

ERIMIELISYYDEN ERILAISET MUODOT

Keskustelunanalyttinen tutkielma potilaan tavoista osoittaa erimielisyyttään terapeutin formulaatioita ja tulkintoja kohtaan kognitiivisessa psykoterapiassa

Henna Helena Korpela

Helsingin yliopisto

Valtiotieteellinen tiedekunta

Sosiologia

Pro gradu -tutkielma

Toukokuu 2011



HELSINGIN YLIOPISTO
HELSINGFORS UNIVERSITET
UNIVERSITY OF HELSINKI

Tiedekunta/Osasto – Fakultet/Sektion – Faculty Valtiotieteellinen tiedekunta		Laitos – Institution – Department Sosiaalitieteiden laitos	
Tekijä – Författare – Author Henna Helena Korpela			
Työn nimi – Arbetets titel – Title ERIMIELISYYDEN ERILAISET MUODOT. Keskustelunanalyttinen tutkielma potilaan tavoista osoittaa erimielisyyttään terapeutin formulaatioita ja tulkintoja kohtaan kognitiivisessa psykoterapiassa.			
Oppiaine – Läroämne – Subject Sosiologia			
Työn laji – Arbetets art – Level Pro gradu -tutkielma		Aika – Datum – Month and year 29.4.2011	Sivumäärä – Sidoantal – Number of pages 85
Tiivistelmä – Referat – Abstract <p>Tutkielmassa tarkastellaan erilaisia tapoja, joilla potilas osoittaa erimielisyyttä terapeutin hänen puheestaan tekemiä formulaatioita ja tulkintoja kohtaan. Pyrkimyksenä on edistää psykoterapiavuorovaikutuksen kokonaisvaltaista ymmärtämistä. Tutkimusten kumuloitumattomuuden puutetta korjataan tarjoamalla jo tutkituista ilmiöistä uutta tietoa uusista näkökulmista sekä toisaalta yhdistämällä samaa ilmiötä eri näkökulmista tarkastelleiden tutkimusten tulokset yhteen loogiseen kokonaisuuteen. Tutkielmassa yhdistyvät nykyisessä psykoterapiaa koskevassa keskustelunanalyttisessä tutkimuksessa vallitsevat kaksi eri näkökulmaa: sekventiaalisesti järjestyneet terapiakäytännöt sekä vuorovaikutuksessa ilmenevät potilaan ja terapeutin välisen suhteen piirteet.</p> <p>Aineistona tutkimuksessa käytetään ääninauhotteita kognitiivisista psykoterapiaistunnoista. Se koostuu 19 terapiaistunnosta. Yhden istuntonauhoituksen kesto on noin tunti, jolloin aineistoa on kokonaisuudessaan noin 19 tuntia. Litteroituna yhden nauhoituksen pituus on noin 40–50 liuskaa, eli yhteensä aineistoa on lähes 1000 liuskaa. Kaikissa istunnoissa on saman terapeutin ja potilaan muodostama dyadi, mikä mahdollistaa hyvinkin syvälinen kuvan muodostamisen tästä kyseisestä terapiasta. Metodina tutkielmassa käytetään keskustelunanalyysiä. Keskustelunanalyysissä keskitytään kompetenssiin, joita puhujat hyödyntävät osallistuessaan ymmärrettävään ja loogiseen keskusteluun. Sen perustehtävä on kuvata menettelytapoja ja oletuksia, joiden varassa puhujat tuottavat oman käyttäytymisensä ja tulkitsevat toistensa käytöstä. Tutkimusote on siten tiukan induktiivinen: yksittäisiä vuorovaikutustapahtumia analysoimalla pyritään löytämään niille kaikille yhteisiä yleisiä muotoja.</p> <p>Potilaan tavat osoittaa erimielisyyttään terapeutin tekemiä formulaatioita ja tulkintoja kohtaan jakautuvat tiettyihin kategorioihin, joissa toistuvat samanlaiset toimintatavat ja käyttäytymispiirteet, jotka puolestaan eroavat muiden kategorioiden vastaavista; erimielisyyden muodot eroavat toisistaan myös erimielisyyden määrän suhteen. Yhteensä aineistonani olleesta 19 terapiaistunnosta löytyi 52 erimielisyytilannetta, jotka jakaantuivat yleisluonteensa mukaisesti kolmeen pääkategoriaan (osittainen myöntyminen, epävarmuuteen vetoaminen ja suoraan osoitettu erimielisyys) sekä yksityiskohtien kuten sanavalintojen ja rakenteiden mukaisesti yhteensä yhdeksään alakategoriaan ("kyllä ja", "kyllä mutta", "kyllä tai", osittainen erimielisyys, lievennetyksi esitetty täysi erimielisyys, pitkään jatkunut voimakas erimielisyys, osittainen erimielisyys: kyllä ja ei -rakenne, suoraan osoitettu mutta ei aggressiivinen erimielisyys ja suoraan osoitettu voimakas erimielisyys: päällekkäispuhunta). Lisäksi laajimmassa, osittaisen myöntymisen kategoriassa alakategoriat jakaantuvat edelleen omiin alakategorioihinsa, joita on yhteensä kymmenen (lisäys, tarkennus, korjaava tarkennus; paitsi-muotoinen rajaus, lievennys, lisänäkökulma, tarkennus, tarkennus "kyllä"- ja "mutta"-osien välissä; tarkennus, tai ei -rakenne).</p> <p>Työn tärkein johtopäätös on, että mitä enemmän potilas on eri mieltä terapeutin esittämästä formulaatiosta tai tulkinnasta, sitä vähemmän hän suuntautuu preferenssijäsennyksen mukaisiin odotuksiin muotoillessaan vastaustaan. Myös keskustelusta välittyvä kuva potilaan mielentilasta ja hänen yleisestä vastarinnastaan noudattaa tätä samaa periaatetta. Erimielisyys ja nimenomaan negatiivisina tunteina ilmenevä vastarinta vaikuttaisivat olevan tiiviisti toisiinsa kietoutuneita ja kasvavan samassa suhteessa. Mitä voimakkaampi erimielisyys on, sitä enemmän potilas vaikuttaa affektiiviselta ja vastarintaiselta, ja mitä enemmän potilas on erimielinen ja vastarintainen, sitä vähemmän vuorovaikutukselliset normit ohjaavat erimielisyyden ja vastarinnan ilmaisemista. Lisäksi aineistosta oli havaittavissa, että keskustelunanalyttisen teorian käsityksistä poiketen formulaatioihin annettuja vastauksia elaboroitiin jopa laajasti ja että tämä oli enemmän sääntö kuin poikkeus. Aineiston rajoitteista johtuen tästä ei voida tehdä riittävän perusteltuja johtopäätöksiä nykyisen teorian puolesta tai vastaan, joten aiheen jatkotutkimus olisi erittäin tarpeellista.</p>			
Avainsanat – Nyckelord – Keywords Keskustelunanalyysi Psykoterapia Erimielisyys Formulaatio Tulkinta			

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 KESKUSTELUNANALYYTTINEN TUTKIMUS SOSIOLOGIASSA	3
2.1 Keskustelun jäsentyminen sekvensseihin	5
2.2 Preferenssijäsennys ja erimielisyyden ilmaiseminen	6
2.3 Institutionaalisen vuorovaikutuksen erityispiirteet	9
3 KESKUSTELUVUOROVAIKUTUS PSYKOTERAPIASSA	12
3.1 Kognitiivinen psykoterapia ja vuorovaikutus	13
3.2 Psykoterapia keskustelunanalyttisessä tutkimuksessa	14
3.2.1 Formulaatit	16
3.2.2 Tulkinnat	18
3.2.3 Erimielisyyden osoittaminen psykoterapiassa	21
3.3 Tutkimuskysymys	23
4 AINEISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄ	24
4.1 Psykoterapiaistunnot tutkimuksen aineistona	24
4.2 Keskustelunanalyysi metodina	25
5 ERIMIELISYYDEN OSOITTAMISEN ERI MUODOT	28
5.1 Katteoria I: osittainen myöntyminen	30
5.1.1 Kyllä ja -rakenne	32
5.1.1.1 Lisäys	33
5.1.1.2 Tarkennus	36
5.1.1.3 Korjaava tarkennus	37
5.1.2 Kyllä mutta -rakenne	40
5.1.2.1 Paitsi-muotoinen rajaus	40
5.1.2.2 Lievennys	43
5.1.2.3 Lisänäkökulma	45
5.1.2.4 Tarkennus	47
5.1.2.5 Tarkennus ”kyllä”- ja ”mutta”-osien välissä	49
5.1.3 Kyllä tai -rakenne	51
5.1.3.1 Tarkennus	52
5.1.3.2 Tai ei -rakenne	54

5.2	Kategoria II: epävarmuuteen vetoaminen	56
5.2.1	Osittainen erimielisyys	57
5.2.2	Lievennetysti esitetty täysi erimielisyys	60
5.2.3	Pitkään jatkunut voimakas erimielisyys	63
5.3	Kategoria III: suoraan osoitettu erimielisyys	66
5.3.1	Osittainen erimielisyys: kyllä ja ei -rakenne	67
5.3.2	Suoraan osoitettu mutta ei aggressiivinen erimielisyys	71
5.3.3	Suoraan osoitettu voimakas erimielisyys: päällekkäispuhunta	73
6	LOPPUTULOKSET	75
6.1	Johtopäätelmät	75
6.2	Pohdintaa	78
	LÄHTEET	81
	LIITE 1: Litterointimerkit	85

1 JOHDANTO

Psykoterapiaistunto on luonteva kohde keskustelunanalyysille, sillä siinä hyödynnetty parannuskeino on juuri puhe. Vuorovaikutus psykoterapiassa onkin kiinnostanut institutionaaliseen vuorovaikutukseen keskittyneitä keskustelunanalyytikkoja erityisen paljon viimeisten kymmenen vuoden aikana. Tästä huolimatta alan tutkimus on vasta aluillaan verrattuna toiseen keskeiseen keskustelunanalyttiseen tutkimuskohteeseen, lääkärinvastaanottoon: terapiaistuntojen tutkimus on vielä hajanaista ja siitä puuttuu kumulatiivinen ote (Peräkylä, tulossa). Psykoterapian vuorovaikutuksellisia käytänteitä ja ilmiöitä on tutkittu lähinnä toisistaan irrallisina, jolloin terapiaistunnon kulusta ei ole pystytty muodostamaan samanlaista kokonaiskuvaa kuin lääkärinvastaanotolla käynnistä. Tämän tutkielman pyrkimys on omalta osaltaan edistää psykoterapiavuorovaikutuksen kokonaisvaltaista ymmärtämistä. Tutkimusten kumuloitumattomuuden puutetta korjataan tarjoamalla jo tutkituista ilmiöistä uutta tietoa uusista näkökulmista sekä toisaalta yhdistämällä samaa ilmiötä eri näkökulmista tarkastelleiden tutkimusten tulokset yhteen loogiseen kokonaisuuteen.

Tutkielmassa yhdistyvät nykyisessä psykoterapiaa koskevassa keskustelunanalyttisessä tutkimuksessa vallitsevat kaksi eri näkökulmaa, kuten Peräkylä (tulossa) on ne jaotellut: sekventiaalisesti järjestyneet terapiakäytännöt sekä vuorovaikutuksessa ilmenevät potilaan ja terapeutin välisen suhteen piirteet. Sekventiaalisten käytäntöjen osalta tutkitaan terapeutin esittämiä formulaatioita ja tulkintoja ja vuorovaikutuksen osanottajien välisen suhteen näkökulmasta keskitytään tapoihin, joilla potilas osoittaa erimielisyyttään edellä mainittuja käytäntöjä kohtaan. Kaikkia näitä ilmiöitä on tutkittu aiemminkin keskustelunanalyysissä, mutta muun psykoterapiatutkimuksen tavoin tulokset ovat jääneet irrallisiksi. Tämä tutkielma pyrkii yhdistämään jo olemassa olevan formulaatioita, tulkintoja ja erimielisyyttä koskevan keskustelunanalyttisen tiedon yhdeksi kokonaisuudeksi sekä lisäksi täyttämään siinä olevat mahdolliset aukot tarkastelemalla systemaattisesti erimielisyyden osoittamisen muotoja eräässä kognitiivisessa psykoterapiassa.

Formulaatiot ja tulkinnat sekä eri mieltä oleminen ovat mielenkiintoinen ja relevantti tutkimuskohde myös yleisesti asiantuntijan ja maallikon välisen institutionaalisen

vuorovaikutussuhteen kannalta, sillä ne muodostavat jännitteisen asetelman asiantuntijuuden ja siihen liittyvän valta-aseman sekä maallikon omaa tietoaan ja kokemuksiaan koskevien episteemisten oikeuksien välille. Formuloidessaan potilaan puhetta tai esittäessään tulkintoja hänestä terapeutti kajoaa potilaan henkilökohtaiseen, hänen ikään kuin omistamaansa tietoon ja kokemukseen, mutta tekee sen hyödyntämällä asiantuntijuuttaan ja siihen liittyvää valta-asemaansa. Potilaalla on toisaalta oikeus puolustaa tietoihinsa ja kokemuksiinsa liittyviä episteemisiä oikeuksia – mutta voiko hän vastustaa terapeutin asiantuntijuuden suomaan valta-asemaa? Tarkastelemalla erimielisyyden osoittamisen muotoja voidaan tarjota vastauksia myös tähän kysymykseen.

Terapeutin tekemiä formulaatioita ja tulkintoja kohtaan osoitetun erimielisyyden muotojen määrittelemisen hyödyttää myös tutkimuksen kontekstin tarjoavaa psykoterapiaa. Kuten Stiles (2008, 1) mainitsee, keskusteluanalyysi on luvannut täyttää psykoterapian omassa teoriassa olevat aukot, jotka koskevat vuorovaikutusta; tämä voidaan tehdä kuvailemalla ja käsitteellistämällä terapeutin ja potilaan hetki hetkeltä etenevää sosiaalista vaihtoa. Erittelemällä tapoja, joilla potilas vastustaa terapeutille tärkeitä työvälineitä formulaatioita ja tulkintoja, voidaan oppia ymmärtämään paremmin sekä terapiakäytäntöjä että terapeutin ja potilaan välistä suhdetta ja siten edistää terapeutin institutionaalisen tehtävän toteutumista eli potilaan mielenterveyden paranemista. Psykoterapian vaikuttavuuden tehostamisella voi puolestaan olla pitkällekin kantavia yhteiskunnallisia vaikutuksia.

Erimielisyyden erilaisten muotojen tarkastelu aloitetaan esittelemällä keskusteluanalyyttistä tutkimusta sosiologiassa. Samalla tarkastellaan keskeisimpiä keskusteluanalyysissä hyödynnettäviä käsitteitä sekvenssejä, preferenssijäsennystä ja institutionaalista vuorovaikutusta. Sen jälkeen siirrytään tämän tutkielman kontekstiin, psykoterapiaan. Aluksi esitellään, millaista vuorovaikutus on tässä tutkielmassa kohteena olevassa kognitiivisessa psykoterapiassa. Tarkasteltaessa psykoterapiaa keskusteluanalyyttisessä tutkimuksessa keskitytään formulaatioihin, tulkintoihin ja potilaan näitä kohtaan osoittamaan erimielisyyteen. Luvun lopuksi esitellään tutkimuskysymys. Sen määrittelyn jälkeen käsitellään aineistoa ja tutkimusmenetelmää: kognitiivisen psykoterapian istuntoja tutkimusaineistona sekä keskusteluanalyysiä

tutkimusmetodina. Seuraava osuus tutkielmasta käsittelee aineiston tutkimuksen ja analyysin tuloksia eli erimielisyyden erilaisia muotoja. Näiden pohjalta tehdään johtopäätelmiä sekä lopuksi esitellään koko tutkielmasta nousseita pohdintoja.

2 KESKUSTELUNANALYYTTINEN TUTKIMUS SOSIOLOGIASSA

Nimensä mukaisesti keskusteluanalyysi keskittyy tutkimaan sosiaalista toimintaa, jossa vuorovaikutuskeinona on puhe. Keskustelumuotoista vuorovaikutusta tutkitaan sitä varten kehitetyllä täsmällisellä, systemaattisella metodiikalla. Perusolettamuksina on, että sosiaaliset toiminnat ovat merkityksellisiä tuottajilleen eli keskustelun osapuolille ja että toiminnot ovat luonnollisesti organisoituneita. Keskusteluanalyttisellä tutkimuksella pyritään selvittämään, millainen säännöstö, rakenne ja järjestelmä muodostavat keskustelumuotoisen vuorovaikutuksen oletetun säännöllisyyden. (Psathas 1995, 1–2.) Se keskittyy siis vastaamaan kysymykseen ”miten” kysymysten ”miksi” tai ”mitä” asemesta (Peräkylä 2004, 290). Keskusteluanalyttiset tutkimukset eroavat muista lingvivistisistä, sosiaalipsykologisista ja sosiologisista vuorovaikutuksen tutkimustavoista niin metodeiltaan kuin tuloksiltaan. Lisäksi tutkimukset ovat usein toisiaan täydentäviä ja kasautuvia ja lisäksi kirjoitettu siten, että lukijalta odotetaan aiheen asiantuntemusta. Tästä johtuen tutkimusalan menetelmien ja tulosten ymmärtäminen sekä toisaalta keskusteluanalyysin yksinkertainen luonnehtiminen on vaikeaa. (Heritage 1996, 229.) Keskusteluanalyysin määrittelemistä hankaloittaa lisäksi sen kaksoisrooli sekä teoreettisena perinteenä että tutkimusmetodina.

Tieteenalana keskusteluanalyysi syntyi vuorovaikutuksellisten sekä fenomenologisten ja etnometodologisten tutkimusperinteiden yhdistelmästä (Goodwin & Heritage 1990, 286). Keskusteluanalyysi on nykyään merkittävä osa etnometodologista tutkimusta, ja sen vaikutus on levinnyt laajalle sosiaalitieteiden piirissä (Heritage 1996, 228). Harold Garfinkelin muotoilema etnometodologia käsittelee tavallisen sosiaalisen elämän havainnoitavissa olevia puolia sekä metodiikkaa, jolla yhteiskunnan jäsenet tuottavat näkyvän sosiaalisen toiminnan. Pääolettamuksena on, että sosiaalinen toiminta tuotetaan tilannesidonnaisilla tai paikallisilla metodeilla, joista tärkein on kielenhallinta. (Francis & Hester 2004, 20.) Kielenhallinnan ja keskustelun merkitykseen sosiaalisen toiminnan

tuottamisessa kiinnitti erityistä huomiota Garfinkelin oppilas Harvey Sacks, jonka Heritage (1996, 228) nimeääkin Emmanuel Schegloffin ja Gail Jeffersonin ohella keskusteluanalyyttisen tutkimusalan perustajaksi. He kehittivät keskusteluanalyysin Kalifornian yliopistossa 1960- ja 1970-luvuilla (Peräkylä ym. 2008, 12).

Sacksin luoman tutkimussuunnan keskeisimpiä oletuksia on Hakulisen (1997, 13) mukaan idea, jonka mukaan keskustelu ei ole kaoottista eikä keskustelun osanottajien keskinäinen ymmärrys perustu sattumaan – päinvastoin vuorovaikutus on yksityiskohtaisesti järjestynyttä ja jäsentynyttä. Heritage (1996) määrittelee vuorovaikutuksen rakenteellisen järjestäytyneisyyden tärkeimmäksi keskusteluanalyysin perusolettamukseksi. Sosiaalinen toiminta ja vuorovaikutus ilmentävät itsenäisiä, osallistujien ominaisuuksista riippumattomia sosiaalisia rakenteita. Tiedostettu tai tiedostamaton rakenteiden tuntemus vaikuttaa keskustelijoiden käyttäytymiseen ja heidän tulkintoihinsa toisten käyttäytymisestä. (Heritage 1996, 236.) Tästä juontuu keskusteluanalyysille tyypillinen toiminnan merkityksen korostaminen. Tekoina käsitellään paitsi lausumia myös sitä, miten lausumissa rakennetaan identiteettiä ja tuodaan ilmi kontekstiin liittyviä rooleja (Hakulinen 1997, 14), mikä on osaltaan yhtäaikaista sosiaalisten rakenteiden ylläpitoa ja tulkintaa.

