilaan identiteetin yhteneväisyydestä, defenssimekanismien käytöstä ja todellisuudentajun luonteesta. Haastattelijat tarkkailevat koko ajan, miten nämä potilaan persoonallisuuden rakenteelliset ominaisuudet ilmentyvät potilaan puheessa. Persoonallisuusorganisaation arviointitehtävä ei ole jatkuvasti näkyvissä haastattelijoiden toiminnassa. Arviointitehtävä ilmenee tilanteissa, joissa haastattelijat toimivat tavanomaisesta haastattelutavasta poiketen ja konfrontoivat tai esittävät tulkintoja. Kon-

²³ *QORS, Quality of Object Relations Scale*, (Azim ym. 1991, ks. myös Lindfors 2003). *Kyselyt ovat puolustusmekanismikysely DSQ (Defense Style Questionnaire, Andrews et al. 1989), SASB-minäkuva kysely (Structural Aspects of Social Behavior, Benjamin 1996) ja IIP - ihmissuhdeongelmien kysely (Inventory of Interpersonal Problems, Horowitz ym. 1988).*

frontaation ja tulkinnan lisäksi haastattelijat käyttävät persoonallisuuden arvioinnissa tekniikkana klarifikaatiota eli selventämistä. Klarifikaatio, konfrontaatio ja tulkinta ovat psykoanalyysissä käytettäviä vuorovaikutustekniikoita (Greenson 1967). Seurantahaastatteluissa haastattelijat käyttävät niitä sellaisissa haastattelutilanteissa, joissa potilaan itseensä, ihmissuhteisiinsa ja ongelmiinsa liittyvissä kuvauksissa on kuultavissa epäjohdonmukaisuutta, ristiriitaa tai ongelmallisuutta. Tällaisista kuvauksista haastattelijan on mahdollista psykodynaamista persoonallisuusteoriaa apuna käyttäen tehdä päätelmiä potilaan persoonallisuuden rakenteista. (Kernberg 1984, 8-9.)

Klarifikaatio, konfrontaatio ja tulkinta toteutetaan yhdistelemällä arkikeskustelussa käytössä olevia jaetun ymmärryksen rakentamisen keinoja. Klarifikaatio, konfrontaatio ja tulkinta ovat kuitenkin psykoterapeuttisia väliintuloja, interventioita, ja niiden tehtävä ylittää jaetun ymmärtämisen rakentamisen. Oheinen taulukko kuvaa jaetun ymmärryksen rakentamisen ja psykoterapeuttisten interventioiden välistä suhdetta.

Taulukko 1. *Interventioiden toteuttamisen käytänteet*

Väliintulo	Arkikeskustelun vuorovaikutuksen keino
Klarifikaatio	-kehotus kertoa lisää (ohjeistettu 3. positio) tai -hakukysymys tai -vaihtoehtokysymys
Konfrontaatio	-ekstensio ja selitystä tarjoava vaihtoehtokysymys tai -formulaatio ja hakukysymys ja/tai selitystä tarjoava vaihtoehtokysymys
Tulkinta	-selitystä tarjoava vaihtoehtokysymys tai -formulaatio ja selonteko

Se, miten paljon ja miten tiiviisti HPTP:n psykodynaamisen haastattelun tekniikoita esiintyy, riippuu siitä, mitä ja miten potilas puhuu. Tar kastelen tässä alaluvussa, millä tavoin seuranta-ajan haastatteluissa arviointitehtävä LPO (Level of Personality Organisation) nousee vuorovaikutuksessa esiin ja miten se vaikuttaa haastattelun kulkuun.

5.1.1 Klarifikaatio, konfrontaatio ja tulkinta

HPTP:n psykodynaaminen haastattelu on muunnos strukturaalisesta haastattelusta. Vuorovaikutuksessa ilmentyviä eroja strukturaalisen haastattelun ja persoonallisuusorganisaation (LPO) arviointiin tähtäävän haastattelun välillä on se, että seuranta-aikahaastatteluissa haastattelijat eivät ota puheeksi haastattelijan ja potilaan välistä vuorovaikutuksen laatua eivätkä eksplikoi huomioita, joita he tekevät siitä, miten potilas suhtautuu tai reagoi haastattelijan esille ottamiin asioihin. He eivät käsittele transfere nsin avulla tavoittamaansa tietoa, mikä strukturaalisessa haastattelussa on osa tiedonkeruuta. (Kernberg 1984.)

Selkein samankaltaisuus strukturaalisen haastattelun ja seuranta-aikahastatteluiden välillä on haastattelijoiden konfrontoivat vuorot. Omassa aineistossani konfrontoivia vuoroja on eniten 7 kuukauden ja yhden vuoden seuranta-aikahastatteluissa, kun taas kolmen ja viiden vuoden seuranta-aikahastatteluissa ei esiinny konfrontaatioita eikä tulkintaa. Tuloksin esittäviä vuoroja on koko aineistossa vähiten ja ne sijoittuvat vuoden ja kahden vuoden seuranta-aikahastatteluiden loppupuolille. Klarifioivia, selventäviä vuoroja on kaikkialla aineistossa. Käsitellen niitä seuraavaksi. Klarifikaatio on Kernbergin mukaan (1984, 8) ensimmäinen askel potilaan mielen rakenteiden aktivoimiseksi ja diagnosoimiseksi.

*Klarifikaatio*²⁴ tarkoittaa yksinkertaisesti kysymystä, jolla haastattelijajä pyytää potilasta selventämään puhetta, jossa potilas on käsitellyt on-

²⁴ Engl. *clarification* = *selvennys, selventäminen*

gelmallista asiaa. Haastattelija ei kyseenalaista sitä, mitä potilas on sanonut, vaan tekee vuorovaikutuksen paikan, jossa potilaan on odotuksenmukaista käsitellä aihetta laajemmin ja täsmällisemmin (Kernberg 1984, 8).

Klarifikaatio toteutetaan jatkokysymyksillä ja kehotuksella kertoa lisää (mikä on haastatteluohjeistuksessa ohjeistettu tapa pyytää lisää tietoa, kts. liite 2). Näillä käytänteillä haastattelija tekee relevantiksi sen, että potilas kuvaa enemmän ja tarkemmin. Periaatteessa siis jokainen jatkokysymys toimii klarifikaationa. Esimerkiksi seuraavat hakukysymykset ovat klarifikaatiota: *Minkälaisii pelkoja siihen liittyy? Miltä tää on susta tuntunu että äiti vanhenee? Miten tyytyväinen olet avioliittoosi?* Jokainen näistä jatkokysymyksistä kutsuu potilasta puhumaan asiasta, joka on potilaan puheessa näyttäytynyt ongelmallisena tai merkittävänä.

Katsotaan kehotuksella tuotetuista klarifikaatiosta esimerkkejä. Ne ovat erään potilaan ensimmäisestä (7 kk) seurantahaastattelusta. Ote 1 on tilanteesta, jossa potilas on vastatessaan haastattelijan aloituskysymyksen kertonut, että hän kokee masennuksen loppuneen. Hän jatkaa, että masennuksen tilalle on kuitenkin tullut ärtyneisyys. Ärtyneisyys häiritsee häntä. ”Se”, ”se sitä” rivin 1 alussa viittaa ärtyneisyyteen.

(1) [pitkä psykodynaaminen, 7kk]

- 1 PO: >et se< se sitä nyt on ollu koko aika mut että .hh >mun mielest se on
- 2 niinku< entiseste (0.3) entisestään kasvanu
- 3 HA: myhy,=
- 4 PO: =ehkä just sen takii että (1.7) että kun kuitenkin joutuu toimimaan että et
- 5 joku siellä sitte (0.3) ei haluaiskaa toimia,=
- 6 HA: =m:. (0.2) >kertositko vähän siitä et millä tavalla se< (.) ilmenee tää (.)
- 7 ärtynei>syys,<=
- 8 PO: =myhy hh no se on >semmosena< (1.0) mä huomaan sen parhaiten (0.5)
- 9 niinku ((nimi))kanssa että se koh- kohdistuu nimenomaan ((nimi)) aina
- 10 että,=

Myöhemmässä vaiheessa potilas puhuu ihmissuhteistaan. Hän kokee, että monien ihmisten kanssa hänen on vaikea löytää tapa olla kontaktissa. Klarifikaatio on riveillä 10-11, 14.

(2) [pitkä psykodynaaminen, 7kk]

- 1 PO: mut et joten- (.) jotenki (>mä oon<) (0.8) em mä nyt tiedä,
 2 (0.3)
 3 HA: m,=
 4 PO: =>ku must tuntuu et mä en niinku sa-< ettei oo semmost
 5 vuorovaiku[tusta, (.) .nhh
 6 HA: ni (.) myhy, (.)mth (0.3) koskeeko tämä niinku >jhan kaikkia<
 7 (0.3) ystäviäsi tämmöneh tunne ettei oo semmost >jotakin<[(-)
 8 PO: [ky:l se
 9 niinku lähes tul[koon,
 10 HA: [joo. (.) joo .h m: >voisitko sitä<(.) pikkasen
 11 tarkemmin kuvata että (.) niinku mistä se semmonen tunne tulee tai
 12 (1.4)
 13 PO: no emmä [tiedä tuleeko se niinku (0.5)] omasta itsestään
 14 HA: [(>mitenkä sen ymmärrät,<) (0.3) ni.
 15 PO: siitä omasta semmosesta,=
 16 HA: =>ettei ole< (.) niinkun< (0.5) vuorovaiku[tusta
 17 PO: [nji nii

Otteessa 1 potilas sanoo, että ärtyneisyys kasvaa, koska hän joutuu toimimaan, vaikka osa hänestä ei haluaisi toimia. Selventämällä ärtyneisyyden ilmenemistä haastattelijalla on mahdollisuus tutkia, missä määrin potilas on tietoinen omaan käyttäytymiseensä vaikuttavista tekijöistä, mitä asioita hän pitää keskeisinä ja miten hän niitä käsittelee. Myös mielialahäiriöön, masennukseen voi liittyä ärtyneisyyttä. Se voi esimerkiksi olla sidoksissa mielihyvän menetykseen, mikä on tyypillinen masennuksen diagnostinen oire (Isometsä 1999, 120) mutta myös psykodynaamisesta näkökulmasta katsottuna minää heikentävä tilanne (Vuorinen 1997, 56-62). Haastattelija käyttää kysymyksessään verbiä ilmetä, mikä kutsuu potilasta laajaan itsereflektiiviseen kuvaukseen. Otteessa 2 potilas kuvaillee kokemuksiaan vuorovaikutustilanteista ystävä- ja tuttavapiirissä. Haastattelija pyytää potilasta kertomaan lisää. Yksi persoonallisuuden aspekti on henkilön sisäistynyt käsitys itsestä ja merkittävistä muista (henkilöistä); puhutaan egoidentiteetistä (kts. Kernberg 1996). Kokemus itsestä suhteessa itseän ja muihin vuorovaikutustilanteissa voi välittää tietoa henkilön egon toiminnasta. Ego puolestaan on persoonallisuuden

rakentumisessa ja toiminnassa keskeisellä sijalla. (Kernberg, mt.) Klarioivilla vuoroilla haastattelijat kutsuvat esiin potilaan subjektiivista kokemistapaa eli tapaa, jolla potilas suhtautuu kokemuksiinsa ja omiin toimintatapoihinsa ja sitä, miten hän ymmärtää ja jäsentää niitä.

Kernbergin mukaan (mt., 8) klarifikaatio on haastattelijan keino kutsua esiin tietoista ja esitietoista ainesta ilman, että haastattelija haastaa tai kyseenalaistaa potilasta. Klarifikaatio on ikään kuin ulommainen ovi, joka haastattelijan täytyy avata päästäkseen tarkastelemaan niitä rakenteita, joiden varassa mielen sisäinen toiminta lepää.

Konfrontaatio

Konfrontaatio tarkoittaa vuorovaikutuksellista toimintaa, jolla nostetaan tärkeitä ja ristiriitaisia asioita puheeksi ja mahdollisesti kyseenalaistetaan aiemmin puhuttu (lat. *confrontare* = asettaa esiin). Konfrontaatioon viitataan monissa eri psykoterapeuttisissa viitekehyksissä, mutta myös muissa vuorovaikutuksellisissa ohjaamis- ja auttamiskäytännöissä. Konfrontaation merkitys ja funktio määritellään tarkemmin käytettävässä viitekehyksessä. Yleisesti jaettaneen myös määritelmä, että konfrontaatiolla tehdään interventioita, väliintuloja, eli ohjataan asiakkaan tai potilaan ajatusprosesseja agendan mukaisesti ja otetaan prosessit työskentelyn materiaaliksi.

Seurantahaastatteluissa haastattelija tekee klarifikaatiolla paikan ongelmallisten, epäjohdonmukaisten ja ristiriitaisten asioiden kuvaamiselle. Konfrontaatiolla hän sitten nostaa ongelmallisen asian vuorovaikutuksen keskiöön ja lähtee potilaan kanssa käsittelemään puheen epäjohdonmukaisuutta ja ristiriitaisuutta. (Kernberg 1984, 6-10.) Aina seurantahaastatteluissa klarifikaatioita ei seuraa konfrontaatio. Aineistossani haastattelijat konfrontoivat tilanteissa, joissa potilas on saman haastattelun aikana eri asiayhteyksissä palannut tiettyyn ongelmaan, ristiriitaan tai jännitteeseen. Konfrontaatio ei siis ole sattumanvaraista eikä kovin yleinenkään käytänte aineistossa. Psykodynamiikan arvioinnin kannalta informatiivista on tapa, jolla potilas vastaa haastattelijan konfrontaatioon. Potilaan

reagointi vaikuttaa myös siihen, kantaako konfrontaatio vain yhden haastattelijan vuoron vai pitääkö hän sitä yllä useammassa vuoroissaan.

Konfrontaatio on kahdesta osasta rakentuva vuorovaikutustekniikka. Yleisin konfrontoimisen tapa aineistossani on se, että ensin haastattelija ekstensiolla näyttää, miten potilaan kuvauksen ymmärtää ja mitä käsittelee tärkeänä asiana. Sitten hän tekee esiin nostetusta asiasta jatkokysymyksen (joko haku- tai vaihtoehtokysymysmuotoisen), jossa kutsuu potilasta tarkastelemaan esiin nostettua asiaa tietystä näkökulmasta. Käsitteelin seuraavan otteen alkua luvussa 4 ekstensioiden yhteydessä (ote 3). Haastattelijan kysymykseen tulevaisuuden toiveista potilas vastaa, että on muuttunut realistisemmaksi. Ennen hän on omien sanojensa mukaan ollut kaikesta innostunut ja optimistinen. Seurataan keskustelua tästä eteenpäin:

(3) [lyhyt psykodynaaminen, 1 vuosi]

- 1 PO: >et< (.) m >mä oon ollu aina< (.) aika sellanen .hh (°si si e°) optimistinen
 2 epärealistinen sellanen et kaikki on ollu hyvin ja kaikki on ollutkin hyvin ja
 3 on ollu tullu aina kaikenlaista jännää, .hh (0.4) nyt on joku semmonen (2.6)
 4 laskeutumine.
 5 (0.5)
 6 HA: ja nyt ei näitä (.) .hhmth tunnelmia sit tulevaisuuden suhtee olis.=
 7 PO: =nii että et no tällasena tää jatkuu ettei [-tää niinku
 8 HA: [joooh,
 9 PO: täst,< (1.0) tai e:mmä nää mitää niinku oleellist huononnusta (.) et ei
 10 varmaa mitää huonompaa oo tulossa, (.) mut emmä nää tätä myöskään
 11 >minään semmosena et onpa kiva .h vihdoinki >ei tässä oo enää< (0.3)
 12 myöskää sellasta et .hh niinku tosi ilosta odottavaa tunnelmaa,=
 13 HA: =jahah,
 14 (0.5)
 15 HA: mt no tarkottaaks tää sitä että .hh ei olis: >semmost niinku-
 16 kehittymis°täh,°
 17 (2.8)
 18 HA: >miten sä sen näkisit,< [nff hh
 19 PO: [emmä nää >sellasta,<
 20 (1.8)
 21 PO: voi olla et mä ihmisenä >jotenki< (0.8) kehityn (0.5) kyl mä nyt ehkä silläi
 20 voin ajatella .h voi olla et must tulee niinku parempi ihminen jotenki .h mut

21 tsamalla mä nään että (0.8) et must (-) et mä oon vähä väsyny (0.5) (0.5)
 22 ja että että: >laps ku on nyt o< tosiaan niinku >murrosiässä< .h et täs on
 23 nyt ainaki kaks vuotta > < semmost jatkuvaa pientä .hh >niinku< (.)
 24 peitsen taittamista jaa jaa .hh keskusteluu ja huutoo ja: taivasteluu ja .hh
 25 >ja sellasta et< (-) >mä nään tän vähän niinku semmosena niinku< (0.5)
 26 työnäh...

Haastattelija vastaa potilaan kuvaukseen ensin ekstensiolla (r. 6), joka suuntaa huomion optimististen tunnelmien puuttumiseen. Ekstensio toimii konfrontaatiota valmistelevana vuorona (vrt. Vehviläinen 2003). Potilas vastaa ekstensioon täsmentämällä kokemuksensa kuvausta. Hänen tunnelmansa tulevaisuuden suhteen eivät ole iloisen odottavia. Haastattelija reagoi dialogipartikkelilla ”jahah” (r. 13), jolla hän implikoi käsittelevänsä asiaa uutisarvoisena (Sorjonen 1999). Haastattelija jatkaa esittämällä vaihtoehtokysymyksen (r. 15 ”no tarkoittaako”), joka sisältää negaatiossa konditionaalimuotoisen formulaation (”ei olis - - kehittymistä”). Haastattelija kutsuu esiin potilaan omaa näkemystä itsestään ja sitä, minkälaisia syitä hän muutokselle näkee. Konfrontaation voima piilee vaihtoehtokysymykseen sisältyvässä ja negaatiossa esitetystä formulaatiossa. Ymmärrystarjous tuo esiin potilaan itsensä kannalta epäsuotuisaksi määriteltävän tilanteen, kehittymisen pysähtyneisyyden. Kehittymistä pidetään psyyken perusominaisuutena ja psykoterapiaa tuota kehittymistä tukevana, katalysoivana ja suotuisaan suuntaan ohjaavana toimintana. Haastattelijan kysymyksen voi nähdä kutsuvan esiin tietoa siitä, minkälaisena potilas itse kokee tilanteensa. Kernbergin (1984) mukaan psykodynamiikan tasosta kertoo se, missä määrin potilas tiedostaa ja kykenee erittelemään omaan psyykkiseen tilanteeseensa vaikuttavia tekijöitä ja minkälaisen merkityksen hän niille antaa. Haastattelija joutuu uudistamaan kysymyksensä (r. 18), sillä potilas ei heti ota vuoroa. Haastattelija pyytää potilasta kuvaamaan omaa näkemystään. Potilas vastaa pohtimalla omaa tilannettaan ja erittelemällä kokemuksensa syitä.

Samassa haastattelussa joitain minuitteja myöhemmin potilas palaa samaan aiheasetelmaan ja ottaa puheeksi yksinäisyyden. Hän toteaa, että

hän kaippaa ihmissuhdetta ja toivoo, että tulevaisuuteen kuuluisi seurustelusuhde. Ote alkaa kohdasta, jossa potilas sanoo toivovansa, että voisi käydä kumppaninsa kanssa erilaisissa tilaisuuksissa.

(4) [lyhyt psykodynaaminen, 1 vuosi]

- 1 PO: mulla on sellanen (.) kuvitelma et jos mulla ois sellanen >kumppani ni
 2 .hh< sit te aina lähtis mun kans niihin mihin muut ei lähde .h mut se voi
 3 tietyst olla et ei sit tsekää ei lähtis tai (-)=
 4 HA: =mut ois toive et jonkun kans[°]a[°](.)[°]vois liikkua,[°]
 5 PO: [niin siis >semmost< tekemistä ja sel[lasta
 6 HA: [.hh [m:, yhdessä
 7 PO: mene[°]mistä,[°]
 8 HA: teke[°]mistä nii,[°]
 9 PO: nii,
 10 (0.2)
 11 HA: .th no (.) oletko mjetty siitte että >mikä< (.) mahtaa olla esteenä
 12 °tai,[°] (.)
 13 PO: >anteeks mi[tä,<
 14 HA: [.hh et mikä mahtaa olla esteenä ettei tämä °toteudu,[°]
 15 (4.0)
 16 PO: no ensinnäki on varmaa ihan semmonen konkreettinen este että ei mulla
 17 mihinkää väliin mahdu mitään semmosta .hh (0.4) °e-° >eikä mulla oo<
 18 minkäänlaist sellasta niinku:omaa suuntautumista .hh >emmä tee< mitää
 19 asian hyväks, (.)
 20 HA: jo:oh
 21 (.)
 22 PO: et tota >jos mä ajan< (-) ((tien nimi)) edestakasi töihi ja kotii ni: >ei siel
 23 oo< (-) ((tien nimi))varrel ketää pysäyttämäs >että< .hh et (-) >°niinku[°]<
 24 (.) ei ole mitää >semmosii< tilanteita edes >joita< mä: (0.4) ja sit toisaalta
 25 >et sit jos joku pyytää mua johonki tilanteeseeni< .hh nyt niist on nii
 26 monta vuotta et sit >mää oon jo vähän niinku enemmän< järkyttyny enkä
 27 varmast mene [että,
 28 HA: [.mth ahaa (.) m:.
 29 (0.4)
 30 PO: >ja tää on must< sillai kumma >et sillon ku< .hh °lapset oli pienempii ni
 31 (0.5) ni tota (1.6) >sillonha niit< kaikenlaisii juttui kuitenkin oli ja sillon mä
 32 °järjes-° (.) (ni) se liittyy johonki >semmoseen< energisyytee >sillon mä<
 33 menin ja tein ja tapasin ja .hh oli kaikenlaista >mut et nyt< (1.3) >nyt ei
 34 oo< nyt mä en tee mitään (.) >mä en oo tehny mitään muuta ku< töitä,ni
 35 (.) ei siihen (-) >sillon< e >mä niinku mä elän< ihan eri lailla ku sillon,=

- 36 HA: =.thh ni:i, °jo,° (0.3) >°et et siihen ei°< jotenki nyt mahdu
 37 °tämmöset° .h[h (et) aktiivisesti hhhh °lähde°
 38 PO: [nii,
 39 HA: yrit°tämään,°
 40 (.)
 41 PO: niin taikka >siis sitte että,<
 42 (.)
 43 HA: sitähän se °vaatii.° (.) .hh et ei se itsestään eteen °putoa,° (.)
 44 PO: nii,=
 45 HA: =niinku sanoit °että,° (0.3) ei ole >semmosta< aktiivisuutta mut olik
 46 se myös nji että jos joku toine .hh jos ois kijnnostunu sitte joku mies
 47 ni seki tuntuu °hankalalta,°=
 48 PO: =.th nii ja mä en tiedä edes huomaisinks mäh,
 49 (0.3)
 50 HA: °myhy,°(0.5) .thh se ois njinki, mhh
 51 (0.6)
 52 PO: (et voi olla)
 53 (2.0)
 54 PO: niinki, (0.8).hh (0.6) nii, (3.0) .th emmä tiedä oikeen mä en oikeen niinku
 55 osa sitä (2.2) e (.) eihän tää oo sellanen asia että mä sitä suren >niinku:<
 56 (0.6) ai:- kaikke aikaa arkipäivisin >vaan että< .hh se arki on niin täys. (.)
 57 .nhh >ettei siihen< (.) niinku helposti tule tällasta (0.5) ajatusta edes...

Haastattelija ottaa ymmärtävällä sävyllä lausuttussa ekstensiossa (r. 4) esiin potilaan toiveen ihmissuhteesta. Ekstensio toimii jälleen konfrontaatiota valmistelevana vuorona (Vehviläinen 2003, 596-597). Ekstensiolla hän nimeää aiheen, jota hän alkaa käsitellä. Konfrontoiva vuoro (r. 11 ja 14) on vaihtoehtokysymys, jolla haastattelija pyytää potilasta selittämään, minkä potilas näkee syyksi suhteen puuttumiselle. Kysymyksen sanavalinta ”esteestä” pitää sisällään erilaisia tulkintamahdollisuuksia. Este on psykodynaamisesta näkökulmasta kuultavissa potilaan sisäisen, oman prosessoinnin tuotteena; jokin potilaan psyyken toiminnan ulottuvuus tekee ihmissuhteesta hankalan asian. Toisaalta este on kuultavissa myös arkikielisenä, konkreettisuontoisena esteenä.

Potilas itse käsittelee kumpaakin tulkintavaihtoehtoa. Hän toteaa, että toisaalta hänen elämäänsä ei mahdu ihmissuhteita (r.16-17, 22-23), toisaalta hän ei itse ole aloitteellinen (r.18-19). Jos aloite tulee ulkopuo-

lelta, hän torjuu sen (r. 25-27). Haastattelija reagoi tähän merkitsemällä asian uutiseksi (r. 28, ahaa). Potilas jatkaa käsitellen omaa työorientoituneisuuttaan ja sen vaikutusta ihmissuhteisiin. Työntäyteisyyden vuoksi energiaa ei riitä muuhun (r. 30-35). Haastattelija tarttuu tähän formuloivalla vuorolla (r. 36-37, 39). Hän poimii potilaan puheesta elämäntilanteen, johon ei mahdu työn lisäksi muuta, ja sen, että potilas ei itse ole aloitteellinen. Potilas aloittaa vuoron, jossa hän kommentoi haastattelijan uudelleenmuotoilua aikomuksenaan mahdollisesti korjata sitä (r. 41 ”niin taikka”), mutta haastattelija jatkaa omaa vuoroaan (r. 43, 45-47). Haastattelija jatkaa vuoroaan arviona, jonka hän esittää selvästi toteavana (”Sitätähän se vaatii”, r. 43). Sitten hän esittää potilaan puheesta arkikielisen päätelmän (”et ei se itsestään eteen putoa”)(r. 43). Vuoro näyttää yllättävän potilaan. Potilas on sukunut tukkaansa keskittyneesti katse pöytään suunnattuna. Kun haastattelija toteaa ”et ei se itsestään eteen putoa”, potilaan liike pysähtyy ja hän nostaa katseensa haastattelijaan. Haastattelija täydentää vuoroaan näyttämällä, että päätelmä perustuu potilaan puheeseen (r. 45, ”niinku sanoit että ei ole semmosta aktiivisuutta”). Haastattelija korostaa puheessaan selvästi potilaan aloitteellisuuden puuttumisen merkitystä (r. 36-37, 39, 43, 45 alku). Vuorosta on mahdollista lukea, että haastattelija itse on käyttänyt termiä ”este” alun perin psykodynaamisessa merkityksessä (viittamaan potilaan omiin psyykkisiin esteinä toimiviin prosesseihin). Hän jatkaa muuttamalla vuoronsa vaihtoehtokysymykseksi, jossa nostaa puheenaiheeksi vaihtoehdoisen tilanteen, jossa aloite tulee toiselta. Kysymys alkaa kontrastia rakentavalla mutta -partikkelilla (r. 45, ”mut olikse se myös nii että...”). Haastattelija merkitsee potilaan aktiivisuuden puuttumisen ja muiden aloitteiden torjumisen rinnakkaisiksi ja ristiriitaisiksi ilmiöiksi (partikkeli ”myös” r. 46, päätte – kin r. 47, ”ni seki tuntuu”). Haastattelija tekee kysymyksessään potilaan kuvaaman ristiriidan näkyväksi ja kutsuu nyt potilasta käsittelemään asiaa laajemmin.

Potilas ensin täydentää haastattelijan esille ottamaa asiaa korostamalla, että toisen aloitteellisuus voi jäädä häneltä huomaamatta (r. 48).

Vuoro purkaa haastattelijan konfrontaation vahvuutta. Potilas ilmaisee, että tarttumattomuus ei ole tietoista tai intentionaalista. Tällä tavoin potilas vastaa haastattelijan väitteeseen puolustautumalla, suojelemalla omaa koherenssin tunnettaan itsestään. Haastattelija noteeraa potilaan vuoron ja käsittelee sitä uutena, rinnakkaisena näkemyksenä (r. 50, ”ois niinki”). Seuraa potilaan epäroivästi aloitettu selonteko (hiljaisuudet r. 52-54), joka saa alkuun päästyään puolustuspuheenvuoron sävyn. Vuorossa potilas vähättelee asian merkitystä itselleen. Elekieli tukee puolustuspuheen tuntua. Potilas suoristaa selkensä, katsoo haastattelijaa ja istuu kädet puuskassa.

Otteessa 4 haastattelija käytti konfrontaatiota suhteellisen pakottavana puheeksi ottamisen keinona käsitellessään ristiriitaa, joka oli toistunut potilaan puheessa saman haastattelun aikana eri asiayhteyksissä. Potilas vastasi konfrontaatioon tunnistamalla ristiriidan mutta myös puolustautumalla. Haastattelijalle näkyviksi tulevat potilaan tietoinen tapa käsitellä omaa toimintaansa ja se, minkälaisia minää puolustavia keinoja hän käyttää. Psykodynaamiikan arvioimisessa kumpikin näkökulma on tarpeellinen.

Kuten edellä mainitsin, aineistoni haastattelijat käyttävät myös muita arkikeskustelun vuorovaikutuskäytänteitä nostaessaan jännitteisiä asioita käsittelyyn. Katsotaan toisen tyyppinen konfrontoiva vuoro. Se on haastattelusta, jossa potilas on ollut itkuinen ja vetäytyvä. Haastattelija on haastattelussa aktiivisesti pitänyt keskustelua yllä omilla ymmärrystarjousillaan. Potilas on edeltävässä keskustelussa kertonut, että hänellä on hankaluuksia keskittyä ja saada opiskelutöitään vietyä loppuun. Hän jatkaa kertomalla, että on kuitenkin pysynyt opiskelusuunnitelmassaan ja tehnyt opintoja saman verran kuin muutkin kurssilaiset.

(5) [psykoanalyysi, 1 vuosi]

1 HA: joo, (0.5) joo.

2 (1.6)

3 HA: .hh nuin kuvasit nuista opinnoista et semmonen (0.3) piirre tai

4 hankaluus on että .hh jännität (0.3) niinku (0.5) kokeita kovasti

- 5 [(°että on°) semmonen niinku pelko että
6 PO: [hjo.
7 HA: (0.5) et selviä ja (0.6) (°nuin mut°) (0.7) °sä oot° (0.3) °kuitenki on
8 menny hyvin.°
9 (1.0)
10 HA: jo:o.
11 (9.8)
12 HA: mitä itse ajattelet tai .hh onko siihen tommosta ym- ymmärrystä
13 löytyny °että mistä siinä on kysymys että .hh
14 tun[tuu että ei pärjää ollenkaa ja [sitte° (0.5)
15 PO: [°no° [nff
16 HA: °mene[eki° (0.3) °yleensä oikeen hyvin.°
17 PO: [(°n-°)
18 (1.0)
19 PO: m kai se on jotenki uskonpuutetta °tai.°
20 (1.0)
21 HA: ja:a,
22 (3.2)
23 HA: vaikea uskoa omiin mahdollisuuksiin.
24 (0.5)
25 PO: °m.:° (1.0) nii ja tai luottaa siihe °että° (4.0) että pystyis niihi,
26 HA: m:m.
27 (0.6)
28 PO: ja mä oon huomannu kans sen että (0.3) nff (0.3) mt (0.4) vaikka mä oon
29 (.) kryhm monesti (2.5) niinku lukenu tosi huonosti niihin kokeisiin sillee
30 (0.5) mut jos vaan niinku keskittyy ja uskoo itteensä ni (0.9) silti menee
31 ihan hyvi et saa (.) >kirjotettuu jonku< (0.6) kokonaisuuden sit °kuitenki.°
32 (.)
33 HA: m:m.
34 (1.7)
35 PO: tai sillee et ihan turhaa pelkää (°mut°) (1.0) .hh (1.6) >(mut) kyl mä
36 niinku< (1.2) >tai ku just< tai välillä se on (0.4) suurempi se pelko...

Haastattelija sanoo, mitä on potilaan edellä kertomasta päätelty. Potilas pelkää, että ei selviä velvollisuuksistaan, mutta suoriutuu kuitenkin hyvin (r. 3-5, 7-8). Haastattelija on nyt tehnyt näkyväksi ja ottanut puheeksi potilaan tilanteeseen liittyvän ristiriitaisuuden. Potilas ei kommentoi haastattelijan vuoroa (tauko r. 9). Haastattelija pyytää potilasta laajentamaan aiheesta (r. 12 ”mitä itse ajattelet”). Haastattelija korjaa hakukysy-

myksen vaihtoehtokysymykseksi (r. 12 ”onko siihen tommosta ym- ymmärrystä löyty... mistä siinä on...”), joka sisältää formulaation (r.13-14, 16, ”että tuntuu että ei ei pärjää... ja sitte meneeki yleensä oikeen hyvin”). Vaihtoehtokysymyksessä kysymyksen kärki siirtyy siihen, onko potilaalla selitystä kokemukselleen. Kysymyksen kärjen muuttaminen tekee pelkän ”ein” mahdolliseksi. Samalla kysymys haastaa hienovaraisesti potilasta pohtimaan haastattelijan kuvaamaa ristiriitaa. Kysymysmuoto lieventää konfrontaation pakottavuutta, sillä haastattelijahan pyytää potilasta kommentoimaan, tietääkö potilas mistä tilanteesta on kyse. Samalla kuitenkin haastattelijan esiin nostama ristiriita on vuoron ydin. Potilas päätyy haastattelijan avustamana kertomaan vaikeudestaan uskoa ja luottaa omiin mahdollisuuksiinsa.

Haastattelijat rakentavat konfrontoivan vuoron siten, että he ensin nostavat esiin asian, jota haluavat tarkastella (esiin nostaminen tehtiin ekstensiolla otteessa 3 ja 4, formulaatiolla otteessa 5). Ekstensiolla esiin tuodaan ristiriidan toinen puoli, formulaatiolla tilanteen tai asian kokonaisuus. Valmistelevan vuoron jälkeen he ilmaisevat kuulemansa ristiriidan ja kutsuvat potilasta kommentoimaan sitä.

Psykodynaamisessa haastattelussa konfrontaatiosta seuraava askel on tulkinta. Siirryn alaluvun lopuksi käsittelemään tulkinnan esittäviä vuoroja.

Tulkinta

Tässä työssä olen määritellyt tulkinnat vuoroiksi, joissa haastattelijat tuovat esiin ammatillisen näkemyksensä siitä, mitä potilas on kuvannut. Tulkinnat ovat formulaatioita, joissa haastattelijan psykiatrinen asiantuntijuus ja ymmärrys potilaan elämäntilanteesta ja toiminnasta tulee esiin. Tulkinta tehdään joko *laajalla ja kattavalla* formulaatiolla, jossa haastattelija selittää johtopäätöstään, tai formulaatiolla, jossa haastattelija tuo sanavalinnoillaan asiantuntijuutensa selkeästi esiin. Lisäksi tulkinnassa haastattelija käsittelee potilaan tilanteen tai toiminnan kokonaisuutta ja merkitystä, ei vain potilaan edellä puhumaa. Haastattelijan tulkitseva

vuoro laajenee siis käsittelemään potilaan toimintaa ja elämää ylipäätään. Oma määritelmäni tulkinnasta on erilainen, kuin miten tulkinta ohjeistetaan strukturaalisessa haastattelussa. Strukturaalisessa haastattelussa haastatteliija viittaa mm. transferenssiin kytkeytyviin ilmiöihin (Kernberg 1984). Tulkitsevia vuoroja on aineistossa vain muutamia. Tarkastelen niistä kahta.