Keskusteluanalyyttistä tutkimusta ohjaa myös periaate vuorovaikutuksen kontekstisidonnaisuudesta. Heritage (1996) nimeää vuorovaikutuksen järjestäytyneisyyden lisäksi keskusteluanalyysin toiseksi perusolettamukseksi toiminnan kaksinkertaisen kontekstuaalisuuden: keskustelun osanottajien toiminta on sekä kontekstin muovaamaa että kontekstia uudistavaa (Heritage 1996, 236–237). Tämä periaate ilmenee esimerkiksi institutionaalista vuorovaikutusta kuten psykoterapiaa tutkittaessa. Terapeutin ja potilaan tapaaminen muotoutuu juuri terapiaistunnoksi, koska he suuntautuvat tapaamiseen terapiaistuntona ja valitsevat toimintansa sen perusteella. Toisaalta heidän tällä perusteella valitsemansa toiminta määrittää, millainen konteksti terapiaistunto on.

2.1 Keskustelun jäsentyminen sekvensseihin

Keskusteluanalyysissä vuorovaikutuksen rakenteellisuudella tarkoitetaan paitsi puheenvuorojen sisäistä rakennetta myös keskustelun sekventiaalista rakennetta. Peräkkäiset puhetoiminnot kytkeytyvät toisiinsa jaksoiksi eli sekvensseiksi; sekvenssijäsennys kuvaa, miten tällaisia jaksoja muodostuu ja millaisiksi ne muotoutuvat. (Raevaara 1997, 75.) Sijoittumalla ja osallistumalla sekvensseihin puhetoiminnot suorittavat jotakin tiettyä toimintaa vuorovaikutuksessa. Tästä johtuen sekvenssit ja vuorot niiden osina ovat keskusteluanalyysin ensisijaisia tutkimuskohteita (Heritage 1996, 240) tai kuten Harvey Sacks (1987) on todennut, ”sequences are the most natural sorts of objects to be studying” (Sacks 1987, 54). Samasta syystä sekvenssijäsennyksen analysointi on oleellinen osa myös tämän tutkimuksen aineiston käsittelyä.

Sekvenssijäsennyksen peruseriaate on, että jokainen puhetoiminto suuntautuu kahtaalle: edelliseen vuoroon vastaamalla sen asettamiin odotuksiin sekä seuraavaan vuoroon ennakoimalla, millainen jatko on odotettavissa (Goodwin & Heritage 1990, 288). Keskeistä ei kuitenkaan ole aihe, jota näissä vuoroissa käsitellään, vaan toiminta, jota näillä vuoroilla tuotetaan: sekvenssi on väline tietyn toiminnan toteuttamiseen (Schegloff 2007, 2; 251). Keskustelun osanottajat analysoivat jatkuvasti toistensa toimintaa sekä sen kehittymistä ja valitsevat tästä tekemänsä tulkinnan mukaan sopivaksi katsomansa vastavuoroisen toiminnan. (Goodwin & Heritage 1990, 288.) Tällaisen vastavuoroisuuden avulla osanottajat pitävät yllä keskinäisen sosiaalisen maailmansa intersubjektiivisuutta. Yhdessä luodulla intersubjektiivisellä alueella esiintyy kuitenkin aukkoja, katkoksia ja jännitteitä (Peräkylä, tulossa), jollaisena erimielisyyttä voidaan pitää (kts. luku 1.3.1).

Osa puheenvuoroista selkeästi määrittelee ennakoitavasti eli projisoi, millainen seuraavan vuoron tulee olla. Yleisesti tunnistettavia toimintapareja, joissa kaksi vuoroa on kytkeytynyt toisiinsa tiiviisti ja konventionaalisesti, kutsutaan vieruspariksi. (Heritage 1996, 240.) Vieruspari on sekvenssirakenteen perusyksikkö. Yksinkertaisimmillaan se koostuu kahden eri puhujan tuottamasta kahdesta peräkkäisestä samaan toimintaan suuntautuvasta vuorosta, joista ensimmäinen aloittaa

vaihdon ja jälkimmäinen vastaa siihen (Schegloff 2007, 13). Vierusparia ohjaa sääntö, jonka mukaan etujäsenen, kuten tervehdyksen, jälkeen on esittävä sopiva jälkijäsen, kuten vastatervehdys, heti sopivan tilaisuuden tullen etujäsenen loppuunsaattamisen jälkeen (Goodwin & Heritage 1990, 287). Vierusparirakenne asettaa keskustelulle normatiivisen kehyksen: tietynlainen etujäsen herättää odotuksen siihen sopivasta jälkijäsenestä. Jos odotuksen kaltaista jälkijäsentä ei esitetä, on sen asemesta esitettävä jonkinlainen selitys jälkijäsenen puuttumiselle. (Reavaara 1997, 78–79.) Vierusparijäsennys on perusrakenne, jonka avulla keskustelun osanottajat tulkitsevat toistensa toimintaa ja valitsevat sen mukaan oman vastavuoroisen toimintansa.

2.2 Preferenssijäsennys ja erimielisyyden ilmaiseminen

Edellisessä luvussa esittelin keskustelun vuorottelujäsennystä, jonka keskeisin osa ovat etu- ja jälkijäsenestä muodostuvat vierusparit. Tässä tutkimuksessa keskitytään erityisesti potilaan tuottamiin jälkijäseniin. Terapeutin tuottama etujäsen projisoi, millaista jälkijäsentä potilaalta odotetaan. Potilas voi yleensä valita jälkijäsenen eri vaihtoehtoista; joissain tapauksissa toisia vaihtoehtoja voidaan pitää etujäsenen nähden preferoituina ja toisia puolestaan preferoimattomina jälkijäseninä. Tätä kutsutaan keskustelun preferenssijäsennykseksi (Tainio 1997, 94). Jälkijäsenen preferoitu tai preferoimaton status ei kuitenkaan viittaa puhujan haluihin tai aikeisiin vaan ainoastaan sekvenssijäsennyksen rakenteisiin (Schegloff 1988, 445): preferoidut jälkijäsenet ovat ”merkitsemättömiä” eli ne ovat rakenteeltaan yksinkertaisia, kun taas preferoimattomat vuorot ovat ”merkittyjä” erilaisilla rakenteellisilla monimutkaisuuksilla (Levinson 1983, 307).

Samanimielisyyttä ilmentävien jälkijäsenten huomattavan suuri määrä suhteessa erimielisiin jälkijäseniin osoittaa Pomerantzin (1975, 4) mukaan, että samaa mieltä oleminen on preferoitua; myös Sacks (1987) on osoittanut keskustelijoiden pyrkivän ylläpitämään jatkuvuutta ja samanimielisyyttä sekventiaalisessa rakenteessa. Tämä näkyy esimerkiksi tavassa tuottaa positiivinen vastaus, joka kuitenkin epäsuorasti on erimielinen. (Sacks 1987, 57–59.) Lisäksi positiivisen arvion esittävät jälkijäsenet yleensä päättävät sekvenssin, ja myös jälkijäsenen ollessa negatiivinen sekvenssi pyritään päättämään vasta positiiviseen vuoroon. Siten myös vuorottelujäsennys

osoittaa, että on preferoitua esittää myönteinen arvio jälkijäsenessä (Pomerantz 1975, 50). Erimielisyys on lähes aina muodoltaan preferoimatonta toimintaa, tosin poikkeuksen muodostavat vastaukset itsekritiikkiin: niihin on preferoitua vastata erimielisesti (Pomerantz 1975, 66; 87–92).

Erimielisillä ja samanmielisillä vuoroilla on erilainen sisäinen rakenne sekä suhde etujäseneseen kuten Pomerantz (1975) on osoittanut. Preferoimattomat vuorot tuotetaan lähes poikkeuksetta kolmen käytänteen mukaisesti: viivytys, monipolvisuus ja selittely (Tainio 1997, 96). Rakenteellisesti ne sijoittuvat vuoroon siten, että ensin esitetään mahdollisesti positiivissävyinen viivytys, kuten kiitollisuudenosoitus kutsuun vastattaessa, sitä seuraa varsinainen erimielisyys, kuten kieltäytyminen kutsusta, minkä jälkeen vastausta perustellaan selittelyin (Atkinson & Drew 1979, 58). Näiden käytänteiden avulla voidaan pehmentää erimielistä vastausta sekä lievittää preferoimattoman vuoron tuottamisen ongelmallisuutta (Tainio 1997, 96; Atkinson & Drew 1979, 58–59), jotta keskustelijoiden välinen sosiaalinen solidaarisuus säilyisi (Heritage 1996). Tarve muokata preferoimatonta vuoroa tällä tavalla kertoo myös preferoitujen ja preferoimattomien vuorojen eriarvoisesta asemasta keskustelussa (Atkinson & Drew 1979, 59).

Ensin mainittu preferoimattoman vuoron muotoilun käytäntö viivytys on Sacksin (1987) mukaan seurausta pyrkimyksestä jatkuvuuteen ja samanmielisyyteen: samanmielinen vastaus annetaan välittömästi kun taas päinvastaisessa tilanteessa eli erimielisyyden ilmetessä vastaus annetaan vasta myöhemmin vuorossa. Tällöin vastauksen eteen asettuu muita elementtejä, jotka enteilevät tulevaa erimielisyyden osoitusta. (Sacks 1987, 58–59.) Tällaisia elementtejä ovat tauot, hengitykset, epäröintiäännet ja -sanat, vuoronalkuiset partikkelit, vuoron alkuun sijoittuvat myönnytykset, kiitokset ja anteeksipyyntö, erilaiset varaukset sekä etujäsenen jälkeiset välisekvenssit (Tainio 1997, 96–100) eli erimielisyyttä ennakoivat vuorot, jotka yleensä rakentuvat korjausaloitteista kuten toistoista tai selvennyspyynnöistä (Pomerantz 1975, 72–75). Juuri vastauksen antamista viivyttävät elementit sekä vuoron sisäinen runsas partikkelien käyttö ja sujumattomuudesta kertovat äänteen katkokset, tauot ja uudet aloitukset tekevät preferoimattomien jäsenten rakenteesta tyypillisen monipolvisen (Tainio 1997, 100).

Preferoimattomat jälkijäsenet usein ikään kuin naamioidaan muistuttamaan preferoitua jälkijäsentä vähintään joiltain vuoron osin (Tainio 1997, 94–96). Eräs keino muotoilla preferoimaton vuoro preferoidun kaltaiseksi on edellä mainittu vuoronalkuinen myönnytys, joka on Pomerantzin (1975) mukaan hyvin yleinen tapa aloittaa erimielinen vuoro. Etujäsenen nähden myöntävä osio on kuitenkin tällaisessa rakenteessa sisällöltään heikko, eikä samanmielisyyden ilmaus ole varaukseton. (Pomerantz 1975, 67–70.) Tämä lienee kuitenkin vain tyypillisin tapa muotoilla vuoronalkuinen myönnytys, sillä Sacks (1987, 62–63) on puolestaan osoittanut, että vuoron aloittavan myöntymisen aste ei ennusta, esitetäänkö myöntymisen jälkeen siihen poikkeuksia. Samassa vuorossa esitetty samanmielisyys ja erimielisyys yhdistetään yleensä siirtymästä kertovalla sanalla kuten mutta-partikkelilla, joka osoittaa, että yhdestä osiosta siirrytään toiseen, edelliseen nähden vastakohtaiseen osioon. Vaikka molemmat osiot sisältyvät vuoron jäsenyykseen, kokonaisuudessaan vuoro muotoutuu erimieliseksi. Erimielistä vuoroa seuraava kolmannen position vuoro todistaa tämän: siinä suuntaudutaan juuri erimielisyyteen. (Pomerantz 1975, 67–72.)

Viivyttelyn ja monipolvisen rakenteen lisäksi preferoimattomia jälkijäseniä leimaa runsas selittely. Tainio (1997, 100) huomauttaa, että toisin kuin viivyttely ja rakenteen monipolvisuus, selittelyt sijoittuvat yleensä preferoimattoman vuoron loppuosaan. Ne muotoillaan yleensä kolmen käytänteen mukaisesti (mt., 102), vaikka esimerkiksi pyynnöstä voisi perustellusti ja loogisesti kieltäytyä usealla eri tavalla (Heritage 1996, 267). Ensimmäinen tapa muotoilla preferoimaton jälkijäsen on osoittaa, että toisin toimiminen olisi mahdotonta puhujan tahdosta huolimatta. Toiseksi selittelyistä ilmenee, että kukaan ei ole syyllinen preferoimattomaan toimintaan; esimerkiksi kyvyttömyyteen vetoaminen on tehokas keino välttää syyllisyys. (Tainio 1997, 102.) Hyödyntämällä näitä keinoja selitys on mahdollista muotoilla siten, että se ei esitä kenenkään osanottajan toimintaa virheellisenä, ja siten purkaa osanottajien kasvot ja heidän väliset suhteensa vaarantava uhka (Heritage 1996, 269). Kolmanneksi selittelyissä viitataan yleensä puhujan omiin olosuhteisiin eli sellaiseen tietoon, johon vastaanottajan asemassa olevalla etujäsenen tuottajalla ei ole pääsyä (Tainio 1997, 102). Koska vain puhuja itse tuntee omat olosuhteensa, vastaanottajan ei ole mahdollista kiistää niitä. Näin preferoimattoman jälkijäsenen tuottaja pystyy estämään jatkokeskustelut ja samalla erimielisyyden lisääntymisen. (Heritage 1996, 268–269.)

Muotoilemalla preferoimattoman vuoron näiden käytänteiden mukaisesti keskustelijat voivat välttää konfliktin syntymisen ja ylläpitää välistään sosiaalista solidaarisuutta (mt., 269).

2.3 Institutionaalisen vuorovaikutuksen erityispiirteet

Termi institutionaalinen keskustelu tarkoittaa sosiaalista vuorovaikutusta, joka perustuu osanottajien väliseen keskusteluun ja jonka kontekstina on instituutio, kuten esimerkiksi terveydenhuolto tai koululaitos. Oleellista on, että vuorovaikutuksen osapuolet suorittavat institutionaalisia tehtäviään vuorovaikutuksen kautta ja siten samalla muovaavat vuorovaikutusta. Toisin kuin tasavertaisten osanottajien välisessä arkikeskustelussa, institutionaalisisessa vuorovaikutuksessa puheen muotoilu sekä vuorottelu ovat huomattavasti säännellympiä (Peräkylä ym. 2008, 17). Arkikielessä sana instituutio yhdistetään yleensä yhteiskunnan ylläpitämiin laitoksiin ja toimintoihin kuten terveydenhuoltoon tai oikeuslaitokseen (Raevaara ym. 2001). Tällaiset viralliset instituutiot perustuvat lainsäädäntöön, ja niiden toiminta on muodollisesti säänneltyä (Peräkylä 1997, 178). Sosiaalitieteissä käsite kuitenkin laajenee Raevaaran ym. (2001) mukaan koskemaan myös traditionaalisia kulttuurisia instituutioita kuten perhettä tai uskontoa. Myös itse keskustelua voidaan käsitellä instituutiona, jolloin institutionaalinen keskustelu voidaan ymmärtää kahden instituution leikkauspisteeksi yhteiskunnallisen virallisen instituution ja keskusteluinstituution sisäisten piirteiden kohdatessa (Peräkylä 1997, 180). Tässä tutkielmassa instituutiolla tarkoitetaan vain virallisia instituutioita, koska tutkimuskohteena on psykoterapia.

Arkista vuorovaikutusta pidetään yleensä keskusteluntutkimuksessa vuorovaikutuksen perusmuotona. Se on monimuotoisempaa kuin institutionaalinen keskustelu, jonka muotoutumista rajoittavat institutionaaliset tehtävät sekä paikalliset ja henkilökohtaiset käsitykset tavoista, joilla tehtävät tulisi hoitaa (Raevaara ym. 2001, 13–15). Näistä johtuen arkikeskustelun käytänteet supistuvat institutionaalisisessa kontekstissa valikoidusti ja tietyt menettelytavat korostuvat (Heritage 1996, 234–235). Näin laajamuotoinen sosiaalinen järjestys ja paikallinen vuorovaikutus (Arminen 2005, 32) kietoutuvat yhteen, kun arkipuheessa omaksutut vuorovaikutuskeinot sovitetaan erityisen kontekstin asettamiin raameihin. Institutionaalinen keskustelu on tavallisesta

puheesta eriävä vuorovaikutustapahtuma juuri siksi, että osanottajat suuntautuvat instituution asettamaan kontekstiin pyrkiessään toteuttamaan tiettyjä institutionaalisia tehtäviä (mp.). Arkipuheen ensisijaisuudesta johtuen institutionaalisessa vuorovaikutuksessa ilmennyt tietty piirre voidaan osoittaa juuri kyseiselle institutionaaliselle kontekstille tyypilliseksi vain vertaamalla sitä arkikeskusteluun (Clayman & Heritage 2002, 20–21).

Institutionaalisten tehtävien suorittaminen muovaa vuorovaikutusta yleisellä tasolla sekä puheen yksityiskohtien tasolla. Yleisellä tasolla institutionaalinen konteksti muokkaa vuorovaikutusta kolmella tavalla. Ensinnäkin viralliset instituutiot ovat olemassa niille määritellyn tehtävän täyttämistä varten, kuten psykoterapia mielenterveysongelmien hoitamiseen. Toiminnalla on siis tietty instituution funktiosta riippuva päämäärä, jonka ympärillä vuorovaikutus tapahtuu ja jonka mukaan se muotoutuu – institutionaalisen tehtävän tai toiminnon suorittaminen korvaa arkipäiväiset syyt sosiaaliselle vaihdolle (Arminen 2005, 87). Erityisen selvästi institutionaaliseen tehtävään tai toimintoon suuntautuminen ilmenee osapuolten menettelytavoissa siinä, millaisia päämääriä tavoitellaan. Päämäärän tavoittelussa on kuitenkin variaatioita: päämäärä voi olla yksiselitteinen tai päinvastoin hyvin epäselvä, päämäärän saavuttamiseen käytetyistä menetelmistä voi olla erimielisyyttä tai osapuolet voivat tavoitella kokonaan eri päämääriä. (Drew & Heritage 1992, 22–23.)

Toinen yleisen tason erityispiirre johtuu institutionaaliseen vuorovaikutukseen liittyvistä rajoitteista koskien tapoja, joilla kyseessä olevaa institutionaalista tehtävää tai toimintoa voidaan käsitellä. Keskustelun osanottajat muotoilevat toimintansa tällaisten rajoitteiden mukaisesti, mutta institutionaalista kontekstista riippuu, kuinka pakottavina ja ennalta määriteltynä rajoitteita käsitellään. (Drew & Heritage 1992, 22–24.) Instituutioita ja niiden edustajia on joskus syytetty rajoitteiden ylläpitämisestä, ja niiden tehtäväksi on tulkittu vain määritellä raamit maallikon ilmaisunvapaudelle. Keskusteluanalyttinen näkökulma kuitenkin pidättyy tekemästä tällaisia syytöksiä; sen sijaan institutionaalisen vuorovaikutuksen rajoitteiden on katsottu edistävän kyseessä olevan päämäärän toteutumista. (Have 1999, 164.) Toisaalta myös maallikon on suuntauduttava institutionaaliin vuorovaikutusrajoituksiin omassa käyttäytymisessään, jotta vuorovaikutuksesta muodostuisi näiden rajoitteiden mukaista. Kuten Arminen (2005,

44) toteaa, vuorovaikutuksen osanottajat itse suuntautuvat virallisiin osallistumisrajoitteisiin ja siten tekevät todeksi tietyn institutionaalisen toiminnan.

Kolmas institutionaalisen keskustelun erityispiirre johtuu tulkintojen tekemiseen vaikuttavista raameista ja menettelytavoista, jotka ovat spesifejä jokaiselle institutionaaliselle kontekstille. Sosiaalinen identiteetti ja käsillä oleva tehtävä, eli institutionaalinen päämäärä, muotoilevat uudelleen toiminnan saaman tulkinnan. Siten saman toiminnan merkitystä tulkitaan eri tavalla tietyssä institutionaalisisessa kontekstissa ja tavallisessa arkikeskustelussa. (Drew & Heritage 1992, 22.) Erityisen hyvin institutionaalisen tulkintakehyksen vaikutuksen voi todeta lääkäri-potilasvuorovaikutuksessa. Vaikka keskustelussa käsiteltäisiin äärimmäisen affektiivisia asioita, kuten syntymää tai kuolemaa, lääkäri ei normaalin arkipuheen tapaan eläydy potilaan tunteisiin – mutta potilas ei myöskään tulkitse tällaista neutraaliutta henkilökohtaisena loukkauksena eikä pahoita mieltään sen tähden.

Institutionaalisen keskustelun yleisen tason erityispiirteet toteutetaan vuorovaikutuksessa keskustelun yksityiskohtaisemman tason tekijöiden avulla. Instituution läsnäolo voidaan havaita seitsemässä vuorovaikutuksen yksityiskohdassa. Ensinnäkin sanastolliset valinnat ovat Drew'n ja Heritagen (1992) mukaan tärkeä keino institutionaalisen kontekstin luomisessa ja siihen suuntautumisessa. Koska useisiin asioihin voi viitata monilla eri sanoilla, voi sanavalinnoin vuorovaikutusta ohjata tiettyyn suuntaan: esittää tiettyä roolia, asettua tietynlaiseen suhteeseen vuorovaikutuskumppaniin nähden, toteuttaa valittua strategiaa tai edistää erityisen tehtävän suorittamista (Peräkylä 1997, 182). Toiseksi responsiivisen toiminnan valinta vaikuttaa puheenvuoron muotoiluun oleellisesti, koska se on valinta siitä, mikä toiminta vastauksella saatetaan päätökseen (Drew & Heritage 1992, 33). Institutionaalinen tehtävä ei siis ikään kuin suoriteta itse itseään automaattisesti vuorovaikutuksen edetessä, vaan orientoituessaan institutionaaliseen kontekstiin osapuolet aktiivisesti valitsevat responsinsa siten, että ne palvelevat kyseessä olevan tehtävän toteutumista. Myös toiminta yleisemmin voidaan muotoilla kielellisesti siten, että muoto edistää käsiteltävän institutionaalisen tehtävän suorittamista (Peräkylä 1997, 181). Neljäs yksityiskohta ovat sekventiaalisuuteen liittyvät jäsennykset, jotka ovat tavallisia puheen perusrakenteita, mutta institutionaalisisessa kontekstissa myös niitä voidaan hyödyntää

instituution tehtävän suorittamisessa (Drew & Heritage 1992, 37–38). Esimerkiksi yksinkertainen kysymys–vastaus-parin muodostama sekvenssi voi ohjata vuorovaikutusta kohti institutionaalista päämäärää: sen avulla voidaan pyytää tietoa kyseessä olevasta asiasta ja toisaalta kyseessä olevaa asiaa koskevilla kysymyksillä keskustelu saadaan rajattua vain tähän aiheeseen.

Lisäksi hieman yleisemmällä tasolla institutionaalisen puheen ja arkikeskustelun erottaa toisistaan keskustelun kokonaisrakenteen muotoutumistapa, rakenteellinen jäsenitys. Institutionaalinen vuorovaikutus noudattaa usein vakiintunutta rakennetta, joka muodostuu ”vakiintuneiden toimintojen tai vaiheiden jatkumosta” (Peräkylä 1997, 181). Instituution edustaja toimii siis hänelle tuttujen rutiinien ja käytäntöjen mukaisesti, kun taas asiakas saattaa osallistua toimintaan vain kerran elämässään; tämä aiheuttaa epäsymmetriaa vuorovaikutukseen. Epäsymmetriaa aiheuttavat myös erilaiset osallistumismahdollisuudet ammatilaisen ja asiakkaan välillä sekä tiedon jakautumiseen liittyvä epäsymmetrisyys. (Drew & Heritage 1992.) Seitsemänneksi ja viimeiseksi institutionaalinen konteksti aiheuttaa ammatillista varovaisuutta, jonka saavuttamisessa hyödynnetään sanavalintoja, vuoron muotoiluun liittyviä seikkoja sekä sekvenssijäsenystä (mt., 46). Sekä ammatilainen että jossain määrin myös asiakas muotoilevat puheensa varovaisesti ja pyrkivät säilyttämään neutraalin suhteen käsiteltävänä oleviin asioihin (Drew & Heritage 1992, 46–47; Peräkylä 1997, 181).

3 KESKUSTELUVUOROVAIKUTUS PSYKOTERAPIASSA

Edellä määrittelin, mitä institutionaalisella vuorovaikutuksella tarkoitetaan yleisesti. Keskustelunanalyttinen institutionaalisen vuorovaikutuksen tutkimus kuitenkin keskittyy yleensä vain tiettyyn instituutioon ja sen vuorovaikutuksellisiin erityispiirteisiin, kuten tässä tutkielmassa kognitiiviseen psykoterapiaan sekä formulaatioihin ja tulkintoihin liittyvään vuorovaikutukseen. Tässä luvussa siirryn tarkastelemaan tätä institutionaalista ympäristöä, mitä keskustelunanalyttistä tietoa siitä ja muista psykoterapioista jo on sekä edellä mainittuja kaikissa terapioissa esiintyviä formulaatioita ja tulkintoja sekä tapoja, joilla potilaan on todettu osoittavan erimielisyyttä tai vastarintaa terapeutille. Aiemman tutkimuksen tarkastelun jälkeen päädyn omaan tutkimuskysymykseeni.

3.1 Kognitiivinen psykoterapia ja vuorovaikutus

Esittelen ensin tutkimani vuorovaikutuksen kontekstin eli kognitiivisen psykoterapiaistunnon erityispiirteitä. Vaikka keskusteluanalyttisessä tutkimuksessa ei yleensä käytetä etnografista tietoa, voi joidenkin institutionaalisten vuorovaikutustilanteiden ymmärtäminen vaatia taustatietoa vuorovaikutuksen kontekstista (Arminen 2005, 1). Psykoterapiaa tutkittaessa tämä on erityisen oleellista, sillä kuten Peräkylä ym. (2008) toteavat, jokaisella koulukunnalla on omat teoriansa mielestä, käyttäytymisestä ja sosiaalisista suhteista sekä siitä, millä tavoin nämä voivat muuttua. Kognitiivinen psykoterapia eroaa tässä suhteessa melko paljon esimerkiksi psykoanalyysistä, sillä ensin mainittu keskittyy sopeutuviin ja sopeutumattomiin tulkinnallisiin skeemoihin, kun taas psykoanalyysi korostaa tiedostamattomia psyykkisiä prosesseja. (Peräkylä ym. 2008, 5–6.) Toisaalta Peräkylä ym. (2008, 6) huomauttavat, että keskusteluanalyysin kannalta psykoterapioillekin erityiset vuorovaikutuksen piirteet perustuvat sosiaalisen vuorovaikutuksen yleisiin ominaisuuksiin.

Institutionaalista vuorovaikutusta voivat jäsentää esimerkiksi ammattikäytäntöihin liittyvät toimintamallit (Raevaara ym. 2001, 30). Koska psykoterapeuttien koulutuksen tavoitteena on opettaa tietyn suuntauksen mukainen käsitteellistämistapa ja keskeiset työtavat (Karila 2003, 351), on perusteltua olettaa, että terapeutit ovat omaksuneet tällaisia yhteneviä, ammattikunnalleen erityisiä toimintamalleja. Terapiassa toiminta on pääasiassa keskustelua, joten nämä toimintamallit luovat erityispiirteitä nimenomaan vuorovaikutukseen. Siksi on mielestäni oleellista tuntee hieman kognitiivisen psykoterapian perusteita ja oppeja: niihin perustuvat myös terapialle spesifit vuorovaikutusperiaatteet. Niitä tuntemalla on helpompi keskittyä oleellisiin ja aidosti mielenkiintoisiin seikkoihin aineistoa analysoitaessa.

Kognitiivisen psykoterapian suomalaisessa oppi- ja käsikirjassa terapiasuuntaus määritellään

”terapiaksi, joka pyrkii ymmärtämään ja käsitteellistämään potilaan ongelman kognitiivisen mallin mukaan. Keskeistä on potilaan ja terapeutin välinen tutkiva yhteistyösuhde,

jossa potilaalle opetetaan taustalla olevan teorian keskeiset elementit, kuten kognitioiden, tunteiden ja käyttäytymisen välinen yhteys. Terapia on yhteistä tutkimusta ja todistusaineiston etsimistä, joiden seurauksena potilas voi itse päätyä muuttamaan ajatteluaan. Tämä tutkiva yhteistyö, nk. kollaboratiivinen empirismi, edellyttää terapiaprosessilta struktuuria, mikä edesauttaa myös potilasta olemaan paremmin perillä terapian kulusta.” (Kuusinen 2003, 16.)

Kognitiivisessa psykoterapiassa on siis kaksi keskeistä elementtiä: kognitiivisen mallin muodostava teoreettinen perusta sekä terapeutin ja potilaan välinen tutkiva yhteistyösuhde. Potilasta autetaan muuttamaan hänen itse haluamallaan tavalla; terapeutti on tässä prosessissa aktiivinen yhteistyökumppani, joka hyödyntää teoreettista ymmärtämystään ja oppimiaan menetelmiä (Kuusinen 2003, 12). Vaikka potilas on suhteessa terapeuttiin maallikko ja hänen asiantuntemustaan hyödyntävä asiakas, potilasta ei silti haluta asettaa terapeuttia alempaan asemaan. Vuorovaikutusta ajatellen tällaiset periaatteet ovat kuitenkin jossain määrin ristiriitaisia, koska pyrkimyksenä on asettaa eriarvoiset roolit, asiantuntija ja maallikko, samalle tasolle. Onkin mielenkiintoista, kuinka hyvin kognitiivisen psykoterapian periaatteet toteutuvat käytännön vuorovaikutuksessa, erityisesti terapeutin ja potilaan välisissä erimielisyystilanteissa. Voiko hän todella esittää oman eriävän mielipiteensä ja samalla myös vaarantaa terapeutin oletetusti vaalivan yhteistyösuhteen?

3.2 Psykoterapia keskustelunanalyttisessä tutkimuksessa

Psykoterapiaa tutkittiin jo ennen keskustelunanalyysin syntymistä sitä ennakoivilla metodeilla (Peräkylä, tulossa). Yleisesti sosiaali- ja kielitieteissä tutkimus alkoi 1950-luvulla, mutta keskustelunanalyttikot alkoivat kiinnostua laajemmin institutionaalisesta vuorovaikutuksesta vasta muutama vuosikymmen sitten (Peräkylä ym. 2008, 16–17); myös psykoterapeuttisen institutionaalisen vuorovaikutuksen tutkiminen keskustelunanalyttisesti on siksi melko uutta. Psykoterapian tutkimus on laajentunut merkittävästi viimeisten kymmenen vuoden aikana (Peräkylä, tulossa). Ensimmäinen merkittävä keskustelunanalyttinen tutkimus vuorovaikutuksesta psykoterapiassa ilmestyi 1980-luvun puolivälissä (Peräkylä ym. 2008, 19), mutta psykoterapian keskustelunanalyttinen tutkimus ei kuitenkaan yleistynyt ennen 1990-luvun puoliväliä (Peräkylä, tulossa). Alan nuoruus on Peräkylän ym. (2008) mukaan yksi syistä, joiden

takia keskusteluanalyytikot eivät ole pystyneet rakentamaan kokonaisvaltaista kuvausta psykoterapiaistunnon vuorovaikutuksellisesta kulusta toisin kuin esimerkiksi lääkärinvastaanotosta.

Terapiaistuntoja ei ole tutkittu yhtä systemaattisesti kuin lääkärissäkäyntiä: keskusteluanalyytikot ovat keskittyneet yksittäisten käytäntöjen ymmärtämiseen, mutta näiden käytäntöjen keskinäisiä yhteyksiä ei ole pohdittu (Peräkylä ym. 2008). Toisaalta tutkimuksen hajanaisuus johtuu siitä, että psykoterapiassa ei ole samanlaista yleistä vuorovaikutusmallia kuin lääkärinvastaanotolla vaan osallistumistavat vaihtelevat yksilöterapiasta ryhmäterapiaan ja toimintaa ohjaavat kliiniset teoriat psykoanalyysistä kognitiiviseen psykoterapiaan (Peräkylä, tulossa). Vehviläinen ym. (2008) kysyvätkin, onko edes olemassa yhtä psykoterapiaa vai pitäisikö puhua monikossa psykoterapioista. Kuten Peräkylä (tulossa) toteaa, on todennäköistä, että psykoterapia on toimintana lääkärinvastaanotolla käymistä monimutkaisempaa – mutta tämä on vain oletus, joka voidaan vahvistaa tai kumota vain eri terapioita vertailevalla tutkimuksella. Muun muassa tämän seikan selvittämiseksi lisätutkimus on tarpeellista (Peräkylä ym. 2008, 21–22).

Keskusteluanalyysin kohteena olevat ilmiöt ovat melko erilaisia kuin vakiintuneissa psykoterapiatutkimuksen metodeissa, joissa keskitytään esimerkiksi terapian lopputuloksen arviointiin ja psykologisen muutosprosessin tutkimiseen. Koska keskusteluanalyttisen tutkimuksen kohteena ovat ainoastaan vuorovaikutusprosessin ilmiöt ja siinä tutkitaan tiettyjä määriteltyjä ja toistuvia sekvenssejä, keskusteluanalyysin avulla ei voida kuvailla tämän tyyppisiä koko istuntoa tai terapiaa kuvaavia yleisiä piirteitä. (Peräkylä 2004, 291.) Psykoterapiaistuntojen vuorovaikutusta on tutkittu keskusteluanalyttisesti monesta eri näkökulmasta, vaikka tutkimus on alkanut kehittyä ja laajentua kunnolla vasta viime vuosina. Keskeisimpiä tutkimuskohteita ovat Peräkylän (tulossa) mukaan olleet erilaiset sekvenssijäsennykseen liittyvät käytännöt, kuten kysymykset, formulaatit sekä tulkinnot ja vastaukset niihin, sekä toisaalta terapeutin ja potilaan väliseen suhteeseen liittyvät näkökulmat, erityisesti vastarinnan, samanlinjaisuuden ja tunteiden ilmentyminen keskustelussa.

Tämän tutkielman kohteina ovat erimieliset vastaukset formulaatioihin ja tulkintoihin, jolloin tutkimuksessa yhdistyvät sekä sekvenssijäsennykseen liittyvät käytännöt että terapeutin ja potilaan välisen suhteen tarkastelu. Keskustelunanalyyttistä psykoterapiatutkimusta ei ole kuitenkaan kertynyt vielä riittävästi, jotta tutkimukset tuloksineen olisivat jaoteltavissa lukuisten eri terapiasuuntauksen mukaisesti. Siitä johtuen tässä tutkielmassa ei voida esitellä vuorovaikutuksen ilmiöitä erikseen kognitiivisen psykoterapian näkökulmasta, vaan seuraavaksi esittelen formulaatioita ja tulkintoja sekä nykyistä tietoa potilaan osoittamasta erimielisyydestä yleisellä tasolla.

3.2.1 Formulaatiot

Terapeutin institutionaalinen tehtävä on tarjota potilaan henkilökohtaisiin ongelmiin näkökulmia, joita potilas ei pystyisi tavoittamaan arkisessa elinympäristössään (Bercelli ym. 2008, 51). Tässä tehtävässä terapeutin työvälineinä ovat erityisesti formulaatiot ja tulkinnat. Antaki (2005; 2008) on luokitellut kolme tarkoitusta, joihin formulaatioita hyödynnetään terapiassa. Niitä voidaan käyttää ensinnäkin potilaan tilanteen selvittämiseen ja diagnosointiin keräämällä formulaatioilla välityksellä perustietoa potilaasta tai varmistamalla niiden avulla jonkin tiedon paikkansapitävyys. Lisäksi formulaatioita käytetään tulkintojen alustamiseen kokoamalla hajanaista tai muuten epämääräiseksi jäänyttä tietoa muotoon, joka mahdollistaa tiedon psykologisen tarkastelun. Samanaikaisesti terapeutti hyödyntää formulaatioita yleiseen vuorovaikutuksen hallintaan ja ohjailuun. (Antaki 2005, 630–633; Antaki 2008, 27.)

Formulaation lopullisesta tarkoituksesta riippumatta terapeutti ilmaisee aina niiden avulla, mitä potilas on hänen mielestään tarkoittanut. Tämä ilmenee tavassa, jolla formulaatiot muotoillaan: ne sisältävät usein toimintaa kehystävän ilmauksen kuten ”sinä tarkoitat”, ”sinä sanot” tai ”kerroit minulle” tai ne ovat sisällöltään ja muodoltaan samanlaisia kuin vuorot, joihin ne viittaavat (Bercelli ym. 2008, 47). Näiden käytänteiden avulla terapeutti myös rakentaa ja ylläpitää hänen ja potilaan välistä yhteisymmärrystä potilaan kokemuksista (Peräkylä, tulossa), mikä puolestaan on edellytys kognitiivisen terapian tärkeimmän periaatteen, kollaboratiivisen empirismin, täyttymiseen. Koska psykoterapiaistuntoon normatiivisesti kuuluu järkyttävistä ja ahdistavista asioista suoraan puhuminen, formulaatiot on mahdollista muotoilla hyvin

suoriksi (Antaki 2005, 635). Se ei aiheuta vuorovaikutukseen ongelmia, koska sekä terapeutti että potilas suuntautuvat samanlaiseen toimintakehykseen: on molempien ansiota, että istunnosta kehittyy vuorovaikutusympäristö, jossa voi puhua vaikeista asioista. Jos siis suoraan puhuminen synnyttää ongelmatilanteen, todennäköisesti jompikumpi osanottaja ei ole suuntautunut ainakaan riittävästi normatiiviseen terapiaistunto-kontekstiin. Toisaalta Antaki (2005) mainitsee, että terapeutti saattaa muotoilla formulaation myös hyvin hienovaraisesti ja jättää potilaan puheen huolestuttavimmat osat sen ulkopuolelle. Tällaista taktiikkaa terapeutti käyttää esimerkiksi siirtääkseen näiden asioiden käsittelyn myöhempään, sopivampaan vaiheeseen istuntoa, jolloin potilaan puheen huolestuttavimmista seikoista myös ehtii hälvetä ylimääräinen tunneväritys. (Antaki 2005, 637–638.)

Formulaatioita on kahdenlaisia: formulaatio voi kuvata puheen pääkohtia (ydinosaformulaatio, *gist formulation*) tai muodostaa niistä johtopäätelmän (päätelmäformulaatio, *upshot formulation*) (Antaki ym. 2005, 627). Vaikka tällaisissa formulaatioissa annetaan ymmärtää, että niissä sanotaan sama asia kuin toisen henkilön alkuperäisessä puheessa (Vehviläinen 2003, 584), ne eivät ole vain objektiivista toistoa vaan sisältävät runsaasti tulkintaa, joka saattaa olla jopa ristiriidassa alkuperäisen puhujan omien näkemysten kanssa (Antaki ym. 2005, 628). Juuri tämä piirre tekee formulaatiosta arvokkaan työvälineen, jolla voidaan edistää psykoterapian institutionaalisia päämääriä: formulaatioiden välityksellä terapeutti työstää potilaan puhetta ja siten myös hänen ajatuksiaan ja pyrkii saamaan potilaan hyväksymään tämän muutoksen. Jos potilas hyväksyy terapeutin esittämän formulaation, kuten on preferenssijäsennyksen mukaisesti odotettua, terapeutti on onnistunut tehtävässään muuttaa potilaan kokemusta. (mt., 628–629.) Terapeutilla on toki käytettävissään muitakin keinoja esittää näkemyksensä potilaan kuvaamista kokemuksista, mutta formulaatioissa painottuu muita enemmän yhteistyö potilaan ja terapeutin välillä (Antaki 2008, 27). Koska tutkiva yhteistyösuhde on yksi kognitiivisen psykoterapian keskeisimmistä periaatteista, on perusteltua olettaa, että terapeutti hyödyntää formulaatioita paljon ja edelleen että niitä löytyy runsaasti terapiaistunnoista.