Seuraava ote (6) on erään haastattelun loppupuolelta. Potilas on eri asiayhteyksissä palannut siihen, että kokee alemmuuden tunnetta suhteessa ympäristöön ja haavoittuu herkästi muiden sanomisista. Potilas toteaa, että monissa tilanteissa hän tietää, että muut eivät kritisoi häntä, mutta kokee kuitenkin kritiikin kohdistuvan juuri ja ainoastaan häneen. Potilas kertoo myös, että alemmuuden tunteestaan huolimatta hän on viihtynyt uudessa työpaikassaan. Kuvauksen loppu on näkyvissä riveillä 1-2.

(6) [psykoanalyysi, 3 vuotta]

- 1 PO: ne on kauheen ystävällisiä ja avuliaita sielä °että,° (1.0) oon kyselly ja
 2 luettanu mun kirjoituksia >sielä< (1.2) ngh työkavereilla ni ne on kaikki
 3 kommentoinu niitä että,=
 4 HA: =m:m,
 5 (1.0)
 6 HA: elikkä että siinä niinku työssä on semmosta mistä >oot niinku< .hh
 7 kinnostunu ja ja myöskin (.) >työ(tun)< (.) toverit tuntuu ihan (.)
 8 kivoilta .hh mut että (>jollati<) (.) tavalla kuvaat sitä että sulla on
 9 hankalaa .hh >(kun) niinkun niinkun< h (.) >miten nyt sanos< (0.8)
 10 .mth (0.5) >semmonen< itseluottamus on semmonen
 11 kompastele°vai[nen]° että se (.) hyvin herkästi
 12 PO: [eh jo,
 13 HA: niinku .hh o- o-° (.) on on vähän rähmällään °n(h)iin ja° (.) °niinkun°
 14 (0.3) .hh h eh eh joko (.) pienen todellisen kritiikin >tai niinku sanoit (että)
 15 useimmiten ihan kuvitellun.<
 16 (0.3)
 17 PO: jo[o.
 18 HA: [pohjalta niinku tulee semmonen tunne että on (ku-) (.) >että on<
 19 kurja kurja olla,
 20 (.)
 21 PO: joo.

- 22 (0.4)
 23 HA: °joo.°
 24 (1.0)
 25 HA: .mthh no tuota (0.6) .thh hhh mites sitte jos mentäs eteenpäin sinne
 26 terapian puolelle että (.) miten jos sitä

Haastattelija aloittaa vuoronsa formulaation tunnusmerkillä, partikkelilla ”elikkä että” (r. 6). Se näyttää, että haastattelija on tekemässä johtopäätöstä potilaan kerronnasta. Haastattelija ilmaisee ensin potilaan tilanteen positiivisen puolen (työ on kiinnostavaa, r. 6-7). Hän rinnastaa positiiviseen puoleen negatiivisen kokemuksen (r.8, ”mut että”, r.9 ”kuvaat sitä että sulla on hankalaa”). Haastattelija etenee hakemalla oikeaa ilmaisua (r.9, ”niinku niinku”, ”miten nyt sanos”) ja päättyy sitten esittämään arki-kielisen tulkinnan potilaan itsetunnosta (r. 10-11 ”itseluottamus on semmone kompastelevainen”). Haastattelussa ei ole puhuttu itseluottamuksesta, vaan yleisesti potilaan itselle haitallisista kokemuksista. Haastattelija selittää formulaatiossa esitetyn tulkinnan jälkeen, millä perusteilla siihen on päätytty. Hän ensin näyttää, miten on potilaan kuvaukset kuulut (r 11, 13 ”että se hyvin herkästi [...] on vähä rähmällään”). Sitten hän kuvaa tilanteita, joissa itseluottamus kompastelee (r. 14-15 ”joko pienen todellisen kritiikin”, ”tai niinku sanoit useimmiten ihan kuvitellun pohjalta”).

Haastattelijan tulkinta tuo esiin, että hän on saavuttanut ymmärryksen potilaan kuvauksesta ja näkee kokemuksen merkityksen potilaalle. Tulkinnassa haastattelija käsittelee asiaa kokonaisvaltaisesti ja näyttää, mitä potilaan kuvauksista on luettavissa; hän kertoo, mikä potilaan miinään liittyvä ominaisuus tuottaa tälle ongelmia.

Tarkastellaan vielä toista tulkintaa. Otteessa (7) tulkinta esitetään formulaatiolla, joka nojautuu haastattelijan asiantuntijuuteen. Otetta edeltävässä vuorovaikutuksessa haastattelija on pyytänyt potilasta kertomaan ajatuksistaan tulevaisuuden suhteen. Potilas kertoo, että häntä askarruttaa oma ristiriitainen suhtautumistapansa yksin olemiseen. Hän haluaa olla yksin, mutta kaipaa samalla seuraa. Hän kertoo näkevänsä

paljon unia miehistä ja miessuhteista. Tarkastellaan aineisto-otetta tästä eteenpäin.

(7) [pitkä psykodynaaminen, 1 vuosi]

1 PO: mää niinku n_{ään} sellasii unia että mä ihastun ja mulla on mies ja (0.5) et

2 >mua niinku<r_{assaa} se,

3 (0.7)

4 HA: myhy, (.) [vai ni,

5 PO: [>että mä en niinku oikeen< t_{iedä}kkään mitä mä h_{aluan} (.) se

6 mullon niinku tässä t_{ulevaisuudessa} nyt se vähä,

7 (.)

8 HA: >et on< ristiriitasii >toiveita,<=

9 PO: =n_{ii},=

10 HA: =tässä suhteessa [°joo,°

11 PO: [nii et jos mähän voisin haluta

12 et mä oon nyt yksin lasten kanssa >enkä< (0.5) k_{attokkaan}

13 miehiin päin mut °miks mä sit m_{een} sellasiin paikkoihin

14 mis niit voi t_{äva}°ta,°

15 (0.4)

16 HA: [aha,

17 PO: [(si-) (.) Ehehehe >miks mä m_{een}< paikkoihi, E .h[h

18 HA: [°niin niin.<

19 (.)

20 PO: m,;

21 (0.7)

22 HA: tämmöstäkin on tapah°tunu,°=

23 PO: =nii, (0.3) no o_n tapahtunu joo mä olin ((paikan nimi)) mun ystävän luona ((poistettu 10 riviä, kertoo ihmisestä, jonka on tavannut ja omasta ambivalentista suhtautumisestaan tähän))

24 PO: mulla on niinku mä oon ku< p_{ieni} lapsi sen a_{sian} k_{ans} nyt että (.) vähä

25 h_{aluais} ehkä kattoo et millanen ihminen oisko mukava ja sit toisaalta taas

26 niinku e_i: ja, .hh

27 (1.4)

28 HA: no (.) s_e on ristiriitasta °ilmeisesti [(sitte)° (.) .hh

29 PO: [no s_e on (°ni°)

30 HA: saa jostain rauhaa (-) jostain hankalista asioista jotka liittyy siihen

31 mutta toisaalta sitte.hh on tää tarvitsevuus ole°massa.°

32 (0.5)

33 PO: m.,=

34 HA: =jollain >°tavalla,°<=

35 PO: =nii [°on,°

- 36 HA: [.hh >ja se< (.) >se on nyt se< tarvitsevuus tuntuu (.)
 37 ilmeisesti jotenki° hankalaltah,°
 38 (2.0)
 39 PO: ni >mi-mitä se< tarkoittaa se tarvitsevuus [(-)
 40 HA: [nii että sitä miestä nyt
 41 tarvi[taan (-) unissa (0.3) [(usein o)
 42 PO: [>nii tar-< [kummittelee
 43 HA: (.) unissa tämmöset toiveet näkyy ni .hh niin tota
 44 PO: (.) nii,
 45 HA: oisko se sitten niin että se nyt sit on se (0.5) >vähän niinku
 46 <hankalaks koettu puoli [tässä
 47 PO: [nii ja (siinä) varmaan liittyy tää seksuaalisuus
 48 (-) jonka mä niinku >jotenki< torjun niin .hh niin tuota (0.6) se (0.5) se
 49 >kuitenkin< (0.3) se ruumiillinen tarve >niin< (0.3) niin vaikka
 50 mä sen niinku kjellän niin se tulee sitte sieltä,
 51 (.)
 52 HA: niin [(niin se on tietysti >näinkin<) just jo[o. (0.3)
 53 PO: [(-) [m:, >ja
 54 HA: °joo°
 55 PO: kai-< (.) kaikilta (puolin) °tietysti,° .hh et >tse on niinku< (1.0) >itse asias<
 56 tää asia on niin ku nyt oikeen erityisesti alkanu vaivata tässä >jhan< (2.0)
 57 >terapian loppumisen< jäl°keen°,
 58 (0.3)
 59 HA: aha (0.4) juu °juu.° (.) .nffmth
 60 (0.7)
 61 HA: et [semmonen ilmiö,=
 62 PO: [(-)
 63 PO: =joo,
 64 (0.3)
 65 HA: °.thjoo° .hh no nii (0.5) josko sitte mentäs näihin (.) oireh .hh kysymyksiin
 66 erilaisiin ja hh ja tuota (1.6) .mth mitäs nyt sanoisit yleisesti näist...

Potilas kuvaa, että ei tiedä, mitä tulevaisuudelta haluaa (r. 1-2, 5-6). Haastattelija reagoi formulaatiolla (r. 8, 10), jolla hän käsittelee tilannetta ristiriitaisena. Potilas vastaa formulaatioon korostamalla omien halujensa ja toimintansa ristiriitaisuuden aiheuttamaa hämmennystä (r. 11-14, 17). Haastattelija ottaa potilaan hämmennyneisyyden uutisarvoisena asiana vastaan (r. 16, 18), mikä laukaisee potilaan kertomaan tarinan (ei näyt-

teessä) lähimenneisyydestä, jossa konkretisoitui ristiriitaisuuden aiheuttama hämmennys (r. 23-24).

Katson varsinaisen tulkinnan alkavan haastattelijan vuorosta riveillä 28, 30-31. Haastattelijä toteaa ensin, että ymmärtää tilanteen ristiriitaiseksi. Selitys kohdistuu nyt tilanteeseen ylipäättään, tähän viittaa pronomini ”se” sekä partikkeli ”sitte”, joka ilmaisee, että ymmärrys perustuu potilaan edellä puhumaan (Kts. sitte-partikkelista esim. Halonen 2002, 47). Potilas aloittaa vuoron, joka jää kesken, kun haastattelijä jatkaa omaansa. Haastattelijä selittää, mitä ristiriitaisuudella tarkoittaa (r. 30-31): toisaalta (potilas) saa rauhaa, toisaalta tarvitsevuus on olemassa. Sanavalinta ”tarvitsevuus” on keskeinen. Haastattelijä viittaa siihen pronominilla ”tää”, mikä implikoi, että hän ymmärtää ja kuulee potilaan edellä kuvaaman tilanteen tarvitsevuutena. Psykodynaamisesta näkökulmasta tarvitsevuus on keskeinen osa henkilön minäkokemusta (Kts. esim. Vuorinen 1997, 58-60). Tarvitsevuus ja itsemääräytyvyyspyrkimys ovat minää ylläpitävät peruspilarit. Tarvitsevuus liittyy yksilön vuorovaikutusmielikuvien toteutumiseen, eli siihen, että eheän minäkokemuksen ylläpitämiseksi yksilö tarvitsee sitä, että muut suhtautuvat häneen riittävässä määrin hänen vuorovaikutusmielikuviansa mukaisesti. Haastattelijan esille ottama ”tarvitsevuus” voi psykodynaamisen luennan kautta merkitä, että potilas tarvitsee itseensä liittyvän koherenssin kokemuksen ylläpitämiseksi sitä, että ympäristö suhtautuu häneen hänen mielikuviansa mukaisesti. Haastattelijä esittää tulkinnan, että juuri tarvitsevuuden kokemuksen pakottavuus tuntuu hankalalta (r. 36-37).

Seuraa hiljaisuus (r. 38), jonka potilas katkaisee kysymyksellä (r. 39). Hän ei ymmärrä tarvitsevuuden käsitettä. Haastattelijä selittää, millä perusteilla on tarvitsevuuden tulkintaan päättynyt (”miestä nyt tarvitaan”, r. 40-41). Koska rivin 43 toteamus ”unissa tämmöset toiveet näkyvät” viittaa yleiseen ilmiöön, ei vain potilaaseen, on se mahdollista lukea tiedonjakona (’näin ihmisen mieli ylipäättään toimii’) tai vaihtoehtoisesti tulkinnan perusteluna (’koska näet miehistä unia, kertoo se minulle torjuttujen halujen pyrkimyksestä tulla tietoisuuteen’). Tämän jälkeen haas-

tattelijä muuttaa suuntaa ("oisko se sitten niin", r. 45-46), ja tarjoaa tulkintaansa yhtenä mahdollisena näkemyksenä. Haastattelija purkaa vuoroonsa liittynyttä tiedonjaon luonnetta ja tarjoaa potilaalle mahdollisuutta ottaa kantaa. Potilas lähteekin käsittelemään asiaa laajentaen sitä (r. 47-50). Haastattelija noteeraa tämän (r. 52), mutta ei tartu siihen eikä tee asian käsittelemistä relevantiksi. "Just joo" (r. 52) ja "joo" (r. 54) näyttäsivät toimivan kuittaavina vuoroina, joita yleisesti käytetään haastattelussa sekvenssin päättämiseen. Potilas kuitenkin jatkaa ja käsittelee asiaa itselleen ajankohtaisena ja merkityksellisenä ("itse asiaa tää on nyt oikeen erityisesti alkanu vaivata", r. 55-57). Hän tarjoaa asiaa käsiteltäväksi. Haastattelija kuitenkin kuittaa potilaan vuoron eikä tartu siihen (r. 59) ja vie asian päätökseen (r. 61, "et semmonen ilmiö"). Haastattelija siirtyy seuraavaan aiheeseen.

Tässä aineisto-otteessa tulkinnan "huippukohta" oli haastattelijan asiantuntijuuden, psykodynaamisen luennan selittäminen potilaalle. Haastattelija ilmaisi selityksen yleisellä tasolla (vrt. 6 ote "sulla on hankalaa"). Yleisellä tasolla pysyvän väitteen esittäminen tuottaa asiantuntemusta. Se myös suuntaa vuorovaikutusta pois potilaan kokemuksen käsittelystä; pian vuoronsa jälkeen haastattelija vie sekvenssin päätökseen (r. 52, 61). Haastattelijan tulkitseva toiminta (r. 28, 31-31, 36-37) oli myös selvästi rajattua. Hän ei siirtynyt tulkitsevaan vuorovaikutusformaattiin kuin hetkeksi, vaikka potilas tarjosi hänelle paikkaa jatkaa formaattia.

Edellä kuvatuissa otteissa (6 ja 7) haastattelija hetkeksi poistui varsinaisen haastattelun tekemisen vuorovaikutusformaattista (haastattelija kysyy ja potilas vastaa). Haastattelijat käyttivät vuoroja, joissa he perustelivat ja selittivät näkemyksiään. Seurantahaastatteluissa tulkinta näyttää, millaista päättelyä haastattelija potilaan kuvauksista tekee. Haastattelijalle tärkeää informaatiota on tapa, jolla potilas tulkintaan reagoi.

5.1.2 Yhteenveto psykodynaamisen haastattelun käytänteistä

Tässä alaluokassa olen esitellyt vuorovaikutustekniikoita, joilla haastattelijat hankkivat tietoa potilaan persoonallisuudenorganisaation arviointitehtävää varten (LPO). Klarifikaation ja erityisesti konfrontaatio ja tulkinta tekevät seuranta-haastatteluista erityislaatuista. Haastattelijoiden asiantuntijuus saattaa hetken olla potilaan käytössä, näkyvissä haastattelijan vuoroissa. Sen ajan, kun asiantuntijuus on haastattelijan vuoroissa näkyvissä, on vuorovaikutuksessa samankaltaisuutta psykoterapiaistuntojen vuorovaikutuksen kanssa. Konfrontaatio ja tulkinta ovat haastattelijan ammatillista palautetta potilaalle tämän tilanteesta. Haastattelijalla näyttää potilaalle, mikä potilaan toiminnassa voi olla ristiriitaa aiheuttavaa, mikä voi olla ongelmien ytimessä. Vuorot toimivat interventioina, joiden kautta potilaalla on haastattelutilanteessa mahdollisuus oppia itsestään ja omista sisäisistä ajattelu- ja päättelyprosesseistaan. Kun asiantunteva luenta ei ole eksplisiittisesti läsnä, näyttäytyy vuorovaikutus haastatteluna.

Siirryn nyt kuvaamaan muita vuorovaikutuksen toimintoja, joilla haastattelijat suuntaavat potilaita käsittelemään ongelmallisia kokemuksiaan. Analyysin apuna käytän psykoterapian prosessitutkimuksessa keskeisiä teoreettisia käsitteitä: empatiaa, containingia ja transferenssia. Psykoterapiatutkimuksen käsitteiden avulla aineiston luenta laajenee.

5.2 Empaattista suhtautumista osoittavat vuorot

Tässä aluvuossa käsittelen keinoja, joilla haastattelijat voivat osoittaa suhtautumistaan erityisesti silloin, kun potilas puhuu ongelmallisista henkilökohtaisista asioistaan. Aluksi kohdistan huomion tilanteisiin, joissa potilaat puhuvat hankalista tunteistaan ja kokemuksistaan. Katson,

mitä toimintoja sisältyy haastattelijoiden vuoroihin, joilla he käsittelevät potilaiden vaikeiksi kuvaamia kokemuksia. Luvun lopuksi analysoin haastattelijoiden toimintaa tilanteissa, joissa haastattelun kulku uhkaa tyrehtyä eli joissa potilaat eivät lähde vastaamaan haastattelijan kysymykseen. Kuvaan, minkälaisia puhuttamisen keinoja haastattelijat käyttävät saadakseen potilaan puhumaan ja haastattelun etenemään.

Edellisissä luvuissa on ollut näkyvissä, että haastatteluissa paneudutaan potilaan henkilökohtaiseen elämäntilanteeseen ja alkutilanteeseen vaikuttaneiden hankalien kokemusten muutokseen. Puolistrukturoidussa osuudessa korostuvat erityisesti potilaan hankaluudet ja vaikeudet. Ongelmallisista asioista puhumiseen liittyy vaihtelevissa määrin vuorovaiikutuksessa näkyvää puhumisen hankaluutta: sanojen ja ilmausten hakeamista, demonstroituja tunteita ja vetäytymistä.

Seurantahaastatteluiden ongelmaorientoituneisuus vaikuttaa haastattelijoiden toimintaan eri tavoin. Haastattelijoiden tulee ensinnäkin saada potilaat puhumaan asioista, joita potilaat ovat kuvanneet vaikeiksi, kiusallisiksi, tuskaisiksi tai hämmentäviksi. Tutkimusaineiston keräämisen kannalta on eduksi, että potilas puhuu kokemuksistaan mahdollisimman kattavasti ja avoimesti. Jos potilas ei puhu, ei haastattelun tavoite toteudu. Helsingin Psykoterapiaprojektin seurantahaastattelujen haastatteluohjeistuksessa haastattelijoina kehoitetaankin luomaan haastattelutilanteeseen lämminhenkinen ja ystävällinen ilmapiiri, jossa potilas voi kokea olevansa yhteistyössä haastattelijan kanssa ja olevansa tervetullut (liite 2). Myös muita seurantahaastatteluiden kaltaisia toimintaympäristöjä ohjeistavassa kirjallisuudessa korostetaan haastattelijan suhtautumistavan merkitystä (Kts. kliinisen psykiatrisen haastattelun ohjeistus, Lönnqvist 1999, 19). Haastattelijan asiakaskeskeinen toimintatapa on yksi keskeinen hyvin toimivan yhteistyösuhteen rakennusaine (Esim. Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan 2003). Ajatellaan, että haastattelijan lämminhenkinen, potilasta kunnioittava suhtautuminen auttaa potilasta kertomaan asioistaan, avautumaan haastattelijalle. Jännittämisen lieventämisen ohella haastattelijan ystävällinen asenne voi vähentää häpeää,

syällisyyttä ja poikkeavuudentunnetta, joita mahdollisesti liittyy omista ongelmista puhumiseen (Lönnqvist 1999, 23). Tässä luvussa kuvatut keinot ovat sellaisia, joilla luodaan ystävällistä ilmapiiriä.

Keskusteluanalyysillä lääkärin- ja homeopaatin vastaanottoja analysoinut Johanna Ruusuvaori (2005b) toteaa, että institutionaalisissa tilanteissa ammattilaisten mahdollisuudet myötätuntoisen ja potilaan kokemusta affilioivan suhtautumisen ilmaisemiseksi ovat rajalliset verrattuna arkikeskusteluihin. Niin lääkärin, homeopaatin kuin haastattelijan institutionaaliseen rooliin liittyy odotus, että ammattilainen toimii neutraalisti. Neutraalilla toiminnalla tarkoitan tässä sitä, että ammattilaisen ei odoteta reagoivan potilaan ongelmankerrontaan kertomalla omista vastaavista kokemuksistaan. Arkikeskustelussa taas samaan tematiikkaan liittyvien omien tarinoiden kerronta on tyypillistä ja odotuksenmukaista (ongelmapuheesta arkikeskusteluissa kts. Jeffersson 1988, 1992 [1984], Jeffersson & Lee 1992). Ruusuvaori (ma.) näyttää, että ammattilaisen vastaanotoilla potilaat orientoituvat siihen, että heidän ongelmansa pysyvät vuorovaikutuksen keskipisteenä. Ammattilaisten velvollisuus on käyttää sellaisia myötätunnon ilmaisemisen keinoja, joissa affilioiva suhtautuminen tulee esiin viemättä tilaa potilaan ongelman käsittelyltä.

5.2.1 Suhtautumistapa minimipalautteissa

Pienimmät vuorot, joilla haastattelijat osallistuvat potilaiden vastauksiin ovat dialogipartikkeleita eli minimipalautteita (esim. Sorjonen 1999, 2001). Pelkästään näillä pienillä ynähdyksillä ja lausahduksilla he voivat tuoda esiin suhtautumistapaansa tai intressejään. (Haastattelun minimipalautteista kts. Koole 2003, Potter & Hepburn 2005.)

Yleisimmät minimipalautteet, joita haastattelijat seuranta-haastatte- luissa käyttävät ovat ”mm”, ”joo” ja ”niin”. Nämä kaikki toimivat jatka- jina (Schegloff 1982). Ne myös voivat osoittaa puheen vastaanottamista. ”Joo” ja ”niin” eroavat kuitenkin toisistaan siinä, mitä muita tehtäviä

puheen vastaanottamisen ohella ne voivat toimittaa. ”Niin” palautteella voidaan tietyissä asiayhteyksissä käsitellä edellisen vuoron emotionaalista ulottuvuutta, kun taas ”joo” käsittelee edellistä vuoroa informaation kannalta. (Sorjonen 2001, 135, Ruusuvuori 2005b.) Konkretisoin tätä seuraavan aineisto-otteen avulla. Siinä eräs potilas kertoo uuteen työpaikkaan liittyvistä ajatuksista. Hän toivoo kaiken menevän hyvin, mutta samalla pelkää pettyvänsä itseensä. Näytettä edeltävässä vuorossa potilas pohtii, laittaako hän omat tavoitteensa liian korkealle, koska hän ei tahdo kestää pettymystä (r. 1) Fokusrivi on rivi 9.

(8) [pitkä psykodynaaminen, 2 vuotta]

1 PO: pettymyksen kynnyks se on aika (0.6) semmonen et >mä en niinku oikee<

2 kestähh. >tai siis< [kestän (.) et ei [se niinku mua mihinkään

3 HA: [m, [jaa.

4 PO: kaada mut et >mä niinku< huomaan vaa >et [jotenki< sen

5 HA: [m,

6 PO: sjetäminen ei o (.) .h[hhhhhh (0.6) kauheen helppoo

7 HA: [m.

8 PO: [et vois vaa (.) kohauttaa?,

9 HA: [nii.

10 (0.5)

11 HA: [m:.

12 PO: [et ei oo mitään välii,

Potilas kuvaa vaikeuttaan sietää pettymystä (r. 4, 6). Kuvauksen aikana haastattelija reagoi minimipalautteilla ”m” ja ”jaa” (r. 3, 5, 7)²⁵. Kun potilaan kuvaus on kuultavissa valmiina (r. 6 lopussa), haastattelija vastaa pehmeästi lausutulla ”nii” partikkelilla. Tässä ”nii” huomioi vahvemmin puheen affektisen merkityksen (vaikeuden sietää pettymystä), kuin esimerkiksi ”joo” tai ”jaa” huomioisivat (Sorjonen 2001).

²⁵ Äänenpainot ja sävyt vaikuttavat minimipalautteiden tehtäviin. Esimerkiksi Gardner (1997) analysoi ”mm”-jatkajan erilaisia tehtäviä intonaation perusteella.

”Nii” partikkeli tässä kontekstissa väittää jonkinasteista samanmielisyttä. Se tuo esiin, että haastattelijalla on tietoa ja siten mahdollisesti myös ymmärrystä kuvaamasta asiasta. Haastattelija voi siis pelkillä minimipalautteillaan noteerata potilaan puheen affektista sisältöä. Hän haastattelee potilasta olemalla aktiivisesti ja ajatuksella läsnä pelkän ”mekaanisen” tiedonkeruun sijaan.

Vertailun vuoksi näytän vielä toisen otteen. Se on erään potilaan toisesta haastattelusta. Potilas on vastaamassa kysymykseen tulevaisuuden näkymistään. Hän kertoo, että hän suhtautuu tulevaisuuteen varauksella ja viittaa kotitilanteeseensa. Yksi hänen lapsistaan on murrosiässä, mistä johtuen kotielämään liittyy ”peitsen taittamista, keskustelua, huutoa ja taivastelua” (r. 1).

(9) [lyhyt psykodynaaminen, 1 vuosi]

- 1 PO: >niinku< (.) peitsen taittamista jaa jaa .hh keskustelua ja huutoa ja:
 2 taivastelua ja .hh >ja sellasta et< (-) >mä nään tän vähän niinku
 3 semmosena niinku< (0.5) työhän,
 4 (0.3)
 5 HA: ja[ahah?,
 6 PO: [mikä on tulossa tää elä[mä,
 7 HA: [nff .th °aijaa° (.) [°m:h,°
 8 PO: [°et emmä nää et< mulle on
 9 tulossa >niinku< (0.3) ihmisenä jotain e: (0.8) uusii (.) hyviä asioita,=
 10 HA: =°vai niin[h.°
 11 PO: [°enkä mä osaa< ajatella vielä niin että .hh et ompa kiva että:
 12 et mä nään et mun lapsest tulee aikuinen mies mä nään sen täl hetkel
 13 >semmosena jonka kans< .hh niinku jo- jonka kans on aika >aika tota<
 14 (0.5) rankkaa myös.
 15 (.)
 16 HA: m:mh, . °joo,°

Potilas kertoo kokevansa kotitilanteensa ja elämänsä työnä (r.2-3). Haastattelija ottaa tämän uutena asiana vastaan (r. 5 ja 7). ”Jaahah”-vuoron (r.5) haastattelija lausuu painokkaasti ja nousevalla intonaatiolla. Sen voi nähdä kertovan, että haastattelija suhtautuu potilaan kuvaukseen ihmetellen, sitä mahdollisesta yllättävänä käsitellen ja tarkempaa kuvausta toi-

voen. Palautteessaan haastattelija ei näytä, että huomioisi potilaan kuvauksen emotionaalista ulottuvuutta. Haastattelijan kommentti potilaan täydennykseen, hiljaisella äänellä lausuttu ”aijaa m:h” (r. 7), ei ota puheen affektiseen sisältöön kantaa, vaan käsittelee kuvausta uutena asiana. Potilaan yhteenvetävään ja perustelevaan vuoroon (r. 8-9) haastattelija reagoi hiljaisella äänellä lausutulla, mutta napakasti sanotulla minimipalautteella ”vai niinh” (r. 10). Palautteessa on sävy, joka mahdollisesti kyseenalaistaa vastauksen paikkansapitävyyttä. Hiljainen ääni pehmentää tätä sävyä. Vuoro kuitenkin ilmentää haastattelijan epäroivää tai epäluuloista suhtautumista potilaan kuvaukseen tulevaisuudesta. Epäluuloinen tai kyseenalaistava suhtautumistapa tulee eksplisiittisesti esille hieman myöhemmin, kun haastattelija konfrontoi potilasta tämän näkemysten suhteen (kts. ote 3 edellä).

Haastattelijat voivat pelkillä minimipalautteillaan näyttää, miten he suhtautuvat potilaiden puheeseen. Samalla minimipalautteet toimivat välineinä, joilla rajallisesti voi ohjata potilaitten kuvauksia. Potilaiden pitkät, moniosaiset vuorot, jotka ovat leimaa-antavia HPTP:n aineistolle, eivät ole ainoastaan potilaiden omaa aikaansaannosta. Jatkajilla (”mm”, ”joo”, ”nii”) haastattelijat voivat ilmaista, että ”ovat kuulolla”. Jatkajan voi tulkita kimmokkeena puhua asiasta lisää. Seuraavaksi tarkastelen, mitä toimintoja sisältyy haastattelijoiden ekstensioihin ja formuloiviin vuoroihin potilaan ongelmien kuvausten yhteydessä.

5.2.2 Suhtautumistapa ekstensioissa ja formulaatioissa

Totesin edellisessä luvussa (luku 4), että ekstensiot ja formulaatiot ovat haastattelijoiden vuoroja, joilla he voivat varmistaa ymmärtäneensä potilaan puheen oikein. Ne kutsuvat potilasta vahvistamaan tai kumoamaan haastattelijan ymmärryksen. Ekstensiolla haastattelijat laajentavat potilaan juuri edeltävää vuoroa (esim. ”*Jos ei semmosta arvostusta ja hyväksyntää tule*”). Formulaatioilla he esittävät ymmärrystarjouksen potilaan

edeltävästä puhejaksosta. Vuorossa esiin nostettu asia näyttäytyy tärkeänä (esim. ”*Et sillä tavalla semmonen erityisen haavottuva alue sinulle*”). Katson seuraavaksi, mitä muita, terapeuttisessa kommunikaatiossa relevantteja tehtäviä ekstensiot ja formulaatiot voivat ymmärryksen tarkistamisen ohella kantaa. Aloitan ekstensioista.

Alla oleva näyte on tilanteesta, jossa käsitellään erään potilaan kokemuksia terapiasta ja terapiatyöskentelystä. Potilas kertoo, että itkeminen on hänelle hankalaa ja vastentahtoista, itkeminen ahdistaa häntä. Itkemiseen liittyvä hankaluuden kokemus vaikuttaa myös terapiatilanteessa. Kun terapiassa käsitellään kipeitä asioita, häntä alkaa itkettää, jolloin hän ahdistuu. Potilas toteaa, että koska itkeminen ahdistaa, tekee hän vaistomaisesti töitä, jotta hän ei itkisi (r. 3). Tarkastellaan haastattelijan vuoroa riveillä 13 ja 15.

(10) [pitkä psykodynaaminen, 7kk]

- 1 PO: =.thh mut jotenki sit t_{sen}kin on (.) saanu sillee (0.5) emmä sitte tiedä
 2 >onko se< oikeen vai v_äärin mut että .hhhh (0.6) mut et >jos mä< k_{oen} et
 3 mua a_hdistaa se et mä itken >nii< (0.7) >nii sillohan mä teen< (.)
 4 vais tomaisesti työtä sen eteen et mä en itkis >et mä voisin< p_{uhua}
 5 asioista it[kemättä .hhh et että
 6 HA: [ni (0.3) ni,
 7 PO: vaikka,
 8 (.)
 9 HA: °m.,°
 10 (0.3)
 11 PO: ihmiset y_{le}ensä sanoo että (.) pitää itkeä ku itkettää ja nuin [mut et nii. nff
 12 HA: [°m,°
 13 (.)
 14 HA: mutta se on sillä tavalla >ollu semmonen< mitä sitten olet
 15 (0.3) v_{äl}ttänyt,=
 16 PO: =njin ni[menomaan nii nii (.) että et e: (.)
 17 HA: [°ettet joutusi semmoseen< (.) tilaan, (.) °m°,
 18 PO: [et koska se sitte estäis (1.0) .mth >tai mulle tulis<
 19 HA: [°m,°
 20 PO: semmone o_{lo} et jos se s_ijhen aina menis >et tse< (.) vois jäädä et mä en
 21 lähtiskää?

Haastattelija reagoi potilaan puheeseen minimipalautteilla, joilla ilmaisee ymmärtävänsä potilaan kuvauksen (r. 6, 9, 12). Potilas siirtyy puheessaan omasta kokemuksestaan yleiseen näkemykseen (r.11, ”ihmiset yleensä sanoo että”). Haastattelija ottaa vuoron. Hän suuntaa puheen takaisin potilaan kokemukseen ja laajentaa potilaan kuvauksen (r. 14-15, 17). Pronomini ”se” viittaa potilaan kuvaamaan tilanteeseen, jossa potilas ahdistuu omasta itkustaan. Haastattelija käsittelee potilaan toimintatapaa (r. 14, ”mutta se on ollu semmoinen mitä sitten olet välttänyt”) sen sijaan, että ottaisi potilaan kuvauksen vastaan pelkkänä informaationa. Haastattelija väittää sanavalinnoillaan, että hän on ymmärtänyt itkemiseen liittyvän ahdistuksen merkityksen. ”Välttää”-verbillä hän demonstroi, että hän tavoittaa potilaan kokemuksen sävyn (potilaan vahvat samanmielisyyden osoitukset r:llä 16). Haastattelija sanavalina ”tila” (r. 17 ”ettet joutusi semmoseen tilaan”) on ymmärrettävissä kahdella eri tavalla. ”Tila” voi viitata potilaan emotionaaliseen kokemukseen mielentilana (potilas ahdistuu omasta itkemisestään, ”joutuu tiettyyn mielentilaan”). ”Mielentila” on ymmärrettävissä vahvemmaksi ja pitkäkestoisemmaksi kokemukseksi kuin pelkkä tunne. Tässä merkityksessä haastattelijan vuoro implikoisi, että haastattelija käsittelee kokemusta varsin voimakkaana. Toisaalta ”tila” voi tässä tarkoittaa myös tilaa (tilannetta), jossa potilas ”tekee vaistomaisesti työtä sen eteen et ei itkis” (r. 4) ja jonka avulla hän välttää ahdistumisen. Ekstensiossaan haastattelija kertoo potilaalle, miten tämä toimii (”se on [...] semmoinen mitä [...] olet välttänyt”). Hän osoittaa, että hän näkee tilanteen potilaan silmin katsottuna. Vuoro on muotoiltu arkikielellä ja potilaan puhetapaa mukaillen. Myös haastattelijan elekieli ilmaisee ymmärtäväistä suhtautumista. Hän katsoo potilaaseen (r.14-15,17) ja liikauttaa tätä päin (r. 15 ”välttänyt” sanan kohdalla). Potilas jatkaa kertomalla, millä tavoin tunne voisi vaikuttaa hänen terapiaprosessiinsa.