Sekvenssijäsennyksessä formulaatiot ja vastaukset niihin muodostavat vierusparin. Niitä esiintyy erityisesti kysymys–vastaus-sekvenssin jälkeen, jolloin terapeutin tekemän

formulaation sisältö pohjautuu potilaan äsken esittämään vastaukseen (Bercelli ym. 2008, 47). Kun keskustelun osanottaja formuloi aiempaa puhetta, vastaanottajan odotetaan huomioivan formulaatio ja tunnustavan se paikkansa pitäväksi. (Antaki ym. 2005, 627.) Formulaatiot herättävät odotuksen potilaan vastauksesta, koska niissä käsitellään hänen henkilökohtaisia kokemuksiaan, joihin hänellä on terapeuttia laajempi pääsy (Bercelli ym. 2008, 49). Niissä ehdotetaan, mitä toinen henkilö tarkoittaa puheessaan ja mikä on sen merkitys, joten kyseessä olevan henkilöllä on etuoikeus vahvistaa tai hylätä esitetty näkemys (Vehviläinen 2003, 584). Formulaatiot siis herättävät odotuksen jälkijäsenestä, joka on formulaation paikkansapitävyyden vahvistava, sen kieltävä tai uuden formulaation esittävä vastaus; näistä vaihtoehdoista samaa mieltä oleminen eli formulaation vahvistaminen on preferoitua. Relevantiksi vastaukseksi riittää potilaan arvio, sopiiko formulaatio siihen, mitä hän on itse tarkoittanut puheessaan. Potilaan preferoitu samanmielinen jälkijäsen on yleensä muodoltaan hyvin lyhyt, eikä terapeuttikään esitä siihen ainakaan pitkää jälkilaajennusta. (Bercelli ym. 2008, 47–49.)

3.2.2 Tulkinnat

Toinen terapeutin keskeisistä työvälineistä psykoterapiassa on tulkinta, jolla on hieman erilainen institutionaalinen tehtävä kuin edellä esitellyillä formulaatioilla. Formulaatioiden avulla voidaan valmistella ja rakentaa terapeutista tulkintaa; toisaalta formulaatiot itsessäänkin sisältävät epäsuoran tulkinnan potilaan puheesta. Varsinaisissa tulkinnoissa (eri tutkijat ovat käyttäneet englanninkielisissä teksteissä termejä *interpretation*, *reinterpretation*) psykoterapeuttinen tulkinta esitetään avoimesti ja eksplisiittisesti: terapeutti kertoo, millaisia implisiittisiä lisämerkityksiä potilaan puheesta on löydettävissä ja mihin potilaan kokemuksiin ne voivat olla yhteydessä (Peräkylä, tulossa). Terapeutti siis ehdottaa potilaalle, kuinka hän voi ymmärtää aiempia ja nykyisiä kokemuksia uudella tavalla ja toisaalta kuinka niihin voi suhtautua (Peräkylä 2005, 164). Näin terapeutti kutsuu potilaan käsittelemään esittelemäänsä uutta tietoa (Peräkylä, tulossa). Tämän voi olettaa olevan keskeistä kognitiivista suuntausta edustaville terapeuteille: tiedon tarkastelu yhdessä lujittaa tutkivaa yhteistyösuhdetta, eikä terapeutin asiantuntija-asema ylikorostu, vaikka hän hyödyntääkin teoreettista kognitiivista mallia kyseisen tiedon löytämiseen.

Tulkintaa ympäröivään keskustelun kokonaisrakenteeseen kuuluu tulkintavuoron valmistelu. Tulkinnan sisältämää lausumaa ennakoi usein laajennos, formulaatio tai vastakkainasettelu, jonka avulla terapeutti rakentaa potilaan kertoman perusteella selitystä vaativan palapelin. Se tekee puolestaan relevantiksi tulkinnan esittämisen: tulkinta kokoaa palapelin ja tarjoaa selityksen sille. (Vehviläinen 2003, 579–580.) Sekventiaalisesti tulkinta virittää odotuksen jälkijäsenestä, potilaan vastauksesta. Tätä voidaan odottaa samasta syystä kuin formulaatioiden yhteydessä, eli koska tulkinta käsittelee tietoa, johon potilaalla on terapeuttia parempi pääsy. Sen sijaan relevantiksi toiminnaksi ei riitä, että potilas vain vahvistaa tai jättää vahvistamatta terapeutin esittämän näkemyksen kuten formulaatioiden yhteydessä. Potilaan on odotettua olla joko samaa tai eri mieltä terapeutin kanssa, mikä sallii laajemman vuororakenteen kuin vahvistaminen tai vahvistamatta jättäminen. Potilas voi samaa tai eri mieltä olemisen lisäksi perustella ja käsitellä päätöstään, ja terapeutti puolestaan voi esittää pitkänkin jälkilaajennuksen potilaan vuoroon. (Bercelli ym. 2008, 49.) Odotuksenmukainen vastaus tulkintaan on siis huomattavasti pidempi kuin formulaatioiden ollessa kyseessä, jolloin hyvinkin suppea vastaus riittää täyttämään etujäsenen synnyttämät odotukset.

Terapeutti saattaa kuitenkin ehdottaa tulkinnassaan potilaalle yllättävää näkemystä, jolloin vastauksen tuottaminen on hankalaa. Tästä juontuu toinen sekventiaalinen erityispiirre: potilas ei välttämättä vastaa tulkintavuoroon lainkaan. Terapeutti pyrkii silti saamaan potilaalta vastauksen, joten hän jatkaa tulkintasekvenssiä, kunnes potilas esittää halutun jälkijäsenen. (Bercelli ym. 2008, 49.) Peräkylä (2005, 164) on luokitellut potilaiden tulkintoihin esittämät vastaukset kolmeen kategoriaan, joihin kuuluvat vastaukset esiintyvät usein samassa sekvenssissä. Ensinnäkin potilas saattaa esittää vastaukseksi vain lyhyen dialogipartikkelin kuten ”mm” tai ”joo”; tällaiset pelkän minimipalautteen sisältävät vastausvuorot ovat kuitenkin hyvin harvinaisia. Toisen kategorian vastaukset ovat hieman pidempiä: potilas ilmaisee tiiviissä muodossa, miten hän suhtautuu tulkintaan. Tällainen vastaus voi olla suora hylkäys tai vahvistus, epäilyksen ilmaus tai osoitus, että potilas käsittelee tulkintaa mutta ei ota selkeästi kantaa siihen. Kolmannen kategorian vastauksissa potilas käsittelee tulkintaa laajemmin; Peräkylän aineistossa yli puolet vastauksista oli tällaisia. Potilas keskittyy johonkin tulkinnan osaan, josta hän jatkaa keskustelua havainnollistamalla tai selittämällä terapeutin esittämää tulkintaa. Tällaisiin elaboraatioihin sisältyy tulkinnasta

samaa mieltä oleminen sekä sen ymmärtäminen. (Peräkylä 2005, 164–165.) Potilaan vastaus sisältää usein osia terapeutin esittämästä tulkinnasta, jonka käsittelyä potilas jatkaa vuorossaan omasta näkökulmastaan (Peräkylä 2008, 103). Näin laaja ja syvälinen jatkokäsittely ei olisi todennäköistä etujäsenen ollessa formulaatio, sillä silloin odotuksenmukainen jälkijäsen on huomattavasti suppeampi.

Keskusteluanalyttisesti erot formulaatioiden ja tulkintojen välillä ovat havaittavissa vuorojen muotoilun ja sekvenssijäsennyksen piirteissä. Tulkintavuoroon voi sisältyä esimerkiksi arviointirakenteita, kielikuvia tai metaforia ja psykologis-professionaalaisia termejä (Becelli ym. 2008, 49). Yleisellä tasolla tulkintavuorot muotoillaan potilaan puheeseen nähden itsenäisemmiksi kuin formulaatit. Tätä voidaan osoittaa episteemisistä suhteista kertovilla lausumilla, jotka viittaavat terapeutin perspektiiviin. Kun formulaation yhteydessä terapeutti saattaa sanoa esimerkiksi ”sinä tarkoitat”, tulkintaa aloittaessaan terapeutti sanookin ”minä tarkoitan”. (Becelli ym. 2008, 48–49.) Näin terapeutti asettuu toimeksiantajaksi eli osallistujaksi, jonka ajatuksia puheessa ilmaistaan (kts. Goffman 1981), vaikka edelleen käsitellään potilaan kokemusta, jossa potilas on siis varsinainen toimeksiantaja. Terapeutti voi kuitenkin merkitä tulkinnan alun myös vähemmän omaa asemaansa korostaen esimerkiksi käyttämällä neutraalista, todistavasta tai spekuloiivasta episteemisestä perspektiivistä kertovia lausumia (Becelli ym. 2008, 49). Toisaalta Vehviläinen (2003, 580) korostaa, että terapeutti muotoilee vuoronsa aina siten, että niistä käy ilmi niiden perustuminen tietoon, joka on jo keskeisellä tavalla sisältynyt potilaan aiempaan puheeseen. Näin terapeutti voi ylläpitää tutkivaa yhteistyösuhdetta, eikä hän loukkaa niin suoraan potilaan oikeutta omistaa omat kokemuksensa.

Tulkintojen ja formulaatioiden ero itsenäisyyden suhteen johtaa myös eroihin siinä, miten potilas ja terapeutti asettuvat vuorovaikutuksessaan osallistumiskehikkoon: kumpi asettuu toimeksiantajan (*principal*) asemaan eli kumman tietojen ja arvojen mukaisesta tiedosta on kyse (kts. Goffman 1981). Tulkintaa tehdessään terapeutti esittää oman näkemyksensä ja pyrkii edistämään sitä (Becelli ym. 2008, 48) eli tulkinnassa terapeutti on aktiivisemmassa roolissa kuin näennäisesti vain potilaan puhetta toistavassa formulaatiossa. Tulkintakin syntyy silti aina yhteistyössä potilaan ja terapeutin välisessä vuorovaikutuksessa: potilas ei niinkään löydä jotakin uutta, vaan

yhteistyössä terapeutin kanssa he luovat uusia tapoja ymmärtää ja kokea (Peräkylä 2005, 163). Tästä huolimatta tulkintasekvenssissä terapeutti ja potilas ovat hyvin epäsymmetrisessä suhteessa toisiinsa nähden. Terapeutti ehdottaa tulkinnassaan, mitä potilas on aiemmassa puheessaan todella tarkoittanut, vaikka potilas ei tiedostaisi sitä itse. Potilas ei välttämättä hyväksy terapeutin ehdotusta, koska hän saattaa ajatella tilanteestaan aivan toisin. Yleensä sekä arkisessa että institutionaalisessa vuorovaikutuksessa eräs keskeinen toiminnan jäsentymiseen vaikuttava periaate on, että jokainen omistaa omat kokemuksensa. Psykoterapeuttiset tulkinnat kuitenkin rikkovat tätä periaatetta. (Vehviläinen 2003, 574–575.) Voisiko tässä olla yksi syy potilaan erimielisyyteen ja vastarintaan? Seuraavaksi esittelen, miten potilaan terapeutille osoittamaa erimielisyyttä on tutkittu keskustelunanalyysin keinoin.

3.2.3 Erimielisyyden osoittaminen psykoterapiassa

Ilmaistessaan erimielisyytensä terapeutille potilas voi joko kertoa puhtaasti erilaisesta näkemyksestään, osoittaa terapeutille yleistä vastarintaa tai tarjota erimielisen vastauksen, jossa sekoittuu piirteitä molemmista tyypeistä. Psykoterapiassa vastarinnalla käsitetään paljon enemmän kuin eri mieltä oleminen jonkin asian suhteen. Vastarinnan määrittelyn tekee vielä ongelmallisemmaksi alan sisäinen hajanaisuus: toiset teoriaperinteet perustavat koko terapiaprosessin vastarintaan, toiset päinvastoin kyseenalaistavat koko ilmiön olemassa olon. Esimerkiksi psykoanalyttisessä teoriassa korostetaan, että vastarinta on potilaassa aina ja jatkuvasti vaikuttava voima (Peräkylä 2005, 174) ja terapeutin tärkein työkalu (Vehviläinen 2008). Kognitiivisen psykoterapian teoriassa puolestaan vastarinnan käsitteeseen ja koko ilmiön olemassaoloon suhtaudutaan ristiriitaisemmin (Haugaard & Sandberg 2008). Molemmissa tapauksissa potilaan ajatellaan vastustavan itse terapiaa ja vastarinta käsitetään potilaan sisäisenä psykologisena prosessina – tämä on puolestaan keskustelunanalyttiselle tutkimukselle ongelmallinen lähtökohta. Tämä tutkimus, kuten kaikki keskustelunanalyysiin perustuvat tutkimukset, käsittelee vain näkyvää vuorovaikutusta, eikä voi siksi ottaa kantaa psykologisiin ilmiöihin. Vastarintaa käsitellään MacMartinin (2008, 95) määrittelemällä tavalla: termiä käytetään pragmaattisella tai keskustelunanalyttisellä tavalla kuvaamaan toimintaa, joka ei ole jollain tavalla samanlinjainen vuoron kanssa, johon se vastaa.

Vierekkäisten lausumiensa kautta terapeutti ja potilas luovat heille yhteisen intersubjektiviisen alueen, jolla kuitenkin esiintyy aukkoja, katkoksia ja jännitteitä (Peräkylä, tulossa). Erimielisyys voi olla tällainen keskustelun osanottajien yhteiselle intersubjektiviiselle alueelle syntynyt jännitteinen aukko tai katkos; jos molemmat osapuolet ovat kuitenkin täysin tietoisia eriävistä näkemyksistään, intersubjektiviisuus ei vaarannu. Terapian erityisen institutionaalisen tehtävän takia intersubjektiviisuus saattaa olla useinkin uhattuna. Terapeutin tehtävänä on löytää asiantuntemuksensa avulla potilaan henkilökohtaisiin ongelmiin näkökulmia, joita potilas ei arkielämässään tavoittaisi ja jotka ovat siksi potilaalle uutta, jopa yllättävää tietoa (Bercelli ym. 2008, 51). Tästä johtuen potilaan saattaa olla vaikea ottaa vastaan ja hyväksyä tai toisaalta kieltääkään terapeutin näkemyksiä (mp.), joita hän esittää esimerkiksi formulaatioiden ja tulkintojen muodossa. Potilas voi samasta syystä vastustaa aivan oikeaankin osuvia tulkintoja (Peräkylä 2005, 174).

Madill ym. (2001) ovat tutkineet potilaan erilaisia strategioita vastustaa terapeutin formulaatioita tilanteessa, jossa molemmat osapuolet ovat erilinjaisia. He ovat tunnistaneet neljä vastarintastrategiaa: aiemman tapauksen uudelleen käsitteleminen, edellisen vuoron joidenkin aspektien käsittelemättä jättäminen, aiheen vaihdon hallinta ja vastustaminen sekä yhteistyöstä vetäytyminen (Madill ym. 2001, 429). Näistä toiseksi mainittu strategia muistuttaa Peräkylän (2005) elaboroivaksi vastaustyyppiä nimeämää tapaa vastata terapeutin tulkintaan. Hänen mukaansa tulkintoihin vastataan yleensä yhdistelemällä kolmea eri tapaa, jotka esiteltiin edellisessä luvussa. Näistä tavoista ainoastaan yhteen, tulkintaa koskevan näkemyksen tiiviiseen ilmaisuun, liittyy mahdollisuus selkeän erimielisyyden osoittamiseen; vastaus voi tällöin olla epäilyksen ilmaus tai suora kieltäminen. (Peräkylä 2005, 165.) Toisaalta potilas voi vastustaa tulkintaa peiteltysti ja epäsuoraan; tämä on mahdollista juuri tulkintaa elaboroivassa vastaustyyppissä. Tällöin potilas ymmärtää ja hyväksyy tulkinnan osittain: hän poimii käsiteltäväksi vain tiettyjä osia, joista on terapeutin kanssa samaa mieltä. Siirtämällä painopistettä potilas voi vastustaa tulkintaa olematta kuitenkaan avoimesti eri mieltä siitä ja vastustamatta sitä varsinaisesti. (mt., 174.) Elaboroiva vastaustyyppi muistuttaa edelleen Bercelli ym. (2008) tunnistamia kahta tapaa, joilla potilas vastaa erimielisesti terapeutin esittämään tulkintaan. Ensinnäkin potilas voi olla varauksellisesti samaa tai eri mieltä, jolloin hän tarjoaa todisteita varauksellisuutensa tueksi. Toinen mahdollisuus

on, että potilas aloittaa esittämällä varauksellisen hyväksynnän tai torjunnan, josta hän jatkaa erillisellä omaelämäkerrallisella kerronnalla, joka liittyy jollain tapaa tulkintaan mutta joka ei selkeästi osoita todisteita sen puolesta tai sitä vastaan. (Bercelli ym. 2008, 51.)

Vastauksen elaborointi tavalla tai toisella yhdistää kaikkia esiteltyjä havaintoja tavoista, joilla potilas voi vastustaa terapeutin esittämiä tulkintoja. Muutoin käsitys potilaan osoittamasta erimielisyydestä on hyvin hajanainen: tutkimukset sivuavat toisiaan, mutta eivät varsinaisesti kohtaa, jolloin tieto ei kumuloidu. Lisäksi tutkimukset keskittyvät pääasiassa vain tiettyyn terapeutin käytäntöön – erimielisyyden tutkimus onkin pikemmin osa näiden ilmiöiden tutkimusta, ei erimielisyyden tarkastelua itsessään.

3.3 Tutkimuskysymys

Psykoterapiaistuntoja sekä niihin sisältyvää formulaatioiden, tulkintojen ja erimielisyyden tuottamista on tutkittu keskustelunanalyttisesti useasta näkökulmasta. Näkökulmat ovat kuitenkin pysyneet melko erillisinä ja hajanaisina; esimerkiksi lääkärinvastaanoton tutkimukseen verrattavaa kokonaisnäkemystä ei ole syntynyt. Sekä keskustelu että sen konteksti psykoterapia ovat niin moniulotteisia ja monimutkaisia kohteita, että mainitun kaltaisen kokonaiskuvan luominen on erittäin haastavaa. Kuvan rakentamisen voi kuitenkin aloittaa pieniä paloja yhdistelemällä: jo olemassa olevaa tutkimustietoa yhdistelemällä saadaan luotua pohja uudelle, luonteeltaan kumuloituneemmalle tiedolle. Selkeämpi tiedon kumuloituminen ja toisaalta olemassa olevan tiedon aukkokohtien paikantaminen ovat tämän tutkimuksen lähtökohdat. Tutkimuskysymyksen perustuu aiempaa keskustelunanalyttistä psykoterapia-tutkimusta koskevaan havaintooni: tutkimuksesta puuttuu selkeä jaottelu tavoista, joilla potilas voi osoittaa erimielisyyttään terapeutin formulaatioiden ja tulkintojen muodossa esittämistä näkemyksistä. Tämä tutkimus pyrkii täyttämään havaitsemani aukon keskustelunanalyttisessä tiedossa psykoterapiasta. Tutkimuskysymyksen on:

Millä tavoin potilas osoittaa erimielisyyttään terapeutin esittämiä formulaatioita ja tulkintoja kohtaan kognitiivisessa psykoterapiassa?

Koska tutkimuskohteena ovat tavat, joilla potilas osoittaa olevansa eri mieltä terapeutin kanssa, erimielisyyden osoittaminen nähdään nimenomaan eri mieltä olemisena tietyn asian suhteen, ei laajempaan yrityksenä vastustaa terapeutin institutionaalisen tehtävän suorittamista. On toki mahdollista, että potilaan erimielisyys on vain yleisen vastarinnan ilmentymä, mutta keskusteluanalyttisin menetelmin ei voida vastata tämänkaltaisiin kysymyksiin. Sen sijaan tarkoitus on selvittää, miten maallikko (potilas) voi osoittaa olevansa eri mieltä asiantuntijan (terapeutti) kanssa tilanteessa, jossa molemmilla on asemansa puolesta oikeus omaan näkemykseen.

4 AINEISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄ

4.1 Psykoterapiaistunnot tutkimuksen aineistona

Aineistona tutkimuksessa käytän ääninauhoitteita kognitiivisista psykoterapiaistunnoista. Aineiston on kerännyt professori Anssi Peräkylä tutkimusryhmineen vuosien 2006–2009 aikana. Nauhoitteita on kerätty runsaasti, ja niiden määrä kasvoi oman tutkimusprosessinikin aikana. Terapeutti nauhoitti itse istunnot ääninauhurilla ja lähetti tekemänsä tallenteet tutkimusryhmälle. Tutkijat ovat siis vaikuttaneet terapiaistuntojen kulkuun mahdollisimman vähän, jolloin nauhoilla kuultavan vuorovaikutuksen voi perustellusti olettaa olevan mahdollisimman luonnollista. Tällöin myös tutkittavien anonymiteetti on paremmin suojattu, sillä tutkijat eivät kohtaa heitä välttämättä lainkaan. Tutkittavien anonymiteettiä vahvistaa lisäksi heidän henkilökohtaisiin ominaisuuksiinsa liittyvien seikkojen muuttaminen litteraatioissa: esimerkiksi keskusteluissa esiin tulleet nimet, paikat ja ruumiinosat on muutettu toisiin vastaaviin.

Useat henkilöt ovat osallistuneet nauhoitteiden litteroimiseen. Aloittaessani aineiston analysoinnin 19 nauhoituksesta oli valmistunut litteraatio, jotka olivat tehneet Maari Kivioja ja Katri Takala. Osallistuin myös itse aineiston litteroimiseen, mutta tällaisia litteraatioita ei sisälly tutkielmassa käsiteltyyn aineistoon, koska ne eivät valmistuneet ennen kuin aineiston analysointi oli jo pitkällä. Jos olisin ottanut mukaan uutta aineistoa siinä vaiheessa, kun alkuperäinen aineisto oli jo tarkasti luokiteltu ja kategorisoitu, olisin vaarantanut keskusteluanalyysin tärkeimmät periaatteet enkä olisi pystynyt

tarkastelemaan aineistoa objektiivisesti ilman ennakko-oletuksia. Samasta syystä en ole sisällyttänyt aineistooni muitakaan prosessin aikana valmistuneita litteraatioita, ja toisaalta aineistoni oli jo alun perin laaja ja tarjosi riittävästi monipuolisia erimielisyystilanteita. Aineistoni koostuu siis 19 terapiaistunnosta. Aineisto on laaja niin ajallisesti kuin kirjallisesti. Yhden istuntonauhoituksen kesto on noin tunti, jolloin aineistoa on kokonaisuudessaan noin 19 tuntia. Litteroituna yhden nauhoituksen pituus on noin 40–50 liuskaa, eli yhteensä aineistoa on lähes 1000 liuskaa.

Kaikissa istunnoissa on saman terapeutin ja potilaan muodostama dyadi; koko heidän yhteinen terapiansa alusta loppuun asti sisältyy aineistoon. Koska aineistoon sisältyy vain yksi dyadi, sen perusteella ei voida tehdä vertailuja esimerkiksi eri henkilöiden tavoista käsitellä tutkimiani ristiriitatilanteita. Toisaalta aineiston yhtenäisyyden ansiosta sen perusteella on mahdollista muodostaa hyvinkin syvälinen kuva tästä kyseisestä terapiasta. Sekä terapeutti että potilas ovat antaneet kirjalliset suostumuksensa aineiston käyttämiseen, ja sitä hyödynnetäänkin tämän tutkielman lisäksi yhdessä väitöskirjassa ja yhdessä pro gradu -tutkielmassa.

4.2 Keskusteluanalyysi metodina

Muiden etnometodologisten tutkimussuuntausten tapaan keskusteluanalyysissä analysoidaan tavallisen sosiaalisen toiminnan perustan muodostavia kompetensseja. Keskusteluanalyysissä keskitytään kompetensseihin, joita puhujat hyödyntävät osallistuessaan ymmärrettävään ja loogiseen keskusteluun. Täten keskusteluanalyysin perustehtäväksi muotoutuu ”kuvata menettelytapoja ja olettamuksia, joiden varassa puhujat tuottavat oman käyttäytymisensä ja tulkitsevat toistensa käytöstä”. (Heritage 1996, 236.) Tätä tehtävää ja keskusteluanalyysin metodista linjaa on toteutettu osoittamalla, kuinka laaja ja monipuolinen aineisto ilmentää vuorovaikutuksen säännönmukaisesti jäsenyntyitä muotoja ja kuinka osallistujat ovat sekä tuottaneet samat säännönmukaisuudet että orientoituneet niihin normatiivisina perusteina (Heritage 1996, 238–239). Tavoitteena ei siis ole tulkita hermeneuttisesti yksittäisiä lausumia tai puhujien intentioita vaan tavoittaa kulttuurisesti yleispäteviä havaintoja, jotka saavutetaan keskusteluanalyysin metodiikalla (Hakulinen 1997, 17). Kuten Sacks (1984) on tämän päämäärän muotoillut, tavoitteena on muuntaa näkemys tapahtumista

yksittäisten ihmisten välisenä erityisenä vuorovaikutuksena kysymykseksi yleisen ”koneiston” tuottamista vuorovaikutustapahtumista. Tutkimusote on siten tiukan induktiivinen: yksittäisiä vuorovaikutustapahtumia analysoimalla pyritään löytämään niille kaikille yhteisiä yleisiä muotoja, joista Sacksin mainitsema koneisto rakentuu.

Induktioon perustuvan keskusteluanalyttisen tutkimuksen luonnollinen lähtökohta on aineisto, jonka havainnointi luo pohjan teorianmuodostukselle (Sacks 1984, 25). Tutkimuksessa tarkastellaan aitoja vuorovaikutustapahtumia, jotka ovat ilmenneet itsenäisesti tutkimustarpeesta riippumatta ja joilla on tutkimuksesta riippumaton tavoite (Seppänen 1997, 18). Esimerkiksi tämän tutkielman aineistona käytetty psykoterapia olisi ollut olemassa ilmankin siitä kiinnostuneita tutkijoita; toisaalta sen tavoitteena ei ole ollut tämän ja muiden tutkimusten mahdollistaminen vaan potilaan hoitaminen. Vaatimus luonnollisista vuorovaikutustilanteista kerätystä aineistosta on Heritage (1996) mukaan ehdoton. Sen sijaan hän mainitsee aineistonkeruumenetelmiä, joita tutkimuksessa tulisi välttää. Epätyydyttäviä menetelmiä ovat haastattelumenetelmät, joissa kerätään kertomuksia käyttäytymisestä sen todellisen havainnoimisen asemesta, aineiston tallentaminen muistiinpanoihin tai esikoodattuihin lomakkeisiin, vuorovaikutustilanteita kuvaavien esimerkkien intuitiivinen keksiminen sekä kokeelliset menetelmät, joissa manipuloidaan tai ohjataan käyttäytymistä. (Heritage 1996, 230–231.)

Vaatimus naturalistisesta aineistosta perustuu keskusteluanalyttisen tutkimuksen tavoitteeseen selvittää, miten kielen keinoin toimitaan yhteistyössä, luodaan tilanteita ja rakennetaan identiteettejä; simulaatio tai tutkijan intuitio ei riittäisi tavoittamaan tällaisten toimintojen luonnollista monimuotoisuutta (Hakulinen 1997, 15). Jotta tämä monimuotoisuus säilyisi tutkimuksessa, keskustelut tallennetaan ääninauhalle tai videolle, minkä Seppänen (1997, 18) mainitsee keskusteluanalyttisen tutkimuksen ensimmäiseksi vaiheeksi. Tämän tutkimuksen aineiston muodostavat psykoterapiaistunnot tallennettiin äänitteiksi; aineistonkeruuta ja sen käsittelyä on kuvailtu tarkemmin edellä luvussa 4.1 Psykoterapiaistunnot tutkimuksen aineistona. Yksityiskohtaisen tutkimisen mahdollistamiseksi tallennettu aineisto litteroidaan tarkasti Gail Jeffersonin kehittämällä merkistöllä (kts. liite 1 Litterointimerkit). Seppänen (1997) korostaa litteroinnin tärkeää asemaa keskusteluanalyttisessä

tutkimusprosessissa: siinä tehdyt ratkaisut vaikuttavat lopullisiin tutkimustuloksiin. Jos litteraatiosta jää jotakin pois, se ei todennäköisesti nouse myöhemminkään huomion kohteeksi, vaikka olisi tutkimuksen kannalta merkittävää. Oleellisen tiedon kadottamisen välttämiseksi litteraatioissa pyritään kuvaamaan vuorovaikutusta mahdollisimman tarkasti: merkistön avulla jäljitellään kaikkia kuulo- tai jopa näköhavaintoja. Tästä huolimatta litteraation tulee olla mahdollisimman neutraali, jotta se ei vaikuttaisi myöhempään analyysiin. (Seppänen 1997 18–19.)

Keskusteluanalyysissä suhtaudutaan skeptisesti yleisiin ja abstrakteihin inhimillistä toimintaa kuvaaviin käsitteisiin, koska ne ovat liian individualistisia, rationaalisia ja ennen muuta yksinkertaisia kuvaamaan vuorovaikutusta sen kaikessa monitahoisuudessa (Have 1999, 31). Empiriaan ja naturalistiseen aineistoon pohjautuva metodiikka sekä edellä kuvattu vaatimus yksityiskohtaisesta litteroinnista juontuvat tutkimusalan perusolettamuksesta, jonka mukaan mitään vuorovaikutuksen yksityiskohtaa ei voida suoraan hylätä merkityksettömänä, järjestymättömänä tai sattumanvaraisena. Tästä puolestaan seuraa, että varhaista teorianmuodostusta vältetään ja abstraktisten teoreettisten konstruktioiden sijaan keskitytään analysoimaan keskustelijoiden todellisia toimintoja – aineisto ohjaa analyysiä. Tämä tarkoittaa, että aineistoa analysoitaessa sitä ei tarkastella valmiiden olettamusten valossa vaan vuorovaikutuksen osanottajien todellisia toimintoja pyritään erittelemään yksityiskohtaisesti ja osanottajien empiirisesti havaittava käyttäytyminen on tärkein hyödynnettävä voimavara. (Heritage 1996, 236–238.)

Samojen periaatteiden varaan rakentuu myös tämän tutkielman analyysi: aiempi tieto erimielisyydestä psykoterapiassa ei ohjaa aineiston tarkastelua, vaan analyysin lähtökohtana ovat aineistosta nousevat ilmiöt, jotka liittyvät erimielisyyteen formulaatioista ja tulkinnoista. Näiden ilmiöiden yksityiskohtaisen tarkastelun myötä vuorovaikutuksesta on havaittavissa yhteneväisyyksiä ja tiettyjä toistuvia toimintatapoja, jotka voidaan edelleen eritellä omiin luokkiinsa. Seuraavaksi esittelen nämä aineiston analyysistä nousseet luokat eli erimielisyyden osoittamisen eri muodot.

5 ERIMIELISYYDEN OSOITTAMISEN ERI MUODOT

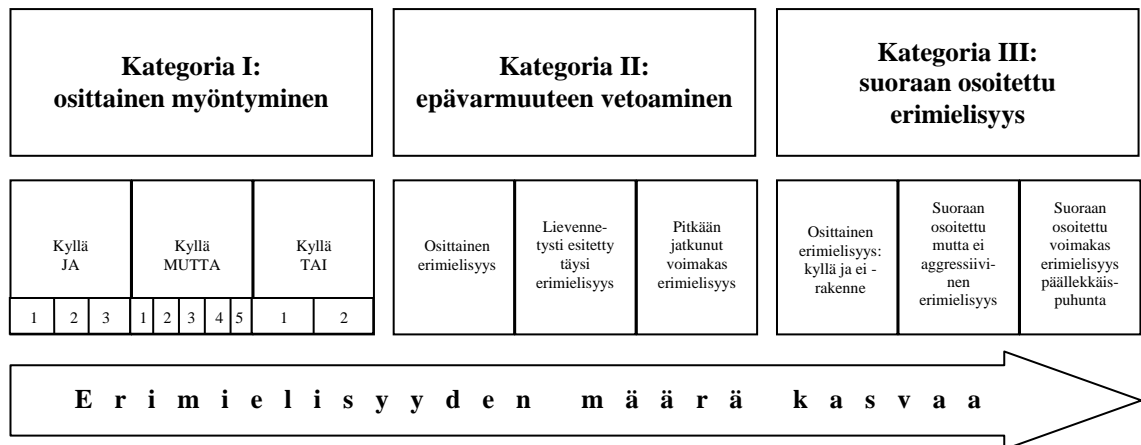
Aineiston analysointi osoitti, että potilaan tavat osoittaa erimielisyyttään terapeutin tekemiä formulaatioita ja tulkintoja kohtaan jakautuvat tiettyihin kategorioihin, joissa toistuvat samanlaiset toimintatavat ja käyttäytymispiirteet, jotka puolestaan eroavat muiden kategorioiden vastaavista. Kuten Tainio (1996) on todennut, eritasoisten erimielisyyksien erottaminen selkeiksi tyypeiksi on kuitenkin vaikeaa. Jokainen vuorovaikutustilanne on ainutlaatuinen, joten aivan samanlaisten vuorovaikutustyyppien löytäminen on mahdotonta, samoin kuin niiden luokittelu tiukasti yhteen kategoriaan. Esittelemiäni erimielisyyden eri muotojen kategorioita onkin tarkasteltava mieluummin samankaltaisia ominaisuuksia ilmentävien tapahtumien ryppäinä, joiden väliset rajat ovat liukuvia ja huokoisia. Sosiaalisten ilmiöiden kategorisoiminen on aina hieman keinotekoisia, mutta se tarjoaa silti hyödyllisen apuvälineen inhimillisen maailman jäsentämiseen ja ymmärtämiseen.

Analyysin edetessä tuli ilmeiseksi, että erimielisyyden muodot eroavat toisistaan myös erimielisyyden määrän suhteen. Samaan tapaan kuin Tainio (1997) on todennut, että jälkijäsenten preferoimattomuuden määrä voidaan ajatella jatkumoksi (Tainio 1997, 104), olen tässä tutkielmassa käsitellyt erimielisyyden määrä jatkumona, jolle erimielisyyden eri muotojen kategoriat sijoittuvat. Kategoriat on järjestetty jatkumolle siten, että ensimmäisessä kategoriassa erimielisyys on lievintä ja viimeisessä kaikkein voimakkainta. Erimielisyyden ja sen määrän kuvaaminen tällä tavalla on kuitenkin vain yksinkertaistus todellisuudesta, jossa erimielisyyden määrä vaihtelee jokaisen kategorian ja jokaisen yksittäisen vuorovaikutustapahtuman sisällä.

Edellä käsiteltyjen syiden johdosta seuraavissa alaluvuissa on esitelty tarkasti mutta esimerkinomaisesti aina yksi vuorovaikutustapaus kustakin kategoriasta. Keskustelunanalyttisessä tutkimuksessa yleisempää on esitellä useita tapauksia ja osoittaa niistä löytyvän tietyn toiminnan samankaltaisuus, mutta tämän tutkielman tapauksessa näin menetteleminen olisi ainoastaan harhaanjohtavaa. Kuten todettu, niin hyödyllisiä kuin kategoriat ovatkin erimielisyyden jäsentämiselle, niiden rajat ovat keinotekoisia ja hauraita. Kategorioiden niiden sisältämät tapaukset eivät pysty kertomaan koko totuutta tai määrittelemään tarkkoja ehtoja tapausten

yhteenkuuluvuudelle. Useiden esimerkkitapausten esittely antaisi olettaa, että ne kuvaavat kaikkia kategoriaan luettavissa olevia tapauksia kaikkine piirteineen ja osoittaisivat tiiviit rajat muihin kategorioihin nähden. Jokainen tapaus on kuitenkin vain yksi piste erimielisyyden jatkumolla, jolloin yksikin tapaus voisi periaatteessa muodostaa oman kategoriansa.

Alla kuviossa 1 on esitetty erimielisyys-kategorioiden asettuminen erimielisyyden määrän jatkumolle. Yhteensä aineistonani olleesta 19 terapiaistunnosta löytyi 52 erimielisyystilannetta, jotka jakaantuivat yleisluonteensa mukaisesti kolmeen pääkategoriaan sekä yksityiskohtien kuten sanavalintojen ja rakenteiden mukaisesti yhteensä yhdeksään alakategoriaan. Lisäksi laajimmassa, osittaisen myöntymisen kategoriassa alakategoriat jakaantuvat edelleen omiin alakategorioihinsa, joita on yhteensä kymmenen.



Kuvio 1. Potilaan formulaatioita ja tulkintoja kohtaan osoittaman erimielisyyden muodot kategorioittain suhteessa niiden sisältämän erimielisyyden määrään.

”Kategoria I: osittainen myöntyminen” on erimielisyyden määrän jatkumolla ensimmäinen, sillä sen tapaukset ovat lievimmän erimielisiä. Siihen kuuluvat 39 tapausta jakaantuvat siten, että ensimmäisessä alakategoriassa ”kyllä ja” on 13 tapausta, seuraavassa kyllä mutta -kategoriassa on 17 tapausta ja viimeisessä kyllä tai -kategoriassa on yhdeksän tapausta. ”Kyllä ja” jakaantuu edelleen kolmeen

alakategoriaan. Ensimmäisessä, lisäys-kategoriassa on kolme tapausta, seuraavassa tarkennus-kategoriassa samoin kolme ja viimeisessä korjaava tarkennus -kategoriassa puolestaan seitsemän tapausta. Myös ”kyllä mutta” jakaantuu alakategorioihin, joita on yhteensä viisi. Ensimmäiseen lievennys-alakategoriaan lukeutuu viisi erimielisyystapausta, lisänäkökulma- ja paitsi-muotoinen tarkennus -kategorioihin molempiin kaksi, tarkennus-kategoriaan neljä ja kategoriaan, jossa tarkennus tehdään kyllä mutta -rakenteen sisällä, kuuluu neljä tapausta. Osittaisen myöntymisen kategorian viimeiseen alakategoriaan ”kyllä tai” kuuluu kaksi alakategoriaa: tarkennus-alakategoriassa on neljä tapausta ja tai ei -rakenteen alakategoriassa viisi tapausta.

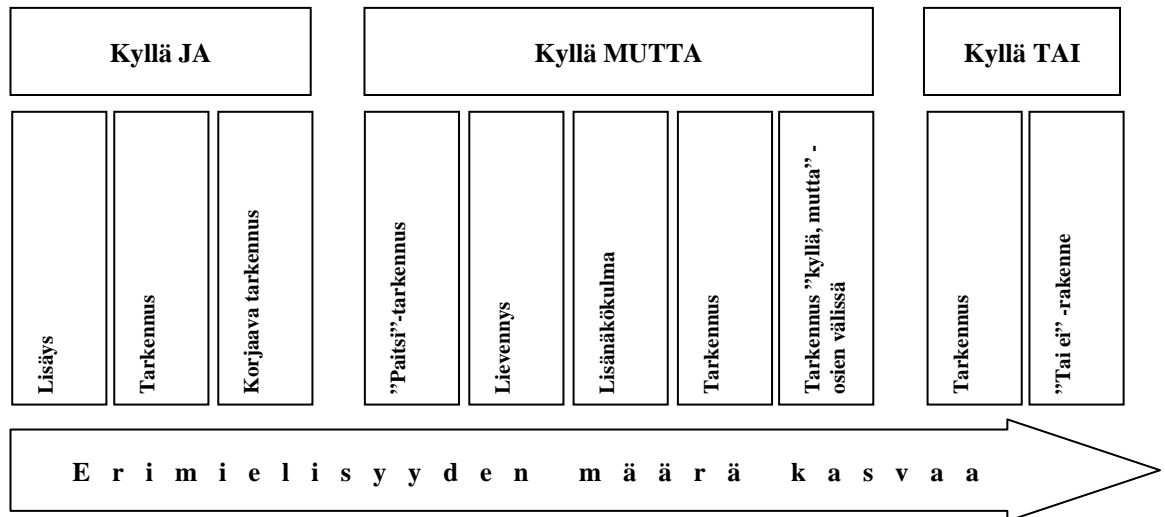
Erimielisyyden määrän jatkumolla seuraavaksi asettuvat pääkategoriat ovat huomattavasti ensimmäistä suppeampia, eikä niihin sisälly lainkaan toisen asteen alakategorioita. Osittaisen myöntymisen kategoriaa seuraa ensimmäiseksi ”kategoria II: epävarmuuteen vetoaminen”. Se sisältää yhteensä kuusi erimielisyystapausta, jotka jakaantuvat edelleen kolmeen alakategoriaan. Ensimmäisen alakategorian ”osittainen erimielisyys” sisällä on kaksi tapausta, lievennetysti esitetyn täyden erimielisyyden kategoriaan kuuluu myös kaksi tapausta ja viimeiseen ”pitkään jatkunut voimakas erimielisyys” -kategoriaan sisältyy samoin kaksi tapausta. Viimeiseen, suurinta erimielisyyttä sisältävään pääkategoriaan ”kategoria III: suoraan osoitettu erimielisyys” kuuluu yhteensä seitsemän erimielisyystapausta ja muiden pääkategorioiden tavoin kolme alakategoriaa. Niistä ensimmäinen, ”osittainen erimielisyys: kyllä ja ei -rakenne” -kategoria, sisältää kaksi tapausta, seuraavaan kategoriaan ”suoraan osoitettu mutta ei aggressiivinen erimielisyys” kuuluu kolme tapausta ja aivan viimeiseen kategoriaan ”suoraan osoitettu voimakas erimielisyys: päällekkäispuhunta” sisältyy kaksi tapausta.