Potilas kuvasi tilannetta ja kokemustaan siinä ulkoisen (itkeminen terapiassa, ei näkyvissä otteessa) ja sisäisen (välttelee itkemistä, koska itkeminen on kokemuksellisesti ahdistavaa, r. 1-4) kerronnan muodon

avulla (keronnan muodoista kts. Angus, Levitt & Hardtke 1999). Ekstensiolla haastattelijä palautti puheenaiheeksi potilaan toimintatavan ongelmallisessa tilanteessa. Hän suuntasi puheen takaisin potilaan subjektiiviseen kokemismaailmaan. Haastattelijä rakentaa vuorovaikutukseen paikan, jossa potilaan on mahdollista ja odotuksenmukaista siirtyä itseään havainnoivaan, refleksiiviseen ilmaisumuotoon (Angus, Levitt & Hardtke ma., Agnus & Hardtke 1994). Ilmaisumuotojen nähdään välittävän tietoa potilaan terapian tuloksista. Terapiassa pyritään saamaan aikaan muutosta potilaan ongelmalliseen lähtötilanteeseen. Muutoksen yksi edellytys on, että potilas oppii tarkastelemaan omia sisäisiä prosessejaan eli oppii refleksiivisyyttä; kykyä suhtautua havainnoivasti ja analysoivasti siihen, miten itseen ja merkityksellisiin muihin liittyvät odotukset, tarpeet, motivaatiot ja uskomukset vaikuttavat omiin toimintatapoihin, niihin liittyviin ajatuksiin ja tunteisiin. Tuloksellisen terapian nähdään siis tuottavan refleksiivistä ilmaisua ja kerrontaa. (Angus, Levitt & Hardtke 1999.) Yllä olevassa näytteessä haastattelijä voi tehdä päätelmiä potilaan terapian vaikutuksista myös havainnoimalla tapaa, jolla potilas käsittelee itselleen ongelmallista tilannetta.

Ekstensiolla haastattelijan on mahdollista orientoida potilasta subjektiivisen kokemistavan kuvaamiseen. Seuraavaksi tarkastelen, mitä muita kuin edellisessä luvussa kuvattuja toimintoja formulaatioilla voidaan toteuttaa. Alla oleva näyte on tilanteesta, jossa eräs potilas on kertonut seurustelusuhteesta, jonka hän itse on lopettanut. Rivillä 1 potilas viittaa päätökseen lopettaa suhde.

(11)[psykoanalyysi, 1 vuosi]

- 1 PO: joo >et se on ollu mulle hirve< (0.3) .hh (1.7) nh niinku vaikkee päätös
- 2 °mut° (5.8) mut vielä pahemmalta tuntuu (0.3) niinku jatkaa °että,°
- 3 (1.6)
- 4 HA: °ja:ha°,
- 5 (13.5)
- 6 HA: (°on°) (.) kipeitä (.) kipeitä tunteita että (0.3) rist- ja ristiriitanen
- 7 tilanne °että.°
- 8 (0.3)

9 PO: m.: =

10 HA: =ja toisaalta h .hh (0.3) °ki-° tuntuu vaikealta grota ja (0.8) myös

11 kerroit että °on hank-° semmonen tunne että ei voi jatkaa niih.

12 (25.0)

13 HA: °voisitko kertoa nuista tunnelmista vielä° (.) .h mitä tuohon seurusteluun

14 liittyy. (1.0) °jos oikeen ymmärsin (niin) ne on° (.) ollu tärkeitä asioita

15 °sinulle,° .hh

Potilas kuvaa päätöksentekoa vaikeaksi (r. 1). Seuraa tauko (r. 2), jonka jälkeen hän jatkaa kuvaamalla tunnettaan mahdollisen suhteen jatkumiseen liittyen. Eron merkitys demonstroitu puheen ohella potilaan elekielissä. Hän ei ota katsekontaktia haastattelijaan, vaan pitää katseen sylissään. Puheeseen liittyy taukoja. Potilas päättää vuoronsa tasaisella intonaatiolla lausuttuun partikkeliin ”että” (r. 2), mikä synnyttää odotuksen vuoron jatkumisesta. Haastattelija käsittelee asiaa uutena tietona hiljaisella ja pehmeällä äänellä lausutulla minimipalautteella (”jaha” r. 4). Potilas ei ota vuoroa, vaan seuraa pitkä hiljaisuus (r. 5). Sitten haastattelija käyttää vuoron, jossa hän nostaa potilaan tunteet puheenaiheeksi (r. 6-7). Hän määrittelee tunteet kipeiksi ja tilanteen ristiriitaiseksi. Haastattelija näyttää, että hän tavoittaa aiheen ongelmallisuuden. Vuoron voi nähdä myös viittaavan edeltävään pitkään hiljaisuuteen, siihen, että potilaan vaikeat tunteet ovat haastattelutilanteessa käsillä ”tässä ja nyt”. Kipeät tunteet saavat potilaan vetäytymään, estävät puhumasta. Haastattelija tekee paikan potilaan tunteiden käsittelemiselle. Potilas vastaa kuvaukseen lyhyesti minimipalautteella (r. 9). Haastattelija jatkaa vuoroaan ja täsmentää, miten ristiriitaisuuden ymmärtää (r.10-11). Hän käsittelee edelleen potilaan tunteita. Haastattelijan vuoro toimii kimmokkeena, jolla hän houkuttelee potilasta ottamaan kantaa omaan näkemykseensä. Potilas ei kuitenkaan tartu aiheeseen (pitkä hiljaisuus r. 12). Haastattelija muotoilee aiheesta jatkokysymyksen, jossa näyttää, että hänelle muodostunut käsitys on epävarma (r. 14 ”jos oikein ymmärsin”).

Haastattelijan vuoro tuottaa empaattista suhtautumista. Haastattelija ilmaisee, että hän ymmärtää potilaan kokemuksen ristiriitaisuuden (r. 6-

7). Ymmärtävän suhtautumisen osoittamisen lisäksi vuorolla on aihetta ylläpitävä tehtävä. Haastattelija implikoi, että haluaa tietää kokemuksista lisää ja kutsuu potilasta kuvaamaan tämän omaa subjektiivista kokemusta. Haastattelija tekee relevantiksi refleksiivisen kuvauksen, omia mielensisäisiä prosesseja havainnoivan ja pohtivan puheen. Potilas on ilmentänyt kehonkielellään ja hiljaisuuksilla haluttomuuttaan käsitellä aihetta enempää, eikä hän tartu epäsuoraan kutsuun kertoa lisää. Haastattelijan jatkokysymys näyttää, että hän kutsui empaattisella vuorollaan esiin tarkempaa kokemusten ja tunteiden kuvausta. Kysymyksen sivuuttaminen on työläämpää kuin puheen kimmokkeen ohittaminen; palaan tähän tarkemmin luvun loppupuolella.

Empaattisuus ymmärretään eri yhteyksissä eri tavoin. Tässä määrittelten empaattisuuden siten, kun se psykoterapiakontekstissa määritellään. Empatia on näkökulman jakamista, sitä että puheen vastaanottaja pystyy arvioimaan kokemusta puhujan subjektiivisesta viitekehystä käsin. Haastattelija pystyy ”seisomaan potilaan saappaissa”. Näkökulman saaminen tarkoittaa, että haastattelija ymmärtää potilaan kokemuksen ikään kuin sisältä käsin (*“from within”*) (Selman 1980, Belenky ym. 1980). Kognitiivisen ymmärtämisen ohella empatiaan liitetään monissa tilanteissa myös kokemuksellinen ulottuvuus. Näin on esimerkiksi fenomenologisesti orientoituneissa psykiatrisissa haastatteluissa (esim. Sims 2002), Carl Rogersin asiakaskeskeisessä psykoterapiassa (Rogers 1951) ja psykoanalyysissa (Tähkä 1997, Kohut 1984). Empatia merkitsee sitä, että merkityksen ymmärtämisen rinnalla puheen vastaanottajassa herää kokemuksellinen, tunteenomainen vaste. Kokemuksellinen vaste auttaa samaistumaan tapaan, jolla potilas kokee ympäröivän maailman ja todellisuutensa (Tähkä 1997).

Terapiatyöskentelyssä terapeutin empaattisuus voi vaikuttaa myös terapian tuloksiin. Se, että potilas kokee tullessa kuulluksi ja ymmärretyksi vahvistaa yhteistyösuhdetta. Ymmärretyksi ja kuulluksi tuleminen kokemuksen nähdään lisäävän potilaan tai asiakkaan tyytyväisyyttä ja halukkuutta työskennellä yhdessä, sillä ymmärretyksi tuleminen tunne

vahvistaa turvallisuuden tunnetta. (Bohart ym. 2002, 100.) Turvallisuus helpottaa ylipäättään omien asioiden puhumista, mutta erityisesti vaikeiden henkilökohtaisten alueiden käsittelyä (Myers 2000, Egan 2002). Tähän liittyy haastatteluohjeistuksen ohje turvallisen ilmapiirin luomisesta.

Seurantahaastatteluissa ekstensiot ja formulaatiot ovat siis jaetun ymmärryksen rakentamisen ja tarkistamisen (kts. luku 4) ohella vuoroja, joissa haastattelijat voivat ilmaista empaattista ymmärtämistä. Edellisissä otteissa (10 ja 11) potilaiden ongelmalliset kokemukset pysyvät vuorovaikutuksen kohteena haastattelijoiden vuoroissa. Se, että haastattelijä demonstroi tavoittaneensa potilaan kokemuksen, tekee mahdolliseksi ja odotuksenmukaiseksi sen jatkokäsittelyn. Tarkastelen vielä yhtä otetta, jossa haastattelijä vastaa potilaan ongelmankuvaukseen empatiaa osoittavalla formulaatiolla.

5.2.3 Formulaatio containing-tehtävässä

Vastatessaan haastattelijoiden kysymyksiin potilaat ongelmallisten tunteiden ja kokemusten kuvaamisen ohella paikoitellen demonstroivat niitä. Tärkeitä tunteita ja kokemuksia kuvaaviin vuoroihin liittyy monissa tilanteissa hiljaisuutta, epäröimistä, korjausaloitteita, naurua, itkua, itkun vastustamista (”itkun nielemistä”) tai kieltäytymistä puhumisesta. Näissä tilanteissa haastattelijat tekevät vuorovaikutukseen paikan potilaiden tunteiden ”rekisteröimiselle”, näkyväksi tekemiselle. Tarkastelen lähemmin, miten tämä tapahtuu.

Esitin seuraavan näytteen edellisessä luvussa formulaatioiden yhteydessä (luku 4, ote 4). Oteessa eräs potilas puhuu hänelle tärkeästä mutta vaikeasta asiasta, ihmissuhteista. Hän on kertonut, että tuntee epäonnistuvansa ihmissuhteissaan. Alla olevaa näytettä ennen potilas sanoo, että juuri päättyneessä suhteessa oli heti näkyvissä ongelmia, mutta että hän

ei uskaltanut puuttua niihin. Hän toteaa, että ongelmat kaatuivatkin sitten hänen päälleen ja että hän oli ”sitte se haavottunu osapuoli” (r. 1-2).

(12) [psykoanalyysi, 3 vuotta]

- 1 PO: tavallaan mä olin sitte se >haavottunu< (.) havottunu osapuoli koska
 2 mä: (0.3) tai tavallaan täysin pu- puolustuskyvytön (.) >jotenki<.hh (2.7)
 3 tai jotenki tuntuu et mäh (0.5) @tavallaan >mä oon< (.) valmis myymään
 4 sieluni jos vaan joku tykkäis musta et@
 5 (.)
 6 HA: [m:m,
 7 PO: [nff >se on kyllä niinku< (0.6) iso ongelma °et[tä,°
 8 HA: [mt et se on sulle kauheen
 9 tärkeä tunne se että sinusta (.) pidetään.
 10 (0.4)
 11 PO: joo,
 12 (.)
 13 HA: m..
 14 (.)
 15 PO: niinku vähä h (.) liianhki °tärkeä että.°
 16 HA: ni:i, joo.
 17 (1.5)

Potilas kuvaa itseään haavoittuneeksi, puolustuskyvyttömäksi osapuoleksi (r 1-2). Hän näyttää jatkavan vuoroaan (jatkoa ennakoiva ”jotenki” ja sisäänhengitys r. 2), mutta vaikenee hetkeksi. Tauon jälkeen potilaan puheen suunta vaihtuu. Ääni muuttuu matalammaksi ja särähtäväksi. Hän kuvaa tunnetta kokonaisvaltaiseksi ja pakottavaksi (r. 3-4, ”mä oon valmis myymään sieluni jos vaan joku tykkäis musta”). Vertauskuvallinen ilmaus antaa puheenvuorolle dramaattisen sävyn. Haastattelija ottaa potilaan vastauksen minimipalautteella vastaan (r. 6, ”m:m.”). Potilas vie vuoronsa loppuun ja muuttaa uudelleen puheen suuntaa. Hän ei enää puhu tunteesta käsin, vaan kuvailee tunteen merkitystä (”iso ongelma”, r. 7). Vuoro voisi jatkua (”että” ja tasainen intonaatio), mutta haastattelija ottaa vuoron (r. 8). Haastattelija voisi ilmaista ymmärryksensä esimerkiksi minimipalautteella ”joo” tai ”niin”. Sen sijaan hän esittää formulaation (r. 8-9). Haastattelija panee vuoron alkuun näkyviin, että vuoro pe-

rustuu potilaan puheeseen (r. 8 ”et se”), jolla hän väittää, että ymmärtää, ”tavoittaa” potilaan kokemuksen. ”Se” pronomini käsittelee potilaan edellä kuvaamaa kokemusta (”oon valmis myymään sieluni”) (vrt. näyte 10 edellä). Hän kuvaa potilaan tunnetta katsomalla sitä potilaan näkökulmasta: ”se on sulle kauheen tärkeä tunne” (r. 8). Sitten hän täsmentää, että tarkoittaa tunnetta, että potilaasta pidetään (tähän viittaa rivin 8 alussa oleva ”se”). Potilas vahvistaa formulaation (r. 11, 15).

Yllä olevassa otteessa potilas käsitteli itselleen kipeää, itseään haavoittavaa tunteenomaista tarvetta. Itseironisella kuvauksella potilas otti etäisyyttä tarpeeseensa ja nimesi sen ongelmalliseksi. Haastattelija reagoi formuloivalla vuorolla, josta ongelmallisuuden sävy puuttui. Haastattelijan formulaatio oli arkikielinen ja samalla normalisoiva kuvaus potilaan kielikuvasta. Haastattelijan formulaatiosta on mahdollista lukea ajatus, että yleisesti tunnettua on, että monille ihmisille on tärkeää, että heistä pidetään. (Tämä on luettavissa vuoron alussa olevasta se-pronominista, joka viittaa kokonaisuuteen ja yhteisesti tunnettuun ilmiöön). Potilaalle pidettynä oleminen on ”kauheen tärkeä tunne”. Potilaan kokemuksen ongelmallisuus säilyy haastattelijan korostuksessa ”kauheen tärkeä”. Vuorossa ei ole kysymyksen tehtävää osoittavia aineksia, kuten konditionaalimuotoja tai ”jos mä oikeen ymmärrän” muotoilua. Näiden ehdollisuutta tekevien muotoilujen sijaan haastattelija esitti vuoronsa väitteensä. Haastattelija valitsi tämän toiminnon muiden mahdollisten toimintojen joukosta. Hän ei esimerkiksi luokitellut tai nimennyt kokemusta (esim. ”et sulla on sellasta alemmuudentunnetta”) eikä tehnyt arviota muutoksesta (esim. ”et tämä ongelma on pysynyt samana edelliskertaan verrattuna”). Haastattelijan vuoro toimii tasaannuttavana reaktiona potilaan kokemukseen. Verbaali ilmaus saa tukea hänen nonverbaalista ilmaisustaan. Haastattelija istui tuolissaan taaksepäin nojaten ja katseli potilasta kohden kädet tuolinnoilla leväten. Toiminnallaan haastattelija tarjoaa haastattelussa paikan ja tilan potilaan kipeiden kokemusten esiintulemiselle.

Haastattelijan toiminta näyttää containing-ilmioita. Käsite ”containing”²⁶ on peräisin Wilfrid Bionin (1962) psykoanalyttisesta näkemyksestä varhaisesta vuorovaikutuksesta, eli vauvan ja hoitajan (yleensä äidin) välisestä kommunikaatiosta. ”Containing” kuvaa äidin aktiivista toimintaa, jossa hän ottaa vastaan, ”säilöo” vauvalle sietämättömiä tunteita. Äiti palauttaa ne lapselle käsitettävissä olevassa muodossa. Lapsen sietämätön ahdistus helpottuu ja ”nimetön kauhu vaimenee”²⁷. Containingia tapahtuu arkisissa vuorovaikutustilanteissa, mutta se liitetään ilmiönä erityisesti psykoterapiatyöskentelyyn. Psykoterapiassa containing on terapeutin monimutkaista aktiivista kokemusta jäsentävää toimintaa, ei sitä, että terapeutti yksinkertaisesti vain ottaisi tunteet säilöön ja tarjoaisi ne asiakkaalle tai potilaalle pienemmissä erissä takaisin. Myös HPTP:n seurantahaastatteluissa haastattelijat voivat toimia containereina käsitellessään potilaiden subjektiivisten kokemusten merkityksiä. Containing näkyy haastattelijan toimintaan liittyvissä valinnoissa, siinä miten hän vuoronsa muotoilee ja miten hän aiempaa puhetta käsittelee. Containing tapahtuu formulaatiolla, jolla haastattelija esittää potilaan vaikean kokemuksen vähemmän ongelmallisessa ja arkikielisessä muodossa.

Containing on intersubjektiivinen ilmiö, joka demonstroitu vuorovaikutuksessa. Se tapahtuu myös tunteentasolla. Terapiassa containingia pidetään olennaisena osana terapeutin ja asiakkaan välistä yhteistyösuhdetta. Containingin nähdään jossain määrin liittyvän terapiassa tapahtuvaan transferenssiin, tunteensiirtoon (Freud [1940]1949). Transferenssin kautta terapeutti saa tunteenomaista tietoa potilaastaan. Tämä tarkoittaa sitä, että terapeutti tarkastelee myös itseään ja omia tunteitaan, ajatuksiaan, mielikuviaan ja aistimuksiaan, joita hänessä nousee potilaan kanssa vuorovaikutuksessa olemisesta. Hän voi esimerkiksi seurata omaa oloti-

²⁶ Engl. *container* = säiliö

²⁷ D. Winnicott puhuu samakaltaisesta toiminnasta ”holdingina” (‘holding environment’).

laansa ja sitä, onko hänen helppo vai vaikea tavoittaa terapia-asiakkaan tunnepitoista kokemusta. Hän voi omien tunteidensa avulla tarkastella asiakkaan kokemuksille antamien merkitysten laatua, ovatko ne esimerkiksi pelon- tai ahdistuksentäyteisiä, epärealistisia tai vääristyneitä. Vastaavasti hänen tehtävänsä on havainnoida ja arvioida, mitä vastatunteita hänessä herää (ns. vastatransferenssi) ja rajata niiden käyttöä asianmukaisesti. Monissa psykoterapian viitekehyksissä transferenssiä pidetään tärkeänä tiedonlähteenä ja työskentelyvälineenä. Myös aiemmin tässä luvussa mainitussa Kernbergin strukturaalisessa haastattelussa (Kernberg 1981) transferenssi on keino hankkia tietoa potilaan kokemuksista. On mahdollista, että HPTP:n seuranta-haastattelussa haastattelijat voivat tiedonkeruussa huomioda myös tunteensiirron kautta välittyvää informaatiota. Keskusteluanalyysillä voidaan kuitenkin tutkia vain ilmiöitä, jotka demonstroivat vuorovaikutuksessa. Siksi transferenssin mahdollista osuutta tiedonkeruussa ei voi tutkia keskusteluanalyysillä.

5.2.4 Yhteenveto suhtautumisen ilmaisuista

HPTP:n seuranta-haastattelut ovat ongelmakeskeisiä haastatteluita, joissa haastattelijoiden tehtävä on kerätä tietoa potilaan psyykkisestä voinnista ja elämäntilanteesta. Haastatteluiden perimmäinen tehtävä on tiedonkeruu, ei potilaan ymmärtäminen sinällään. Potilaiden kokemusten merkitysten jaetuksi tekeminen on kuitenkin keskeinen osa haastattelijoiden arviointitehtävää. Tehtävä korostuu silloin, kun potilaat joko kuvaavat tuskallista, arkaluontoista kokemustaan tai demonstroivat tunteitaan. Haastattelijat tarvitsevat ongelmista tietoa, sitä että potilaat puhuvat niistä. He käyttävät erilaisia keinoja puheen ylläpitämiseksi; tässä alaluvussa kuvasin minimipalautteiden, ekstensioiden ja formulaatioiden tehtävien ulottuvuuksia myös psykoterapian omilla käsitteillä.

Näytin, että pelkillä pienillä palautteilla haastattelijoiden on mahdollista rekisteröidä potilaan kuvauksen affektiivinen ulottuvuus. Ekstensi-

oilla ja formulaatioilla haastattelijat taas suuntaavat puheen kohti potilaan subjektiivista kokemusmaailmaa. He tuottavat vuorovaikutukseen paikan, jossa potilas voi havainnoida oman mielensä toimintaa, siirtyä refleksiiviseen ilmaisumoodiin. Tuloksellisen terapian nähdään tuottavan kykyä refleksiivisyyteen. Näin ollen tapa, jolla potilas omia mielensisäisiä prosessejaan havainnoi ja kuvaa, voi välittää haastattelijalle tietoa myös psykoterapian vaikutuksista.

Näytin, että ekstensioilla ja formulaatioilla haastattelijoiden on mahdollista tuottaa empaattista suhtautumista. Empaattisuuden ilmaisut väittävät potilaille, että haastattelijat näkevät potilaiden kuvaamat, ongelmalliset ja hankalaksi koetut tilanteet potilaan näkökulmasta. Ilmaisut välittävät ystävällisyyttä ja lämminhenkisyttä. Empaattisuus voi merkitä potilaan kokemusten ongelmallisten ulottuvuuksien pelkistämistä. Tällaisissa tilanteissa formuloivat vuorot voivat myös ”kannatella” potilasta, toimittaa containingin tehtävää.

Olen tässä alaluvussa tarkastellut niitä vuorovaikutuksen käytänteitä, joilla haastattelijat luovat haastatteluun ystävällistä ilmapiiriä. Ystävällisen ilmapiirin ja turvallisuuden avulla haastattelutilanteissa pyritään edesauttamaan haastateltavien puhumista, avautumista. Aineistossani on kuitenkin myös sellaisia tilanteita, joissa potilaat ilmaisevat haluttomuutensa puhua omista henkilökohtaisista kokemuksistaan tai tunteistaan (vrt. ote 11 edellä). Vaikka tilanteita ei ole lukumääräisesti monta, toimivat haastattelijat näissä haastattelun sujuvuutta uhkaavissa tilanteissa yhdenmukaisella tavalla. Siirryn nyt tarkastelemaan näitä toimintatapoja.

5.3 Puhetta virittävät vuorot

Kun potilaita seuranta-haastatteluissa kutsutaan kertomaan agendanmukaisista asioista, he pääsääntöisesti vastaavat. Joissain tilanteissa potilaat toteavat, että he pitävät kysymystä vaikeana, mutta siitä huolimatta kuvaavat haastattelijan esiin nostamia aiheita. Kysymyksen kommentoimi-

sen sijaan potilaat voivat myös pitää useiden sekuntien mittaisia hiljaisuuksia ennen kuin he ryhtyvät puhumaan heille tarjotuista aiheista. Hiljaisuus on mahdollista tulkita epäröinniksi. Oleellista on, että vaikka potilaat joko suoraan tai epäsuorasti ilmaisevat, että vastaaminen on hankalaa, he vastaavat.

Aineistossa on kuitenkin muutamia tapauksia, joissa potilaat eivät ala kertoa haastattelijan tarjoamasta aiheesta. Tässä alaluvussa esittelen näistä kaksi. Otteet sijoittuvat paikkoihin, joissa haastattelussa on edellä käsitelty kokemuksia ja tilanteita, joita potilaat ovat kuvanneet keskeisiksi oman elämäntilanteensa kannalta. Tarkastelen miten haastattelijat reagoivat haastattelun etenemisen kannalta ongelmalliseen tilanteeseen; miten he toimivat saadakseen potilaan puhumaan ja minkälaista suhtautumista heidän toimintansa tuo esiin.

Aloitin otteesta, joka on erään potilaan kolmannelta seuranta-haastattelusta. Haastattelun aluksi potilas on kertonut voivansa hyvin. Haastattelija pyytää potilasta kertomaan ihmissuhteistaan. Potilas toteaa, että eräiseen ihmissuhteeseen liittyy hankaluuksia. Hän jatkaa kertomalla, että hän on muutamaa viikkoa ennen haastattelua oivaltanut, mistä hankaluudet johtuvat. Oivallus on tärkeä. Hän yhtäkkiä ymmärtää, miksi toimii niin kuin toimii ja miksi tietyissä tilanteissa syntyy ongelmia. Potilas toteaa, että hän ymmärtää itseään paremmin. Hän kertoo oivalluksesta ja tilanteesta, missä oivaltaminen tapahtui. Kuvaus rakentuu tarinaksi, jossa merkityksellistä on tarinan tapahtumapaikka sekä voimakkaat affektiset kokemukset. Kun potilas on tarinassaan kohdassa, jossa oivallus tapahtui, hän alkaa itkeä. Hän sanoo, että asiaan liittyy myös kipeitä tunteita. Tarina päättyy tilanteeseen, jossa hän ei vielä tiedä, miten hänen muuttunut käsityksensä itsestään ja ihmissuhdeongelmistaan vaikuttaa arkeen. Hän kertoo, että hän on optimistinen ja luottavainen tulevaisuuden suhteen. Haastattelija pyytää potilasta kertomaan muista mahdollisista oivalluksistaan. Kysymys näyttää haastatteluohjeistuksen kysymyksen numero 9 ja 4 yhdistelmältä (kts. liite 2). Alla oleva ote alkaa kohdasta, jossa potilas

on juuri kuvannut muuttunutta suhtautumistaan. Kuvauksen päättävä vuoro on rivillä 1. Tarkastelen haastattelijan vuoroa, joka alkaa rivillä 25.

(13) [lyhyt psykoinaaminen, 2 vuotta]

- 1 PO: m- mut ihan nyt näyttää et. .h[h
 2 HA: [h >mutta semmonen tunne että siitä
 3 niinku saattais< (.) >siitä saattais tulla< .h[h h kypsyä jotain(.) [uutta (0.3)
 4 PO: [ni:i, [joo, (.) joo,
 5 HA: erillaistah.=
 6 PO: =m:;
 7 (3.0)
 8 HA: .mth onks >mitään ollu< (0.3) onks mitään myuta tällaisia (0.3) niinku .hh
 9 (.) °m° (.) °m° ikään ku niinku ikään ku Eoivall(h)uksia tai sellasiaE .hh ä:
 10 mh niinku uusia asioita mitä mitä (0.5) sulle muistuis mieleen mitä ois (.)
 11 ois tullu nyt sen viime haastat°telun jälkeen.° (0.8) niinku nyt tän vuoden
 12 aikana >olet olet< useasti niinku kertonu m- [m- onko jotain.hh
 13 PO: [(m:m.)
 14 (2.7)
 15 HA: mitä ei oo tullu .hh keskusteluunh,
 16 (4.0)
 17 PO: nyt (1.0) em mä osaa tässä Emiettä heh [heh heh .hh heh
 18 HA: [E(sä-) heh heh
 19 PO: heh he etku must tuntuu et mä oon paineen alla,
 20 HA: aha, heh heh h
 21 PO: e(h)ttäh niinku [unohtuu et ku .hh äkkiä pitää muistaa,
 22 HA: [nii heh tota:
 23 PO: joku nii em mä muista mitä[än heh heh .h >mä sanon sit
 24 HA: [n(h)o n(h)i. .h
 25 PO: jos mulle tulee mieleen.<=
 26 HA: =nii jos mä saan sa- (0.4) >°tai° mä saan< saan sen kuvan
 27 >että sä ite koet että< .hh ö:mh (1.0) et se on jotenkin niin että
 28 >et et et< sinussa niinku tapahtuu (0.3)koko
 29 [>aaja et et on niinku taval[laan tän vuoden aikana on on on niinku<
 30 PO: [joo, [joo,
 31 HA: .hh et s'e'i oo ollu niinku ni- niin >että sä jotenki niinku< jotenkin
 32 (0.3) .thh tasaisena,=
 33 PO: =>nff nff<=
 34 HA: >Eheh heh [.hhE< olet (.) niinku samanlaise[na olet
 35 PO: [ei (°-°) [joo,
 36 HA: eläny tän vuoden vaan et[tä (°-°) et siin [on tapahtunu
 37 PO: [joo, [(m-) .hh (>-<)

- 38 HA: ihan muutoksia,=
 39 PO: =se oli nii jännä ku mä täytin niit papereita .h ku mä oon aina
 40 en[nen pitäny niitä niin [tylsinä.nhh mt >nii<
 41 HA: [nii just, [joo.
 42 PO: (.) tuntu h_irveen hyvältä .h [huomata et mä voin
 43 HA: [joo,
 44 PO: laittaa eri kohtaan >mä< (-) selvästi sen (.) niinku tunnistin >et mä voin
 45 laittaa eri kohtaan ku ennen< [.hh jotku >ra- raksit< .hh (0.5) et (0.3) m
 46 HA: [m:.
 47 PO: huomaan >et mä oon< (.) [itsenäisempi (0.6) kuitenkin ihmisenä (0.5)
 48 varmaan (.) >että< (0.5) [(niinku) on
 49 HA: [joo,
 50 PO: tapahtunu [.hh >sitä kasvua< (.) [>ja semmost<
 51 HA: [° .joo,° [(nih)
 52 PO: kypsymistä, nff (1.8) >ja< (.) >myöski< (.) suhteessa mun ystäviin, h .hh=
 53 HA: =joo.
 54 (.)
 55 HA: [(-)
 56 PO: [et mä en oo enään (ni-) niin (.) altis .hh niinku sille hylkäämiselle,
 57 (0.3)
 58 HA: m:.
 59 (.)
 60 PO: >ku mä oon ollu.<
 61 (6.0)
 62 PO: et se >hylkääminen se on ollu to- se on ollu se< (0.3) .hh >semmonen
 63 kauheen keskeinen,<
 64 (0.3)
 65 HA: [joo.
 66 PO: [>niinku ongelma,<
 67 HA: °joo.°

Haastattelija muotoilee ymmärryksensä kertomuksesta ekstensioksi (r. 2-3, 5), jolla hän demonstroi tavoittavansa potilaan kokemuksen. Potilas vahvistaa haastattelijan näkemyksen. Osallistujat jakavat kokemuksen merkityksen. Pienen tauon (r. 7) jälkeen haastattelija kutsuu potilasta kertomaan muista mahdollisista samankaltaisista kokemuksista, joita olisi tapahtunut edellisen haastattelun jälkeen (r. 8-12, 15). Kutsu on vaihtoehtokysymys. Se rakentuu useista rakenneyksiköistä, on muotoiltu konditionaalissa ja se esitetään epäroiden (hakuilmaukset ja tauot). Ky-

symys konstituoii sen ylläpitämän aiheen (”muut mahdolliset oivallukset”) sensitiiviseksi ja löyhästi rajatuksi. Haastattelija naurahtaa pienesti oivalluksia-sanan yhteydessä (”oivalluksia tai sellaisia” r. 9). Kun kysymys on jo kuultavissa kysymykseksi, hän vielä täydentää sitä rakennosalla, jossa esittää perusteluja kysymyksen esittämiselle (”olet useasti niinku kertonu, r. 12).

Seuraa potilaan hiljaisuus (r. 16). Hän aloittaa vuoron, mutta se jää kesken (”nyt”, r. 17). Hän sanoo naurahtuen, että ei osaa miettiä, koska tuntee olevansa paineen alla (r. 17,19). Haastattelija reagoi potilaan vastaamisvelvollisuuden väistämiseen naurahtamalla potilaan kanssa (r. 18) ja käsittelemällä tunnetta paineen alla olemisesta uutisarvoisena (”aha”, r. 20). Minimipalautte on sanottu naurahduksen läpi. Potilas perustelee tunnettaan. Jos pitää äkkiä muistaa, niin ei muista mitään. Hän lupaa sanoa, jos jotain tulee mieleen (r. 23, 25).

Jörg Bergmann (1992) analysoi hienovaraisia, epäsuoria kysymyksiä, joita psykiatrit esittivät potilailleen silloin, kun he haastattelevat potilaita päättääkseen, ottavatko potilaat sisään psykiatriselle osastolle. Bergmann (ma, 155-158) toteaa, että potilas voi tulkita haastattelijan hienovaraisuuden vihjauksena asian ongelmallisuudesta. Hienovaraisen kysymyksenmuotoilun voi nähdä käsittelevän potilaan toimintaa kyseenalaisena tai poikkeavana, jolloin se on moraalisesti latautunut. Yllä olevassa näytteessä haastattelijan kysymyksen aihe on mahdollista lukea korostuneen hienovaraiseksi. Haastattelija naurahtaa ilmaistessaan kysymyksen aiheen, ”oivall(h)uksia tai sellasia”. On mahdollista, että potilas tulkitsee naurahduksen läpi sanotun kysymyksen ja sen epätarkan muotoilun vihjaavan johonkin tavallisuudesta poikkeavaan.

Potilaan kieltäytymisen voi tulkita kahdella eri tavalla. Toinen tulkinta noudattaa Bergmannin näkemystä verhotusta moraalisuudesta psykiatrian yhteydessä. Potilas saattaa tulkita haastattelijan pitävän hänen oivalluksiaan (r. 9) poikkeavina ja erityisinä, ja hän reagoi puolustautumalla eli kieltäytymällä vastaamisesta. Toinen tulkinta liittyy potilaan institutionaaliseen velvollisuuteen ”avautua”, puhua omista henkilökoh-

taisista asioistaan. Tähän velvollisuuteen potilas viittaa. Velvoitteen (”pitää muistaa”, r. 21) alaisena omista henkilökohtaisista asioista kertominen on eri asia, kuin kertoa niistä vapaaehtoisesti tai arkitilanteessa. Potilas on kuitenkin edellä kertonut pitkästi ja tunnepitoisesti itsessään tapahtuneesta muutoksesta. Kuvaus syntyi vastauksessa haastattelijan kysymykseen, se ei ollut oma-aloitteista kuvaamista.

Haastattelija on reagoinut potilaan puhuessa erilaisin minimipalauttein ja pitänyt tähän katsekontaktia. Hän yhtyy potilaan nauruun, nauraa potilaan kanssa (r. 18, 20, 22, 24). Nauru voi toimittaa institutionaalisissa vuorovaikutustilanteissa monta eri tehtävää (Esim. strukturoiduissa survey-haastatteluissa kts. Lavin & Maynard 2002, lääkäri–potilasvuorovaikutuksessa kts. Haakana 1999). Tässä nauru näyttäisi lieventävän tilanteen hankaluutta. Hankaluus syntyy, kun potilas ei täytä institutionaalista velvollisuuttaan. Samalla naurun voi nähdä ilmentävän haastattelijan potilaskeskeistä ja yhteistyösuuntautunutta suhtautumista. Jos haastattelija ei nauraisi potilaan kanssa, voisi vastaamisesta kieltäytymisestä tulla vahvemmin moraalisesti latautunut asia.