5.1 Kategoria I: osittainen myöntyminen

Tässä kategoriassa potilas myöntyy osittain terapeutin ehdotukseen eli hän osoittaa vain osittaista erimielisyyttä terapeutille. Myös Pomerantz (1984, 65) on luokitellut heikoimman erimielisyyden muodoksi vastaukset, joissa jälkijäsen muotoillaan osittaiseksi samanmielisyudeksi tai erimielisyudeksi tilanteesta riippuen. Formulaatioihin ja tulkintoihin on preferoitua vastata myöntävästi, joten potilas voi osoittaa erimielisyyttään lievimmin tarjoamalla osittain samanmieliseksi muotoillun

vastauksen. Sen avulla hän esittää erimielisyytensä pehmeästi, ikään kuin konfliktia välttämällä ja yhteistyösuhdetta ylläpitäen. Kategorian vastauksissa potilas rakentaa vuoronsa siten, että hän osoittaa ensin samanmielisyyttä terapeutin edellisessä vuorossa esittämäänsä tulkintaan tai formulaatioon, mutta heti sen jälkeen vuorossa on elementtejä, jotka ainakin osittain vievät pohjan myöntymiseltä. Näistä kohdista on havaittavissa potilaan erimielisyys.

Kategorian sisällä potilas osoittaa erimielisyyttään selkeimmin erilaisten sanavalintojen avulla. Sanavalinnat kuvaavat potilaan erimielisyyden määrää: mitä voimakkaammin myöntymistä heikentävä sana on, sitä vahvempi on potilaan osoittama erimielisyys (vertaa esim. ”ja” ja ”mutta”). Kategorian alakategoriat on siksi jaoteltu sanastollisten rakenteiden mukaisesti. Ne jakaantuvat kolmeen ryhmään myöntymisen jälkeisen erimielisyyttä osoittavan sanan mukaisesti: kyllä ja -, kyllä mutta - sekä kyllä tai - alakategoriat. Kategoriat eivät kuitenkaan perustu niinkään erilaisiin sanoihin vaan potilaan vastauksen erimielisyyden määrään, joka ilmenee muun muassa näiden sanojen valitsemisena. Lisäksi muut keskustelun elementit osoittavat, että erimielisyyden määrä kasvaa sanastollisen jaottelun mukaisella tavalla. Lievimmillään erimielisyys näkyy lisänäkökulman esittelyinä tai lisäyksenä, jonka potilas tekee terapeutin näkemykseen. Tulkitseen tämänkin silti enemmän erimielisyydeksi kuin samaa mieltä olemiseksi, koska lisäys osoittaa, että potilas ei ole kaikesta sisällöstä samaa mieltä. Kategoriaan kuuluu lisäksi vastaustyyppisiä, joissa potilas tarkentaa jotakin seikkaa terapeutin näkemyksessä sekä tyyppisiä, joissa potilas selkeämmin korjaa terapeutin esittämää käsitystä. Seuraavaksi tarkastelen erikseen jokaista näistä rakenteista.



Kuvio 2. Kategorian I alakategoriat suhteessa potilaan osoittaman erimielisyyden määrään.

5.1.1 Kyllä ja -rakenne

Ja-rakenne on erimielisyyden lievin aste, koska sitä käyttäessään potilas lähinnä tarjoaa lisätietoa terapeutille. Potilaan vastausvuoroissa on kuitenkin elementtejä, joista voi päätellä kyseessä olevan preferoimaton eli tässä tapauksessa erimielinen jälkijäsen. Ensinnäkin kategoriaan kuuluvat vastaukset ovat Levinsonin (1983, 307) kuvaileman tavoin merkittyyä erilaisilla vuoron rakenteen monimutkaisilla muodoilla. Tämä täyttää myös Tainion (1997, 96) määritelmän monipolvisuus-käytänteestä, joka on yksi kolmesta tavasta muotoilla preferoimaton vuoro. Kategorian vastaukset ovat näiden piirteiden leimaamia: potilas siirtyy aiheesta toiseen lukuisten sivuhuomautusten kautta ja samankin aiheen sisällä hänen kerrontansa polveilee sivu- ja päälauseiden runsaana yhdistelyä.

Kategorian tapausten luokittelua erimielisyyden osoituksiksi tukee myös havainto, jonka mukaan potilaan vastaukset täyttävät muutkin Tainion (mt.) nimeämät preferoimattomien vuorojen tuottamisen käytäntöjen piirteet viivytyksen ja selittelyn. Jos potilas olisi todella samanmielinen terapeutin esittämästä tulkinnasta tai formulaatiosta, hän suuntautuisi vastaukseensa preferoituna eikä tuntisi tarvetta esittää selittelyä näkemyksensä tueksi. Toisaalta tulkinta herättää odotuksen paitsi sen

vahvistamisesta tai hylkäämisestä myös perustelun esittämisestä, joten tulkinnan ollessa kyseessä selittelyä ei voi välttämättä lukea osoitukseksi preferoimattomasta vastauksesta. Huomattavasti suurin osa aineistoni tapauksista on kuitenkin formulaatioita ja vastauksia niihin. Formulaatiot puolestaan tarvitsevat vain vahvistuksen tai kieltämisen vastaukseen, joten niiden tapauksessa selittelyn voi olettaa kertovan vastauksen preferoimattomuudesta eli potilaan erimielisyydestä.

Vuoron alkua potilas viivyttelee kategoriaan kuuluvissa vastauksissa lähinnä vuorojen välisellä tauolla, jonka pituus vaihtelee mikrotauosta yli sekunnin kestävään hiljaisuuteen, sekä juuri kategorialle leimallisella vuoronalkuisella myöntymisellä ja siten preferoiduksi vastaukseksi naamioimisella, jonka on havaittu olevan tyypillistä preferoimattomille jälkijäsenille (kts. Tainio 1997, Pomerantz 1975). Kuten Pomerantzkin (mt.) on todennut, vuoron alussa esitetty samanmielisyys on kuitenkin heikkoa ja varauksellista. Kategorian tapauksissa tämän osoittaa tapa, jolla potilas lausuu vuoron myöntyvän osa. Osa koostuu yleensä vain yhdestä sanasta, joka on useimmiten ”joo”, ”niin” tai ”on”. Suurimmassa osassa tapauksista tämä myöntävä sana lausutaan venyttämällä yksittäisiä vokaaleja tai konsonantteja sekä koko sanaa, mikä saa sen kuulostamaan hyvin epävarmalta. Lisäksi sanaan tai sen läheisyyteen saatetaan liittää varauksellisuutta korostavia äänneitä tai sanoja: myöntävä sana saattaakin alkaa mietiskelevällä m-äänneellä tai koko vastaus epävarmuutta korostavalla ehkä-sanalla. Myöntymistä seuraavalla ja-sanalla potilas aloittaa joko lisäyksen, tarkennuksen tai korjaavan tarkennuksen; nämä luokat on esitelty omissa alakategorioissaan.

5.1.1.1 Lisäys

Tämän alakategorian erimielisyystapauksissa potilas myöntyy terapeutin esittämään formulaatioon tai tulkintaan mutta liittää myöntymiseensä ja-sanalla osion, jossa hän lisää uuden elementin tai näkökulman formulaation tai tulkinnan keskeiseen sisältöön. Tällainen lisäys ei kuitenkaan vahvista terapeutin esittämää näkemystä vaan pikemminkin osoittaa potilaan olevan siitä eri mieltä. Sen voi lukea kuuluvan Madillin ym. (2001) tunnistamaan aiheen vaihdon hallinnan vastarintastrategiaan sekä Peräkylän (2005) havaitsemaan vastaustyyppiin, jossa potilas vastustaa tulkintaa epäsuorasti painopistettä siirtämällä. Alla olevan aineisto-otteen avulla havainnollistan tulkintaani.

Ote 1. Koiranluovutusjuttu.

1 T: =Nii tää (su-) () < tää sun itsekritiikki ja tää
2 moittiminen > itsensä moittiminen < on vähän nyt sitte (.)
3 siin on niinku .hhh sellasii moitteita joita sä ennakoit
4 saavas äidiltä,
5 (1.2)
6 -P: <Mjoo:> (0.4) ja (1.2) <miks↑ei isältäki> #ei tää nyt#
7 (0.8) .hhh #e:# (.) ei tää koiralluovutusjuttu oo niiden
8 #suuntaan mennä missää kohti mitenkää# (1.2) .hhh (.)
9 kovi helposti ja < (1.0) (.hh) ei se nyt muutenk#aa:# (.)
10 #ä-# #äitin# osalta ei ollu mitenkää (0.4) .hhh _kauheen_
11 positiivinen tapaaminen viikonloppuna ni,
12 (0.4)

Ennen otteen alkua terapeutti ja potilas ovat keskustelleet pitkään potilaan koiran uudelleensijoituksesta, joka ei ole onnistunut hyvin. Keskustelun kuluessa potilas on esittänyt useita itsesyytöksiä sijoituksen epäonnistumisesta ja terapeutti puolestaan on yrittänyt lieventää potilaan itsekritiikkiä. Epäonnistumisen syitä pohtiessaan potilas on maininnut, että hänen äitinsä saattaa olla sitä mieltä, että potilaan olisi pitänyt osata ottaa tietyt syyt huomioon sijoituspäätöstä tehdessään; potilas uskoo siis äitinsäkin todennäköisesti syyttävän häntä koiran hankalasta tilanteesta.

Otteen aloittavassa vuorossa terapeutti formuloi tätä näkemystä: potilaan esittämät itsesyytökset sisältävät ”sellasii moitteita joita sä [potilas] ennakoit saavas äidiltä”. Hän muotoilee vuoronsa ikään kuin sekä ydinosa- että päätelmäformulaatioksi kuvailemalla potilaan puheen pääkohtia mutta lisäämällä myös oman päätelmänsä niihin. Terapeutti korostaa jo aiemmin esittämänsä näkemystä, että potilas on hyvin itsekriittisessä mielentilassa; potilas itse ei ole varsinaisesti hyväksynyt tätä tulkintaa. Terapeutti pitää kuitenkin kiinni siitä ja viittaa siihen ikään kuin tunnettuna tosiasiana tämä-sanalla. Hän toistaa tulkintansa kahdessa eri muodossa, molemmilla kerroilla painokkaasti. Ensin hän viittaa potilaan tilaan ”tää sun itsekritiikki” -ilmauksella, jossa hän painottaa itsekritiikki-sananku alkuosaa. Sen jälkeen hän lisää ilmauksen ”tää moittiminen”, jossa edellisen ilmauksen tapaan itsesyytöksiin viittaavaa sanaa on painotettu alusta. Terapeutti toistaa saman ajatuksen vielä kolmannen kerran, kun hän täydentää nopeasti moittimis-lausuman muotoon ”itsensä moittiminen”. Vuoro on tähän asti lausuttu lähes ongelmitta ja erittäin painokkaasti, vaikka potilas ei ole ollut samanlinjainen itsekriittisyys-tulkinnasta, mistä johtuen terapeutin vuoron alkuosaa voisi pitää potilaan

kannalta preferoimattomana. Näkemyksen itsevarma ja sitkeä toistelu lieneekin harkittu osa terapeutin institutionaalista agendaa, jossa hän pyrkii saamaan potilaan hyväksymään ajatuksen liiallisesta itsekriittisyydestä.

Terapeutin yritys vaikuttaa näennäisesti onnistuvan, sillä rivillä kuusi alkavassa vastausvuorossaan (merkitty nuolella) potilas ei tartu lainkaan formulaation itsekriittisyys-osioon eikä siis enää yritä vastustaa sitä. Madillin ym. (2001) sekä Peräkylän (2005) tulosten perusteella tulkittuna tämä on kuitenkin vain vastarintastrategia, sillä potilaan on havaittu vastustavan terapeutin tekemiä formulaatioita (Madill ym. 2001) ja tulkintoja (Peräkylä 2005) psykoterapiassa juuri jättämällä käsittelemättä joitakin niiden aspekteja ja siirtämällä painopistettä toisaalle omassa vuorossaan.

Potilaan vuoron yksityiskohtainen analyysi vahvistaa edellä esitettyä tulkintaa. Vastausta edeltää yli sekunnin mittainen tauko, mikä herättää odotuksen preferoimattomasta, erimielisestä jälkijäsenestä. Potilas aloittaa vuoronsa myöntyvällä joo-sanalla, joka on kuitenkin vastahakoiselta kuulostava eteen lisätystä m-äänteestä, loppuosan venyttämisestä ja koko sanan hidastempoisesta lausumisesta johtuen. Vuoro ei etene muutoinkaan nopeasti, sillä heti ensimmäisen sanan jälkeen on tauko, jonka jälkeen potilas lausuu vain ja-sanan, jota puolestaan taas seuraa melko pitkä, yli sekunnin mittainen tauko. Tämä korostaa potilaan vastahakoisuutta ja on ristiriidassa samanmielisyyttä ilmentävän joo-sanan kanssa. Jatkaessaan vuoroaan potilas lisääkin erimielisyydestä kertovan ”miksei isältäki” -lausuman – terapeutin formulaatiosta puuttui siis jotakin. Lisäyksen jälkeen potilas alkaa perustella näkemystään, mikä yleensä viittaa preferoimattomaan vastaukseen. Lisäksi perustelussa on runsaasti puheentuottamisen ongelmia ja etenemisvaikeuksia, jotka ovat leimallisia juuri preferoimattomille vuoroille. Potilas sanoo, että koiran uudelleensijoittaminen ei ole sujunut hyvin ”niiden” eli molemman vanhempansa osalta hyvin, mikä vahvistaa, että formulaatio oli oikean suuntainen mutta potilaan mielestä puutteellinen.

5.1.1.2 Tarkennus

Tämän kategorian erimielisyystilanteissa potilas ensin myöntyy terapeutin esittämään tulkintaan tai formulaatioon, mutta esittää sitten tarkennuksen terapeutin näkemykseen. Tarkennuksen esittäminen on edellisen kategorian lisäystä hieman voimakkaampi erimielisyyden ilmaus, sillä tarkennuksella potilas ei ainoastaan esitä uutta tietoa vaan korjaa terapeutin vuoron sisältöä. Potilaan vastarintastrategiana voi pitää Madillin ym. (2001) tunnistamaa käytäntöä käsitellä uudelleen aiempi tapaus, joka tässä tilanteessa on juuri terapeutin esittämä formulaatio tai tulkinta. Alla esitetty aineisto-ote havainnollistaa, kuinka potilas esittää terapeutin formulaation uudessa muodossa, omilla lisäyksillä tarkennettuna.

Ote 2. Voi tosi mielellään tulla.

1 P: Ja s::e nyt (.) ts::e ahdistaa että m- (.) m- (0.4)
 2 miten mä saan niinku (0.4) .hhhhhhh ahsiat shitte
 3 khuulostamaanhh[hhh [(_oikeilta_).
 4 T: [Nii että v[oi tulla muttei tartte tulla.
 5 (0.4)
 6 →P: Nii:: ja et voi tosi mielellään tulla mutta (0.2) ei
 7 siinä ei niinku ei mitään jos ei (0.2) tu[u.
 8 T: [Mmm.=
 9 P: =Mu[t (.) tse että ei mitään jos ei tuu ni ei tarkota
 10 T: [Mmm.
 11 P: myöskään et ois ihan sama tulisk_o_ .hh[hhh
 12 T: [Mmm.
 13 (.)

Ote on osa potilaan ja terapeutin välistä keskustelua, joka käsittelee potilaan ja hänen avomiehensä välistä riitaa potilaan erään miespuolisen tuttavän tapaamisesta. Potilas on juuri kertonut terapeutille, että hän uskoo, että riidan merkittävin syy oli, ettei hän ollut osannut kertoa tapaamisesta puolisolleen oikealla tavalla. Häntä huolestuttaa, ettei hän välttämättä osaa kertoa sosiaalisista tapahtumista miehelleen siten, että hän ymmärtäisi olevansa tervetullut mutta ei pakotettu osallistumaan. Otteen aloittavassa vuorossa potilas toistaa huolensa: miten saada asiat kuulostamaan oikeanlaisilta. Terapeutti aloittaa formulaationsa poikkeuksellisesti päällekkäispuhunnassa rivillä neljä. Formulaatio on muotoiltu jatkoksi potilaan vuorolle, jota hänen itsensä tuntuu olevan vaikea saada sanottua; pieni päällekkäisyys johtuneekin tästä rakenteesta. Vuorossaan

terapeutti ainoastaan tiivistää potilaan aiemman puheen ”nii että voi tulla muttei tartte tulla” -dinosoformulaatioksi, ja vuoro päättyy selkeästi laskevaan intonaatioon.

Potilas ei silti ota vuoroa heti vaan odottaa 0.4 sekuntia ennen kuin aloittaa vastauksensa rivillä kuusi (merkitty nuolella), mikä enteilee preferoimatonta jälkijäsentä. Hän aloittaa kuitenkin myöntävästi, mutta sanan ”nii” venytetty lausuminen kertoo, että samanmielisyys ei ole todennäköisesti ehdotonta. Samanmielisyyttä sen sijaan puoltaa, että potilas käyttää vastauksensa pohjana terapeutin formulaatiota, jota hän tarkentaa hieman lisäsanoilla ja vaihtamalla joitain sanoja. Formulaation ensimmäiseen osaan ”voi tulla” potilas lisää terapeutin formulaation sisältöä parantavat sanat ”tosi mielellään” ja loppuosan ”muttei tarttu tulla” hän muotoilee muotoon ”mutta ei siinä ei niinku ei mitään jos ei tuu”. Näin potilas tarkentaa terapeutin yleisluontoisen formulaation sisältöä siten, että se vastaa paremmin hänen omaa näkemystään. Lisäksi potilas selittää, mitä hän tarkoittaa loppuosalla ”ei mitään jos ei tuu”: hän tarkentaa, että kyse ei silti ole välinpitämättömyydestä. Muuten potilas ei perustele näkemystään. Kokonaisuudessaan potilaan vastaus on lyhyt ja ytimekäs sekä ongelmitta tuotettu – kuten tyypillisesti preferoidut jälkijäsenet. Edellä esitellyt vuoron alun piirteet sen sijaan viittasivat preferoimattomaan vastaukseen, mikä selittyy sillä, että potilas halusi tarkentaa formulaatiota, vaikka periaatteessa hyväksyikin sen sisällön.

5.1.1.3 Korjaava tarkennus

Myös edellisessä kategoriassa potilas tarkensi terapeutin esittämää formulaatiota tai tulkintaa, mutta kategorian erimielisyystapauksissa tarkennus oli lähinnä lisäys terapeutin esityksen sisältöön. Tämän kategorian tapauksissa potilas on jälleen asteen verran erimielisempi: tarkennus on muuttunut lisäyksestä korjaukseksi. Vastarintastrategia on edelleen Madillin ym. (2001) tunnistaman tavan käsitellä uudelleen aiempi tapaus kaltainen.