Nyt haastattelija aloittaa vuoron, jossa näyttää pyytävän lupaa sanoa jotain, mutta vuoro jää kesken (r. 26 alku). Hän aloittaa uudestaan ja esittää formuloivan vuoron, joka kohdistuu potilaan kokemukseen (r. 26-29, 31-32, 34, 36, 38). Haastattelija kertoo, minkälaisen käsityksen on potilaan kokemuksista saanut (r. 26-27). Hän tarjoaa potilaalle ymmärrystään siitä, että potilaassa ”tapahtuu koko ajan” (r. 27-29). Kuvatessaan potilaan kokemusta, haastattelija selkeästi näyttää, että hänen tietonsa on ehdollista ja epävarmaa (ns. B-tilanne, jossa puhuja käsittelee tilannetta, jota ei itse tunne, mutta jonka kuulija tuntee, Labov & Fanshel 1977). Ehdollisuutta ja epävarmuutta aiheuttavat ensinnäkin hakuilmaukset, joita on vuorossa runsaasti: r. 26 ”et se on jotenki niin että et et et”, r. 29 ”et et on niinku tavallaan” [...] ”on on on niinku”, r. 31 ”s’ei oo ollu niinku niin että sä jotenki niinku jotenki”. Toiseksi, pronominin ”se” (r. 27 ”et se on jotenki niin”, r.31 ”s’ei oo ollu niinku ni-”, r.36 ”siin tapahtunu ihan muutoksia”) ei paikallista puheenaihetta selvästi mihin-

kään, vaan käsittelee potilaan kokemusta ikään kuin laajana kokonaisuutena, kokemuksen tapana. Haastattelija käsittelee potilaan kokemusta, mikä synnyttää odotuksen siitä, että potilas ottaa haastattelijan vuoroon kantaa.

Haastattelijan vuoro (alk. r. 26) on formulaatio, joka toimii kimmokkeena ja jolla haastattelija tekee relevantiksi potilaan kuvauksen. Erityistä vuorossa on sen muotoilu. Haastattelija kuvaa itselleen muodostunutta ymmärrystä, omia käsityksiään potilaaseen ja tämän tilanteeseen liittyen. Haastattelijan kuvaama ymmärrys toimittaa ehdokasvastauksen tehtävää. Se, että ehdokasvastaus liittyy potilaan kokemukseen, tekee odotuksen mukaiseksi, että potilas ottaa haastattelijan ymmärrykseen kantaa. Haastattelija poistaa potilalta vastaamisen painetta selittämällä kysymystään itselleen muodostuneella käsityksellä. Oman käsityksen ilmaiseminen on haastattelijalta neutraalista poikkeava toiminto. Toiminto kuitenkin implikoi, että haastattelijat eivät vain mekaanisesti kerää potilaiden vastauksia, vaan pyrkivät ymmärtämään potilaiden tilannetta kokonaisvaltaisesti.

Potilas on haastattelijan vuoron aikana myötäillyt hyväksyvästi kuvaa, joka haastattelijalle potilaasta on syntynyt (minimipalautteet r. 30, 35, 37). Kun haastattelija pääsee vuorossaan kohtaan, jossa se on kuultavissa valmiina, kiirehtii potilas ottamaan vuoron (r. 39). Haastattelijan ilmaisema epävarmuus potilaan kokemus- ja elämismaailmaan liittyen kutsuu potilasta ottamaan haastattelijan käsitykseen kantaa. Potilas jatkaa haastattelijan esiin ottamasta muutosteemasta. Potilas käsitteleeikin itsessään tapahtuneita muutoksia (r. 39-40, 42, 44-45). Muutosten kuvaamisen jälkeen potilas esittää eräänlaisen johtopäätöksen tilanteesta (ekspansio r. 56, 60). Hän ei ole yhtä altis hylkäämiselle kuin on ollut. Hän korostaa, että hylätyksi tuleminen kokemus on ollut hänen ongelmansa (r. 62-3). Potilas siis reagoi haastattelijan puhetta virittävään vuoroon vahvistamalla haastattelijan esiin tuoman ehdollisen käsityksen tämän muutoksesta. Vahvistaessaan haastattelijan käsityksen potilas nimeää ne osa-alueet, joilla erityisesti kokee muuttuneensa (r. 47-8, 50, 52, 56).

Olen edellä kuvannut tilannetta, jossa aiemmin samassa haastattelussa vapautuneen oloisesti puhunut potilas kieltäytyy vastaamasta haastattelijan kysymykseen. Kieltäytymiseen reagoitiin ensin yhteisellä naurulla. Sitten haastattelijä perusteli kysymystään formuloivalla vuorolla, jossa kuvasi omia ehdollisia mielikuviaan. Potilas otti mielikuviin kantaa vahvistamalla ne. Lisäksi hän nimesi elämisen- ja kokemisen alueet, joilla muutosta on tapahtunut. Siirryn nyt tarkastelemaan toista tilannetta, jossa eräs potilas ei vastannut haastattelijan kysymykseen. Myös otetta edeltävässä vuorovaikutuksessa potilas oli ollut lyhytsanainen, eikä tarttunut haastattelijan vuoroihin, joilla hän pyrkii virittämään keskustelua.

Otetta edeltävässä vuorovaikutuksessa on käsitelty potilaan elämäntilanteessa tapahtunutta muutosta, ihmissuhteen päättymistä. Potilas on kuvannut kokemusta ahdistusta tuottavaksi. Potilas vastaa haastattelijan kysymyksiin lyhyesti. Haastattelussa on pitkiä hiljaisuuksia. Potilas ei ota katsekontaktia. Haastattelijä on käyttänyt toistoa ja formulaatiota keinoina houkutella potilas puhumaan kattavammin ja yksityiskohtaisemmin. Ote alkaa kohdasta, jossa haastattelijä uudistaa aiemman kysymyksensä (r.1-5). Hän on pyytänyt potilasta kertomaan tunteista, joita ero herätti. Fokusrivit ovat rivit 38-41.

(14) [psykoanalyysi, 1 vuosi]

- 1 HA: °mites tuossa ko kuvaat semmosta jos mä oikeen ymmärrän hyvin°
 2 semmosta tärkeätä pettymystä sinulle joka on ollu aikasemminki ja nyt
 3 nyt niinkun .hh myöskin ku ootte alottanu uudestaan että on semmonen
 4 toivetta tai mitä sä haluat .hh ja ja ja (0.4) tunnet et koko ajan petyt su-
 5 suhteessa häneen. (0.3) (°et°) (0.5) miten voisitko kertoa siitä vielä niin
 6 ihan vaan (.) kuvailla niitä tunnelmia ja ajatuksia. .hh
 7 (7.7)
 8 PO: .nhh (no) (2.0) >on mulla ainaki kauhee vaikee< uskoa että (0.5) tai hy)
 9 väksyy se että °nff° (1.5et siitä niinku (0.4) tai mejän suhteesta ei sitte oo
 10 mihinkään.
 11 (3.5)
 12 PO: >mä oon välillä ihmetelly että< (1.2) miten paljon sen pitää satuttaa mua
 13 ennen ku (4.8) °et mä oon niinku valmis hyväksyy sen° (1.6) nff (.)
 14 °jotenki ei niinku vaa haluu nähä sitä° (0.4) °tai on hirvee vaikee nähä

- 15 (1.0)
 16 HA: °mm.°
 17 (10.6)
 18 HA: .mth °tulee semmonen tunne että teijän suhteesta ei oo mihinkään.°
 19 (0.8)
 20 PO: no ei siitä oo (°mihinkää.°)
 21 (5.6)
 22 PO: tai semmoseen mitä mä haluan.
 23 (1.3)
 24 HA: m:m.
 25 (4.7)
 26 HA: .mthh kerroit siitä että y- yks puoli siitä niinkun pettymyksestä on
 27 semmonen että .hh et niin niinkun (0.3) halusit (yhteistä -) (.) noin pid-
 28 pidemmällä (0.3) perspektiivillä että, .hh
 29 PO: m:m,=
 30 HA: =°että on niinku tulevaisuuskih.°
 31 (18.0)
 32 HA: .hh °tulisko mieleen° (.) °vielä° .hh jotain semmosia (0.5) .hh puolia
 33 nuista tunteistas jos mä oikeen ymmärsin ni se on tar- hyvin tärkeä asia
 34 sinulle,
 35 (0.5)
 36 PO: nh (njoo.) hh (8.0) no em mä nyt tiä tuleeks (mulla mielee.)
 37 (1.5)
 38 HA: °m:m,°
 39 (6.5)
 40 HA: .hh >°mä oon huomannu et mä en nyt< °en° (.) en oo ihan varma
 41 ymmärrätkö °mää niitä° tai niinkun (.) .hh että niinkun. (0.4) .mthh
 42 (0.3) °niin° (.) °ku° (0.8) °vähän° .h en saa ihan kuvaa siitä
 43 hankaluudesta tavallaan siitä pettymyk[sestä
 44 PO: [NFF NFF ((niistä))
 45 HA: että että,
 46 (0.7)
 47 PO: .nfffff (.) hhh ((huokaa))
 48 (2.0)
 49 HA: °onko se jotain tämmöstä niinkun että° (0.5) °onko nii että hän ei,°
 50 (0.8)
 51 PO: nffff (.)hh ((huokaa))
 52 HA: °välit° sinusta tai° (.) °tai että ei° (.) °ei löydy yhteis°ymmärrystä °tai° .h
 53 °tai hän muuten (on) on on ilkeä tai .hh tai° turha mun tässä on niinku
 54 £a(h)rvailla£ määhän vaan sitä että (.) voisitko niinku niin (0.6) (°et mitäs
 55 jos°) .hh kertoisit vähän ljsää niistä tunnelmista. (0.8)
 56 PO: nh niin no (2.7) hh (2.5) >jatkuvasti siinä niinku törmää siihe että< (3.3)

- 57 >tai jotenki haluu säilytää niinku< (5.7) >niinku itsenäisyytensä sillä
 58 tavalla et se niinku< .hh (2.7) jättää tulematta niinku (6.0) nh ko on sovittu

Haastattelija pyytää potilasta kuvaamaan tunnelmiaan ja ajatuksiaan liittyen käsiteltävänä olevaan pettymykseen (r. 1-6). Hän esittää ymmärryksensä ehdollisena (r.1, ”jos mä oikeen ymmärrän”). Potilas vastaa viiveellä (tauot r. 7, r.8 alku). Hän kertoo ensin vaikeudestaan uskoa ja hyväksyä suhteen päätyminen (r. 8-9) ja sitten hämmästelee omaa käyttäytymistään (r. 12-14). Potilaan vuoroon sisältyy useita hiljaisuuksia ja korjausaloite, mikä tekee vuorosta hajanaisen tuntuisen. Potilaalla ja haastattelijalla ei ole katsekontaktia. Haastattelija reagoi minimipalautteella (r. 16), potilas on hiljaa (r. 17) ja katsoo haastattelijan suuntaan, ei kuitenkaan haastattelijaa silmiin. Haastattelija muotoilee potilaan kuvauksen uudelleen (r. 18) kierrättämällä, lainaamalla potilaan sanoja (riviltä 8 ”tulee semmonen tunne et [...] ei oo mihinkään”). Haastattelija puhuu hiljaisella, pehmeällä äänellä. Hän pitää puheenaiheena potilaan tunnetta. Vuoro kutsuu potilasta ottamaan kantaa; haastattelija käsittelee asioita, jotka vain potilas tuntee. Vuorossa ei ole kysymyksen merkkejä (konditionaalimuotoa, nousevaa intonaatiota). Potilas kuitenkin käsittelee haastattelijan vuoroa väitteenä ja ottaa siihen kantaa korostamalla näkemystään (r. 20, 22). Potilas on lyhytsanainen. Haastattelija esittää toisen kimmokkeen (r. 26-28, 30), jossa hän kierrättää jälleen potilaan aiempaa puhetta. Haastattelija tarjoaa potilaalle paikkaa kertoa pettymyksestä, mutta potilas ei ota vuoroa (pitkä hiljaisuus r. 31).

Haastattelija muotoilee nyt vaihtoehtokysymyksen (r. 32-34, ”tulisko mieleen...”). Kysymyksen kohde on jätetty epämääräiseksi (”jotain semmosia puolia”, r. 32) ja kysymystä legitimoiti haastattelijan ehdollinen ymmärrys asian merkityksestä potilaalle (r. 33 ”jos mä oikeen ymmärsin...”). Vaihtoehtokysymykseen voi vastata lyhyesti, ja niin potilas pitkän hiljaisuuden jälkeen vastaakin (r. 36, ”njo”). Potilas ei reagoi haastattelijan ilmaisemaan epävarmuuteen ymmärryksestään. Potilaan ilmaus (r. 36 ”no em mä nyt tiä tuleeks mulla mieleen”) vastaa haastatte-

lijän kysymykseen ”tuleeko mieleen”, jolla hän väistää kysymyksen tuottaman odotuksen käsitellä tunteitaan. Potilas tulkitsee kysymyksen kirjaimellisesti.

Seuraa hiljaisuuden ympäröimä haastattelijan minimipalautte (r. 37-39). Sitten haastattelija esittää formuloivan vuoron, jonka kohteena ovat potilaan kokemukset. Vuorossa erityistä on tapa, jolla se on muotoiltu. Haastattelija viittaa havaintoihin, joita hän tekee potilaan kokemuksen tavoittamisesta. Haastattelija toteaa, että on epävarma, ymmärtääkö hän oikein ja että hänelle itselleen ei ole muodostunut selvää kuvaa potilaan kokemuksesta (r. 40). Vuoroon liittyy hakuilmaisuja (r. 41-2, ”tai niinkun [...] että niinkun [...] niin ku vähän en saa ihan kuvaa siitä hankaluudesta tavallaan siitä pettymyksestä”, r. 45 ”että että”). Haastattelijan epävarmuuden ilmaus tekee odotuksenmukaiseksi sen, että potilas ottaa kantaa. Haastattelija selittää, miksi hän sinnikkäästi pitää aiheita yllä ja houkuttelee potilasta kertomaan kokemuksistaan ja tunteistaan, vaikka tämä ei osoita halukkuutta käsitellä niitä (”oon huomannu”, r. 40 voi nähdä viittaavan myös aiempaan vuorovaikutukseen, ”nyt” siirtää huomion meneillään olevaan tilanteeseen).

Haastattelijan vuoro (r. 42-3 ”en saa ihan kuvaa siitä hankaluudesta”) pohjustaa vaihtoehtokysymysten sarjaa, jonka hän seuraavaksi esittää (r. 49, 52-3). Kysymyksissään hän tarjoaa mahdollisia selitysvaihtoehtoja potilaan pettymykselle. Hän toteaa kysymyssarjan päätteeksi, että ei pidä omaa arvailua perusteltuna (r. 53 ”tai turha mun tässä on niinku arvaila”). Tämä on sanottu naurahduksen läpi, mikä pehmentää ilmaisun luonnetta ja vaimentaa siitä mahdollisesti luettavissa olevaa syyttävää sävyä. Haastattelija vaihtaa strategiaa ja esittää potilaalle kohteliaan, ystävällisen kehotuksen kertoa tunnelmista lisää (r. 54, ”voisitko niinku”, r. 55, ”et mitäs jos kertoisit vähän”). Potilas ryhtyykin kuvaamaan näkemystään.

Yllä oleva näyte demonstroi, että potilaiden kokemukset eivät kaikissa tilanteissa siirry sellaisenaan haastattelun vuorovaikutuksessa käsiteltäviksi. Otteessa potilas ei osoita halukkuutta vastata ja kertoo vaikeu-

desta vastata. Haastattelijalla on ongelma ratkaistavanaan. Haastattelussa käsitellään potilaan voinnin ja elämäntilanteen kannalta keskeistä kokemusta, mutta potilas ei puhu. Haastattelijä sinnikkäästi pitää aihetta yllä potilaan ilmentämästä vastahakoisuudesta huolimatta. Haastattelijä käyttää kimmokkeena vuoron, jossa hän kuvaa itselleen muodostunutta käsitystä. Oteessa 14 haastattelijä toteaa, että hän ei saa muodostettua kuvaa potilaan kokemuksista (r. 40-43) (vrt. ote 13 ”mä saan sen kuvan”, r. 25). Potilaan puhe on ollut katkonaista. Hän on käsitellyt tunteitaan hajanaisesti. On mahdollista, että haastattelijä ei tavoita potilaan tunnetta kuvauksen katkonaisuuden vuoksi. Voi myös olla, että mitä hajanaisemman käsityksen haastattelijä on potilaasta saanut, sitä tärkeämmäksi hänelle arviointitehtävän takia tulee saada tietää hajanaisuuden taustatekijöistä enemmän, päästä näkemään hajanaisuuden syitä. Osallistujien yhteistyön kannalta merkityksellistä on, että haastattelijä ottaa potilaalta pois vastuun ymmärtämisen hankaluudesta viittaamalla havaintoihinsa omista epävarmoista mielikuvistaan ja ajatuksistaan. Haastattelijä pyrkii saamaan tietoa siitä, miten potilas jäsentää ympäröivää maailmaa ja omaa olemistaan siinä. Tämä tieto auttaa haastattelijaa arvioimaan potilaan vointia.

5.3.1 Yhteenvedo kimmokkeina toimivista formulaatioista

Kummassakin edellä käsitellyssä näytteessä haastattelu uhkasi seisahtua, kun potilas ei lähtenyt vastaamaan haastattelijän kysymykseen. Haastattelijat reagoivat ottamalla puheeksi (mieli)kuvat ja käsitykset, joita heille on potilaasta muodostunut. Potilaan kokemusta työstävillä ja epävarmuutta esiin tuovilla vuoroillaan he tekivät odotuksenmukaiseksi sen, että potilas ottaa niihin kantaa. Tällä tavalla haastattelijä näytti, että hän pyrkii ymmärtämään potilaan kokemusta ja kokemuksen merkitystä kattavasti.

Potilasta puhumaan kannustava vuoro, jossa haastattelijat viittaavat itselleen muodostuneeseen käsitykseen, viittaa epäsuorasti myös osallistujien välisen yhteistyösuhteen. Oman käsityksen kuvaaminen toimii palautteena. Jos haastattelijalle muodostunut näkemys potilaasta vastaa potilaan omaa kokemusta, voi potilas kokea tullessa ymmärretyksi ja kuulluksi. Tämän ajatellaan vahvistavan yhdessä työskentelyä. Toisaalta se, että haastattelija sanoo, että hän ei tavoita potilaan kokemusta, voi mahdollisesti uhata osallistujien yhteistyötä. Potilaan kokemuksista ei ole muodostunut jaettua ymmärrystä.

5.4 Yhteenveto

Tässä luvussa otin keskusteluanalyttisen aineiston luennan rinnalle ja psykoterapian viitekehyksen tueksi teoreettisia käsitteitä psykoterapian prosessitutkimuksesta. Luvussa tarkastelin, mitä tehtäviä aiemmin tässä tutkimuksessa esittelemäni vuorovaikutuskäytänteet toimittavat, kun niitä katsotaan psykoterapian tulkintakehyksestä. Käsittelin psykoterapeuttisten toimenpiteiden –klarifikaation, konfrontaation ja tulkinnan– toteuttamista, joilla haastattelijat hankkivat tietoa persoonallisuusorganisaation arviointiin. Kuvasin, millä keinoilla haastattelijat tekevät paikan refleksiiviselle ilmaisulle sekä miten containingia ja empaattista ilmaisua toteutetaan. Viittasin myös transferenssiin.

Psykoterapeuttisen tulkintakehyksen avulla tehdyllä analyysillä vahvistuu edellisessä luvussa (luku 4) esittämäni näkemys, että puolistrukturoidut arviointihaastattelut ovat oiva keino hankkia tietoa psykoterapian tuloksista. Puolistrukturoiduissa haastatteluissa haastattelijoiden on mahdollista havainnoida psykoterapian vaikutuksia monipuolisesti. Ottaessaan vastaan potilaiden kerrontaa he voivat systemaattisesti tarkastella potilaiden kykyä refleksiiviseen ilmaisuun. Haastattelijat kutsuvat esiin potilaan itseään havainnoivan minän, niin haastattelukysymyksissä kuin potilaan puhetta vastaanottavissa vuoroissaan. Tuloksellisen psykoterapi-

an ajatellaan tuottavan refleksiivisen ilmaisutavan, jossa potilas pohtii ja analysoi omia mielensisäisiä prosessejaan (esim. Agnus & Hardtke 1994). Tapa, jolla potilas ulkoista ja sisäistä elämäänsä kuvaa ja miten osuvasti hän ymmärtää omia psyykkisiä prosessejaan, viestii psykoterapian etenemisestä ja vaikutuksista. Puolistrukturoidussa haastattelussa haastattelijoiden on myös mahdollisuus rekisteröidä transferenssin avulla välittyvää tietoa potilaan kokemuksista; tätä ei kuitenkaan analysoi osoitettu, sillä transferenssi ei aina tule suoraan julki puheessa.

Puolistrukturoidusta haastatteluformaattista psykiatrisen arvioinnin yhteydessä on todettu, että sen käytettävyyden yksi haaste on se, että strukturoimattomat vuorot voivat suunnata puheen pois alkuperäisestä aiheesta ja korostaa potilaan tilanteen ja kokemuksen affektiivisia ulottuvuuksia. Aineistoni ja analyysini perusteella vaikuttaa kuitenkin siltä, että strukturoimattomat vuorot ovat vuoroja, joilla haastattelijat suuntaavat potilaiden puheen juuri takaisin aiheeseen ja ilmaisutapaan, joka on relevantti terapian vaikutuksia tutkittaessa. On totta, että puolistrukturoiduissa haastatteluissa voidaan ajautua tilanteeseen, jossa potilas sanoo, että vastaaminen on vaikeaa, esimerkiksi affektisten kokemusten takia. Aineistoni ja analyysini perusteella tämä ei vaikuta olevan suuri ongelma HPTP:n puolistrukturoiduissa haastatteluissa. Aineistossani on muutamia tilanteita, joissa vuorovaikutuksen eteneminen uhkaa katketa. Haastattelijat kuitenkin pystyvät palauttamaan näissä tilanteissa haastattelun sen varsinaiseen vuorovaikutusformaattiin. He perustelevat kysymyksiä ja niiden tehtäviä ja vaihtavat puhuttamisen strategiaa tarpeen mukaan. Näiden havaintojen perusteella tämä tutkimus yhtyy näkemykseen, että puolistrukturoidun haastattelun toteuttaminen edellyttää ”herkkyttä” ja osaamista, kykyä vastata potilaiden toimintaan ja tarpeisiin.

Nyt päättyvän luvun yksi tehtävä on ollut näyttää, miten psykoterapeuttisten teoreettisten käsitteiden yhdistäminen keskusteluanalyysiin luentaan vaikuttaa vuorovaikutuksen analysointiin ja johtopäätöksiin. Tämän luvun perusteella voi todeta, että psykoterapeuttisen näkökulman huomioiminen laajentaa keskusteluanalyttisen kirjaimellisen

luennan tuottaman informaatiota. Puolistrukturoidun haastattelun toteuttamisen ominaispiirteet (empaattinen ilmaisu, suuntaaminen subjektiiviseen näkökulmaan) ja mahdollisuudet (containing, transferenssi) nousevat esiin. Keskustelunanalyttisen näkökulman ja psykoterapian teoreettisten käsitteiden yhdistelmä havainnollistaa haastattelijan toimintojen erilaisia ulottuvuuksia. Keskustelunanalyysi näyttää vuorovaikutuksen perusprosessit. Psykoterapian teoreettiset käsitteet tuovat esiin tehtäviä, joita perinteinen keskustelunanalyttinen kirjaimellisen tason luenta ei huomioi.

Tässä luvussa käyttämäni analyysitasojen yhdistelmä lienee sovellettavissa myös varsinaiseen psykoterapian prosessitutkimukseen. Metodologiseen näkökulmaan kytkeytyy myös tämän luvun anti psykoterapian prosessien tutkimiselle. Käsitelen työn kontribuutiota psykoterapian tutkimukselle myöhemmin seuraavassa luvussa, jossa esitän johtopäätöksiä työstäni ja pohdin työn merkitystä sekä psykoterapian vaikuttavuustutkimukselle että prosessitutkimukselle.

6 PÄÄTELMÄT JA POHDINTAA

Tässä luvussa esitän johtopäätöksiä tutkimuksistani ja pohdin työni heittämiä jatkotutkimus- ja sovellusmahdollisuuksia. Tarkastelen tutkimusta psykoterapian prosessi- ja vaikuttavuustutkimuksen, keskustelunanalyysin ja sosiaalipsykologian viitekehysistä. Erilaiset näkökulmat ilmentävät työn poikkeusteollista luonnetta. Tutkimuksessani olen käyttänyt sosiaalitieteellistä tutkimusmenetelmää, keskustelunanalyysiä. Tutkimusmenetelmän kautta tutkimuksen kohde, haastattelun vuorovaikutus on luonteeltaan sosiologinen. Tutkimuksen läpi keskeisenä teemana kulkee ihmisen mielensisäinen maailma ja tapa, jolla siitä tehdään tutkimusaineistoa. Mielenterveys on psykologinen ja psykiatrinen aihealue. Siltana sosiologisen tutkimuksenkohteen ja psykologisen ja psykiatrisen aihealueen välillä toimii sosiaalipsykologia, joka on tämän tutkimuksen ”kotikenttä”.

Luvun aluksi kertaan tutkimukseni asetelman. Tarkastelen sitten tutkimustuloksiani psykoterapian tutkimuksen viitekehysessä. Luvun loppupuolella pohdin tutkimusta lähemmin keskustelunanalyysin ja sosiaalipsykologisen tutkimuksen kannalta. Lopuksi pohdin jatkotutkimusaiheita ja työn sovellusmahdollisuuksia.

Suomalaisista noin joka viides kärsii mielenterveyden häiriöistä. Mielenterveydenhäiriöitä hoidetaan psykoterapialla, joka on keskusteluun perustuva mielenterveyden hoitokeino. Psykoterapian tavoitteena on psyykkisten häiriöiden ja niihin liittyvän kärsimyksen lieventäminen ja poistaminen, psyykkisen kasvun ja kehityksen tukeminen sekä henkilön

omien ongelmanratkaisuvalmiuksien lisääminen (TEO). Mielenterveyden hoitomuotona psykoterapia poikkeaa lääketieteellisestä hoidosta siten, että psykoterapialla ei ole yhtä tiettyä tieteellistä kotia. Psykoterapia on eräänlainen kattokäsite, jonka alle mahtuu monia erilaisia psykoterapeuttisia viitekehyksiä ja teorioita. Psykoterapeutteina voivat toimia useiden ammattialojen edustajat (psykologit, sosiaalipsykologit, lääkärit, teologit, sosiaalityöntekijät, psykiatriset sairaanhoitajat jne.), joiden ihmis- ja sairauskäsitykset voivat poiketa toisistaan. Psykoterapian aikaansaama muutos on tapahtunut inhimillisen vuorovaikutuksen, ei neurokemiallisten muutosten välityksellä.

Psykoterapian vaikuttavuustutkimuksissa pyritään saamaan selkoa siitä, miten erilaiset viitekehykset, terapiamuodot, poikkeavat toisistaan terapian tuottaman vaikutuksen suhteen. Usein tavoitteena on löytää vastauksia siihen, mikä terapiamuoto tehokkaimmin (nopeimmin ja pysyvimmin) tuottaa hoidollisen vasteen. Psykoterapian tutkijoiden keskuudessa on sekä Suomessa että ulkomailla erilaisia näkemyksiä siitä, minkälaisilla tutkimusasetelmilla ja millä menetelmillä psykoterapian vaikutuksia tulisi analysoida. (Kts. luku 1).

Suomessa mittavin psykoterapian vaikuttavuustutkimus on Helsingin Psykoterapiaprojekti (HPTP). Siinä vertaillaan neljän eri hoitomuodon vaikutuksia mielialahäiriön ja ahdistuneisuuden hoidossa. Helsingin Psykoterapiaprojektissa ensisijainen tavoite on tutkia eri terapiamuotojen vaikutuksia psykiatrisiin oireisiin ja sairastavuuteen. Toissijaisesti arvioidaan terapian vaikutuksia työkykyyn ja sosiaaliseen toimintakykyyn, tutkimushoidon päättymisen jälkeiseen hoidon tarpeeseen, persoonallisuuden toimitavuuteen ja terveyskäyttäytymiseen. Lisäksi arvioidaan eri terapiamuotojen kustannusvaikuttavuutta. (Knekt & Lindfors 2004.)

HPTP:ssä tutkimusaineistoa kerättiin useilla eri menetelmillä: kyseilyillä, psykologisilla testeillä, laboratoriomittauksilla, julkisten rekisterien seurannalla ja videoiduilla haastatteluilla. Haastattelut koostuivat puolistrukturoidusta ja strukturoidusta osuudesta. Ne toteutettiin säännöllisin väliajoin 5–7-vuotisen seuranta-ajan sisällä. (Knekt & Lindfors

2004.) Pääsääntöisesti aineistoa analysoitiin tilastotieteellisillä menetelmillä (mt., 29).

Tämän työn tutkimusaineisto muodostui 16 potilaan videoiduista haastatteluista (yhteensä 80 haastattelua). Aineistosta muodostettiin osakorpus, joka koostui 11 potilaan haastatteluista (yhteensä 52 haastattelua; kolmen haastattelun tekninen toistettavuus ei mahdollistanut niiden analysoimista). Tämä osakorpus oli ensisijainen analyysin resurssi. Osakorpusten videonauhoitukset purettiin tekstiksi eli litteroitiin siten, että seitsemän potilaan seurantahaastatteluprosessit litteroitiin kokonaan ja neljän potilaan haastatteluista litteroitiin vain tarvittavat kohdat. Osakorpusten ulkopuolella olevan viiden potilaan haastattelusarjat toimivat analyysin tarkistamisen aineistona. Tutkimusmenetelmänä käytin keskustelunanalyysiä, joka on laadullinen, sosiaalitieteellinen vuorovaikutuksen tutkimusmenetelmä. Tutkimusta varten haastattelut litteroitiin keskustelunanalyttisen konvention mukaisesti.

Tutkimuksen tavoitteena on ollut selvittää, *miten haastattelijat toteuttavat puolistrukturoidun arviointihaastattelun ja miten he vaikuttavat siihen, mitä ja miten potilaat asioita haastatteluissa kuvaavat*. Varsinainen tutkimuskysymykseni oli: Miten vuorovaikutus haastatteluissa rakentuu? Miten haastattelijat toimivat seurantahaastatteluissa? Mitä tehtäviä haastattelijoiden ohjeistamattomat vuorot toimittavat puolistrukturoidussa arviointihaastattelussa? Näiden kysymysten lisäksi olen hakenut vastausta yleisempään kysymykseen, minkälainen tiedonkeruumenetelmä puolistrukturoitu arviointihaastattelu on.

Tutkimusmenetelmän ja tutkimuksen kysymyksenasettelun kautta työ kytkeytyy myös psykoterapian prosessien tutkimuskentälle. Prosessitutkimuksessa pyritään tunnistamaan, määrittelemään ja arvioimaan tekijöitä, jotka vaikuttavat psykoterapian kulkuun (Esim. Toskala & Wahlström 1996, McLeod 2001). Prosessitutkimuksessa käytetään sekä laadullisia että määrällisiä tutkimusmenetelmiä. Laadullisia tutkimusmenetelmien vahvuutena pidetään sitä, että ne lisäävät ymmärrystä tutkimuskohteen luonteesta ja olemuksesta (mm. Stiles 1999, McLeod 2001).

Tässä luvussa pohdin keskusteluanalyysin mahdollisuuksia ja edellytyksiä terapeuttisen kommunikaation kuvaamisessa ja erittelemisessä.

Siirryn nyt käsittelemään tutkimustuloksia. Esitän ensin tiivistelmän tutkimustuloksista (alaluku 6.1). Alaluvussa 6.2 käsittelen tutkimuksen tuloksia sen varsinaisen aihealueen, puolistrukturoidun psykiatrisen arviointihaastattelun ja terapian vaikuttavuustutkimuksen näkökulmasta. Alaluvussa 6.3 pohdin työn, erityisesti metodologisten ratkaisujen antia psykoterapian prosessitutkimukselle.

6.1 Tutkimustulosten tiivistelmä

Tutkimustulokset perustuvat kolmeen empiiriseen lukuun. Luvussa 3 tarkastelin haastattelijoiden kysymysvuoroja, ensimmäisen position vuoroja. Luvussa 4 analysoin vuoroja, joilla haastattelijat käsittelevät potilaiden puhetta (kolmannen position vuorot). Luvuissa 3 ja 4 analyysini perustui keskusteluanalyttiseen luentaan haastattelun kulusta. Luvussa 5 jatkoin kolmannen position vuorojen analyysia, mutta otin tulkinnan avuksi teoreettisia käsitteitä psykoterapian prosessitutkimuksesta.

Luvussa 3 totesin, että käynnistäessään seurantahaastatteluja haastattelijat nimeävät haastattelut keskustelunomaisiksi tilanteiksi. He esittävät haastatteluohjeistuksessa annetut haastattelukysymykset elaboroidussa muodossa. Laajoihin kysymysvuoroihin he lisäävät kysymystä ja tehtävänantoa pehmentäviä aineksia. He pyrkivät myös mahdollisuuksien mukaan sitomaan aiheet potilaan edellä kuvaamaan, mikä myös tuottaa vuorovaikutukseen keskustelunomaisia piirteitä.

Luvussa 4 esittelin yleisimpiä haastattelijoiden strukturoimattomia vuoroja, joilla he ottavat potilaiden kerrontaa vastaan. Kolmannen position vuoroissaan haastattelijat tarkistavat ymmärrystään ja varmistavat lisäkysymyksillä, että aineisto on riittävän kattavaa. Yksi keskeisistä tutkimustuloksista on, että haastattelijoiden kolmannen position vuorot vaikuttavat oleellisesti haastattelun kulkuun. Kun haastattelijat ottavat

potilaiden puhetta vastaan, he valitsevat edellä kuulemastaan jonkin asian tai teeman. Esiin nostettu asia ja haastattelijan ymmärrys asiasta tulee haastattelijan vuorossa näkyväksi ja vaikuttaa siihen, minkälainen potilaan vuoro on odotuksenmukainen. Haastattelijan vuorot, vaikka niitä ei olisikaan muotoiltu kysymyksiksi, toimivat kertomisen ja kuvaamisen kimmokkeina potilaille. Ne suuntaavat potilaan kuvausta ja tekevät relevantiksi erilaiset aiheet, näkökulmat ja puheentavat. Tällä tavalla haastatteluaineisto muotoutuu haastattelijan ja potilaan yhteistyönä, ikään kuin vuoro vuorolta rakentuvana kudelmanä. Kummankin osallistujan puhe vaikuttaa siihen, mitä toinen sanoo. Tulos näyttää, että tutkimukselle siirtyvä aineisto on osallistujien yhteistyössä tuotettu.