Ote 3. Autokolari.

1 T: .mthh< mut sit m- (.) mä jotenki kuulostelen tota ku sä ke
 2 kerroit siit (.) .hhh et tulee >sellanen olo< et miten täs
 3 voi viel käydä näin voinks mä [viälki ajaa
 4 P: [Mmm.

5 T: kolarin .hhhhh (.) Niin mä: (.) niinku mietin et sitä mh
6 (2.0) öhm (0.2) .mts sävyä siinä (0.2) tossa (0.2) .hhhhh
7 to[ssa tunnelmassa että #o::# mh (1.6) .hhhhh (0.2)
8 P: [Mmm.
9 T: että >se< ikään ku kertos että m- (.) et no nyt pitäs jo
10 olla ajamatta kolareita tai (.) #enää ei sais käydä niin
11 tai# (.) .hhhhh et pitäs jo #osata tai# (.) >niinku<
12 semmonen vaativampi puolih.
13 (0.8)
14 →P: Ehkä j:::oo (0.4) (.hhh) ja (0.2) kyllä siinä (4.2) _kyllä
15 siinä varmaan tosiaan semmostaki_ (2.4) l:öytyy. =osittain
16 se on tietysti niinkun (0.4) jotenki s::itä muotoo että
17 (1.0) niinku (0.4) eikö nyt jo riittäisi siitä että (.)
18 vaikka tämmöset jutut olis vaikka (0.4) pääosin vaan
19 tuurista ja näin ni ett#ä:# (.) #eikö se# (.) m-
20 (0.2)
21 T: Mh-hm.=
22 P: =nyt riittäisi.
23 (1.6)

Terapeutti ja potilas ovat keskustelleet pitkään autokolareista, joissa potilas on ollut osallisena, sekä kolareihin liittyvistä ahdistavista unista. Potilas on kertonut, että unissa toistuvana teemana on hallinnanmenettämisen tunne ja siihen liittyvä ajatus, että ei hänelle pitäisi voida enää käydä näin. Otteen aluksi terapeutti formuloi melko pitkästi tätä ajatusta sekä lisää siihen uuden ulottuvuuden: unien sävyssä on myös ”semmonen vaativampi puolih”. Terapeutilta kestää kauan päästä tähän vuoron lopuksi esitettyyn tulkinnalliseen lisäykseen, sillä vuorossa on runsaasti etenemisongelmia kuten katkoksia, toistoa, ylimääräisiä äännähdyksiä sekä pitkiä hengitystaukoja. Suuntautuuko terapeutti siis lisäykseensä vaativammasta puolesta ongelmallisena? Aiemmin terapiassa potilaan erääksi keskeiseksi ongelmaksi on diagnosoitu juuri liiallinen itsekriittisyys ja vaatavuus, joihin terapeutti nyt liittää formulaationsa. Potilaan ongelma on arka aihe, joten siihen viittaaminen selittää terapeutin puheen etenemis- ja puheentuottamisvaikeudet.

Terapeutin päätettyä formulaationsa keskusteluun syntyy lähes sekunnin mittainen tauko. Vasta sen jälkeen potilas aloittaa oman vuoronsa rivillä 14 (merkitty nuolella), mutta silloinkin hänen puheensa on viipyilevää. Hän aloittaa vastauksen kyseenalaistetulla myöntymisellä ”ehkä joo”; myöntymisen epävarmuutta korostaa joo-sanana lausumisen viivyttely j-äännettä venyttämällä. Osittaisen myöntymisen jälkeen

vuoro etenee hitaasti: ensin on tauko, jota seuraa hengitystauko, potilas lausuu vain yhden sanan, jota taas seuraa tauko, hän lausuu kaksi sanaa, joita seuraa tällä kertaa erittäin pitkä tauko. Tauot ja viivytelyt kertovat preferoimattomasta, erimielisestä vastauksesta, mutta sanastollisesti potilas kuitenkin esiintyy ainakin varauksellisen samanmielisenä. Potilas aloittaa ensin myöntävästi ”kyllä siinä” -lausumalla, jonka hän toistaa kaksi kertaa. Lauseen jatko kuitenkin laimentaa myöntymistä: sanat kuten ”varmaan” ja ”löytyy” sekä puheen viivytely tauolla ja venytetyllä lausunnalla korostavat myöntymisen epävarmuutta. Terapeutin agenda näyttää kuitenkin onnistuneen, sillä potilas ei suoraan kiellä, että hänessä ei olisi terapeutin kuvailemaa vaativaa puolta.

Ehdollisen myöntymisensä jälkeen potilas ryntää perusteluun vuoronvaihdon mahdollistavan kohdan yli rivin 15 lopussa. Hän ei tällöinkään kiistä terapeutin formulaation oikeellisuutta vaan esittää varovaisesti muotoillun eriävän mielipiteensä formulaatiota osittain korjaavan ja sitä tarkentavan näkemyksen muodossa: ”osittain se on tietysti niinkun jotenki sitä muotoo että niinku”. Puhe on edelleen melko vaikeasti etenevää, mutta jonkin verran sujuvampaa kuin aivan vuoron alkuosassa. Merkillepantavaa on, että vaikka käsiteltävänä olevan formulaatio koskee potilasta itseään hyvinkin syvällisellä tasolla, hän välttää oman toimijuutensa esille tuomista käyttämällä passiivia ja yleisluontoisuutta korostavaa, painotettua ”tietysti”-sanaa. Tämä selittyy sillä, että potilas pitää itseään millään tapaa toimijana tai vastuullisena – päinvastoin kuin terapeutti ehdotti. Toisaalta oman toimijuuden häivyttäminen muistuttaa Tainion (1997) määrittelemää preferoimattomissa vastauksissa esiintyvää selittelyjen muotoilutapaa, jossa korostetaan, että preferoimaton toiminta ei ole kenenkään syytä; juuri passiivin käyttö on siinä hyödynnetty keino. Potilaan vuoron lopussa osoittautuu, että hän ei pidä itseään vastuullisena, kuten terapeutti ehdotti, sillä ”tämmöset jutut olis vaikka pääosin vaan tuurista [kiinni]”. Toisaalta hänen ajatuksensa ei ole, että ”pitäs jo osata” kuten terapeutti formuloi, vaan yleisempi ”eikö se (...) nyt riittäisi”.

5.1.2 Kyllä mutta -rakenne

Mutta-rakenteen käyttö osoittaa jo vahvemmin erimielisyyttä, sillä mutta-sana aloittaa selkeästi edeltävän myöntymisen suhteen vastakohtaisen osion. Myös Pomerantz (1975) mainitsee mutta-sanana yleisenä tapana yhdistää samassa vuorossa esiintyvä samanmielisyys ja erimielisyys sekä merkitä siirtymä osiosta sille vastakohtaiseen osioon. Tämä kategoria onkin aineistossani huomattavan laaja: siihen paitsi kuuluu lukuisia erimielisyystapauksia, ne myös jakaantuvat useaan alakategoriaan. Aineistoni perusteella kyllä mutta -rakenne on siis potilaan yleisin tapa osoittaa erimielisyyttään terapeutin tekemiä formulaatioita ja tulkintoja kohtaan. Kategoriaan kuuluvien erimielisyystapausten potilaan esittämät vastausvuorot ovat hyvin tyypillisiä preferoimattomia jälkijäseniä. Niistä löytyy kaikki Tainion (1997) määrittelemät tällaisille vuoroille tyypilliset piirteet: viivytyks, monipolvisuus ja selittely. Kategorian tapauksissa potilaan vastauksia erottaa, tekeekö hän paitsi-muotoisen tarkennuksen, esittääkö hän lievennyksen tai lisänäkökulman, tekeekö hän enemmän korjaavan tarkennuksen tai tällaisen tarkennuksen, joka sijoittuu kyllä- ja mutta-osien väliin.

5.1.2.1 Paitsi-muotoinen rajaus

Tässä alakategoriassa potilas ei käytä samanmielisen ja erimielisen osion erottimena mutta-sanaa vaan niitä erottaa sana ”paitsi”. Pidän sitä kuitenkin lähes rinnasteisena mutta-sanalle, sillä molemmat osoittavat yhtä selkeästi siirtymistä vastakkaiseen osioon puheessa ja samalla toimivat merkinä edeltäneen osion samanmielisyyden varauksellisuudesta. Suurin ero sanojen välillä on, että paitsi-sana selvästi rajaa jotakin pois. Koska aineistoni erimielisyystilanteissa paitsi-sanaa esiintyy hyvin harvoin ja koska se on niin samankaltainen mutta-sanana kanssa, nämä tapaukset on luokiteltu omaksi alakategoriakseen kyllä mutta -rakenteen alle. Toisaalta paitsi-sanana rajauksen tekevästä luonteesta johtuen tapaukset luokiteltiin omaksi kategoriakseen eivätkä muihin mutta-alakategorioihin. Koska paitsi-sana rajaa pois tietyn asian ja siten kiistää terapeutin näkemyksen enintäänkin vain osittain, voi tämän alakategorian ajatella sijoittuvan myös kyllä ja - ja kyllä mutta -kategorioiden välille.

Tämän kategorian erimielisyystapauksissa potilas esittää lisänäkökulman tai tarkennuksen, joka rajaa alaa, jota terapeutin esittämä formulaatio tai tulkinta on käsitelty. Näin potilas pyrkii jälleen kyseenalaistamaan terapeutin näkemykseen sisältyvän tulkinnan. Tämänkin kategorian erimielisyystilanteet noudattavat Bercellin ym. (2008) havaitsemaa tapaa vastata erimielisesti terapeutin esittämään tulkintaan: ensin potilas esittää varauksellisen hyväksynnän, jota seuraa hyväksynnän varauksellisuuden perusteleminen. Tämän kategorian tapauksissa potilas perustelee varauksellisuuttaan osoittamalla tietyn rajatun alueen, johon terapeutin oletukset eivät päde.

Ote 4. Pari hyvää kautta.

1 T: Mut että tavallaan jos sä niinku vertaat omaa oloos ni krh
2 kryhm .hhhhh (-) jos aatellaan millon sä aattelet että sä
3 oot huonommas kunnossa ku sillon .hhhhhhh ja
4 P: Mmmm.
5 T: KRYHM niin tää (.) ts niin sillon sä olit niinkun viel
6 kotona.
7 (.)
8 P: Mmm-m.
9 (.)
10 T: Mmm.
11 (.)
12 T: Eli sen jälkeen on niinku menny huonommin.
13 (.)
14 -P: O:n paitsi (.) no siinäki on sit on välillä ollu (.) pari
15 hyvää kautta (.) m-m s::: mä oon oikeestaan sen jälkeen
16 (.) kotoo lähdin niin oon kyllä ollu niitä paria kautta
17 lukuunottamatta koko ajan mielenterveysongelmainen (.) ja
18 no eihän sitä nyt tiedä mitä (.) niinku ongelmia niissäkin
19 jotain (-) on epäilty.
20 (.)
21 P: Mutta tota (.) s-se on (.) koko aika ja (.) toisaalta se on
22 sit se on vähän hämää kysymyksensä mut mitä mä oon
23 yrittäny miettiä et .hhhhh (.) milloin ja missä mitassa ne
24 mun mielenterveysongelmat (.) nuoruudessa alko et mitkä
25 asiat sit vaan kenties (.) peitti tai siirsi tai muuta
26 niitä mut (.) .hh (.) ei mulla nyt varmaan silloin enää
27 pääkoppa ollu ihan kunnossa ku mä oon itteeni päättäny
28 viillellä mut ei mulla siitä ajasta kuitenkaan mul ei oo
29 niinku (.) kovin selkeitä mielenterveysongelma muistoja et
30 mä osaisin sillai sanoo mikä ois ollu vikana tai muuta.
31 (.)

Potilas ja terapeutti ovat keskustelleet keinoista, jotka voisivat parantaa potilaan oloa. Potilas toteaa, että hänen on vaikea arvioida, onko mikään keino ylipäättään auttanut häntä, sillä hän kokee olevansa nyt pahemmassa tilanteessa kuin joitain vuosia sitten. Pohtiessaan tarkemmin ajankohtaa, jonka jälkeen hänen tilansa on pahentunut, hän mainitsee, että tuona ajankohtana hän asui vielä lapsuudenkodissaan mutta oli juuri muuttamassa pois. Otteen aloittavassa formulaatiossaan terapeutti yhdistää kotona asumisen ja potilaan mielenterveydellisen tilan; hänen mukaansa potilas tuntee olevansa nyt huonommassa kunnossa kuin silloin, kun hän asui vielä kotona. Terapeutti ei saa aluksi potilaalta kunnollista vastareaktiota, joten rivillä 12 hän toistaa päätelmäformulaationsa keskeisimmän osan selkeämmin muotoiltuna: ”eli sen [lapsuudenkodista poismuuton] jälkeen on niinku menny huonommin”.

Potilaan vastaus viipyy mikrotauon verran ennen kuin hän aloittaa vuoronsa rivillä 14 (merkitty nuolella). Hän aloittaa myöntyvällä on-sanalla, joka on kuitenkin tuotettu hieman vastahakoisenkuuloisesti venytetystä o-kirjaimesta johtuen. Erimielisyydestä kertova ”paitsi” seuraa välittömästi ja osoittaa myöntymisen vain osittaiseksi. Hyvin lyhyen tauon jälkeen potilas jatkaa ja selittää osittaista erimielisyyttään: hänellä ”on välillä ollu pari hyvää kautta”. Tämän jälkeen hän palaa perustelemaan samanmielisyyttään ja myöntää, että ”oikeestaan sen jälkeen [kun] kotoo lähdin niin oon kyllä ollu niitä paria kautta lukuun ottamatta koko ajan mielenterveysongelmainen”. Potilas jatkaa erimielisyytensä lieventämistä ja lisää, että näinä hyvinä kausina hänellä on saattanut olla mielenterveysongelmia.

Yleisesti potilas vaikuttaakin samanmieliseltä pikemmin kuin eri mieltä olevalta; tämä näkyy esimerkiksi siinä, että vuorossa ei ole lähes lainkaan vuorovaikutuksellisista ongelmista kertovia piirteitä kuten etenemis- tai puheentuottamisvaikeuksia. Hieman enemmän taukoja sijoittuu riveille 14 ja 15 juuri kohtaan, jossa potilas kertoo osittaisesta erimielisyydestään. Preferoimattomuuteen suuntautumisesta kertoo myös potilaan halu tarjota pitkä selitys näkemykselleen. Pitkän erimielisyyden lieventämisen jälkeen potilas ikään kuin aloittaa vuoronsa uudelleen rivillä 21 ja esittää aivan uuden syyn erimielisyydelle. Uusi vuoro on muodoltaan edellä esitellyn ”kyllä mutta” -kategorian lisänäkökulma-vastauksen kaltainen. Vuoro alkaa samanmielisyyden kyseenalaistavalla mutta-sanalla, jota seuraa lisänäkökulmasta kertova ilmaus

”toisaalta”. Kuten edellisessä vuorossa, ongelmallisuutta ilmentävät tauot keskittyvät vuoron alkuun, jossa potilas esittää erimielisyytensä. Hän toteaa, että on ”vähän hämärä kysymys”, milloin hänen mielenterveysongelmansa ovat alkaneet, mutta hän epäilee kärsineensä niistä jo nuorena. Potilas ei kiistä suoraan terapeutin formulaatiota tai edes viittaa siihen enää. Sen sijaan tämä erimielisyysnäkökulma sekä ensimmäiseksi esitetty syy erimielisyyteen siirtävät hienovaraisesti huomion pois kodin positiivisesta vaikutuksesta mielenterveysongelmiin – kuten formulaatiosta oli tulkittavissa.

5.1.2.2 Lievennys

Lievennys-erimielisyystapaukset muistuttavat kyllä ja -kategorian alakategoriaa ”korjaava tarkennus”. Kategoriassa potilas kuitenkin tarkensi huomionsa vain tiettyyn seikkaan terapeutin formulaatiossa tai tulkinnassa ja korjasi terapeutin esittämää näkemystä siihen liittyen. Kyllä mutta -kategorian lievennys-alakategoriassa potilas sen sijaan korjaa formulaation tai tulkinnan sisältöä kokonaisvaltaisemmin: vastausvuorossaan hän esittää oman, lievemmän versionsa formulaation tai tulkinnan perusoletuksesta ja yrittää jopa kääntää sen päinvastaiseksi.

Toimintatapa on hieman samankaltainen kuin MacMartinin (2008) tutkimissa potilaan positiivisessa sävyssä esittämissä kysymyksissä, joita terapeutin hyödyntävät ratkaisukeskeisessä terapiassa. MacMartin havaitsi potilaiden usein vastustavan tällaisia kysymyksiä ja omassa vuorossaan väheksyvät niihin sisältyviä oletuksia – ikään kuin lieventävät terapeutin tekemää positiivista arviota. Osa aineistoni lievennys-kategoriaan kuuluvista tapauksista on tämän kaltaisia, mutta osassa potilas toimii aivan päinvastoin ja esittääkin itse positiivisemmän näkemyksen eli lieventää terapeutin negatiivissävyisiä oletuksia. Tästä johtuen kategoriassa ilmenevää tapaa osoittaa erimielisyyttä ei voi pitää suoraan verrannollisena MacMartinin havaintoihin. Seuraava aineisto-ote havainnollistaa kuitenkin samankaltaista tilannetta.

Ote 5. Isoja askelia eteenpäin.

```

1      T:      .hfff Mut et itseasias sit kaikenkaikkiaan mitä sä oot
2          kertonu niin sä oot tehny monenlaisii niinku tämmösii (.)
3          uusia positiivisia asioit siis se (.) .hhhhh (.) saanu
4          lukemisen alkuu ja käyny konsertissa ja osal- liittyny
5          .hhhhhhh (.) m-järjestöön ja menossa tämmöseen

```

6 tilaisuuteen.
7 (.)
8 P: Joo:.=
9 T: =Sehän on (.) eiks ne oo kauheen iso- e::: isoja askelia
10 eteenpäin tavallaa.=
11 -P: =O:n se mut s:anotaan ettei se nyt niinku ei se iha:n
12 niin ongelmatonta sit oo omassa mielessä.=Ku en mä (.) mä
13 sanoin miehelle justtiinsa et nyt on ollu sillai hyvä
14 jaksava olo. (.) Ehkä mä oon saanu jotai mm (.) (-)
15 parempaan kuntoon mutta .hhhhh (.) toisaalta mä pelkään
16 että nyt mulle pukkaa joku (.) hypomania päälle ja sit mä
17 teen suuruudenhullut suunnitelmat enkä onnistu missää ja
18 .hhhhhhhhh ja: mulla ei oo mitään varmaks todettua
19 hypomania jaksoa mutta mulla on ollu välillä
20 kakssuuntasen mielialahäiriön diagnoosi ja sen lääkärin
21 mielestä mulla oli pari (.) selkeetä jaksoa semmosta
22 elämässäni ja.

Tämän otteen formulaatiossa terapeutti palaa pitkälle taaksepäin keskustelussa. Hän on keskustellut pitkään potilaan kanssa potilaan sosiaalisista ongelmista ja tulevista sosiaalisista tapahtumista, joissa onnistumista potilas jännittää. Formulaatiossaan terapeutti tiivistää ”kaikenkaikkiaan mitä sä [potilas] oot kertonu” istunnon aikana sosiaalisista tapahtumista, joihin potilas on viime aikoina osallistunut. Terapeutti huomauttaa, että itse asiassa potilas on ”tehny monenlaisii niinku tämmösiä uusia positiivisia asioit”. Edeltäneessä keskustelussa potilas on keskittynyt tapahtumiin liittyviin ongelmiin, mutta tällä formulaatiolla terapeutti yrittää kääntää näkökulman positiiviseksi. Vaikka formulaatiossa on siis päinvastainen näkökulma kuin potilaan puheessa, johon se perustuu, terapeutti esittää sen sujuvasti ja ongelmitta. Ehkä tällaisten lievästi erimielisten näkemysten esittämiseen ei suuntauduta ongelmallisena, jos ne koskevat positiivisia asioita?