Luvussa 5 tarkastelin myös kolmatta positiota. Otin tulkinna väli-neiksi teoreettisia käsitteitä psykoterapian prosessitutkimuksesta. Teoreettisten käsitteiden avulla aineistosta nousi esiin vuorovaikutuksen erityiset ominaispiirteet (mm. haastattelijoiden empaattisuus, potilaan subjektiivisen näkökulman hakeminen) ja psykiatriseen haastattelemiseen kytkeytyviä mahdollisuuksia, joita keskustelunanalyttinen luenta ei tuo esiin (containing, transferenssi). Esitin, että haastattelijat suuntaavat vuoroissaan potilasta kuvaamaan subjektiivista näkökulmaansa ja että haastattelijoiden toiminnassa korostuu empaattinen, potilasta kannatteleva suhtautuminen. Empaattisissa vuoroissaan haastattelijat näyttävät, että näkevät potilaan kokemuksen ”tämän saappaissa seisoen”. Empaattisen ymmärryksen osoittaminen mahdollistaa sen, että potilas kokee tulleen kuulluksi ja ymmärretyksi. Kuulluksi tuleminen kokemuksen ajatellaan edesauttavan omista asioista puhumista, sitä että potilas kertoo haastattelijalle kokemuksistaan ja niihin kytkeytyvistä tunteistaan. Näytin myös, että haastattelijat voivat toimia vaikeiden tunteiden vastaanottajina, containing-ilmion kaltaisesti. Empaattisuuden ja potilaan tuskaisten tunnetilojen työstäminen ongelmattomammaksi tuo seurantahaastatteluihin terapeuttisia, supportiivisia aineksia.

Yllä kuvatun perusteella tämän tutkimuksen päätuloksena voi pitää sitä, että haastattelijoiden strukturoimattomat vuorot ovat ennen kaikkea

vuoroja, joilla haastattelijat tekevät potilaiden subjektiivisista kokemuksista yhteisesti jaettuina ja ymmärrettäviä sekä edesauttavat potilaiden puhetta. He esimerkiksi tarkistavat itselleen muodostunutta käsitystä (toisto, formulaatio), suuntaavat potilaan puhetta (erityisesti subjektiiviseen näkökulmaan) (ekstensio, formulaatio) ja ohjaavat potilasta puhumaan rajatuista aiheista (vaihtoehtomuotoiset jatkokysymykset). Näkemykseni mukaan haastattelijat tarvitsevat tämän vuoron tehdäkseen selkoa siitä, mistä asioista potilaat kertovat ja miten potilaiden puhe on mahdollista analysoida. Haastattelijat käyttävät mahdollisuuttaan vuoroon potilaan puheen jälkeen erityisesti silloin, kun potilaan subjektiivisten kokemusten ja tunteiden *merkitys* vaatii purkamista ja yhdessä työstämistä. Tämä näkyy konkreettisesti siten, että aineistossa kolmannessa positiossa varsin harvoin vain lyhyesti kuitataan (esim. sanomalla ”okei”, tai ”selvä, joo”) potilaan vastaus vastaanotetuksi. Kolmannessa positiossa haastattelijat toisin sanoen ”tekevät töitä” ymmärtääkseen potilaan mielensisäistä maailmaa.

Tutkimuksen toinen tulos on, että keskusteluanalyysi soveltuu hyvin psykoterapeuttisen kommunikaation analysoimiseen. Näkemykseni mukaan keskusteluanalyysin soveltuvuutta psykoterapian tutkimuskontekstissa voidaan vahvistaa ottamalla keskusteluanalyyttisen luennan tueksi psykoterapian toiminnallista luonnetta esiin nostavia teoreettisia käsitteitä psykoterapian tutkimuksesta.

Käsittelen tuloksia seuraavaksi yksityiskohtaisemmin. Aloitan pohdimalla tutkimustulosten antia psykoterapian vaikuttavuustutkimukselle.

6.2 Psykoterapian vaikuttavuustutkimus

Diagnostisen arviointihaastattelun mahdollisuuksia, etuja ja haittoja on tutkittu ja kommentoitu psykologisessa ja psykiatrisessa viitekehyksessä (Esim. Rogers 2001, myös Bögels 1994, Kronenberger & Meyer 1996,

Merrell 2003, Lindfors 2006, Vacc ja Juhnke 1997). Tämä työ täydentää tietoa diagnostisesta arviointihaastattelusta esittämällä haastattelun toteuttamisesta sosiaalitieteellisen vuorovaikutustutkimuksen näkökulman. Tutkimuksella toivon voivani osallistua keskusteluun, jota käydään siitä, miten erilaiset tutkimusmenetelmät soveltuvat psykoterapian vaikuttavuuden tutkimiseen (Kts. esim. Hartikainen ja Aaltonen 2005, Roth & Fonagy 2005, Wampold 2001). Tutkimukseni voi lisätä psykoterapian vaikuttavuuden tutkijoiden ymmärrystä puolistrukturoidusta arviointihaastattelusta tutkimusaineiston hankkimisen välineenä.

Tutkimuksen yleisenä lopputulemana pidän sitä, että ihmisen mielen sisäinen maailma, psyykkiset kokemukset eivät sellaisenaan ole siirrettävissä tutkimusmateriaaliksi. Mieli ja sen liikkeet eivät ole ”vain poimitavissa” potilaalta tai suoraan kategorisoitavissa valmiisiin luokkiin. Mielelliset kokemukset eivät siirry kieleen välittömästi. Psyykkisten kokemusten kerääminen tutkimusmateriaaliksi edellyttää vuorovaikutusta potilaan ja haastattelijan (tiedon kerääjän) välillä. Vuorovaikutuksessa potilas ja haastattelijat yhdessä ”neuvottelevat” psyykkisten kokemusten merkityksestä (esimerkiksi formulaation tai jatkokokymyksen avulla). Tulkitsen tämän kertovan siitä, että psyykkisten muutosten tutkimisen yhteydessä on tärkeää huomioida mielellisten kokemusten yksilölliset merkitykset. Kirjallisuudessa todetaan usein, että esimerkiksi masennus saa yksilöllisiä merkityksiä; kokemusten merkitys pohjautuu yksilölliseen elämys- ja kokemusmaailmaan (Wolk 1989, kts. myös Rauhala 1997, Szasz 1961, 1970, Tontti 2000). Puolistrukturoidussa haastattelussa potilaalla on mahdollisuus kuvata ja puhua kokemuksistaan omin sanoin sekä korostaa itselleen tärkeitä asioita. Puolistrukturoidun haastattelun etu on, että potilas voi myös korjata tai täydentää haastattelijalle muodostunutta käsitystä, esimerkiksi vahvistaessaan tai kumotessaan haastattelijan esittämän formulaation. Haastattelijat tekevät potilaiden puhetta vastaanottaessaan töitä merkitysten avaamiseksi ja ymmärryksen jakamiseksi, mikä näkemykseni mukaan kuvastaa mielellisten kokemusten monimuotoisuutta. Puolistrukturoitu haastattelu puoltaa paikkaansa

psykoterapian vaikuttavuuden tutkimuksessa. Se on hyvä tiedonkeruun menetelmä, sillä potilaan ”oma ääni”, potilaan oma kokemus voinnistaan ja sen muutoksista on mahdollista saada kokonaisvaltaisesti tutkimuksen materiaaliksi.

Yllä esittämäni johtopäätelmät eivät sinällään ole varsinaista uutta tietoa, joskin ne vahvistavat olemassa olevia käsityksiä (Esim. McLeod 2001, 178, Stiles ym. 1990). Uusi asia, jonka tämä tutkimus välittää psykoterapian tutkimukselle, on empiirinen näkökulma ja systemaattinen analyysi haastattelijoiden toiminnasta. Otteet haastatteluaineistosta näyttävät, miten kokemuksen työstäminen haastattelutilanteissa käytännössä tapahtuu. Haastattelijat tarjoavat ymmärrystään, suuntaavat puhetta ja pyytävät potilaita tarkentamaan. Tutkimukseni tarkoitus ei ole ottaa kantaa siihen, toimivatko haastattelijat ”oikein” vai ”väärin”. Sen sijaan aineisto-otteiden avulla on mahdollista tarkastella haastattelijan toimintaa ja katsoa, miten todelliset haastattelutilanteet vastaavat niihin liittyviä teorioita ja ohjeistuksia. (Peräkylä ja Vehviläinen 1999, Peräkylä ym. 2005.) Tutkimuksesta nouseekin esiin, että pelkkä potilaiden omaaloitteinen kertominen ei kaikissa tilanteissa tuota arviointia varten tarpeeksi yksityiskohtaista, kattavaa ja ymmärrettävää tutkimusmateriaalia. HPTP:n haastatteluohjeistuksessa todetaan, että haastattelussa tulisi selvittää pääkysymyksillä, niiden tarkennuskysymyksillä (kompakteilla agendakysymyksillä) ja kehotuksilla kertoa lisää (kts. liite 2). Aineisto näyttää, että näiden lisäksi haastattelijat käyttävät ainakin toistoa, ekstensiota, formulaatiota ja haku- ja vaihtoehtokysymysmuotoisia jatkokysymyksiä. Haastattelijoiden toiminnan analyysi näyttää, että haastattelijat ”joutuvat” käyttämään varsin monenlaisia vuoroja saadakseen potilaan voinnista kertovan, riittävissä määrin ymmärrettävän, kattavan ja yksityiskohtaisen materiaalin, jota psykoterapian vaikuttavuustutkimus tarvitsee psykoterapian vaikutusten arviointia varten.

Richard Rogers (2001) esittää, että puolistrukturoitujen haastattelujen standardoimattomat vuorot voivat vaikuttaa tiedon määrään ja laatuun aineistoa heikentävällä tavalla. Analyysieni perusteella näyttää

kuitenkin siltä, että standardoimattomat vuorot ovat kerätyn tiedon määrän ja laadun kannalta hyödyllisiä vuoroja. Kolmannen position vuoroissaan haastattelijat varmistavat, että he ovat ymmärtäneet potilaiden kuvaukset oikein; että osallistujien kesken vallitsee jaettu ymmärrys käsiteltävän asian merkityksistä. Omissa ohjeistamattomissa vuoroissaan haastattelijat rajaavat potilaan puhetta (esimerkiksi käsiteltävän aiheen päätökseen vievillä formulaatioilla) tai suuntaavat sitä tarvitsemaansa tietoa kohti (esimerkiksi toistolla tai vaihtoehtomuotoisilla jatkokysymyksillä). Näkemykseni mukaan standardoimattomat vuorot vahvistavat haastattelun avulla tehdyn diagnoosin luotettavuutta, ne rakentavat jaettua ymmärrystä.

Tehdessään potilaiden subjektiivisten kokemusten merkityksistä yhteisesti jaettuja haastattelijat käyttävät laajaa vuorovaikutuskäytänteiden repertuaaria. Tästä voidaan tehdä myös toinen johtopäätös puolistrukturoidun haastattelun asemasta psykoterapiatutkimuksessa. Puolistrukturoiduilla haastatteluilta saadaan kattavaa ja monipuolista tietoa potilaan ongelmalliseen psyykkiseen kokemukseen liittyvien tekijöiden merkitysten muuttumisesta. Tämä on tulkittavissa myös siten, että puolistrukturoitu haastattelu on *tarpeellinen* tai jopa välttämätön aineiston keruumenettelmä psykoterapian ryhmävertailututkimuksessa. Väite perustuu siihen, että psykoterapian tuottama hoidollinen vaste on luonteeltaan erilaista kuin lääkehoidon. Psykoterapia edesauttaa kehitystä ja oppimista, eteenpäin menemistä, kun taas lääkehoito pyrkii palauttamaan tilanteen ongelmattomaan tasapainotilaan. Yksi syy, miksi satunnaistetun ryhmävertailututkimuksen mallia kritisoidaan psykoterapian piirissä, on se, että tulokset perustuvat lähtökohtaisesti vaikuttaneiden oireiden mittaamiseen ja mittauksista saatuihin keskiarvoihin (Leiman 2004, 2006, McLeod, 2001, Norcross 2002, Wampold 2001). Kyselytutkimukset, joissa tarkastelu rajautuu oirekohtaisiin muutoksiin, eivät välttämättä tuota kaikkea relevanttia tietoa psykoterapian vaikutuksista. Ne eivät näytä potilaassa tapahtunutta psyykkistä kehitystä, sitä mitä potilaan mielessä tapahtuu; ovatko terapian alkuvaiheessa vaikuttaneet oireet tai muuttujat edelleen

keskeisiä terapian loppuvaiheessa, mitä merkityksiä oireet ovat saaneet tai mitä muuta on tullut alkuvaiheen ongelmien tilalle. Tästä syystä mm. Wampold (2001, 210) ja Lambert ja Barley (2002) toteavat, että lääketieteellinen oireorientoitunut tutkimusmalli ei sovellu psykoterapiaan, vaan vaikuttavuuden suhteen tulisi tutkia terapioille yhteisiä muuttujia (Kts. myös Norcross 2002). Satunnaistettujen ryhmävertailujen tilalle esimerkiksi Stiles (2002) ehdottaa case-tutkimuksia. Case-tutkimuksissa psykoterapian vaikuttavuutta tutkitaan analysoimalla ongelmallisten kokemusten muuttumista psykoterapian aikana (Kts. myös Stiles ym. 1990). Myös puolistrukturoidulla haastattelulla kerätään tietoa psyykkisestä kehityksestä. Haastattelijoiden toiminnan analyysi näyttää, että haastattelijat pyytävät potilaita kuvaamaan kokemustensa muuttumista. Tämän lisäksi he systemaattisesti orientoivat potilaita kuvaamaan subjektiivista näkökulmaansa, kutsuvat potilaita refleksiiviseen kuvaukseen. Potilaan refleksiivisen ilmaisutavan havainnointi puolestaan kertoo psykoterapian vaikutuksista, siitä millä tavalla potilas terapian aikana mahdollisesti oppii havainnoimaan, ymmärtämään ja jäsentämään oman mielensä liikkeitä.

Puolistrukturoitujen haastattelujen käytettävyyttä psykoterapiatutkimuksessa voi heikentää niiden ”työläys”. Työläydellä tarkoitan kahta eri asiaa. Haastattelun toteuttamisessa työläys liittyy siihen, että haastattelussa potilaan tilannetta käydään läpi monista eri näkökulmista ja haastattelussa käsitellään tunnepitoisia ja vaikeita asioita. Potilaat eivät aina vastaa heille esitettyihin kysymyksiin. Haastattelijoilta edellytetään sensitiivisyyttä, empatiaa ja ymmärryksen osoittamista. Tiedon saaminen edellyttää, että potilas avautuu haastattelijalle (Rogers 2001, Trull 2005). Haastatteluaineiston *laadullisessa* analyysissä työläys puolestaan liittyy haastattelemalla tuotetun aineiston laajuuteen ja monitulkintaisuuteen. Laadulliset analyysivälineet eivät aina tuota yksiselitteistä, ongelmatonta tai selkeää tulosta (McLeod 2001). Siksi haastattelemalla kerätyn aineiston analyysiin onkin ehdotettu *mixed-method* strategiaa (Dennis ym. 1994), jossa samaa aineistoa käsitellään sekä kvalitatiivisilla että tilasto-

tieteellisillä analyysimenetelmillä. Kahden logiikaltaan erilaisen analyysipatteriston yhdistäminen voisi tuottaa aineistosta kattavia ja monipuolisia tuloksia. Kvantitatiiviset tutkimukset näyttävät ryhmätasolla keskiarvoja potilaiden voinnissa tapahtuneista muutoksista. Laadulliset menetelmät kuvaavat, minkälaisia voinnissa tapahtuneet muutokset ovat yksilötasolla ja minkälaisia merkityksiä ja selityksiä muutoksiin liittyy. (kts. McLeod mt., 177.) Yksi koko psykoterapian vaikuttavuuden tutkimuskenttää yhdistävä haaste näyttäisikin olevan laadullisten ja tilastotieteellisten menetelmien –ja tutkijoiden– yhteen saattaminen.

Liittyen psykoterapian vaikuttavuuden tutkimusmenetelmiin pidän tämän tutkimuksen eräänlaisena metatason lopputulemana sitä, että laadulliset tutkimusmenetelmät soveltuvat hyvin psykoterapian vaikuttavuuden tutkimuksen käyttöön. Tässä työssä olen analysoinut haastatteluaineistoa keskusteluanalyysilla. Aineiston tarkka luenta tavoittaa haastatteluista tietoa, joka kertoo tutkimuskohteen luonteesta ja laadusta, potilaiden kuvausten (tutkimusaineiston) paikallisesta kontekstista. Laadullisilla tutkimusmenetelmillä saadut tulokset syventävät ja tarkentavat tietoa psykoterapiasta ja sen vaikutuksista.

Helsingin Psykoterapiaprojektille tutkimukseni ei tuota tietoa HPTP:n tutkimustehtävään terapian vaikutuksista. Sen sijaan työssä kuvaan tutkimusaineiston keruumenetelmää. Tällä tavalla työni täydentää HPTP:n sisällä tehtyä haastatteluaineiston laadun arviointia (Lindfors 2006) ja omien tutkimusprosessien analyysia.

Tutkimukseni varsinaisen sisältöalueen eli haastattelijoiden toiminnan analysoinnin rinnalla käsillä olevalla työllä on kontribuutionsa myös psykoterapian prosessitutkimukseen. Pohdin tätä seuraavaksi.

6.3. Keskusteluanalyysi psykoterapian prosessitutkimuksen menetelmänä

Psykoterapian prosessitutkimuksen kentällä tämän tutkimuksen anti liittyy metodologisiin ratkaisuihin. Keskustelunalyysi on sosiaaliteollinen, sosiaalisen toiminnan perusprosessien tutkimusmenetelmä. Psykoterapiakeskustelut ovat olleet tutkimuksen kohteena keskustelunalyttisen tutkimustradition sisällä (Esim. Antaki ym. 2005, Davis 1986, Peräkylä 2004, Vehviläinen 2003). Tutkijat, jotka ovat ensisijaisesti psykoterapian tutkijoita ja etsivät psykoterapian prosessitutkimukseen soveltuvia tutkimusmenetelmiä, ovat suhtautuneet keskustelunalyysiin kiinnostuneesti, mutta varauksella (Esim. Laitila ym. 2001). Keskustelunalyysin käyttömahdollisuuksia on nähty rajoittavan se, että keskustelunalyysi on kehittynyt nimenomaan arkikeskustelun tutkimiseen. Keskustelunalyysin kohdealueeseen ei kuulu psykoterapeuttisen vuorovaikutuksen spesifi tavoitteellinen, kehityksellinen ulottuvuus. (Esim. Laitila ym. ma.)

Psykoterapia toteutuu terapeutin ja potilaan välisessä kommunikaatiossa. Keskustelunalyttisen tutkimuksen perusoletus, vuorovaikutuksen yhteistoiminnallisuus, vastavuoroisuus ja vuoro kerrallaan etenevä analyysi, soveltuu siksi hyvin psykoterapian prosessitutkimuksen lähtökohdaksi. Keskustelunalyysi demonstroi, mitä vuorovaikutuksessa tapahtuu (esimerkiksi millä vuorovaikutuksen käytänteillä osallistujat rakentavat jaettua ymmärrystä käsiteltävistä asioista, luku 4). Keskustelunalyysissä tulkinta kohdistuu ilmiöihin ja puheen merkityksiin, jotka ovat vuorovaikutuksessa näkyvissä. Analyysissa ei oteta kantaa siihen, mitä tapahtumien taustalla on (esimerkiksi aikomuksia, asenteita, toiveita), vaan näytetään, miten se, mitä tapahtuu, on saatu aikaan. Tämä on metodin vahvuus; kaikki huomiot ovat palautettavissa aineistoon. (Esim. Hutchby & Wooffit 1998)

Psykoterapiaa tutkittaessa vuorovaikutuksen kirjaimellisen luennan taso tavoittaa psykoterapian näkyvissä olevan toiminnan, mutta osin sen ulkopuolelle jäävät psykoterapeuttisen vuorovaikutuksen erityiset ominaisuudet. Psykoterapiaa kuvataan moniulotteiseksi, tavoitteelliseksi toiminnaksi, jossa pyritään asiakkaan itseymmärryksen lisääntymiseen ja

psykkiseen kehitykseen ja kypsymiseen. Kasvun ja muutoksen edellytyksenä pidetään vuorovaikutuksen keinoin tuotettavia tekijöitä, kuten hyvää yhteistyösuhdetta, terapeutin empaattisuutta, turvallisuutta ja johdonmukaisuutta. (Esim. Pylkkänen 1999.) Vuorovaikutuksen tason ohella tekijät elävät ja vaikuttavat molemminpuoleisesti myös kokemuksellisesti, näkyvissä olevan vuorovaikutuksen takana tai yläpuolella, tunnelmassa ja tunteissa. Psykoterapeuttiselle kommunikaatiolle luonteenomaista onkin juuri se, että kokemuksellista ulottuvuutta käytetään toiminnan materiaalina monin eri tavoin²⁸. (Esim. Pylkkänen 1999, 633-636.) Esimerkiksi eksploraatiivisesti suuntautuneissa viitekehyksissä korostetaan tunteensiirtymisen, transferenssin kautta välittyvän tiedon merkitystä (Esim. Tähkä 1982, 1997). Transferenssi tarkoittaa, että potilaan yleinen tunnetila, vaikkapa häätä, avuttomuus tai tarvitsevuus ei aina ole eksplikoitu puheessa, mutta se voi välittyä terapeutille tunteenomaisesti, kokemuksellisesti. Transferenssi voi vaikuttaa terapian kulkuun, siihen mitä terapeutti ja potilas tekevät, mistä he puhuvat, miten he puhuvat. Transferenssi ei kuitenkaan kaikissa tilanteissa ole palautettavissa mihinkään vuorovaikutuksessa näkyvissä olevaan ainekseen, transferenssiin ai

²⁸ *Eri terapiaviitekehyksissä annetaan erilainen painoarvo kokemukselliselle ulottuvuudelle. Karkeasti yleistäen voi todeta, että kokemuksellinen dimensio on erittäin tärkeää psykodynaamisesti suuntautuneissa terapiamuodoissa, kun taas ratkaisukeskeisissä terapioiden osuus hoidossa ei välttämättä ole yhtä suuri. (esim. Aalberg 1999, Riikonen & Vataja 1999.) Luonnollisesti myös potilaan yksilölliset ominaisuudet sekä hoitoon hakeutumisen syy ja terapian vaihe vaikuttavat siihen, mitä ulottuvuuksia työskentelyssä korostetaan. Esimerkiksi trauman hoidon edellytys on se, että potilas kokee tilanteensa jayhteistyösuhteen terapeuttinsa kanssa riittävän turvalliseksi. Traumaterapiassa voidaan käyttää paljon aikaa vain turvallisen yhteistyösuhteen ja turvallisuuden tunteen rakentamiseen (esim. Herman 1992).*

välttämättä viitata puheessa ollenkaan. Toisin sanoen, psykoterapiassa terapeutti (terapeuttisesta viitekehuksesta riippuen vaihtelevassa määrin) huomioi informaatiota, jonka hän saa verbaalin, kehonkielen ja kokemuksellisen ”kanavan” kautta. Potilaan tarpeet välittyvät näiden erilaisten kanavien välityksellä. Terapeutin tehtävä on sopeuttaa oma toimintansa potilaan tarpeisiin, jotka voivat muuttua hetki hetkeltä. Esimerkiksi tämänkaltainen terapeuttisen kommunikaation moninaisuus ei nouse kokonaisuudessaan esiin, jos psykoterapian vuorovaikutuksen analyysissä ei huomioida erilaisten informaatiokanavien olemassaoloa.

Lopputulema tämän työn metodologisesta ratkaisusta on se, että psykoterapian prosessitutkimuksen yhteydessä moniulotteisimmat ja kattavimmat tulokset saadaan rikastuttamalla keskustelunanalyysiä psykoterapian institutionaalisia tehtäviä ja luonnetta esiin nostavilla käsitteillä. Keskustelunanalyysi kuvaa yksityiskohtaisesti (psykoterapeuttista) vuorovaikutusta. Edellä kuvasin, että psykoterapeuttinen toiminta poikkeaa kuitenkin luonteeltaan ja tavoitteiltaan keskustelunanalyysin lähtökohtana olevasta arkikeskustelusta. Psykoterapian teoreettiset käsitteet auttavat havaitsemaan ja kuvaamaan psykoterapiaprosessille ominaisia pyrkimyksiä ja ilmiöitä, jotka ovat keskustelunanalyttisen tutkimuksen kiinnostuksen ja kohteen ulkopuolella. Näkemykseni mukaan keskustelunanalyttisen välineistön tukeminen psykoterapeuttisella ymmärryksellä on tarpeellista juuri psykoterapeuttisen tradition sisältä tulevalle tutkimukselle, ei niinkään keskustelunanalyttiselle tutkimusperinteelle.

Pohdin vielä käsillä olevan tutkimuksen antia psykoterapian prosessitutkimuksen kiinnostuksenkohteille. Työ tarjoaa uuden metodologisen mahdollisuuden process–outcome-paradigmalle, joka oli merkittävä tutkimussuntaus prosessitutkimuksen piirissä 1980- ja 1990-luvuilla. Psykoterapian prosessin ja tulosten suhdetta pyrittiin tuolloin ymmärtämään tutkimalla terapeuttien puhetoimintoja. Tutkimusta varten luotiin erilaisia puhetoimintojen taksonomioita, joista tehtiin mahdollisimman kattavia. Esimerkiksi William Stilesin Verbal Response Modeluokittelussa huomioitiin terapian dialogisuus (Stiles 1992). Process–

outcome-suuntauksessa terapeutin toimenpiteet nähtiin prosessimuuttujina. Tilastollisen korrelaatioanalyysin avulla tutkittiin, minkälainen prosessimuuttujien ja tulostuuttujien välinen suhde oli. Process-outcome paradigman haasteeksi osoittautui tilastollinen tutkimuslogiikka (mm. Stiles 1999, Stiles & Shapiro 1994). Tilastollisissa tutkimuksissa ei pystytty huomiomaan terapian vastavuoroisuutta, sitä, että terapeutti sopeuttaa toimintansa potilaan tarpeisiin ja toimintaan. Juuri vastavuoroisuus, terapeutin toimintojen kontekstisidonnaisuus peittää alleen korrelaatioanalyysin tilastolliset mahdollisuudet, eli oletuksen, että potilas-, terapeutti- ja tulostuuttajat olisivat toisistaan riippumattomia. Metodologisten ongelmien vuoksi kiinnostus terapeutin puhetoimintoihin on ollut 2000-luvulla vähäistä. Käsillä oleva työ kuitenkin tarjoaa uuden näkökulman ja metodologisen vaihtoehdon terapeutin puhetoimintojen luokitteluun.

Kuten edellä olen esittänyt, keskustelunanalyysissa vuorovaikutuksen responsiivisuus ei ole ongelma, vaan yksi analyysin keskeisimmistä resursseista (vrt. Stiles 1999). Psykoterapian omilla käsitteillä vahvistettu keskustelunanalyysi tarjoaa aineistolähtöisen tutkimusvälineistön psykoterapeutin toimintojen kuvaamiselle ja erittelemiselle (vrt. Stilesin VRM-taksonomia). Valmiiden luokitusten sijaan katsotaan siis, mitä terapiassa todellisuudessa tapahtuu. Kutakin terapeutista toimenpidettä tarkastellaan sen paikallisessa kontekstissa; keskustelunanalyysi näyttää, miten terapeutti toteuttaa toimintansa ja mitä terapeutin toimenpiteitä edelsi ja mitä niitä seuraa (vrt. alaluku 5.1). Tällä tavalla keskustelunanalyysi auttaa sekä analysoimaan terapeuttien tekniikoiden toteuttamistapaa että näkemään kunkin terapeutin puhetoiminnon ”minivaikutuksen”. Se demonstroi, minkälainen vaikutus terapeutin puheella oli vuorovaikutuksen ”tässä ja nyt”-kontekstissa. Tällaisen vuorovaikutuksen sekventiaalisen rakenteen jäsentämisen avulla on mahdollista rinnastaa ja vertailla erilaisia puhetoimintoja ajan, paikan ja toimijan suhteen. Keskustelunanalyttisin menetelmin terapeutin puhetoimintoja ei siis katseltaisi

ylhäältä alaspäin vaan alhaalta ylöspäin, toteutuneesta vuorovaikutuksesta käsin.

Tässä alaluvussa olen pohtinut käsillä olevan työn antia psykoterapiatan tutkimuksen viitekehyksessä. Seuraavaksi pohdin tutkimusta keskustelunanalyttisen tutkimuksen näkökulmasta.

6. 4 Sosiaalitieteellinen psykoterapiatutkimus

Keskustelunanalyttisissa tutkimuksissa tutkimuskohteina ovat olleet haastattelujen vuorovaikutuksellinen rakentuminen erilaisissa tilanteissa: uutishaastatteluissa, psykiatrisissa sisäänottohaastatteluissa ja ennen kaikkea survey-haastatteluissa. Avoimien tai puolistrukturoitujen tutkimushaastatteluiden vuorovaikutuskäytänteisiin on pureuduttu vähemmän (kts. kuitenkin Rapley 2001, Ruusuvuori ja Tiittula 2005). Työni lisää keskustelunanalyysin tutkimuskohteisiin yhden uuden haastattelukontekstin, diagnostisen puolistrukturoidun arviointihaastattelun.

Puolistrukturoidun haastattelun vuorovaikutus asettuu sosiaalitieteellisen tutkimushaastattelun (Rapley 2001) ja psykoterapiavuorovaikutuksen (mm. Voutilainen tulossa, Kurri 2005, Antaki ym. 2005) välimaastoon. Puolistrukturoiduissa haastatteluissa haastattelijoina toimivat psykiatrian asiantuntijat, jotka haastatteluissa toimivat vain haastattelijoina, eivätkä systemaattisesti tuo esiin omaa asiantuntevaa ymmärrystään. Haastatteluiden etenemistä ohjaa haastatteluohjeistus. Puolistrukturoidussa diagnostisessa haastattelussa fokusoidaan samoihin kohteisiin kuin psykoterapiassa: potilaan mieleen, kokemuksiin ja tunteisiin, mielen ja elämäntilanteen väliseen suhteeseen. Tilanteiden tavoitteet ovat kuitenkin erilaiset. Puolistrukturoiduissa haastatteluissa tuotetaan tutkimusmateriaalia, psykoterapiassa etsitään uutta ymmärrystä, analysoidaan kokemuksia.

Keskustelunanalyttinen tutkimusvälineistö on auttanut kuvaamaan tutkimuskohteena olevan vuorovaikutuksen erityisluonnetta. Menetelmä on tarjonnut välineet, joiden avulla olen pystynyt paikallistamaan ja erittelemään vuorovaikutuksen ominaispiirteitä. Keskustelunanalyttinen luenta näytti, mikä haastattelijoiden toiminnassa tuottaa vuorovaikutukseen terapeutista ainesta (esim. tulevan vuorovaikutuksen luonnehdinta haastattelujen alussa, haastattelukysymysten pehmentäminen erilaisia vuorovaikutuksellisin keinoin, potilaan puheen suuntaaminen subjektiiviseen näkökulmaan, potilaan kerronnan vastaanottaminen empaattisesti ja kannatellen). Vastaavasti haastattelijoiden vuorojen yksityiskohtainen analyysi havainnollisti, miten vuorovaikutuksessa ilmentyivät haastattelun piirteet (esim. agendaan viittaaminen, agendan noudattaminen, agendan esiin nostaminen potilaiden puhetta vastaanotettaessa, haastattelujen päättäminen, haastattelijan asiantuntijaymmärryksen näyttämisen säätelminen). Haastattelijoiden vuorojen tutkiminen näytti, että haastattelijoiden tasapainoilu haastattelun ja psykoterapeuttisen vuorovaikutuksen välillä kulminoituu erilaisiin vuoron muotoilun tapoihin. Haastattelijat voivat vuoron muotoilun keinoin säädellä, mitä vuorovaikutuksen puolta (terapeutista tai diagnosoivaa haastattelua) he haluavat korostaa. Haastattelijan toiminnan yksityiskohtainen analyysi nosti esiin vuorovaikutuksen erityispiirteet ja auttoi paikallistamaan tutkimuskohteena olevan toiminnan muiden institutionaalisten vuorovaikutustilanteiden joukkoon.

Tämän tutkimuksen tulokset ovat tietyin rajoituksin yleistettävissä haastatteluvuorovaikutuksen tutkimiseen. Tutkimuksessa korostuu haastattelun perussekvenssin kolmannen position merkitys. Myös Rapley (2001) pitää haastateltavan puhetta vastaanottavia vuoroja laadullisissa tutkimushaastatteluissa oleellisina. Haastattelutilanteen liittyminen psykoterapian vaikuttavuustutkimukseen, haastattelujen toteutuminen useana peräkkäisenä haastatteluna ja persoonallisuusorganisaation arviointitehtävä kuitenkin kukin osaltaan rajoittavat tulosten yleistettävyyttä. Psykoterapian vaikuttavuustutkimus vaikutti haastatteluihin mm. siten, että haastattelut tapahtuivat psykiatrian klinikalla ja haastattelijä oli tutkimus-

aiheen, mielenterveyden erityisasiantuntija. Lisäksi potilaat haastatteluis-
sa usein kertoivat, että he olivat orientoituneet haastattelun teemoihin
kyselytutkimuksia täyttäessään. Haastattelujen sarjaluonteisuus teki haas-
tattelujen agendasta potilaille ennakoitavia. On myös mahdollista, että
haastattelijan tutuksi tuleminen vaikutti potilaiden puheeseen. Persoonal-
isuusorganisaation arviointitehtävään liittyvät interventiot, erityisesti
konfrontaatio ja tulkinta, eivät myöskään lukeudu tutkimushaastattelujen
peruskäytänteisiin. Ne tekevät haastattelun vuorovaikutuksesta paikalli-
sesti psykoterapian kaltaista.

Haastattelijan keinoista, joilla hän tekee ymmärrettäväksi potilaan
kuvauksia, työssäni korostuu formuloivien vuorojen merkitys. Tässä
mielessä tutkimukseni toistavat aikaisemmissa keskusteluanalyttisissa
tutkimuksissa tehtyjä havaintoja. Formulaatiot ovat taajaan hyödynnetty
vuoron muotoilu tapa useissa erilaisissa institutionaalisissa vuorovaiku-
tuskonteksteissa (Drew 2003). Asiakkaan tai potilaan puheen uudelleen
muotoilu siten, että ammattilainen voi integroida siihen oman agendan-
mukaisen näkemyksensä, palvelee ammattilaisia erityisesti tilanteissa,
joissa tavoitteena on saavuttaa yhteisymmärrys käsiteltävistä asioista.
Psykoterapian (mm. Antaki ym. 2005, Halonen 2002, Vehviläinen 2003,
Voutilainen tulossa) lisäksi formuloivia vuoroja käytetään yhteisymmär-
ryksen rakentamisen välineinä esimerkiksi perinnöllisyysneuvonnassa
(Lehtinen 2005) ja laadullisissa haastatteluissa (Rapley 2001).

Keskusteluanalyysissa formuloivan vuoron määritelmä ei ole kovin
yksiselitteinen tai tarkka (kts. Heritage & Watson 1979, Drew 2003).
Formuloivat vuorot voivatkin olla keskenään hyvin erinäköisiä. Kuten
Halonen (2002) toteaa, kaikissa tilanteissa ei aina pysty erottamaan,
esittääkö formulaatio johtopäätöksen vai asian ytimen (kts. luku 4). Myös
tässä työssä formulaatioiden toimittamia tehtäviä olisi voinut analysoida
yksityiskohtaisemmin. Niitä olisi voinut luokitella puheenaiheen mukaan
(esim. potilaan vointi, potilaan kokemukset psykoterapiasta, potilaan
tulevaisuuden näkemykset). Työssäni olisin voinut tarkastella esimerkik-
si, poikkeavatko tunteita käsittelevät formulaatiot systemaattisesti esi-

merkiksi vointia käsittelevistä formulaatioista – ja vaikuttavatko ne haastattelun jatkokon eri tavoin.

Formulaatioiden toimittamista tehtävistä tämä tutkimus tuo uutta tietoa containing-tehtävästä. Containing-ilmiötä tapahtuu arkisessa keskustelussa, mutta se liitetään varsinkin psykoterapeuttiseen vuorovaikutukseen. Psykoterapeutin yhtenä perustehtävänä voidaan nähdä potilaan tuskaisuuden ja henkisen huonovointisuuden sietäminen; tuota sietämistä näytetään containigin avulla. Tässä työssä totesin, että containing tapahtuu formuloivan vuoron avulla (kts. luku 5 ote 5 ”*Et se on sulle kauheen tärkeä tunne se että sinusta pidetään*”). Haastattelija muotoilee potilaan ongelmaa käsittelevän vuoron uudelleen siten, että ongelmallisuus vähenee. Vuoro on muotoiltu potilaan kielen käyttöä mukaillen ja se kohdennuu potilaan kokemukseen. Kokemuksen hankaluuden sävy ei kuitenkaan kokonaan putoa pois (kokemuksen voimakkuus korostuu ”*sulle kauheen tärkeä tunne*”). Haastattelija sanoillaan ja kehonkielellään ottaa potilaan kokemuksen vastaan, ”säilöö” itseensä ja palauttaa jäsenyneessä muodossa. Bionin (1962) mukaan tämä on se, mitä containig tarkoittaa.

Aineiston lukeminen sekventiaalisen jäsennyksen kautta on tuonut esiin eri haastatteluita yhdistävät ominaisuudet. Positiokohtainen puheenvuorojen analyysi puolestaan havainnollisti kielellisten ilmaisujen monia tehtäviä, vuorojen moniselitteisyyttä. Tutkimustulosten kannalta tärkeimpänä pidän sitä, että kaikki tulokset ovat palautettavissa aineistotteisiin ja niistä tehtyihin kokoelmiin.

Siirryn nyt käsittelemään tutkimuksen paikkaa sosiaalipsykologisen tutkimuksen parissa. Pohdin käsillä olevan työn suhdetta kokemuksen tutkimiselle, joka on sosiaalipsykologian yksi tärkeä tutkimusalue.

6.5 Psykiatrinen arviointihaastattelu sosiaalipsykologisena tutkimuskohteena

Sosiaalipsykologia on tieteenä moniulotteinen ja muuntuva. Sillä ei ole yhtä kattavaa suuntausta, jonka sisälle sen kaikki teoriat sopisivat. Sosiaalipsykologit voivat tutkia samoja aiheita kuin esimerkiksi psykologit, sosiologit, lääkärit ja kasvatustieteilijät. Tutkimusaiheena tämän tutkimuksen ”meta-aihe”, psykoterapia, on myös mitä sosiaalipsykologisiin tutkimusaihe, eikä ainoastaan vuorovaikutuksellisen luonteensa takia. Esimerkiksi kulttuuriset normit, arvonäkökulma ja moraali vaikuttavat eri tavoin siihen, mikä nähdään paranemiseksi tai onnistuneeksi terapiaksi. Lisäksi psykoterapian työskentelyn kohde, minuus, minuuden sosiaalinen ulottuvuus ja persoonallisuus ovat klassisia sosiaalipsykologisia tutkimusaiheita.

Sosiaalipsykologian ydinilmiö on kuitenkin sosiaalinen vuorovaikutus. Sosiaalipsykologiassa vuorovaikutusta tutkitaankin useilla eri menetelmillä ja useista eri näkökulmista (Esim. Lahikainen ja Pirttilä-Backman 1998). Sosiaalipsykologisena tutkimusmenetelmänä keskustelunanalyysin nähdään usein edustavan sosiaalipsykologian sosiologista ulottuvuutta. Vaikka keskustelunanalyysi on vakiinnuttanut paikkansa sosiaalipsykologien käyttämien tutkimusmenetelmien joukossa, on se Suomessa saanut osakseen kritiikkiäkin (Lahikainen ja Lahikainen 1998). Yhtenä keskustelunanalyysin sosiaalipsykologista käytettävyyttä vähentävänä tekijänä on pidetty sitä, että keskustelunanalyysissa ei analysoida sosiaalipsykologiassa keskeisinä pidettyjä kognitiivisia prosesseja ja niiden vaikutusta ihmismielen kehittymiseen ja sosiaaliseen toimintaan. Näkemykseni mukaan kritiikki on aiheeton, sillä keskustelunanalyysi mm. näyttää, miten kognitiivinen prosessointi ilmenee puhutussa vuorovaikutuksessa, todellisessa sosiaalisessa toiminnassa. Keskustelunanalyttinen tutkimus tuo lisäarvoa ihmismielen ja kognitioiden tutkimiselle.

Käsillä olevassa työssä yksi keskeinen teema on ollut mieli, mielen sisäisen maailma ja se, miten siitä tehdään haastattelutilanteessa ymmärrettävä. Keskustelunanalyysin avulla olen tarkastellut kokemuksia vuorovaikutuksessa esiin tulleina ilmaisuina. Seuraavaksi pohdin, miten

tulokseni voivat keskustella muiden sosiaalipsykologisten menetelmien kanssa.

6.5.1 Sosiaalipsykologia ja mielen sisäinen maailma

Sosiaalipsykologian sisällä tarjoutuu useita vaihtoehtoisia reittejä lähteä tutkimaan mieltä vuorovaikutustutkimuksen kentällä. Yksi tapa on tarkastella kokemuksia kertomuksina, narratiiveina. Toinen on nähdä psykologiset ilmiöt, vaikkapa emootiot tai päättelyprosessit, puhtaasti kielellisinä ilmauksina, kuten diskursiivisessa psykologiassa. Aloitan pohtimalla tämän työn suhdetta narratiiviseen tutkimukseen.

Yhtenä narratiivisen suuntauksen edeltäjänä on pidetty mm. Erving Goffmanin näytelmämetaforaa (Sarbin 1986, 7). Goffmanin mukaan arkiset vuorovaikutusepisodit voi nähdä näytelminä, joissa ihmiset näyttelevät niitä rooleja, joita tarina heiltä edellyttää. Näytelmävertaus ikään kuin edeltää kertomusmetaforaa. Kertomukset pitävät sisällään ei vain episodeja ja niistä rakentuvia näytelmiä, vaan myös elämäkertoja. Kertomukset ovat siten keskeisiä ajattelun ja elämän jäsentämisen muotoja (Hänninen 1999, 15, Sarbin mt., kertomuksista persoonallisuuden ylläpitämisen välineinä kts. Harré 1998).

Narratiivisuus liitetään sosiaalipsykologiassa erityisesti sosiaaliseen konstruktionismiin (esim. Wahlström 1997, 4, 1999, 217) . Sosiaalinen konstruktionismi viittaa ajattelutapaan, jonka mukaan todellisuus rakentuu ihmisten välisessä kommunikatiivisessa toiminnassa. Maailma syntyy kertomuksista ja merkityksistä ja sitä voi tulkita monella tavalla; yhtä oikeaa totuutta ei ole olemassa (Gergen 1994, Shotter 1993). Sosiaalisen konstruktionismin mukaan minuus (ja identiteetti) ja kulttuuri ovat vahvassa suhteessa toisiinsa. Kulttuurin ajatellaan tarjoavan vakiintuneita tapoja kertoa itsestämme. Minuus rakentuu hyödyntämällä ja valitsemalla näitä kulttuurisia narratiivisia resursseja. Ihminen siis toisaalta itse kertoo, mutta on samalla kerrottu. Vastaavasti kokemusten ajatellaan

olevan narratiiveja. Kokemusten analysoiminen merkitsee siten kertomusten analysoimista. (Shotter mt., 179, Rose 1996, 175.)

HPTP:n seurantahaastatteluita tutkitaan myös narratiivisella analyysillä (Valkonen tulossa, Valkonen ym. 2006). Tutkimuksessa selvitetään, minkälaisia kokemuksia ihmisillä on psykoterapian vaikutuksista, millaisia käsityksiä heillä on psykoterapiassa vaikuttaneista tekijöistä ja millaisia merkityksiä psykoterapia saa osana ihmisen elämäntarinaa. Haastatelluaineistoa tarkastellaan siis erilaisesta näkökulmasta kuin mitä käsillä olevassa työssä. Erilaiset näkökulmat kuitenkin täydentävät toisiaan. Narratiiviselle analyysille käyttökelpoista tietoa on haastattelutilanteen rakenteeseen ja toteuttamiseen liittyvät analyysit. Keskustelunanalyysi kuvaa, miten kokemukset on paikallisissa haastattelutilanteessa tuotettu. Se kuvaa kertomuksen rakentamisen tapaa; missä määrin potilas kertoo tarinaansa oma-aloitteisesti ja missä määrin taas haastattelija muuntaa kertomuksen suuntaa tai tuo siihen lisää aiheita. Keskustelunanalyysi itse ei tulkitse kokemusta, vaan sitä, miten kokemus tuodaan muiden ulottuville ja puheeseen. Tällä tavoin se voi kontribuoida subjektiivisten ja sosiaalisten kokemusten tutkimusta täsmentämällä tarinan kertomisen rakentumista. Vastaavasti se, mitä keskustelunanalyysissä ei tutkita (esim. sisäiset merkitykset, psykoterapian merkitys elämän kokonaisuudessa), on tutkittavissa narratiivisella analyysillä.

Narratiivinen näkökulma mahdollistaa tarinoiden tulkittamisen jossain määrin puheen ylikin. Sen sijaan diskursiivinen psykologia (esim. Edwards 1996, Edwards ja Potter 2005) toimii päinvastoin. Diskursiivinen psykologia (DP) eroaa sosiaalipsykologian mieltä tutkivista kognitiivisista menetelmistä siten, että vaikka kohteena ovat päättelyprosessit, moraali, toimijuus yms., diskursiivisessa psykologiassa tulkitaan vain ihmisten puhetta. Menetelmä käyttää keskustelunanalyttistä välineistöä ja tulee muutenkin lähelle keskustelunanalyysin näköalaa vuorovaikutukseen. Diskursiivisessa psykologiassa tutkitaan, miten psykologiset käsitteet, kuten tunteiden tunteminen, tietäminen ja päättelemisen tuetaan puheessa. Aineistot koostuvat todellisten vuorovaikutustilanteiden

nauhoituksista ja yksityiskohtaisista litteraatioista. Kielellistä ilmausta vaikkapa mielentilasta tai tunteesta analysoidaan puheen paikallisessa kontekstissa ja katsotaan, mitä tehtävää ilmaus toimittaa ja miten ilmauksen merkitys rakentuu suhteessa sitä ympäröivään puheeseen; miten ja missä ilmauksia esiintyy, minkä asian kontrastina ne toimivat, mikä tekee niistä paikallisesti mielekkäitä asioita sanoa. Diskursiivisessa psykologiassa psykologisia kategorioita analysoidaan siis asioina, joita puheessa tehdään relevantiksi, tuotetaan, hallitaan jne. Edwards ja Potter korostavat (ma., 243), että diskursiivisessa psykologiassa torjutaan kognitiivinen ajatus, että mieli paljastetaan tai ilmaistaan ihmisten puheessa. Sen sijaan ihmisten puhe kokemuksista, tunteista ja ajattelusta on diskursiivisen psykologian lähtökohta. Diskursiivisessa psykologiassa katsotaan, mitä tehtäviä psykologisten asioiden kielelliset ilmaisut tekevät vuorovaikutuksessa.

Diskursiivisen psykologian vuorovaikutuksellinen näkökulma mielen toimintoihin näyttää, että mieltä ja mitä tahansa kognitiivisena nähtyä psykologista ilmiötä voi tutkia myös ei-kognitiivisesti ja empiirisesti (Edwards ja Potter ma., 258). Diskursiivisen psykologian luenta tutkimukseni haastatteluaineistosta tuottaisi tietoa potilaiden kuvaamista mielenilmiöistä ja siitä, mitä tehtäviä mielellisten kokemusten kuvaaminen näissä haastatteluissa toimittaa. (Keskustelunalyysin perusideoiden yhdistämisestä diskursiiviseen psykologiaan kts. Kurri 2005.) Mielellisiä ilmiöitä voi tutkia myös puheen kautta.

Nähdäkseni erilaisten tutkimusmenetelmien rinnastaminen ei tarkoita sitä, että menetelmät olisi pantava jonkinlaiseen paremmuusjärjestykseen. Erilaiset menetelmät näyttävät samoista asioista eri puolia erilaisella tulkinnantasolla.

Luvun lopuksi siirryn pohtimaan tutkimuksen hyödyntämismahdollisuuksia ja jatkotutkimusaiheita. Aloitan pohtimalla keskustelunalyttisen tutkimuksen ja kliinisen kentän yhteistyömahdollisuuksia. Käsitelen sitten yksityiskohtaisempia jatkotutkimusaiheita.

6.6 Tutkimustulosten hyödyntäminen

Yksi tapa lukea tätä tutkimusta on nähdä se yhteenvedona Helsingin Psykoterapiaprojektin puolistrukturoitujen haastattelujen toteuttamisesta. Tutkimus näyttää, miten haastatteluissa arviointimateriaalia kerättiin. Siten työ toimii palautteena HPTP:n tutkijaryhmälle. Parhaassa tilanteessa tämä tutkimus voi palvella niin nykyisiä kuin tuleviakin haastattelijointa ja psykoterapiatutkijoita. Työtä voi hyödyntää esimerkiksi tulevaisuuden haastattelijoiden koulutuksissa ja haastattelumenetelmien kehittämistyössä.

Erilaisista institutionaalisista vuorovaikutustilanteista tehdään Suomessa perusteellista ja tasokasta tutkimusta. Yhtenä vuorovaikutustutkimuksen ja tutkimuksenkohteen edustajien haasteena näen yhteistyön rakentamisen. Tällä hetkellä kliininen kenttä ja kliinisistä käytännöistä tehtävä tutkimus ovat ymmärrykseni mukaan melko lailla erillään toisistaan. Vaikka jossain määrin tutkimustulokset välittyvät tutkimuksen kohteen kentälle, voisi tutkijoiden ja tutkimuskohteen välinen yhteistyö olla systemaattisempaa ja kattavampaa, kuin se tällä hetkellä on (yhteistyön rakentamisen tavoista kts. Collins 2005). Yhteistä dialogia vuorovaikutuksesta voitaisiin käydä jo tutkimuksen tekemisen vaiheessa. Tästä olisi se hyöty, että ns. hiljainen tieto, joka ohjaa ammattilaisen toimintaa asiakastapaamisessa, tulisi tutkijankin tietoon. Hiljainen tieto voi pohjautua esimerkiksi työkuultuuriin tai vaikkapa keskusteluihin työnohjauksessa, jolloin se ei välttämättä tule virallisissa kirjallisissa julkaisuissa esiin. Yksi tapa rakentaa yhteistyömahdollisuuksia ja lisätä molemminpuolista ymmärrystä olisi esimerkiksi yhteiset seminaarit ja julkaisut. Yhteiset kohtaamiset voisivat vähentää mahdollisia ennakkoluuloja, -käsityksiä ja pelkoja. Lisäksi tarvitaan yhteinen kieli, jolla asioista keskustella.

Yksi mahdollinen tekijä, joka voi hankaloittaa esimerkiksi keskusteluanalyttisten tutkimustulosten kommunikoimista tutkimuskohteelle ja laajemmalle yleisölle on se, että keskusteluanalyysissa operoidaan teknisillä, usein vierasperäisillä käsitteillä. Tutkimusyhteisön ulkopuolella

käsitteet eivät välttämättä avaudu helposti tai ne sekoitetaan muihin vastaaviin (näin tuntuu käyvän esimerkiksi formulaatio-käsitteen kanssa). Tätä varten yhteistyöfoorumeilla, ei siis tutkimuksessa, voitaisiin käyttää teknisten ja vierasperäisten käsitteiden yleiskielisiä vastineita.

Dialogin luomisesta olisi etua vuorovaikutusentutkijoiden lisäksi luonnollisesti myös tutkimuskohteena oleville instituutioille. Oman näkemykseni mukaan vuorovaikutustutkimus voisi hyödyntää erityisesti sellaisia ammattialoja, jotka perustuvat vuorovaikutukseen. Esimerkiksi psykoterapiakoulutuksissa todellisten psykoterapiaistuntojen analyysit voisivat palvella vaikkapa psykoterapiaa opiskelevien opetusmateriaalina. (kts. Clarke 2005).

Käsillä oleva tutkimus, kuten muutkin vastaavat keskusteluanalyytittiset työt, voi olla hyödyksi siis tutkimusmenetelmää harjoittavalle tutkimusyhteisöille, tutkimuskohteen edustajille ja sitä opiskeleville ihmisille. Tämän työn kohdalla yhtenä mahdollisena sovellusmahdollisuutena näen sen käyttämisen tietyin rajoituksin haastattelumenetelmän oppikirjana.

6.6.1 Sosiaalipsykologia ja haastattelijan toiminnan analyysi

Sosiaalipsykologiassa tehdään runsaasti laadullista tutkimusta. Haastattelu on yksi suosituimmista tiedonkeruun menetelmistä. Vaikka haastattelua pidetäänkin usein ”itsestäänselvänä” toimintana (haastattelijä kysyy ja haastateltava vastaa), ei haastattelujen toteuttaminen käytännössä liene aina helppoa. Kun opiskeluvaiheessa harjoitellaan haastattelemista, voi moni asia haastattelemisen toteuttamisesta olla epäselvä: Mitä tehdä, kun haastateltava puhuu ihan eri asiasta, kuin mistä haastattelijä haluaisi hänen puhuvan? Onko järkevää ennakoida sitä, mitä haastateltava tulee puhumaan? Voiko haastatteluun liittyvää jännitystä purkaa jotenkin? Miten korrektisti ilmaista haastateltavalle, että haastattelijä ei ymmärrä, mitä haastateltava kertoo? Miten voi saada hiljaisen haastatel-

tavan puhumaan? Miten haastattelun voi aloittaa niin, että siitä ei tule ”liian” virallista eikä ”liian” epävirallista tilannetta?²⁹ Tämä työ esittelee erilaisia mahdollisia haastattelijan toimintoja, joilla haastateltavan puhetta voidaan suunnata tai yllyttää. Yksi tämän tutkimuksen anti sosiaalipsykologialle on käyttää sitä esimerkkinä ammattilaisten toteuttamista haastatteluista, joskin haastattelun institutionaalinen konteksti rajoittaa tulosten yleistettävyyttä.

Haastattelemisen opetussovelluksen lisäksi tämä työ voi katalysoida muita laadullisia tutkimusmenetelmiä analysoimaan omia käytänteitään. Konkretisoin mahdollisuutta esimerkin avulla.

Sosiaalipsykologian sisällä kehitetään jatkuvasti uusia tutkimusmenetelmiä. Yksi esimerkki uusista menetelmistä on laadullinen asennetutkimus (Vesala ja Rantanen 1999, Vesala ja Rantanen tulossa), asenteitahan on sosiaalipsykologiassa perinteisesti tutkittu kvantitatiivisin menetelmin. Laadullisessa asennetutkimuksessa aineisto tuotetaan haastattelulla, jossa haastateltavan tehtävä on ottaa kantaa hänelle esitettyihin väittämiin. Haastattelija keskustelee haastateltavan kanssa tämän näkemyksistä. Laadullisessa asennetutkimuksessa haastattelijan tehtävä on varsin merkityksellinen (kts. Ehrling tulossa). Hän esimerkiksi päättää milloin haastateltavan argumentaatio on ”valmis”, mahdollisesti riittävän kattava, uskottava ja perusteltu. Tulosten luotettavuuden kannalta on tärkeää seurata myös sitä, vaikuttaako haastattelija merkittävästi siihen, miten ja mitä haastateltava argumentoi, minkälaisen kannan haastateltava ottaa.

Kuten tämä työ ilmentää, keskusteluanalyttinen haastattelutapahuman luenta näyttää, mitä tehtäviä haastattelijoiden vuorot toimittavat. Niiden avulla esimerkiksi laadullisessa asennetutkimuksessa voidaan

²⁹ *Perustan nämä huomiot havaintoihin, joita tein opiskelijoiden kysymyksistä, kun vierailin puhumassa haastattelemisesta sosiaalipsykologian aineopintojen laadullisten tutkimusmenetelmien kurssilla syksyllä 2005.*

tutkia, millä tavoin, miten ”helposti” tai ”työläästi” haastateltava kantansa tuottivat. Tulokset puolestaan voivat auttaa kehittämään ja vahvistamaan uusia tiedonkeruun menetelmiä.

6.7 Jatkotutkimusmahdollisuuksia HPTP:n aineistosta

Helsingin Psykoterapiaprojektin haastatteluaineistoa voi tutkia monilla erilaisilla laadullisilla tutkimusmenetelmillä. Tutkimuskysymyksiä, jotka ovat relevantteja psykoterapian vaikuttavuustutkimuksen näkökulmasta, on useita. Aineistoa voi lähestyä pitkittäisestä tai poikittaisesta näkökulmasta. Tärkeä tutkimuskohde on potilaiden kokemukset psykoterapiasta. Laadullisin menetelmin voisi tutkia, miten eri terapian läpikäyneiden potilaiden kokemukset vointinsa muutoksista eroavat toisistaan. Esimerkiksi, minkälaisia kokemuksia tai oivalluksia nousee esiin ratkaisukeskeisen terapian käyneiden potilaiden haastatteluista – ja ovatko ne samanlaisia kuin ratkaisukeskeisen terapian kanssa yhtä tehokkaaksi havaitun lyhytkestoisen psykodynaamisen terapian (Knekt & Lindfors 2004) potilaiden kokemukset? Aineistosta voisi tarkastella myös spesifiä muutujaa ja tutkia esimerkiksi, miten potilaat kokevat terapian vaikuttaneen heidän työ- ja toimintakykynsä ja millä tavalla vaikutus tulee esiin. Aineistoa voisi analysoida myös pitkittäisnäkökulmasta ja katsoa vaikkapa, mikä on keskeisin muutos, joka potilaiden minäkuvassa on tapahtunut alkuhaastattelun ja viimeisen seuranta-haastattelun välillä. Tai, minkälaisia merkityksiä potilaat antavat sille, että he eivät itse ole valinneet terapiatyyppeään.

Edellä kuvattujen tutkimuskysymysten ohella aihe, joka tarjoutuu analysoitavaksi nimenomaan keskusteluanalyysillä, on potilaiden puhe-
tapojen muuttuminen. Aineisto tuottaa vastauksia esimerkiksi siihen, miten terapia vaikuttaa potilaiden kuvauksiin mielensisäisestä maailmas-

taan; puhuvatko kaikki saman viitekehyksen mukaisen psykoterapian läpikäyneet itsestään samoilla puheenkeinoilla? Missä vaiheessa seuranta-aikaa mahdolliset puhetaipojen muutokset tulevat esiin potilaiden kuvauksissa? Psykoterapian vaikuttavuustutkimuksessa ja HPTP:n aineistossa on monia mahdollisuuksia laadulliselle tutkimukselle.

Haastatteluaineiston laadullinen luenta voi syventää, täsmentää ja jäsentää kvantitatiivisilla tutkimuksilla saatuja tuloksia. Laadullisesta tutkimuksesta Helsingin Psykoterapiaprojektin aineistosta hyvä esimerkki on edellä mainittu sosiaalipsykologi Jukka Valkosen tekeillä oleva väitöskirja, jossa hän tutkii potilaiden kokemuksia terapiasta ja sen vaikutuksesta minuuteen. Sosiaalipsykologi Jukka Tontti puolestaan analysoi HPTP:n aineistoa masennuksen kognitiivisten selitysmallien näkökulmasta (Tontti 2000).

Myös haastattelijoiden toimintaa voisi tutkia lisää. Haastattelijoiden toimintaa analysoidessa huomasin, että haastattelijoilla on erilaisia haastattelutyylejä. Pohdin tätä seuraavaksi.

6.7.1 Haastattelutyylilien erot

Tässä tutkimuksessa olen pyrkinyt tuomaan esiin otteita aineistoni kaikilta eri haastattelijoilta. Eri haastattelijoiden haastatteluista poimittujen otteiden rinnastaminen toisiinsa näyttää, että haastattelijoiden haastattelutyylit poikkeavat jossain määrin toisistaan. Haastattelemiseen luonnollisesti vaikuttaa myös potilas ja tämän tapa olla haastateltavana. Näyttää kuitenkin siltä, että haastattelijoilla on kullakin oma tyyli haastatella, eikä se juurikaan muutu potilaiden vaihtuessa. Tyylierot tulevat esille vuoronmuotoilun tapoja vertailemalla. Joillekin haastattelijoille on ominaista hienotunteinen ja varovainen puhe; potilasta lähestytään varovaisin ja tunnustelevin vuorovaikutuksellisin elein. Aineistossani osa haastattelijoista puolestaan muotoilee vuoronsa toisin; teknisesti ja lyhyesti. Suoralinjainen vuoronmuotoilun tapa vaikuttaa olevan keino pitää osallistujien

sosiaalinen suhde neutraalina tai kliinisenä, mahdollisesti myös etäisenä. Haastattelutyöliien rinnalla vaihtelua on jossain määrin myös haastattelijoiden aktiivisuudessa. Toiset kysyvät paljon ja yksityiskohtaisesti, toiset vähemmän.

HPTP:n haastattelujen laadun kontrollointitutkimusten perusteella haastattelujen laatu on riittävän hyvää ryhmävertailututkimuksen tarpeeseen (Lindfors 2006). Erilaiset haastattelutyöliit eivät siis vaikuta haastatteleamalla tuotettuihin arvioihin. Sen sijaan erilaiset haastattelutyöliit voivat vaikuttaa siihen, *minkälaisiksi* puhetilanteiksi arviointihaastattelut konstituoituvat. Niissä haastatteluissa, joissa haastattelijalla on monisanainen ja aktiivinen, potilaan on mahdollista saada jonkinlaista epäsuoraa palautetta omasta tilanteestaan. Haastattelijan aktiivisuuteen usein näyttää liittyvän myös empaattisuus ja hienovaraisuus, joiden näen korreloivan haastattelujen terapeuttien ominaisuuksien kanssa.

Haastattelutyöliin lisäksi haastattelun toteuttamiseen ja potilaan puheen paikalliseen kontekstiin mahdollisesti vaikuttavana tekijänä pidän myös transferenssia. Olen tässä työssä sivunnut transferenssia ilmiönä luvussa 5. Seuraavaksi pohdin transferenssia hieman lähemmin.

6.7.2 Transferenssi haastattelutilanteessa

Psykodiagnostisissa arviointihaastatteluissa paneudutaan potilaan psyykkisten kokemusten luonteeseen ja niiden vaikutuksiin arkiseen toimintaan. Kokemusten ”tutkiminen”, niiden äärelle pysähtyminen tekee mahdolliseksi tunteen siirron, transferenssin (Freud 1949[1940]). Haastatteluissa tietoa voidaan välittää myös tunnekokemusten kautta. Potilas ikään kuin siirtää tunteen haastattelijaan ehkä tiedostamattaan sitä, tunne välittyy haastattelijalle potilaan olemuksesta, niin verbaalista kuin nonverbaalistakin viestistä. Transferenssin avulla haastattelijalla on mahdollista saada tietoa potilaan kokemuksen perusvirittyneisyydestä ja voimakkuudesta. Kokemuksen perusvirittyneisyyden tavoittaminen voi antaa ainut-

laatuista tietoa siitä, millainen arvio potilaan tilannetta parhaiten vastaa. Transferenssia käytetäänkin yhtenä arviointivälineenä esimerkiksi psykoanalyttisesti orientoituneessa strukturaalisessa haastattelussa. Kernberg (1984) näkee transferenssin avulla välittyvän tärkeää tietoa potilaan keskeisestä objektsuhteesta ja sen laadusta.

Näen mahdollisuuden transferenssiin puolistrukturoitujen haastattelujen etuna. Perustan ajatukseni siihen, että potilaat itse eivät aina ole tyytyväisiä psyykkisten kokemusten kielellisiin ilmaisuihin. Tämä ilmenee aineistossa siten, että potilaat hakevat sanoja, käsittelevät kokemuksia erilaisilla kielikuvilla, ilmaisevat, että tunteen kuvaaminen on vaikeaa. Lisäksi kielellisten kuvausten, kielikuvien merkitykset näyttäisivät olevan jossain määrin henkilökohtaisia, omaan historiaan sitoutuvia, eivätkä ne välttämättä kokonaan avaudu ulkopuoliselle haastattelijalle. Tässä mielessä transferenssi, joka ei tarvitse verbaalista kommunikaatiota välittäväksi aineekseen, voi auttaa haastattelijaa saamaan potilaan tunteen sävyistä, vahvuudesta ja perusvireestä kiinni.

Transferenssi on kuitenkin monimutkainen ilmiö. Vaikka transfrens- si on tiedon saamisen kannalta herkkä materia ja ennen kaikkea inhimilinen ja autenttinen tiedon saamisen kanava, voi siihen haastattelukontekstissa liittyä hankaluuksia. Transferenssi ei aina ole tietoista. Toisen tunteen välittyminen kuulijalle voi aiheuttaa kuulijassa vastareaktion, vastatransferenssin (vastatransferenssin käsittelystä kts. esim. Gelso ja Hayes 2002). Tällöin kuulija vastaa tunnekokemuksella, jonka sävy ja luonne muodostuvat hänen omien kokemustensa ja piirteidensä mukaan. Tutkimuskontekstissa on tarpeellista, että haastattelija on tietoinen itsensä heräävistä vasteista, vastatransferenssista ja siitä, miten se voi vaikuttaa potilaan arviointiin. Tiedostamaton vastatransferenssi voi vaikuttaa epäedullisesti myös yhteistyösuhteeseen; siihen, miten osallistujat toisensa haastattelutilanteessa kokevat. Jos negatiivinen vastatransferenssi jää tunnistamatta, voi yhteistyösuhteeseen pääseminen tai edes sen haluaminen olla hankalaa.

Helsingin Psykoterapiaprojektissa kaikki haastattelijat ovat kokeneita klinikoita ja kaikilla on kokemusta erilaisten eksploraatiivisten psykoterapia viitekehysten toteuttamisesta asiakastyössä. HPTP:n psykodynaaminen haastattelu perustuu strukturaaliseen haastatteluun. Strukturaalisen haastattelun teoriassa (Kernberg 1984) transferenssi on merkityksellinen arvioinnin väline. Näiden tekijöiden perusteella tulkitsen transferenssin huomioimisen Helsingin Psykoterapiaprojektin seuranta-haastatteluina mahdollisena ja ennen kaikkea aineistoa täydentävänä ja rikastuttavana ilmiönä. Muilla tutkimusmenetelmillä tehtävissä sosiaalipsykologisissa tutkimuksissa transferenssiin voitaisiin paneutua tarkemmin.

6.8 Lopuksi

Tämä tutkimus on opettanut tekijälleen ja toivottavasti myös lukijalle sen, mitä Harvey Sacks on todennut keskustelun, tässä haastatteluvuorovaikutuksen, etukäteen olemassa olevaksi tiedettyjen ilmiöiden (kuten kysymysten ja vastausten) tutkimisesta. *”The interest in them is not that they are news, but what news can be gotten from them”*, eli ”ei niihin mitään uutista liity, vaan uutinen on se, mitä tutuista havainnoista saadaan irti”.

Tämän työn viesti liittyen tutkimuksen substanssialueeseen on, että potilas ja haastattelija yhteistyössä tuottavat haastatteluaineiston. Potilas ei puhu yksin tai tyhjiössä. Siihen, miten hän puhuu ja mistä hän puhuu, vaikuttaa aina se, miten haastattelija ottaa hänen puheensa vastaan. Itse näenkin tämän työn Helsingin Psykoterapiaprojektin haastatteluaineiston analyysin ”ykkösosana”. Työ pohjustaa psykoterapian vaikuttavuustutkimuksen varsinaisen tutkimuskohteen, potilaan voimien kuvausten analyysia, ”sarjan kakkososaa”. Helsingin Psykoterapiaprojektin haastatteluaineisto on rikas ja tarjoaa monia mahdollisuuksia laadulliselle tutkimukselle. Substanssialueen käsittelyn lisäksi työ tarjoaa psykoterapian pro-

sessitutkimukselle kuvauksen keskusteluanalyysin mahdollisuuksista psykoterapeuttisen kommunikaation tutkimusmenetelmänä.

Työn kohteena oleva vuorovaikutuksen formaatti, haastattelemineen, on yksi arkisimmista vuorovaikutusmuodoista. Haastattelun tekemistä pidetään yhteiskunnassamme siinä määrin itsestään selvyytenä, että kertoessani kollegoille ja muille ihmisille tutkimukseni kohteesta, olen saanut osakseni myös huvittuneita ja hölmistyneitä kommentteja. Tätä työtä tehdessä itselleni on kuitenkin muodostunut käsitys, että psykiatrinen arviointihaastattelu on aivan erityinen haastattelumuoto. Puheessaan potilas ikään kuin näyttää, minkäkaltaisia diagnostisen palapelin paloja hänellä on. Haastattelija sitten poimii yhden tai useamman palan (kuvauksen), joiden merkitystä käsittelee yhdessä potilaan kanssa (vrt. Bögel 1994).

Haastattelemineen on yhteiskunnallisesti katsoen merkittävä tiedonkeruun menetelmä. Haastattelemineen tutkimineen näyttää, miten tieto haastatteluissa siirtyy tutkimusaineistoksi. Tutkimus haastattelun toteuttamisesta tuo esiin haastattelun sisällön erityispiirteet, jotka jossain määrin vaikuttavat haastatteluaineistosta tehtyihin tulkintoihin. Siten itse tiedonkeruun prosessin tarkastelu lisää, tarkentaa ja konkretisoi ymmärrystä tutkimuksen kohteen luonteesta. Yhteiskunta on pullollaan vastaavankaltaisia haastattelukonteksteja, jotka odottavat lähempää analysointia.

KIRJALLISUUS

- Aalberg, V. (1999): Psykodynaamiset yksilöterapiat. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen ja T. Partonen (toim.) *Psykiatria. Duodecim*. Jyväskylä: Gummerrus. s. 637-646.
- Ackroyd, S. & Hughes, J. (1992): *Data Collection In Context*. 2nd ed. Essex: Longman Group.
- Alasuutari, M. (2005): Mikä rakentaa vuorovaikutusta lapsen haastattelussa? Teoksessa J. Ruusuvoori & L. Tiittula (toim.) *Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus*. Tampere: Vastapaino. s.145-162.
- American Psychiatric Association (2000): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Andrews, G. (1999): Randomized controlled trials in psychiatry: important but poorly accepted. *British Medical Journal*, 319, 562-564.
- Andrews, G, Pollock, C., & Stewart, G. (1989): The determination of defense style by questionnaire. *Archives of General Psychiatry* 46, 455-460.
- Angus, L. & Hardtke, K. (1994): Narrative processes in psychotherapy. *Canadian Psychology* 35 (2), 190-203.
- Angus, L., Levitt, H. & Hardtke, K. (1999): The Narrative Processes Coding System: Research Applications and Implications for Psychotherapy Practice. *Journal of Clinical Psychology*, 55 (19), 1255-1270.
- Antaki, C. (1999): Assessing quality of life of persons with a learning disability: how setting lower standards may inflate well-being scores. *Qualitative Health Research* 9, 437-457.
- Antaki, C. & Rapley, M. (1996): 'Quality of life' talk: the liberal paradox of psychological testing. *Discourse and Society* 7(3), 293-316.

- Antaki, C., Houtkoop-Steenstra, H. & Rapley, M. (2000): "Brilliant. Next question...": High-grade assessment sequences in the completion of interactional units. *Research on Language and Social Interaction*, 33, 235-262.
- Antaki, C., Barnes, R. & Leudar, I. (2005): Diagnostic formulations in psychotherapy. *Discourse Studies* 7(6), 627-647.
- Appelbaum, P.S., Robbins, P.C., & Roth, L.H. (1999): Dimensional approach to delusions: Comparison across types and diagnoses. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1938-1943.
- Arminen, I. (2005): *Institutional interaction. Studies of talk at work.* Aldershot: Ashgate.
- Ashbach, C. & Schermer, V. L. (1987): *Object relations, the self, and the group. A conceptual paradigm.* London: Routledge.
- Atkinson, J. M. & Heritage, J. (toim.) (1992[1984]): *Structures of Social Action. Studies in Conversation Analysis.* Cambridge: Cambridge University Press.
- Austin, J. L. (1962): *How to Do Things with Words.* Oxford: Clarendon Press.
- Azim, H. F., Piper, W.E., Segal, P.M., Nixon, G.W., Duncan S.C. (1991): The Quality of Object Relations Scale. *Bulletin of the Menninger Clinic* 55, 323-343.
- Baker, C. D. (1984): The search for adulthood: Membership work in adolescent-adult talk. *Human Studies*, 7, 301-23.
- Baker, C. D. (1997): Membership categorization and interview accounts. Teoksessa D. Silverman (toim.) *Qualitative Research: Theory, method and practice.* London: Sage. s.130-143.
- Bales, R.F. (1950): *Interaction process analysis. A method for the study of small groups.* Reading, MA: Addison-Wesley.
- Bar-On, R. & Parker, J.D.A. (toim.) (2000): *The Handbook of Emotional Intelligence.* San Francisco, CA: Jossey-Bass.

- Belenky, M. F., Clinchy, B.M., Goldberger, N.R. & Tarule, J. M. (1980): Women's ways of knowing: the development of self, voice, and mind. New York: Basic.
- Benjamin, L.S. (1996): A clinician-friendly version of the interpersonal circumplex: structural analysis of social behaviour (SASB). *Journal of Personality Assessment* 66, 248-266.
- van den Berg H., Wetherell M. & Houtkoop-Steenstra H. (toim.)(2003): Analyzing Race Talk. *Multidisciplinary Approaches to the Interview*. Cambridge: University Press.
- Bergmann, J. R. (1992): Veiled morality: notes on discretion in psychiatry. Teoksessa P. Drew & J. Heritage (toim.) *Talk at work. Interaction in institutional settings*. Cambridge: Cambridge University Press. s.137-162.
- Berger, P. & Luckmann, T. (1994): *Todellisuuden sosiaalinen rakentuminen*. Helsinki: Gaudeamus.
- Bergner, R. M. (1997): What is psychopathology? And so what? *Clinical Psychologist: Science and Practice*, 4, 235-248.
- Billig, M. (1986): *Arguing and Thinking: A Rhetorical Approach to Social Psychology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Billig, M. (1999): Whose terms? Whose ordinariness? Rhetoric and ideology in conversation analysis. *Discourse and Society* 10 (4), 543-558.
- Bion, W. (1962): *Learning from Experience*. New York: Basic Books.
- Bohart, A. C., Elliott, R., Greenberg, L. S. & Watson, J. C. (2002): Empathy. Teoksessa J. C. Norcross (toim.) *Psychotherapy Relationships That Work. Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. Oxford: University Press. s. 89-108.
- Briggs, L. (1986): *Learning How to Ask: A Sociolinguistic Appraisal of the Role of the Interview in Social Science Research*. Cambridge: University Press.

- Brown, P. & Levinson, S. (1987): *Politeness: Some Universals in Language Usage*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bruner, J. (1986): *Actual Minds, Possible Worlds*. Cambridge: Harvard University Press.
- Buttny, R. (1996): Clients' and Therapist's Joint Construction of the Clients, Problems. *Research on Language and Social Interaction* 29(2), 125-153.
- Button, G. (1991): Conversation-in-a-series. Teoksessa D. Boden & D.H. Zimmerman (toim.) *Talk and Social Structure. Studies in Ethnomethodology and Conversation Analysis*. Cambridge: Polity Press. s. 251-277.
- Bäckman, S. (tulossa): Työkyky- ja kuntoutusarvio terveydenhuollossa moniammatillisen tiimin konstruktiona – tutkimus vuorovaikutuksesta ja asiakkaan osallisuudesta. Tekeillä oleva väitöskirja.
- Bögels, S. M. (1994): A structured-training approach to teaching diagnostic interviews. *Teaching of Psychology*, 21, 144-150.
- Cannell, C. P. & Kahn, R.B. (1968): Interviewing. Teoksessa G. Lindzey & E. Aronson (toim.) *Handbook of Social Psychology*. Vol. 2. Reading, MA: Addison-Wesley. s. 526-598.
- Carroll, L. (1965 [1946]): *Alice's adventures in wonderland*. New York: J.J. Little Ives Company.
- Cicourel, A. (1964): *Method and Measurement in Sociology*. New York: Free Press.
- Clark, L.A. (1999): Introduction to the special section on the concept of disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 371-373.
- Clark, L. A. & Watson, D. (1995): Constructing validity: Basic issues in objective scale development. *Psychological Assessment*, 7, 309-319.
- Clarke, A. (2005): Commentary 1: Professional theories and institutional interaction. *Communication & Medicine* 2 (2), 189-191.

- Clayman, S.E. (1988): Displaying neutrality in television news interviews. *Social Problems*, 35, 474-492.
- Clayman, S. E. (1992): Footing in the achievement of neutrality: the case of news-interview discourse. Teoksessa P. Drew & J. Heritage (toim.) *Talk at work. Interaction in institutional settings*. Cambridge: Cambridge University Press. s. 163-198.
- Clayman, S. & Heritage, J. (2002): *The News Interview. Journalist and Public Figures on the Air*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Collins, S. (2005): Communicating for a clinical purpose: strategy in interaction in health care consultations. *Communication & Medicine* 2 (2), 111-122.
- Davis, K. (1986): The process of problem (re)formulation in psychotherapy. *Sociology of Health and Illness* 8, 1, 44-74.
- Davison, G.C. & Neale, J.M. (1996): *Abnormal psychology*. Revised 6th ed. New York: Wiley.
- Dennis, M., Fetterman, D.M. & Sechrest, L. (1994): Integrating qualitative and quantitative evaluation methods in substance abuse research. *Evaluation and Program Planning*, 17, 419-427.
- Dingwall, R. (1997): Accounts, interviews and observations. Teoksessa G. Miller & R. Dingwall (toim.) *Context and Method in Qualitative Research*. London: Sage.
- Drew, P. (1995): *Conversation Analysis*. Teoksessa J.A. Smith, R. Harré & L. van Langenhove (toim.) *Rethinking Methods in Psychology*. London: Sage. s. 64-79.
- Drew, P. (1998): An exercise in the comparative analysis of talk-in-interaction in different (institutional) settings: the case of "formulations". Teoksessa H. Lehti-Eklund (toim.) *Samtalsstudier*. Helsinki: Meddelanden från Institutionen för nordiska språk och nordisk litteratur vid Helsingfors Universitet B:19. Helsingfors: Univeristetstrycket.
- Drew, P. (2003): Comparative analysis of talk-in-interaction in different institutional settings: A sketch. Teoksessa P.

- Glenn, C.D. le Baron & J. Mandelbaum (toim.) *Studies in Language and Social Interaction: In Honour of Robert Hopper*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates. s. 293-308.
- Drew, P. (2004): *Conversation Analysis*. Teoksessa J.A. Smith (toim.) *Qualitative Psychology*. London: Sage. s. 132-158.
- Drew, P. & Heritage, J. (1992): *Analyzing talk at work: an introduction*. Teoksessa P. Drew & J. Heritage (toim.) *Talk at work. Interaction in institutional settings*. Cambridge: Cambridge University Press. s. 3-66.
- Edwards, D. (1995): *Sacks and psychology. Theory and Psychology*, 5(3), 579-597.
- Edwards, D. (1996): *Discourse and cognition*. London: Sage.
- Edwards, D. & Potter, J. (2005): *Discursive Psychology, mental states and descriptions*. Teoksessa H. te Molder & J. Potter (toim.) *Conversation and Cognition*. Cambridge: Cambridge University Press. s. 241-259.
- Egan, G. (2002): *The skilled helper. Model, skills, and methods for effective helping*. 3rd ed. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Eglin, P. & Hester, S. (1992): *Category, predicate and task: The pragmatics of practical action*. *Semiotica*, 88 (3/4), 243-268.
- Ehrling, L. (tulossa): *Vuorovaikutus laadullisen asennetutkimuksen aineistonkeruuhaastattelussa. Keskustelunanalyttinen näkökulma*. Teoksessa K. Vesala ja T. Rantanen (toim.) *Argumentaatio ja tulkinta. Laadullisen asennetutkimuksen lähestymistapa*.
- Elkin, I., Shea, M.T., Watkins, J.T. ym. (1989): *National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: General effectiveness of treatments*. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971-982.
- Elliott, R. (1989): *Comprehensive process analysis: understanding the change process in significant therapy events*. Teoksessa M.J. Packer

- & R.B. Addison (toim.) *Entering the circle: hermeneutic investigation in psychology*. Albany: SUNY Press. s. 165-184.
- Elliott, R., Hill, C.E., Stiles, W.B., Friedlander, M.L., Mahrer, A.R., & Marginson, F.R. (1987): Primary therapist response modes: Comparison of six rating systems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 218-223.
- Ensink, T. (2003): The frame analysis of research interviews: social categorization and footing in interview discourse. Teoksessa H. van den Berg, M. Wetherell & H. Houtkoop-Steenstra (toim.): *Analyzing Race Talk. Multidisciplinary Approaches to the Interview*. Cambridge: Cambridge University Press. s.156-177.
- Eronen, M. & Henriksson, M. (1999): *Persoonallisuushäiriöt. Käyttämisenhäiriöt*. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen ja T. Partonen (toim.) *Psykiatria. Duodecim. Jyväskylä: Gummerrus*. s. 637-646.
- Eskola, A. (1998) *Pienryhmätutkimuksesta keskusteluanalyysiin*. Kirjassa A-R. Lahikainen & A-M. Pirttilä-Backman (toim.) *Sosiaalinen vuorovaikutus*. Helsinki: Otava. s.8-22.
- Eskola, J. & Suoranta, J. (1998): *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Vastapaino.
- Eysenck, H. (1952): The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Fielding, N. & Thomas, H. (2001): *Qualitative Interviewing*. Teoksessa N. Gilbert (toim.) *Researching Social Life*. 2nd ed. London: Sage.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M.W. & Williams, J.B. (1995): The Structured Clinical Interview for DSM-III-R personality disorders (SCID-II). I: Description. *Journal of Personality Disorders*, 9, 83-91.
- Fontana, A. (2002): Postmodern Trends in Interviewing. Teoksessa J. Gubrium & J. Holstein (toim.) *Handbook of Interview Research: Context and Method*. Thousand Oaks, CA: Sage. s.161-175.

- Fontana, A. & Frey, J.H. (1994): *Interviewing: The Art of Science*. Teoksessa N. K. Denzin & Y.S. Lincoln (toim.) *The Handbook of Qualitative Research*. Thousand oaks, CA: Sage.
- Fowler, F. J. & Mangione, T. W. (1990): *Standardized survey interviewing. Minimizing interviewer-related error*. Newbury Park: Sage.
- Freud, S. (1923): *The ego and the id*. Standard Edition 19: 12. London: Hoghart press, 1961.
- Freud, S. (1949[1940]): *An outline of psychoanalysis*. New York: Norton.
- Garb, H. N. (1998): *Studying the clinician: judgement research and psychological assessment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Gardner, R. (1997): The conversational object “mm”: a weak and variable acknowledging token. *Research on Language and Social Interaction*. 30, 2, 131-156.
- Garfinkel, H. (1967): *Studies in ethnomethodology*. Cambridge: Polity Press.
- Garfinkel, H. & Sacks, H. (1970): On Formal Structures of Practical Actions. Teoksessa J. D. McKinney & E.A. Tiryakian (toim.) *Theoretical Sociology*. New York: Appleton Century Croftis. s. 337-366.
- Gelso, C. J. & Hayes, J. A. (2002): *The Management of Countertransference*. Teoksessa J. C. Norcross (toim.) *Psychotherapy Relationships That Work. Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. Oxford: Oxford University Press. s. 267-284.
- Gergen, K. (1994): *Realities and Relationships. Soundings in Social Construction*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Goffman, E. (1974): *Frame analysis. An Essay on the Organization of Experience*. New York: Harper and Row.
- Goffman, E. (1981): *Forms of Talk*. University of Pennsylvania Press.
- Goodwin, C. & Goodwin, M. H. (1982): *Concurrent operations on talk: notes on the interactive organization of announcements*. Paper pre-

- sented at the 77th Annual Meeting of the American Sociological Association. San Francisco, California.
- Goodwin, C. & Heritage, J. (1990): Conversation Analysis. Annual review of Anthropology 19, 283-307.
- Greatbatch, D. (1988): A turn-taking system for British news interviews. Language in Society 17, 401-430.
- Greenson, R.R. (1967): The Technique and Practice of Psychoanalysis. Madison: International Universities Press.
- Grossen, M. & Apothélos; D. (1996): Communicating about communication in a therapeutic interview. Journal of Language and Social Psychology 15, 101-132.
- Haakana, M. (1999): Laughing matters: a conversation analytical study of laughter in doctor-patient interaction. Helsingin yliopiston suomen kielen laitos.
- Hak, T. (2003): Interviewer laughter as an unspecified request for clarification. Teoksessa H. van den Berg, M. Wetherell & H. Houtkoop-Steenstra (toim.): Analyzing Race Talk. Multidisciplinary Approaches to the Interview. Cambridge: Cambridge University Press. s. 200-214.
- Hak, T & de Boer, F. (1996): Formulations in first encounters. Journal of Pragmatics, 25, 83-99.
- Hakulinen, A. (1998): Vuorottelujäsennys. Teoksessa L. Tainio (toim.) Keskusteluanalyysin perusteet. Toinen painos. Tampere: Vastapaino. s. 32-55.
- Halonen, M. (2002): Kertominen terapian välineenä. Tutkimus vuorovai-
kutuksesta myllyhoidon ryhmäterapiassa. Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran Toimituksia 899. Helsinki: Hakapaino.
- Harré, R. (1998): The Singular Self: An Introduction to Psychology of Personhood. London: Sage.
- Hartikainen, K. & Aaltonen, J. (toim.) (2005): Näyttöön perustuva psykoterapia. Jyväskylällä: Jyväskylän yliopistopaino.

- Hartman, H. (1950): Comment on the psychoanalytic theory of the ego. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 5, 74-96. New York: International Universities Press.
- Hartman, H. (1952): The mutual influences in the development of ego and id. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 7, 9-30. New York: International Universities Press.
- ten Have, P. (1999): *Doing Conversation Analysis. A Practical Guide*. London: Sage.
- ten Have, P. (2004): *Understanding qualitative research and ethnomethodology*. London: Sage.
- Heath, C. (1986): *Body Movement and Speech in Medical Interaction*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Helsingin Psykoterapiaprojekti. Haastattelijan ohjeet. Seurantahaastattelut. 2/99.
- Helsingin Psykoterapiaprojekti. Haastattelijan ohjeet. Alkuhaastattelut.
- Heritage, J. (1985): Analyzing News Interviews: Aspects of the Production of Talk for an Overhearing Audience. Teoksessa T.A. van Dijk (toim.) *Handbook of Discourse Analysis. Volume 3. Discourse and Dialogue*. London: Academic Press.
- Heritage, J. (1996[1984]): Harold Garfinkel ja etnometodologia. Suomentaneet Ilkka Arminen, Outi Paloposki, Anssi Peräkylä, Sanna Vehviläinen ja Soile Veijola. Helsinki: Gaudeamus.
- Heritage, J. (1997): Conversation analysis and institutional talk: Analyzing data. Teoksessa D. Silverman (toim.) *Qualitative Research: Theory, method and practice*. London: Sage. s. 161-182.
- Heritage, J. & Watson, D. (1979): Formulations as conversational objects. Teoksessa G. Psathas (toim.) *Everyday Language: Studies on Ethnomethodology*. New York: Irvington Publishers.
- Heritage, J. and Watson, D. (1980): Aspects of the properties of formulations in natural conversations: some instances analyzed. *Semiotica* 30, 245-262.

- Heritage, J. & Greatbatch, D. (1991): On the institutional character of institutional talk: the case of news interviews. Teoksessa D. Boden & D. H. Zimmerman (toim.) *Talk and Social Structure*. s. 93-137.
- Heritage, J. & Sefi, S. (1992): Dilemmas of advice. Teoksessa P. Drew & J. Heritage (toim.) *Talk at work. Interaction in institutional settings*. Cambridge: Cambridge University Press. s. 359-417.
- Heritage, J. & Sorjonen, M-L. (1994): Constituting and maintaining activities across sequences: and –prefacing as a feature of question design. *Language in Society* 23, 1-29.
- Heritage, J. & Roth, A.L. (1995): Grammar and institution: questions and questioning in the broadcast news interviews. *Research on Language and Social Interaction* 28, 1-60.
- Heritage, J. & Maynard, D.W. (2005): *Practicing Medicine: Structure and Process in Primary Care Encounters*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Heritage, J. & Raymond, G. (2005): The terms of agreement: indexing epistemic authority and subordination in talk-in-interaction. *Social Psychology Quarterly* 68, 1, 15-38.
- Herman, J. L. (1992): *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Hester, S. & Francis D. (1994): Doing Data: the local organization of a sociological interview. *British Journal of Sociology*, 45, 675-95.
- Hill, C. E. (1986): An overview of the Hill Counselor and Client Verbal Response Modes Category Systems. Teoksessa L. S. Greenberg & W. M. Pinsoff (toim.) *The psychotherapeutic process: A research handbook*. New York: Guilford Press. s. 131-160.
- Hill, C. E. (1995): What are the mechanisms of change in the common factors? A reaction to Weinberg. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 87-89.
- Hill, C. E. & O'Grady, K.E. (1985): List of therapist intentions: Illustrated in a single case and with therapists of varying theoretical orientations. *Journal of Counseling Psychology* 32, 3-22.

- Hill, C. E., O'Grady, K.E. & Elkin, I. (1992): Applying the Collaborative Study Psychotherapy Rating Scale to rate therapist adherence in cognitive-behavior therapy, interpersonal therapy, and clinical management. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 73-79.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (2001): Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino: Helsinki.
- Holstein, J.A. & Gubrium, J.F. (1995): *The Active Interview*. London: Sage.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S.E., Baer, B.A., Ureno, G., Villasenor V.S. (1988): Inventory of Interpersonal Problems: psychometric properties and clinical applications. *J Consult Clin Psychol* 56, 885-892.
- Horvath, A. & Bedi, R. (2002): *The Alliance*. Teoksessa J. C. Norcross (toim.) *Psychotherapy Relationships That Work. Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. Oxford: University Press. s. 37-70.
- Houtkoop-Steenstra, H. (1995): Meeting both ends: standardization and recipient design in telephone survey interviews. Teoksessa P. ten Have & G. Psathas (toim.) *Situated order. Studies in the social organization of talk and embodied activities*. Washington DC: University Press of America.
- Houtkoop-Steenstra, H. (1996): Probing behaviour of interviewers in the standardized semi-open research interview. *Quality & Quantity*, 30, 205-230.
- Houtkoop-Steenstra, H. (1997): Being friendly in survey interviews. *Journal of Pragmatics* 28, 591-623.
- Houtkoop-Steenstra, H. (2000): *Interaction and the Standardized Survey Interview. The living questionnaire*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hutchby, I. & Wooffitt, R. (1998): *Conversation Analysis: Principles, Practices and Application*. Cambridge: Polity Press in association with Blackwells.

- Huttunen, M. O. (2004): Pääkirjoitus: Mielen terapia on osin taidetta, voiko taiteesta tehdä tiedettä? *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*, 120 (22), 2619-2620.
- Hyvärinen, M. & Löyttyniemi, V. (2005): Kerronnallinen haastattelu. Teoksessa J. Ruusuvoori & L. Tiittula (toim.) Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino. s.189-222.
- Hänninen V. (1999): Sisäinen tarina, elämä ja muutos. Tampereen yliopisto, Tampere.
- Ignatius, E. & Kokkonen, M. (2003): Tarpeeksi muttei liikaa: itsestä kertomiseen vaikuttavat tekijät. *Psykologia* 5, 346-358.
- Ihanus, J. (toim.) (1997): *Psykoterapiat eilen ja tänään*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Isometsä, E. (1999): Mielialahäiriöt: masennushäiriöt ja kaksisuuntaiset mielialahäiriöt. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henriksen, M. Marttunen ja T. Partonen (toim.) *Psykiatria*. Duodecim. Jyväskylä: Gummerrus. s.118-174.
- Jefferson, G. (1992[1984]): On stepwise transition from talk about a trouble to inappropriately next-positioned matters. Teoksessa J.M. Atkinson & J. Heritage (toim.) *Structures of Social Action*. s. 191-222.
- Jefferson, G. (1988): On the sequential organization of troubles talk in ordinary conversation. *Social problems* 35, 4, 418-441.
- Jefferson, G. & Lee, J.R.E. (1992): The rejection of advice: managing the problematic convergence of a 'troubles-telling' and a 'service encounter'. Teoksessa P. Drew & J. Heritage (toim.) *Talk at work. Interaction in institutional settings*. Cambridge: Cambridge University Press. s. 521-548.
- Jokinen, A., Juhila, K. & Suoninen, E. (1999): *Diskurssianalyysi liikkeessä*. Tampere: Vastapaino.

- Karon, B.P. (2000): The clinical interpretation of the Thematic Apperception Test, Rorschach, and other clinical data: a re-examination of statistical versus clinical prediction. *Professional Psychology*, 31, 230-233.
- Keats, D. (2000): *Interviewing. A practical guide for students and professionals*. Open University Press: Buckingham.
- Kernberg, O. (1976): *Object relations theory and clinical psychoanalysis*. New York: Jason Aronson.
- Kernberg, O. (1981): Structural interviewing. *Psychiatric Clinics of North America*, 4, 169-195.
- Kernberg, O. (1984): *Severe personality disorder: psychotherapeutic strategies*. New Haven: Yale University Press.
- Kernberg, O. (1996): A Psychoanalytic Theory of personality Disorders. Teoksessa J.F. Clarkin & M.F. Lenzenweger (toim.) *Major Theories of Personality Disorder*. New York: Guilford Press. s. 106-140.
- Klein, D.F. (1999): Harmful dysfunction, disorder, disease, illness, and evolution. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 421-429.
- Kleinman, A. (1988): *Rethinking Psychiatry. From Cultural Category to Personal Experience*. New York: Free Press.
- Knekt, P. & Lindfors, O. (toim.) (2004): *A randomized trial of the effect of four forms of psychotherapy on depressive and anxiety disorders. Design, methods and results of the effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy during a one-year follow-up*. The Social Insurance Institution, Finland. *Studies in social security and health* 77. Helsinki: Edita.
- Kohut, H. (1971): *The Analysis of Self*. New York: International Universities Press.
- Kohut, H. (1977): *The Restoration of the Self*. New York: International Universities Press.
- Kohut, H. (1984): *How does analysis cure?* London: University of Chicago Press.

- Koole, T. (2003): Affiliation and detachment in interview answer receipts. Teoksessa H. van den Berg, M. Wetherell & H. Houtkoop-Steenstra (toim.): *Analyzing Race Talk. Multidisciplinary Approaches to the Interview*. Cambridge: Cambridge University Press. s. 178-199.
- Krause, M. S. & Howard, K. I. (1999): "Between-group psychotherapy research and basic science" revisited. *Journal of Clinical Psychology*, 55 159-170.
- Kronenberger, W.G.& Meyer, R.G. (1996): *The child clinician's handbook*. Boston: Allyn & Bacon.
- Kurhila, S. (2003): *Co-constructing Understanding in Second Language Conversation*. Helsingin yliopiston suomen kielen laitos.
- Kurri, K. (2005): *The Invisible Moral Order. Agency, Accountability and Responsibility in Therapy Talk*. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research 260. Jyväskylä: Jyväskylä University Printing House.
- Labov, W. & Fanshel, D. (1977): *Therapeutic Discourse. Psychotherapy as conversation*. Orlando: Academic Press.
- Lahikainen, A.R. & Pirttilä-Backman A-M. (toim.)(1998): *Sosiaalinen vuorovaikutus*. Helsinki: Otava.
- Lahikainen, S. & Lahikainen A.R. (1998): Dilemmaattisia hoitosuhteita, sosiaalivaltion ambivalensseja. Teoksessa A.R. Lahikainen ja A-M. Pirttilä-Backman (toim.) *Sosiaalinen vuorovaikutus*. Helsinki: Otava s. 151-172.
- Lahti, I. (2004): Onko Evidence Based Medicine Prokrusteen vuodepsykoanalyttiselle psykoterapialle? *Psykoterapia* 23 (3), 211-216.
- Laitila, A. (1996): Kontekstualismi ja psykoterapiatutkimus: tietoteoreettisia perusteita. Teoksessa A. Toskala & J. Wahlström (toim.) *Psykoterapian prosessit. Tutkimukselliset konstruktiot*. Acta Psycholo-

- gica Fennica, Soveltavan psykologian monografioita 9. Rauma: West Point. s. 34-47.
- Laitila, A., Wahlström, J., Aaltonen, J. & Angus, L. (2001): Narrative process coding system in marital and family therapy: an intensive case analysis of the formation of a therapeutic system. *Contemporary Family Therapy*, 3 (23), 309-322.
- Lambert, J., Shapiro, D. & Bergin, A. (1986): The effectiveness of psychotherapy. Teoksessa A.E. Bergin & S.L. Garfield (toim.) *Handbook of psychotherapy and behaviour change*. 3rd ed. New York: John Wiley and Sons.
- Lambert, M. J. (1991): Introduction to psychotherapy research. Teoksessa L.E. Beutler & M. Cargo (toim.) *Psychotherapy research. An international review of programmatic studies I –II*. Washington: American Psychological Association.
- Lambert, M.J. & Bergin, A.E. (1994): The effectiveness of psychotherapy. Teoksessa A.E. Bergin & S.L. Garfield (toim.) *Handbook of psychotherapy and behaviour change*. 4th ed. New York: John Wiley and Sons. s. 143-189.
- Lambert, M. J. & Barley, D. E. (2002): Research Summary on the Therapeutic Relationship and Psychotherapy Outcome. Teoksessa J. C. Norcross (toim.) *Psychotherapy Relationships That Work. Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. Oxford: Oxford University Press. s. 17-32.
- Lambert, M.J. & Ogles, B.M. (2004): The efficacy and effectiveness of psychotherapy. Teoksessa M.J. Lambert (toim.) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change*. 5th ed. New York: John Wiley and Sons. s. 139-193.
- Lampropoulos, G. K. (2000): A Re-examination of the Empirically Supported Treatments Critiques. *Psychotherapy Research* 10, 474-477.
- Lavin, D. & Maynard, D.W. (2002): Standardization vs. Rapport: How interviewers handle the laughter of respondents During Telephone Surveys. Teoksessa D.W Maynard, H. Houtkoop-Steenstra, N.C.

- Schaeffer & J. van der Zouwen (toim.) *Standardization and Tacit Knowledge: Interaction and Practice in the Survey Interview*. New York: John Wiley. s. 335-363
- Lehtinen, E. (2005): Information, understanding and the benign order of everyday life in genetic counselling. *Sociology of Health & Illness* 27, 5, 575-601.
- Lehtonen, J. & Lönnqvist, J. (1999): Mielenterveys ja psykiatria. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen ja T. Partonen (toim.) *Psykiatria. Duodecim*. Jyväskylä: Gummerrus. s. 13-18.
- Leiman, M. (1997): Lihasta sanaksi. Kokemuksen hahmottuminen psykoterapiassa. Teoksessa J. Ihanus. (toim.) *Psykoterapiat eilen ja tänään*. Helsinki: Yliopistopaino. s. 128-141.
- Leiman, M. (1999): Psykoterapia dialogisena kehitysprosessina. *Psykoterapia* (4).
- Leiman, M. (2004): Vaikuttavuustutkimuksen pulmallisuus psykoterapiassa. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 120 (22), 2645-2653.
- Leiman, M. (2006): Psykoterapiamuodot ja käypä hoito. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 122 (6), 703-704.
- Lerner, G. (1991) On the syntax of sentences-in-progress. *Language in Society* 20, 3, 441-458.
- Lerner, G. (1996): On the "semi-permeable" character of grammatical units in conversation: conditional entry into the turn space of another speaker. Teoksessa E. Ochs, E. A. Schegloff & S. A. Thompson (toim.) *Interaction and grammar*. Cambridge: Cambridge University press. s. 238-276.
- Lindfors, O. (1997): Onko psykoterapia tuloksellista? Teoksessa J. Ihanus (toim.) *Psykoterapiat eilen ja tänään*. Helsinki: Yliopistopaino. s. 163-193.

- Lindfors, O. (2003): Criterion Validity of the Quality of Object Relations Scale (QORS). Lisensiaatin tutkimus, Helsingin yliopiston psykologian laitos.
- Lindfors, O. (2006): Quality Control of Interview Assessments in the Helsinki Psychotherapy Study (HPS). Esitys Psykoterapiatutkimuksen päivillä Jyväskylän yliopistossa 16.2.2006.
- Lindfors, P. (2005): Homeopaatin vastaanotolla. Tutkimus vuorovaikutuksesta ja päätöksenteosta. Tampere: Yliopistopaino.
- Lindholm, C. (2003): Frågor i praktiken. Flerledade frågeturer i läkarpatientensamtal. Skrifter utgivna av Svenska literatursällskapet i Finland, nr 651. Studier i nordisk filologi 81.
- Linell, P. & Bredmar, M. (1996): Reconstructing Topical Sensitivity: Aspects of Face-Work in Talks Between Midwives and Expectant Mothers. *Research on Language and Social Interaction*, 29 (4), 347-379.
- Linell, P., Hofvendahl, J. & Lindholm, C. (2003): Multi-unit questions in institutional interactions: Sequential organizations and communicative functions. *Text* 23 (4), 539-571.
- Lipsey, M.W. & Wilson, D.B. (1993): The efficacy of psychological, educational, and behavioural treatment. Confirmation from meta-analysis. *American Psychologist* 48 (12), 1181-1209.
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975): Comparative studies of psychotherapies: is it true that "everyone has won and all must have prizes!/? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- Luborsky, L., Diger, L., Seligman, D.A., Rosenthal, R., Johnson, S., Halperin, G. ym. (1999): The researcher's own therapeutic allegiances: A "wildcard" in comparison of treatment efficacy. *Clinical Psychology and Scientific practice* 6, 95-132.
- Lynch, M. (1993): *Scientific Practice and Ordinary Action*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lönnqvist, J. (1999): Potilaan tutkiminen ja mielenterveyden häiriöiden luokittelu. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henriksson,

- M. Marttunen ja T. Partonen (toim.) *Psykiatria. Duodecim*. Jyväskylä: Gummerrus. s. 19-49.
- Makkonen, R. (2003): Isänsä poika –hankalien kokemusten assimiloituminen kognitiivis-analyttisen psykoterapian kulussa. Lisensiaatin tutkimus, Joensuun yliopiston psykologian laitos.
- Marlaire, C. & Maynard, D. W. (1990): Standardized testing as an interactional phenomenon. *Sociology of Education* 63, 83-101.
- Mason, J. (1996): *Qualitative Researching*. London: Sage.
- Matihaldi, H-L. (1979): *Nykysuomen modukset I. Kvalitatiivinen analyysi*. Acta Universitatis Ouluensis. Series B, Humaniora 7, Philologica 2. Oulu: Oulun Yliopisto.
- Maynard, D. W. (1991a): Interaction and asymmetry in clinical discourse. *American Journal of Sociology* 97, (2), 448-495.
- Maynard, D. W. (1991b): The perspective-display series and the delivery and receipt of diagnostic news. Teoksessa D. Boden & D.H. Zimmerman (toim.) *Talk and Social Structure. Studies in Ethnomethodology and Conversation Analysis*. Cambridge: Polity Press.
- Maynard, D.W. (1992): On clinicans co-implanting recipients' perspective in the delivery of diagnostic news. Teoksessa P. Drew & J. Heritage (toim.) *Talk at Work. Interaction in Institutional settings*. Cambridge: Cambridge University Press. s. 331-358.
- Maynard, D. & Schaeffer, N.C. (1997): Keeping the gate: declinations of the request to participate in a telephone survey interview. *Sociological Methods & Research* 26, 34-79.
- Maynard, D. & Schaeffer, N.C. (2000): Toward sociology of social scientific knowledge: Survey research and ethnomethodology's asymmetric alternates. *Social Studies of Science* 30, 323-370.
- Mazeland, H. & ten Have, P. (1998[1996]): Essential tensions in (semi-) open research interviews. Internet osoitteessa <http://www.pscw.uva.nl/emca/ET.htm>, 26.2.2004.
- McLeod, J. (2001): *Qualitative Research in Counselling and Psychotherapy*. London: Sage.

- Meronen, M-L. (2004): Psykoterapiasoveltuvuuden yhteydet yhteistyösuhteeseen. Lisensiaatintutkimus, Helsingin yliopiston psykologian laitos.
- Merrell, K.W. (2003): Behavioral, Social, and Emotional Assessment of Children and Adolescents. 2nd ed. London: Lawrence Erlbaum.
- Messer, S. B. (2002): Empirically Supported Treatments: Cautionary Notes. *Medscape General Medicine* 4 (4). Internet-osoitteessa www.medscape.com/viewarticle/445082_print, 22.7.2005
- Mischel, W., Shoda, Y. & Smith, R.E. (2004): Introduction to personality. Toward an Integration. 7th ed. New York: John Wiley and Sons.
- Mishler, E. G. (1986): Research Interviewing: Context and Narrative. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Myers, G. (1998): Displaying opinions: Topics and disagreement in focus groups. *Language in Society*, 27, 85-111.
- Mälkiä, T. (tulossa): Family planning talk in genetic counselling interaction. Tekeillä oleva väitöskirja.
- Myers, S. (2000): Empathic listening: Reports on the experience of being heard. *Journal of Humanistic Psychology*. 40, 148-173.
- Nikander, P. (1997): Diskursiivinen käänne (sosiaali)psykologiassa. *Psykologia* 32 (6), 404-414.
- Nikander, P. (2002): Age in Action. Membership Work and Stage of Life Categories in Talk. Suomalaisen tiedeakatemian toimituksia. *Humaniora* 321. Helsinki: Hakapaino.
- Nevalainen, V. (2006): Psykologien tutkimusmenetelmistä. *Psykologia* 1, 66-67.
- Norcross, J. C. (2002): Empirically Supported Therapy Relationships. Teoksessa J. C. Norcross (toim.) *Psychotherapy Relationships That Work. Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. Oxford: Oxford University Press. s. 3-16.

- Nuolijärvi, P. (1998): Surveyhaastattelu vuorovaikutustilanteena. Teoksessa S. Paananen, A. Juntto & H. Sauli (toim.) Faktajuttu. Tilastollisen sosiaalitutkimuksen käytännöt. Tampere: Vastapaino.
- Orlinsky, D.E. & Howard, K.I. (1986): Gender and psychotherapeutic outcome: A sine qua non or a placebo for research problems. Teoksessa A. Brodsky & R.T. Hare-Mustin (toim.) Women and psychotherapy. New York: Guilford.
- Othmer, E. & Othmer, S.C. (1994): The clinical interview using DSM-IV. Vol. 1: Fundamentals. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Pahkinen, T. (1987): Psykoterapian vaikutus minäkäsitykseen. Psykoterapian käynnistämisen muutosprosessin vaikutus korkeakouluopiskelijoiden minäkäsitykseen. Jyväskylän studies in education, psychology and social research 62. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.
- Perttula, J. & Lomama, T. (toim.) (2005): Kokemuksen tutkimus. Merkitys-tulkinta-ymmärtäminen. Helsinki: Dialogia.
- Peräkylä, A. (1995): AIDS counselling. Institutional interaction and clinical practice. Cambridge: University Press.
- Peräkylä, A. (1998a): Authority and Accountability. The Delivery of Diagnosis in Primary Health Care. *Social Psychology Quarterly* 61, 310-320.
- Peräkylä, A. (1998b): Institutionaalinen keskustelu. Teoksessa L. Tainio (toim.) Keskusteluanalyysin perusteet. Toinen painos. Tampere: Vastapaino. s. 177-203.
- Peräkylä, A. (2003): Conversation Analysis. Teoksessa C. Seale, J. Gubrium, G. Gobo, & D. Silverman (toim.) Qualitative research practice. London: Sage. s. 165-179.
- Peräkylä, A. (2004): Making links in psychoanalytic interpretations: a conversation analytical perspective. *Psychotherapy Research* 14 (3), 289-307.

- Peräkylä, A. & Silverman, D. (1991a): Reinterpreting speech-exchange systems: communication formats in AIDS counselling. *Sociology*, 25, 627-651.
- Peräkylä, A. & Silverman, D. (1991b): Owing experience: describing the experience of other persons. *Text*, 11(3), 441-480.
- Peräkylä, A. & Vehviläinen, S. (1999): Vuorovaikutustutkimus ja vuorovaikutusideologiat. *Psykologia* 34, 329-342.
- Peräkylä, A. & Vehviläinen, S. (2003): Conversation analysis and the professional stocks of interactional knowledge. *Discourse and Society*, 14 (6), 727-750.
- Peräkylä, A. & Ruusuvuori, J. (2005): Facial expression in an assessment. Teoksessa H. Knoblauch, J. Raab, H-G. Soeffner & B. Schnettler (toim.) *Video-analysis: methodology and methods. Qualitative audiovisual data analysis on sociology*. Frankfurt: Peter Lang.
- Peräkylä, A., Ruusuvuori, J. & Vehviläinen, S. (2005): Introduction: Professional theories and institutional interaction. *Communication & Medicine* 2 (2), 105-109.
- Pine, F. (1991): Vietti-, ego-, objektsuhde- ja selfpsykologia. *Psykoterapia* 1-2, 2-13. Alkuperäinen teos Pine, F.(1987) *The Four Psychologies of Psychoanalysis*. New York: Yale University Press. Suomentanut Olavi Lindfors.
- Pinto, D., Ribeiro, B. T. & Lopes-Dantas, M.T. (2005): 'Let the heart speak out' –Interviewing practices by psychiatrists from two different traditions. *Communication & Medicine* 2(2), 177-188.
- Piper, W.E. (2004): Implications of Psychotherapy Research for Psychotherapy Training. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49 (4), 221-229.
- Pirkola, S., Isometsä, E., Suvisaari, J., Aro, H., Joukamaa, M., Poikolainen, K., Koskinen, S., Aromaa, A. & Lönnqvist, J.K. (2005): DSM-IV mood-, anxiety- and alcohol use disorders and their comorbidity in the Finnish general population. Results from the Health 2000 Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 40, 1-10.

- Pole, N. & Jones, E.E. (1998): The Talking Cure Revisited: Content Analysis of a Two-Year Psychodynamic Psychotherapy. *Psychotherapy Research* 8(2), 171-189.
- Pomerantz, A. (1984): Agreeing and disagreeing with assessments: some features of preferred/dispreferred turn shapes. Teoksessa M.J. Atkinson & J. Heritage (toim.) *Structures of Social Action. Studies in Conversation Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press. s. 57-102.
- Potter, J. (2004): Discourse analysis as a way of analysing naturally occurring talk. Teoksessa D. Silverman (toim.) *Qualitative Analysis: Issues of Theory and Method*. 2nd ed. London: Sage. s. 200-221.
- Potter, J. & Hepburn, A. (2005): Qualitative Interviews in Psychology. Problems and Possibilities. *Qualitative Research in Psychology*, 2, 38-55.
- Puchta, C. & Potter, J. (1999): Asking elaborate Questions: Focus Groups and the Management of Spontaneity. *Journal of Sociolinguistics*, 3, 314-335.
- Puchta, C. & Potter, J. (2002): Manufacturing individual opinions: market research focus groups and the discursive psychology of attitudes. *British Journal of Social Psychology* 41, 345-363.
- Puchta, C. & Potter, J. (2004): Focus group practice. London: Sage.
- Puchta, C., Potter, J. & Wolff, S. (2004): Repeat receipts: a device for generating visible data in market research focus groups. *Qualitative Research* 4 (3), 285-309.
- Putnam, S. M. & Stiles, W.B. (1993): Verbal Exchanges in Medical Interviews: Implications and Innovations. *Social Science & Medicine* 36, 1597-1604.
- Pylkkänen, K. (1999): Psykoterapiapalvelut Suomessa. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen ja T. Partonen (toim.) *Psykiatria. Duodecim*. Jyväskylä: Gummerrus. s. 624-637.

- Pyykkönen, N., Lindfors, O., Knekt, P. & Helsinki Psychotherapy Study Group (2006): The validity and reliability of the Level of Personality Organization (LPO) Assessment Scale. Esitys, The 28th Nordic Congress of Psychiatry, Tampere 17.8.-19.8.2006.
- Raevaara, L. (1993): Kysyminen toimintana. Lisensiaatintyö, Helsingin yliopiston suomen kielen laitos.
- Raevaara, L. (1996): Kysymyksen paikka ja tulkinta. *Kieli* 10. Helsingin yliopiston suomen kielen laitos. s.23-47.
- Raevaara, L. (2001): Vastaamisesta institutionaalisenä toimintana. Esimerkkinä potilaan vastaukset lääkärin oirekysymyksiin. M. Halonen ja M. Routarinne (toim.) Keskustelunanalyysin näkymiä. *Kieli* 13. Helsingin yliopiston suomen kielen laitos. s. 47-69.
- Raevaara, L. (2004): "Mitäs me sovittais". S-partikkelin sisältävien hakukysymysten tehtävistä. *Virittäjä* 4, 531-558.
- Raitasalo, R. & Maaniemi, K. (2006): Mielenterveyden häiriöiden aiheuttamat haitat kasvaneet. *Sosiaalivakuutus* 1, 38-41.
- Rapley, M. & Antaki, C. (1998): "What do you think about...?" generating views in an interview. *Text* 18 (4), 587-608.
- Rapley, T. (2001): Accounting for recreational drug use: the lived practice of qualitative interviews. *Julkaisematon väitöskirja*.
- Rapley, T. (2003): *Qualitative Interviews*. Teoksessa C. Seale, G. Gobo, J. Gubrium, & D. Silverman (toim.) *Qualitative Research Practice*. London: Sage.
- Rauhala, L. (1997): Psykoterapia ja subjektiivinen maailmankuva. Teoksessa J. Ihanus (toim.) *Psykoterapiat eilen ja tänään*. Helsinki: Yliopistopaino. s.11-25.
- Riikonen, E. & Vataja, S. (1999): Voimavarasuuntautuneet neuvonta-, ohjaus- ja terapiamuodot. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen ja T. Partonen (toim.) *Psykiatria*. Duodecim. Jyväskylä: Gummerrus. s. 667-674.
- Rogers, C. R. (1951): *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin.

- Rogers, R. (2001): *The Handbook of Diagnostic and Structured Interviewing*. New York: Guildford Press.
- Rogers, R., Bagby, R. M., & Dickens, S. E. (1992): *Structured Interview of Reported Symptoms (SIRS) and professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Rose, N. (1996): *Inventing our selves. Psychology, power and personhood*. New York: Cambridge University Press.
- Roth, A. & Fonagy, P. (2005): *What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research*. 2nd ed. New York: Guilford Press.
- Rounsaville, B.J., Alarcon, R.D., Andrews, G., Jackson, J.S., Kendell, R. E. & Kendler, K.S. (2002): *Basic nomenclature issues for DSM-V*. Teoksessa D.J. Kupfer, M.B. First & D.A. Regiers (toim.) *A research agenda for DSM-V*. Washington, DC: American Psychiatric Association. s.1-29.
- Rubin, H.J. & Rubin, I.S. (2005): *Qualitative Interviewing: The art of hearing data*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Ruppa, K. & Huttunen, M.O. (1997): *Esipuhe. Suomen psykiatriyhdistys. DSM-IV. Diagnostiset kriteerit*. Finnreklama.
- Ruusuvuori, J. (2000): *Control in medical consultation. Practices of giving and receiving the reason for the visit in primary health care*. *Acta Electronica Universitatis Tamperensis* 16 <http://www.acta.uta.fi/pdf/951-44-4755-7.pdf>
- Ruusuvuori, J. (2001): *Harvey Sacks. Arkielämän metodit ja keskustelunanalyysi*. Teoksessa V. Hänninen, O. Partanen ja O-H. Ylijoki (toim.) *Sosiaalipsykologian suunnannäyttäjät*. Jyväskylä: Vastapaino. s. 383-405.
- Ruusuvuori, J. (2005a): *Comparing homeopathic and general practice consultations: The case of problem presentation*. *Communication & Medicine* 2 (2), 123-136.
- Ruusuvuori, J. (2005b): *"Empathy" and "Sympathy" in Action: Attending to Patients' Troubles in Finnish Homeopathic and General Practice Consultations*. *Social Psychology Quarterly* (68) 3, 204-222.

- Ruusuvuori, J., Haakana, M. & Raevaara, L. (toim.)(2001): Institutionaalinen vuorovaikutus: keskustelunanalyttisiä tutkimuksia. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. (toim.) (2005): Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino.
- Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. (2005): Tutkimushaastattelu ja vuorovaikutus. Teoksessa J. Ruusuvuori & L. Tiittula (toim.) Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino. s. 22-56.
- Ryle, A. (1975): Self-to-Self, Self-to-Other: The World's Shortest Account of Object Relations Theory. *New Psychiatry*, April 12-13.
- Sacks, H. (1992): Lectures on conversation. Volumes I (a) & II (b). Oxford: Basil Blackwell.
- Sacks, H., Schegloff, E. & Jefferson, G. (1974): A Simplest Systematics for the Organization of Turn-taking in Conversation. *Language*, 50(4), 696-735.
- Sarangi S. (2003): Institutional, professional and lifeworld frames in interview talk. Teoksessa H. van den Berg, M. Wetherell & H. Houtkoop-Steenstra (toim.) (2003): *Analyzing Race Talk. Multidisciplinary Approaches to the Interview*. Cambridge: University Press. s. 64-84.
- Sarbin, T. (1986): The Narrative as a Root Metaphor for Psychology. Teoksessa T. Sarbin (toim.) *Narrative Psychology. The Storied Nature of Human Conduct*. London: Praeger.
- Schaeffer, N. C. & Maynard, D. W. (2002): Standardization and interaction on the survey interview. Teoksessa J. Gubrium & J. Holstein (toim.) *Handbook of Interview Research: Context and method*. Thousand Oaks, CA: Sage. s. 577-601
- Schegloff, E.A. (1980): Preliminaries to preliminaries: "Can I ask you a question?" *Sociological Inquiry*, 50 (3/4), 104-152.
- Schegloff, E.A. (1982): Discourse as an interactional achievement: some uses of "uh huh" and other things that come between sentences.

- Teoksessa D. Tannen (toim.) *Analyzing discourse: text and talk*. Washington DC: Georgetown University Press. s. 71-93.
- Schegloff, E. A. (1992): On talk and its institutional occasions. Teoksessa P. Drew & J. Heritage (toim.) *Talk at work. Interaction in institutional settings*. Cambridge: Cambridge University Press. s. 101-134.
- Schegloff, E. A. (1995): Sequence organization. *Sociology* 124/244, *Communication Studies*. Department of Sociology, UCLA, California.
- Schegloff, E. A. (1996): Confirming Allusions: Toward an Empirical Account of Action. *American journal of Sociology* 102 (1), 161-216.
- Schegloff, E. A (1997): Whose text? Whose context? *Discourse and Society* 8(2), 165-187.
- Schegloff, E. A (1999a): Schegloff 's text and 'Billig's data': a critical reply. *Discourse and Society*, 10 (4), 558-572.
- Schegloff, E. A (1999b): Discourse, pragmatics, conversation analysis. *Discourse Studies* 1, 405-436.
- Schegloff, E. & Sacks, H. (1973): Opening up closings. *Semiotica* 8 (4), 289-327.
- Schorber, M. F. & Conrad, F. (1997): Does conversational interviewing reduce survey measurement error? *Public Opinion Quarterly* 61, 576-602.
- Schwartz, M.A. & Wiggins, O. P. (1987): Typifications: The first step for clinical diagnosis in psychiatry. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175 (2), 65-77.
- Selman, R. L. (1980): *The growth of interpersonal understanding*. Orlando, FL: Academic.
- Seppänen, E-L. (1998): Vuorovaikutus paperilla. Teoksessa L. Tainio (toim.) *Keskustelunanalyysin perusteet. Toinen painos*. Tampere: Vastapaino. s. 18-32.
- Shea, C.S. (1988): *Psychiatric Interviewing: The Art of Understanding*. Philadelphia: Saunders.

- Shotter, J. (1993): *Conversational Realities*. London: Sage.
- Silverman, D. (1993): *Interpreting Qualitative Data. Methods for Analysing Talk, Text and Interaction*. London: Sage.
- Silverman, D. (1997a): Towards an aesthetics of research. Teoksessa D. Silverman (toim.) *Qualitative Research. Theory, method and practice*. London: Sage. s. 239-253.
- Silverman, D. (1997b): *Discourses of Counselling: HIV Counselling as Social Interaction*. London: Sage.
- Sims, A. (2002): *Symptoms in the Mind: An introduction to descriptive psychopathology*. 3rd ed. Philadelphia, PA: Saunders.
- Smith, J. A. (1995): *Semi-Structured Interviewing and Qualitative Analysis*. Teoksessa J. A. Smith, R. Harré and L. K. Langenhove (toim.) *Rethinking Methods in Psychology*. London: Sage.
- Smith, M.L., Glass, G.V. & Miller, T.I. (1980): *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Sommers-Flanagan, J. & Sommers-Flanagan, R. (2003): *Clinical Interviewing*. 3rd ed. New York: John Wiley & Sons.
- Sorjonen, M-L (1999): Dialogipartikkelien tehtävistä. *Virittäjä* 103, 170-194.
- Sorjonen, M-L. (2001): *Responding in Conversation: A Study of Response Particles in Finnish*. Amsterdam: John Benjamins.
- Sorjonen, M-L., Peräkylä, A. & Eskola, K. (2001): *Keskustelu lääkärin vastaanotolla*. Tampere: Vastapaino.
- Spitzer, R.L. (1999): Harmful dysfunction and DSM definition of mental disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 430-432.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., & Skodol, A.E. (1980): DSM-III: The major achievements and an overview. *American Journal of Psychiatry*, 137, 151-164.
- Stanghellini, G. (2004): The Puzzle of Psychiatric Interview. *Journal of Phenomenological Psychology*, 35 (2), 173-195.
- Stiles, W.B. (1979): Verbal response modes and psychotherapeutic technique. *Psychiatry*, 42, 49-62.

- Stiles, W.B. (1992): Describing talk: A taxonomy of verbal response modes. Newbury Park, CA: Sage.
- Stiles, W.B. (1999): Signs and voices in psychotherapy. *Psychotherapy Research* 9 (1), 1-21.
- Stiles, W. B. (2002): Assimilation of Problematic Experiences. Teoksessa J. C. Norcross (toim.) *Psychotherapy Relationships That Work. Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. Oxford: Oxford University Press. s. 357-366.
- Stiles, W.B., Shapiro, D.A. & Elliott, R. (1986): Are all psychotherapies equivalent? *American Psychologist* 41, 165-180.
- Stiles, W.B. & Shapiro, D.A. (1989): Abuse of the drug metaphor in psychotherapy process-outcome research. *Clinical Psychology Review*, 9, 521-543.
- Stiles, W.B., Elliott, R., Llewelyn, S. P., Firth-Cozens, J. A., Margison, F.R., Shapiro, D.A., & Hardy, G. (1990): Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy. *Psychotherapy*, 27, 411-420.
- Stiles, W.B. & Putnam, S.M. (1992): Verbal Exchanges in Medical Interviews: Concepts and Measurement. *Social Science and Medicine* 35, 347-355.
- Stiles, W.B. & Shapiro, D.A. (1994): Disabuse of the drug metaphor: psychotherapy process-outcome correlations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 942-948.
- Stiles, W.B., Honos-Webb, L., & Surko, M. (1998): responsiveness in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 439-458.
- Strupp, H.H. & Hadley, S.W. (1979): Specific versus non-specific factors in psychotherapy: a controlled study of outcome. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1125-1136.
- Suchman, L. & Jordan, B. (1990): Interactional troubles in face-to-face survey interviews. *Journal of American Statistical Association* 85, 409, 232-241.

- Sullivan, H. (1970): *The Psychiatric Interview*. New York: W.W.Norton
- Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Suomen Akatemia (2001): *Depressio –tunnistaminen ja hoito*. Helsinki: Painatuskeskus.
- Suomen Psykiatriyhdistys r.y. American Psychiatric Associationin luvalla. *DSM-IV Diagnostiset kriteerit*. Finnreklama 1997.
- Symington, N. (1986): *The Analytic Experience. Lectures from the Tavistock*. London: Free Association Books.
- Szasz, T.S. (1961): *The myth of mental illness*. New York: Hoeber-Harper.
- Szasz, T.S. (1970): *the manufacture of madness: A comparative study of inquisition and the mental health movement*. New York: McGraw-Hill.
- Tainio, L. (toim.) (1998): *Keskustelunanalyysin perusteet*. Tampere: Vastapaino.
- TEO, Terveysturvakeskus. Psykoterapian määritelmä osoitteessa www.teo.fi/Hakemistot/h14/14n.htm, 16.5.2006.
- Thase, M.E. & Jindal, R.D. (2004): *Combining psychotherapy and psychopharmacology for treatment of mental disorders*. Teoksessa M. J. Lambert (toim.) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change*. 5th ed. New York: John Wiley and Sons. s. 743-766.
- Tontti, J. (2000): *Masennuksen arkea. Selityksiä surusta ilman syytä. Sosiaalipsykologisia tutkimuksia 3*. Helsingin yliopiston sosiaalipsykologian laitos.
- Toskala, A. (1999): *Kognitiiviset psykoterapiat*. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen ja T. Partonen (toim.) *Psykiatria*. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus. s.646-652.
- Toskala, A. & Wahlström, J. (toim.) (1996): *Psykoterapian prosessit - tutkimukselliset konstruktiot*. Acta psychologica Fennica. Soveltavan psykologian monografioita 9. Rauma: West Point.
- Trull, T. (2005): *Clinical Psychology*. 7th ed. Thomson, Wadsworth.

- Tryon, G. S. & Winograd, G. (2002): Goal Consensus and Collaboration. Teoksessa J.C. Norcross (toim.) *Psychotherapy Relationships That Work. Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. Oxford: Oxford University Press. s. 109-125.
- Tähkä, V. (1982): *Psykoterapian perusteet*. 5. painos. Juva: WSOY.
- Tähkä, V. (1997): *Mielen rakentuminen ja psykoanalyttinen hoitaminen*. Juva: WSOY.
- Vacc, N. A. & Juhnke, G. A. (1997): The use of structured clinical interviews for assessment and counseling. *Journal of Counseling and Development*, 75, 470-480.
- Valkonen, J. (tulossa): *Narratiivinen näkökulma psykoterapian vaikutuksiin ja merkityksiin*. Tekeillä oleva väitöskirja.
- Valkonen, J., Ehrling, L. & Lindfors, O. ym. (2006): *Psykoterapian merkitykset ja haastattelukontekstit*. *Psykoterapia* 1, 45-59.
- Vehviläinen, S. (1999): *Structures of counselling interaction. A conversation analytic study of counselling encounters in career guidance training*. Helsinki: University Press.
- Vehviläinen, S. (2003): *Interpretative talk in psychoanalytic interaction*. *Text* 23, 4, 573-606.
- Vehviläinen, S. & Lindfors, O. (2005): ”Varmaan se oma itsetunto on nousussa” Itself-reflection and enhanced self-esteem in an interview. *Aikuiskasvatus* 3, 191-202.
- Vesala, K. ja Rantanen, T. (1999): *Pelkkä puhe ei riitä. Maanviljelijän yrittäjäidentiteetin rakentumisen sosiaalipsykologisia ehtoja*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Vesala, K. ja Rantanen, T. (toim.) (tulossa): *Argumentaatio ja tulkinta. Laadullisen asennetutkimuksen lähestymistapa*. Käsikirjoitus.
- Virsu, V. (2005): *Psykologien arviointimenetelmät eivät ole mittareita*. *Psykologia* 5-6, 582-583.
- Voutilainen, L. (tulossa): *Affect in psychotherapy interaction*. Tekeillä oleva väitöskirja.

- Vuorinen, R. (1997): Minän synty ja kehitys. Ihmisen psyykkinen kehitys yli elämänkaaren. Porvoo: WSOY.
- Wahlbeck, K. (2005). Psykoterapiatutkimuksen laatuksiteerit Cochrane – näkökulmasta. Teoksessa K. Hartikainen & J. Aaltonen (toim.) Näyttöön perustuva psykoterapia. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino. s. 32-43.
- Wahlström, J. (1997): Ihminen tekstinä, psykologi lukijana. *Psykologia* 32 (6), liite, 2-11.
- Wahlström, J. (1999): Psykoterapia keskusteluna ja kertomusten kudelmana. Kirjassa J. Ihanus (toim.) Kulttuuri ja psykologia. Helsinki: Yliopistopaino.
- Wahlström, J. (2005): Tutkimustiedon eri käyttötavat psykoterapiassa. Luento Psykoterapiatutkimuksen päivillä Jyväskylän yliopistossa 18.2.2005.
- Wakefield, J.C. (1992). The concept of mental disorder. On the boundary between biological facts and social values. *American Psychologist*, 47, 373-388.
- Wampold, B. E. (2001): *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods, and Findings*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Warren, C. A. B. (2002): *Qualitative Interviewing*. Teoksessa J. Gubrium & J. Holstein (toim.) *Handbook of Interview Research: Context and Method*. Thousands Oaks, CA: Sage.
- Watkins, C. E., Campbell, V. L., Nieberding, R. & Hallmark, R. (1995): Contemporary practice of psychological assessment by clinical psychologists. *Professional Psychology, Research & Practice* 26, 54-60.
- Westen, D. (1997): Divergences between clinical and research methods for assessing personality disorders: implications for research and the evolution of axis II. *American Journal of Psychiatry* 154, 895-903.
- Westen, D. & Morrison, K. (2001): A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic and generalized anxiety disorder. An empirical examination of the status of empirically supported

- therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69, 875-899.
- Wetherell, M. (1998): Positioning and interpretative repertoires: conversation analysis and post-structuralism in dialogue. *Discourse and Society* 9(3):387-412.
- Widdicombe, S. & Wooffitt, R. (1995): *The Language of Youth Subcultures: Social identity in action*. Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf.
- Widiger, T. A. & Frances, A.J. (1994): Towards a dimensional model for the personality disorders. Teoksessa P. Costa & T. Widiger (toim.) *Personality disorders and the five-factor model of personality*. Washington, DC: American Psychological Association. s. 19-39.
- Widiger, T.A. & Clark, L.A. (2000): Toward DSM-V and the classification of psychopathology. *Psychological Bulletin*, 126, 946-963.
- Widiger, T. A. (2004): Looking Ahead to DSM-V. *Clinical Psychologist*, 57, 1-2, 18-24.
- Wood, J.M., Garb, H. N., Lilienfeld, S.O & Nezworski, M. T. (2002): *Clinical Assessment*. *Annual Review of Psychology*, 53, 519-543.
- Wortham, S. E. F. (1996): Mapping participant deictics; a technique for discovering speakers' footing. *Journal of Pragmatics* 25, 331-348.
- Wowk, M. (1989): *Emotion talk*. Teoksessa B. Torode (toim.) *Text and Talk as Social Practice*. Dordrecht: Foris. s. 51-71.
- Wyndrowe, J. (1987): The Microcomputerized Diagnostic Interview Schedule: Clinical use in an outpatient setting. *Canadian Journal of Psychiatry*, 32, 93-99.
- Ylijoki, O. (1999): Kriittisen sosiaalipsykologian lähtökohtia. *Psykologia* 34 (5-6), 316-321.
- Zimmerman, M., Rothschild, L. & Chelminski, I. (2005): The Prevalence of DSM-IV Personality Disorders in Psychiatric Outpatients. *The American Journal of Psychiatry* 162, 1911-1918.

Zimmerman, D. H. (1998): Identity, Context and Interaction. Teoksessa
C. Antaki & S. Widdicombe (toim.) Identities in Talk. London: Sa-
ge. s. 87-106

LIITE 1

Litteraatiossa käytetyt merkit:

HA:	haastatteliija
PO:	potilas
[päällekkäispuhunnan alkamiskohta
=	kaksi puhunnosta liittuu toisiinsa tauotta
(0.0)	hiljaisuus mitattuna sekunteina ja sekunnin kymmenyksinä
(.)	0.2 sekuntia lyhyempi hiljaisuus
()	sulkeissa epäselvästi kuultu jakso tai sana, jota ei kuultu
.	laskeva intonaatio
,	tasainen intonaatio
?	nouseva intonaatio
koi-	sana jää kesken (yhdysviiva sanan lopussa)
> <	ympäröivää puhetta nopeammin puhuttu jakso
< >	ympäröivää puhetta hitaammin puhuttu jakso
<u>ko</u> ira	äänteen painottaminen (alleviivaus)
koi:ra	kaksoispiste(et): välittömästi edeltävän äänteen pidennys
° °	ympäröivää puhetta hiljaisemmalla äänellä puhuttu jakso
.hh	sisäänhengitys
hh	uloshengitys

(h)	uloshengitys, useimmiten nauru, sanan keskellä
£ £	hymyilevällä äänellä sanottu jakso
ISO	äänen voimistaminen
↑	sana lausuttu ympäristöään korkeammalta
↓	sana lausuttu ympäristöään matalammalta
@ @	äänen laadun selkeä muutos

LIITE 2

Seurantahaastattelun haastatteluohjeistus

Helsingin Psykoterapiaprojekti

Haastattelijan ohjeet, seurantahaastattelut

2/1999

Haastattelun kulku

-Tervehditään ja muistutetaan edellisen haastattelun ajankohdasta. Jos haastattelija on vaihtunut, kommentoidaan tätä lyhyesti.

Haastattelun avaamisen yhteydessä pyritään luomaan luottamuksellinen ja lämmin tunnelma, jotta potilas voi kokea olevansa yhteistyössä haastattelijan kanssa ja tuntevansa itsensä tervetulleeksi.

-Edetään semistrukturoidun haastattelun kysymysten ja niiden tarkennusten mukaisesti (alla).

-Siirrytään tämän jälkeen strukturoituihin haastatteluarviointeihin ja tarkennetaan niitä seikkoja, joista semistrukturoidussa osassa ei vielä ole saatu riittävästi tietoa.

Pyrkimyksenä on saada haastattelu kokonaisuudessaan suoritettua enintään noin 1, 5 tunnissa.

Semistrukturoitu seurantahaastattelu

Haastattelussa annetaan tilaa potilaan oma-aloitteiselle kertomiselle. Sen aikana pyritään selviämään alla lueteltavin pääkysymyksin ja lisätarkennuksin välttämättä lisäkysymysten käyttöä. Niiden sijasta käytetään keho-

tuksia, kuten: voisitko kertoa enemmän ja tarkemmin?, onko mielessäsi jokin yksityiskohta tai tapahtuma, jossa kuvaamasi muutos ilmenee? Pyritään saamaan potilaalta vinjettejä, jotka kuvaisivat elävästi ja yksityiskohtaisesti hänen kertomaansa. Anna tutkittavan kertoa vapaasti, kuten alkuhaastattelussa, mutta pidä mielessä myös käytettävissä oleva aika. Tutkittava voi kuvata kysymyksiin liittyviä asioita joko korostamalla positiivisia seikkoja tai negatiivisia puolia. Tarkenna kummaltakin kannalta tilannetta ja muutoksia.

Kysymys 1: Voisitko kertoa tämänhetkisestä voinnistasi ja tilanteestasi, mahdollisista vaikeuksistasi ja ongelmistasi? (kts. Kernberg 1981)

-miten elämä sujuu ja mihin olet tyytyväinen?

-minkälaisia ongelmia tai oireita edelleen on?

Kysymys 2: Minkälaisia muutoksia olet havainnut viimeisten (kulunut aika) kuukausien aikana (=edellisen seurantahaastattelun jälkeen)?

-voinnissasi

-työ- ja toimintakyvyssäsi ja

-vapaa-ajan vietossasi?

Kysymys 3: Minkälaisia ulkonaisia muutoksia elämässäsi on tapahtunut kuluneena aikana?

-mitä muutokset ovat merkinneet?

Kysymys 4: Minkälainen kuva/käsitys sinulla on nyt itsestäsi ja minkälaisena muut sinut kokevat?

-minäkuva ja siinä tapahtuneet muutokset

TERAPIAPROSESSI (kysymykset 5-10)

Kysymys 5: Minkälainen vaikutus terapialla on ollut sinuun? Mitä terapia on merkinnyt ja mitä ajattelet sen vaikuttaneen elämääsi?

(Jos terapiaa päättynyt jo ennen edellistä seuranta-aastattelua:) Miten näin jälkikäteen näet terapian vaikuttaneen itseesi? Mitä se on merkinnyt sinulle ja minkälainen vaikutus terapialla on ollut elämääsi?

-alkuperäisen terapian kokonaisarvio, hyvät ja ongelmalliseksi koetut puolet

Kysymys 6: Kertoisitko yhteistyöstä terapeutti kanssa?

-yhteistyön sujuminen ja yhteen sopiminen terapeutin kanssa

-kuulluksi ja ymmärretyksi tuleminen

-muutokset yhteistyössä terapian aikana

Kysymys 7: Millaiselta terapeutti on tuntunut terapeutina ja ihmisenä yleensä?

-ovatko ajatuksesi hänestä muuttuneet terapian aikana?

Kysymys 8: Entä sinä itse, minkälaiseksi olet kokenut itsesi suhteessa terapeutti?

-oletko samanlainen tai erilainen hänen seurassaan kuin muiden ihmisten kanssa?

-käsitteletkö terapiassa ajatuksiasi ja mielikuviasi, jotka liittyvät terapeuttiin (tai siihen miten koet itsesi terapeutti ja muiden ihmisten kanssa)?

Kysymys 9: Mitä uutta olet mielestäsi terapian avulla oppinut tai itsestäsi löytänyt?

-itsetuntemuksen ja -ymmärryksen lisääntyminen: minkälaista (uutta ymmärrystä tai oivalluksia)?

-uudet toimintatavat, käyttäytyminen, selviytymiskeinot ja ajatusmallit: minkälaisia (uusia toimintatapoja)?

-minkä ajattelee myötävaikuttaneen muutoksiin?

Kysymys 10: Onko vielä jotain muuta, mitä haluat kertoa terapiastasi?

Kysymys 10b (kaikille terapian lopettaneille tai keskeyttäneille): Mitä terapian lopettaminen/keskeyttäminen sinulle merkitsee/on merkinnyt ja miten olet sen kokenut?

-Jos keskeytynyt, miksi?

-Tunnetko tarvitsevasi edelleen jotain terapiaa tai muuta hoitoa?

Kysymys 10c (jos on alkanut uusi hoito/terapia): Mitä se on merkinnyt ja miten olet kokenut sen eroavan alkuperäisestä terapiasta?

TULEVAISUUDENNÄKYMÄT

Kysymys 11 (kaikille): Minkälaisia ajatuksia sinulla on elämästäsi tästä eteenpäin?

-mahdollisia odotuksia, toiveita tai huolenaiheita tulevaisuuden suhteen?

ENGLISH ABSTRACT

In the field of psychiatry the semi-structured interview is one of the central tools in assessing the psychiatric state of a patient. In semi-structured interview the interviewer participates in the interaction both by the prepared interview questions and by his or her own, unstructured turns. It has been stated that in the context of psychiatric assessment the interviewers' unstructured turns help to get focused information but may also weaken the reliability of the data.

This study examines the practices by which semi-structured psychiatric interviews are conducted. The method for the study is conversation analysis, which is both a theory of interaction and a methodology for its empirical, detailed analysis. Using data from 80 video-recorded psychiatric interviews with 16 patients and five interviewers it describes in detail both the structured and unstructured interviewing practices. In the analysis also psychotherapeutic concepts are used to describe phenomena that are characteristic for therapeutic discourse.

The data was received from the Helsinki Psychotherapy Study (HPS). HPS is a randomized clinical trial comparing the effectiveness of four forms of psychotherapy in the treatment of depressive and anxiety disorders. A total of 326 patients were randomly assigned to one of three treatment groups: solution-focused therapy, short-term psychodynamic

psychotherapy, and long-term psychodynamic psychotherapy. The patients assigned to the long-term psychodynamic psychotherapy group and 41 patients self-selected for psychoanalysis were included in a quasi-experimental design. The primary outcome measures were depressive and anxiety symptoms, while secondary measures included work ability, need for treatment, personality functions, social functioning, and life style. Cost-effectiveness was determined. The data were collected from interviews, questionnaires, psychological tests, and public health registers. The follow-up interviews were conducted five times during a 5-year follow-up.

The study shows that interviewers pose elaborated questions that are formulated in a friendly and sensitive way and that make relevant patients' long and story-like responses. In receiving patients' answers interviewers use a wide variety of practices by which they direct patients' talk or offer an understanding of the meaning of patient's response. Interviewers may also offer their professional understanding of the patients' description.

The results of the study are two-fold. Firstly, the study shows that understanding the meaning of mental experiences requires interaction between interviewer and patient. Therefore semi-structured interview is both relevant and necessary method for collecting data in psychotherapy outcome study. Secondly, the study suggests that conversation analysis, enriched with psychotherapeutic concepts, offers methodological possibilities for psychotherapy process research, especially for process-outcome paradigm.