Vallitsevasta lievästä erimielisyydestä kertoo tauko, joka edeltää potilaan vastausta. Hän ei kuitenkaan osoita erimielisyyttä sanastollisesti vaan aloittaa vuoronsa selkeällä ”joo”- ilmauksella. Potilas ei ehdi sanoa muuta, sillä terapeutti jatkaa formulaatiotaan välittömästi potilaan lausuttua ensimmäisen sanansa. Terapeutti korostaa omaa näkökulmaansa muotoilemalla sen positiiviseksi kysymykseksi ”eiks ne oo kauheen (...) isoja askelia eteenpäin”. Tällä kertaa potilas aloittaa vastauksensa välittömästi terapeutin lopetettua, vaikka ei olekaan täysin samaa mieltä. Ristiriitaiselta vaikuttava vuorottelujäsennys johtunee terapeutin lisäyksestä, joka keskeyttää potilaan

vastausvuoron: tästä johtuen potilas pyrkii jatkamaan vastaustaan heti tilaisuuden tarjouduttua.

Potilas jatkaa vastaustaan rivillä 11 (merkitty nuolella). Hän aloittaa venytetyllä, hieman vastahakoiselta kuulostavalla mutta myöntyvällä on-sanalla, ja lähes heti sitä seuraava mutta-sana todistaakin myöntymisen olevan vain ehdollista. Heti tämän jälkeen potilas tarjoaa oman näkemyksensä: ”ei se ihan niin ongelmatonta sit oo omassa mielessä”. Hän ei siis kiistä terapeutin formulaation oikeellisuutta, mutta lieventää siihen sisältyvää positiivista näkökulmaa. Tähän saakka vuorossa ei ole etenemis- tai puheentuottamisongelmia, mistä voisi tulkita, että potilas suuntautuu vastaukseensa enemmän samanmielisenä kuin erimielisenä ja siten preferoimattomana. Vuoron loppuosassa on kuitenkin enemmän preferoimattomalle jälkijäsenelle tyypillisiä piirteitä. Ensinnäkin potilas kiirehtii vuoronvaihdon mahdollistavan kohdan yli rivin 12 lopussa, jotta hän saa tarjottua perustelun vastaukselleen; perusteluntarve ja pitkä selittely korostavat vastauksen preferoimatonta luonnetta. Lisäksi selittelyssä on melko paljon lyhyitä taukoja sekä pitkiä hengitystaukoja, vaikka yleisesti puhe on reippaasti etenevää. Perustelun aluksi potilas osoittaa taas varovaista samanmielisyyttä, minkä hän kuitenkin kääntää erimielisyydeksi toisaalta-sanalla aloittaen. Lopulta potilas kääntää koko formulaation sisällön positiivisesta negatiiviseksi: hänen aktiivisuutensa saattaakin olla vain oire alkavasta hypomaniasta.

5.1.2.3 Lisänäkökulma

Lisänäkökulma-alakategoriaan kuuluvat erimielisyystapaukset ovat melko samankaltaisia edellisen kategorian tapausten kanssa, sillä molemmissa potilas ikään kuin vähättelee terapeutin formulaatiossaan tai tulkinnassaan esittämiä ajatuksia. Edellisessä kategoriassa potilas lievensi terapeutin näkemyksen positiivista tai negatiivista sävyä vastakkaiseen suuntaan, mutta tässä kategoriassa hän kyseenalaistaa terapeutin näkemyksen lähes kokonaan. Potilas myöntyy ja osoittaa aluksi samanmielisyyttä, josta hän kuitenkin siirtyy mutta-sanalla välityksellä vastausvuoronsa vastakkaiseen osioon. Siinä hän esittää terapeutin formulaation tai tulkintaan lisänäkökulman, joka ei ole silti pelkkä lisäys, vaan pikemminkin yritys viedä pohja terapeutin esitykseltä. Tällaiset vastaukset muistuttavat toista Bercellin ym. (2008)

tunnistamista tavoista, joilla potilas saattaa osoittaa erimielisyyttään terapeutin tulkintaa kohtaan: potilas esittää varauksellisen hyväksynnän ja sen jälkeen todisteita varauksellisuutensa tueksi. Lisänäkökulma-kategorian vastauksissa potilas menee kuitenkin pidemmälle, sillä todisteita ei esitetä niinkään oman varauksellisuuden perustelemiseksi vaan terapeutin näkemyksen vääräksi osoittamiseksi. Seuraava aineisto-ote havainnollistaa tällaista toimintatapaa.

Ote 6. Aikamoinen pettymys.

1 P: ↑_m (.) m- ([)
 2 T: [Aikamoinen pettymys (0.2) nii.
 3 (.)
 4 T: .hhhh
 5 (1.0)
 6 →P: _No (.) se (.) on mutta toisaalt (2.2) ((nielaus))
 7 (.) eh (0.2) ((niiskaus)) _emmä esimerkiks emmä
 8 osaisi_ (0.4) _n_- (.) _n_- (1.6) eh jos tommosta
 9 voi sit tulla semmosia #jatkoajatuksia et
 10 pitäskö nyt äitin kanssa niinku vaikka jotenki
 11 menneet puida läpi tai semmosta ni emmä osaisi
 12 kuvitellakaan että mä# _jaksasin semmosta_ (0.2)
 13 _ja emmä pysty siihen varmaan koskaan_
 14 (0.8)

Potilas on juuri kertonut terapeutille tapaamisestaan äitinsä kanssa. Tapaamisen kuvailusta kävi selväksi, että äiti ei ollut ollut juurikaan kiinnostunut potilaan kuulumisista. Formulaatiossaan rivillä kaksi terapeutti käsittelee potilaan tunteita, joista hän ei puhunut suoraan, mutta jotka olivat tulkittavissa hänen puheestaan. Terapeutti tiivistää potilaan puheen päätelmäformulaatioksi muotoon ”aikamoinen pettymys”. Hän päättää vuoronsa toteavasti laskevalla intonaatiolla lausuttuun niin-sanaan. Potilas ei aloita vastaustaan heti – tämä ennakoi erimielisyyttä. Rivillä kuusi (merkitty nuolella) potilas ottaa puheenvuoron. Hän osoittaa ensin samanmielisyyttä, mutta myöntävä osuus ”no se on” kuulostaa hyvin epäröivältä katkonaisuutensa takia. Heti sen jälkeen potilas sanookin myöntymisen osittain kiistävästi ”mutta toisaalt”. Tämän jälkeen vuoro katkeaa pitkäksi aikaa taukoihin ja niiskauksiin, jotka viivyttävät varsinaisen erimielisyyden toteamista.

Jatkaessaan vuoroaan rivin seitsemän lopussa potilas alkaa perustella eriävää, preferoimatonta mielipidettään. Hän kertoo, että vaikka syvällisempi keskustelu äidin kanssa olisi mahdollista, hän ei pystyisi ”kuvitellakaan että mä [potilas] jaksasin semmosta” ja että ”emmä pysty siihen varmaan koskaan”. Potilas on siis periaatteessa samaa mieltä terapeutin kanssa, mutta hän esittää lisänäkökulman formulaatioon. Vuoroon sisältyvistä pitkistä tauoista ja muista ongelmista kertovista elementeistä voi päätellä, potilas suuntautuu silti vastaukseensa nimenomaan preferoimattomana eli tässä tapauksessa erimielisenä. Lisäksi hänen esittämänsä lisänäkökulma on sisällöllisesti hyvin erimielinen terapeutin esittämän formulaation kanssa ja oikeastaan vie siltä pohjan kokonaan.

5.1.2.4 Tarkennus

Myös edellisissä kategorioissa potilas on tavallaan korjannut tai tarkentanut eri tavoin terapeutin esittämää formulaatiota tai tulkintaa: hän on esimerkiksi esittänyt siitä lievennetyn version tai tarjonnut lisänäkökulmia. Tässä kategoriassa tarkennus liittyy formulaation tai tulkinnan keskeiseen sisältöön ja on luonteeltaan korjaavampi, mikä kertoo myös suuremmasta erimielisyydestä. Katteoria on niin sanotusti sukua kyllä ja -kategorian tarkennus-alakategorioille, mutta erimielisyyden määrä on kasvanut. Se näkyy juuri korjauksen kokonaisvaltaisuudessa, sillä enää ei ole kyse jonkin pienen seikan tarkentamisesta vaan formulaation tai tulkinnan perusoletuksen muokkaamisesta. Puheessa erimielisyyden kasvu näkyy juuri mutta-sanalla valitsemisena sekä preferoimattomasta vastauksesta kertovien piirteiden lisääntymisenä; potilaan puhe on entistä katkonaisempaa, polveilevampaa ja selittelevämpää. Seuraava aineisto-ote näyttää, kuinka nämä seikat ovat ilmenneet eräässä tällaisessa erimielisyystapauksessa.

Ote 7. Täsmällisempi juttu.

1 T: Ja se saa sut jotenki pelkäämäänki.
 2 (1.0)
 3 P: ((niiskaus))
 4 (1.2)
 5 P: K- [nii.
 6 T: [Tulevaisuutta ja,=
 7 →P: =Ts::illon joo: (0.2) m::ut jos (0.4) tulee just
 8 mieleen joku semmonen (1.4) täsmällisempi juttu
 9 etenki mi°tä niinku° (0.6) ((niiskaus)) (0.4) ↑mm
 10 (.) voi °tapahtua ja° (2.2) ne on sit vähä (1.0)

11 usein ne on semmosia liioteltuja (0.2) .hhh (.)
 12 pelkoja ehkä jostain tulevista tapahtumista
 13 tai (0.4) °m:::° (0.2) tulevaisuuden suunnitelmista tai
 14 °näin° (.) °()°.
 15 (4.0)

Ennen otteen alkua potilas on selittänyt melko pitkään tunteestaan, että hän ei voi enää luottaa, että hänen kohdalleen ei osuisi lisää ikäviä asioita. Potilaan mielestä ihmiset suhtautuvat yleensä esimerkiksi traagisiin televisiouutisiin ajatteleamalla, että sellaista ei voisi sattua heille itselleen; potilas itse kuitenkin kokee menettäneensä tämän uskon. Otteen aloittavassa vuorossa terapeutti tiivistää potilaan edeltäneen puheen päätelmäformulaatioksi, jossa hän toteaa, että ”se saa sut jotenki pelkäämäänki”. Terapeutti ei kehystä formulaatiota usein hyödynnetyillä fraaseilla kuten ”sinä sanoit”, mutta hän aloittaa sen ja-sanalla, mikä osoittaa hänen vuoronsa perustuvan tiiviisti potilaan aiempaan puheeseen: terapeutti ikään kuin samanaikaisesti jatkaa potilaan vuoroa ja kiteyttää sen sisällön.

Terapeutti ei kuitenkaan saa heti potilaalta vastausta. Potilas on hieman itkuinen, ainoastaan hänen niiskautuksensa rivillä kolme rikkoo yli kahden sekunnin mittaisen hiljaisuuden. Koska terapeutti ei saa haluamaansa vastausta, hän tekee uuden yrityksen ja jatkaa edellistä vuoroaan lisäämällä siihen rivillä kuusi ”tulevaisuutta ja” selvennyksen. Potilas sattuu aloittamaan viipyneen vastauksensa samaan aikaan, jolloin hänen myöntävä ”nii”-lausumansa rivillä viisi jää terapeutin uuden aloituksen jalkoihin. Potilas kuitenkin tarttuu heti seuraavaan tilaisuuteen ottaa vuoro itselleen. Vaikka terapeutin jatkovuoro rivillä kuusi päättyi ja-sanaan, kertovat äänenpaino sekä puheen sisältö, että hän saattaisi päättää vuoronsa tähän – on potilaan tehtävä täydentää, mitä muuta hän pelkää. Niinpä potilas aloittaa vuoronsa, tai pikemminkin jatkaa kesken jäänyttä vuoroaan, välittömästi ja-sanon jälkeen rivillä seitsemän (merkitty nuolella). Välitön siirtymä vuorosta toiseen ei ole tyypillinen preferoimattomalle jälkijäsenelle ja sen voisi tulkita puoltavan potilaan vuoron preferoitua statusta, mutta juuri edellä kuvatusta keskeytyksestä johtuen näin ei ole. Preferoimattomuuteen liittyvä viivytys tehtiin ennen rivin viisi vastausta, ja nyt varsinaisen vastauksen alkaessa potilas vain jatkaa keskeytettyä vuoroaan.

Vuoron aloittava myönnytys ”sillon joo” on hyvin epävarma ja viivytelty, mikä näkyy ylimääräisessä ts-äänteessä sekä sanojen ja kirjainten venyttämässä. Potilas venyttää edelleen myös siirtymää erimieliseen osioon tauolla ja mutta-sanalla alun pitkittämisellä. Hän välttelee erimielisyyden suoraa ilmaisua lisäämällä mutta-sanalla perään jos-konditionaalin sekä pitämällä taas tauon puheessaan. Rivin seitsemän lopussa hän pääsee varsinaiseen preferoimattomaan, erimieliseen sisältöön: ”tulee just mieleen joku semmonen täsmällisempi juttu”. Viittaamalla ”mieleen tulemiseen” potilas hyödyntää erästä Tainion (1997) kuvailemaa tapaa muotoilla preferoimaton jälkijäsen: vastaus perustuu tietoon, johon vain potilaalla itsellään on pääsy. Potilaan tarjoama tarkennus kohdistuu formulaation keskeisimpään sisältöön, pelkäämiseen. Hän ei kiistä terapeutin esitystä kokonaan, mutta korjaa, että pelko ei ole yleistä tulevaisuudenpelkoa vaan liittyy johonkin ”täsmällisempään juttuun” ja toisaalta tällaiset pelot ovat yleensä ”liioiteltuja”. Puhe on tuotettu erittäin vaivalloisesti ja kerronnan eteneminen katkeaa jatkuvasti. Varovaista vaikutelmaa korostaa, että potilas lausuu useat sanat ainakin osittain muuta puhetta hiljaisemmalla äänellä. Puheentuottamisen ongelmat johtunet osittain potilaan itkuisesta mielentilasta, jossa puhuminen on vaikeaa, mutta ne täyttävät myös täysin aiemmin esiteltyt preferoimattoman jälkijäsenen tyypilliset piirteet ja siten kertovat myös potilaan selkeästä erimielisyydestä.

5.1.2.5 Tarkennus ”kyllä”- ja ”mutta”-osien välissä

Tämä kategoria on melko samanlainen edellisen tarkennus-kategorian kanssa ja on sen tavoin läheistä sukua kyllä ja -kategorian tarkennus-alakategorioiden kanssa. Kategorioiden erimielisyystapaukset eroavat silti merkittävästi toisistaan paitsi kielellisten yksityiskohtien myös erimielisyyden määrän osalta. Tämä on viimeinen ja siten eniten erimielisyyttä sisältävä kyllä mutta -kategorian alakategoria. Erimielisyyden vahvuus näkyy potilaan vastausten rakenteessa: vuoronalkuista myöntymistä seuraa suoraan kieltäminen, josta palataan myöntävämpään näkökulmaan mutta-sanalla kautta. Alakategoriaan sisältyvät erimielisyyden osoitukset ovat siis melko poikkeuksellisia aiemmin esiteltyihin tapauksiin verrattuna. Huomionarvoista on erityisesti, että muista kyllä mutta -kategorian alakategorioiden poiketen tässä alakategoriassa mutta-sanalla ei siirrytä myöntävästä osiosta erimieliseen vaan päinvastoin. Lisäksi tässä kategoriassa alun myöntymistä ei sidota vuoron vastakkaiseen osaan millään tavalla, vaan siirtymä

tehdään suoraan. Karkeasti muotoiltuna potilaan vastaukset noudattavat siis rakennetta ”kyllä – ei – mutta kyllä”. Tällaiset vastaukset on silti perusteltua lukea kyllä mutta - kategorian alle ja tälle kohtaa erimielisyyden määrän jatkumoa. Ensinnäkin erimielisyys ei ole kovin paljon suurempaa kuin edellisissä kategorioissa, vaikka rakenteellisesti se on esitetty hieman suoremmin. Toisekseen mutta-sana toimii samankaltaisessa tehtävässä kuin muissa kategorian alakategorioissa: yhdistää vastakkaisia osioita ja auttaa pehmentämään preferoimatonta vuoroa.

Ote 8. Klassisinta.

1 T: .mts mut onks tossa sit semmonen että kun sä olit sairas
 2 >sill(o)< .hhhh (0.4) ja sä itkit (0.2) kö (0.2) tai (0.2)
 3 jäiks mulle oikee mielikuva viime kerral siitä et sit ku
 4 .hhhhh #oli::# (.) sairaalassa ja lääkäri:ssä ja
 5 (kaikennäköst) toimenpidettä ja muuta että sitte siel (.)
 6 oli paljonki semmosta et sua itketti ja.
 7 (1.0)
 8 -P: J:ooo? =kyllä,
 9 (2.2)
 10 -P: kyllä niissä tota (0.6) ei sen tyyppistä mikä on kaikkein
 11 klassisinta siis joku (0.2) m- (.) m- (.) verik[↑]okeissa
 12 itkeminen tai [↓]semmonen en mä semmosista nyt (0.4) .hhhh
 13 → itkeny enää sit (0.6) m- (.) mitenkään mutta (0.6) muuten
 14 oli (1.6) oli joo semmosta (.) #m::# (.) ja ehkä se liittyy
 15 sit johonki mh (4.0) ikäviin (0.2) päätöksiin tai
 16 #semmosiin helposti# et jos vaikka kiellettiin lähtemästä
 17 ulo:s?
 18 (1.2)

Tämä aineisto-ote havainnollistaa, miten potilas saattaa muotoilla vastauksensa kategoriaan kuuluvissa erimielisyystapauksissa. Otteen aluksi terapeutti palaa edelliseen terapiaistuntoon ja formuloi potilaan silloista puhetta. Hän kehystää puheensa formulaatioksi toteamuksen oloisella kysymyksellä ” jäiks mulle oikee mielikuva” ja hieman vaivalloisesti edeten pääsee vuoronsa lopussa, rivillä kuusi sen keskeisimpään sisältöön: ”oli paljonki semmosta et sua itketti”. Terapeutti päättää formulaationsa hieman avonaisesti sanoa ”ja”, mutta toisaalta sen laskeva äänenpaino antaa myös olettaa, että vuoro päättyy. Potilaan vastausta edeltävä tauko saattaisi siksi osittain johtua väärinkäsityksestä, että potilas ei ymmärrä terapeutin haluavan siirtää vuoron hänelle. Toisaalta terapeutin vuoron voi tulkita myös esilaajennukseksi esimerkiksi kysymykselle, jolloin potilas toimii aivan odotetusti jättäessään terapeutille

mahdollisuuden jatkaa. Potilaan rivillä kahdeksan aloittaman vastauksen jälkeinen tauko on kuitenkin niin pitkä, että terapeutin ei voi enää olettaa haluavan jatkaa, joten todennäköisin tulkinta hänen vuorolleen ei vaikuttaisikaan olevan esilaajennus vaan pelkkä formulaatio.

Potilaan vastaus alkaa siis rivillä kahdeksan. Hän esittää kaksinkertaisen myöntymisen, sekä sanalla ”joo” että sanalla ”kyllä, mutta puhe on muotoiltu hyvin varaukselliseksi äänneitä venyttämällä ja käyttämällä kysyvää äänenpainoa. Oletusta myöntymisen varauksellisuudesta, sekä koko vastauksen preferoimattomuudesta, vahvistaa heti seuraava pitkä tauko. Rivillä 10 potilas jatkaa vastaustaan ja aloittaa taas myöntävästi ”kyllä niissä tota” -lausumalla. Tätä kolmatta myöntymistä seuraa jälleen tauko. Nyt potilas ei kuitenkaan tuota lainkaan vastakohtaiseen osioon siirtymisestä kertovaa partikkelia vaan aloittaa erimielisen osuuden suoraan tauon jälkeen. Hän tarkentaa tai hieman korjaa terapeutin formulaation oletusta: itkettäminen ei ollut ”sen tyyppistä mikä on kaikkein klassisinta siis joku (...) verikokeissa itkeminen tai semmonen”.

Mielenkiintoista on, että erimielisyys on esitetty edellä kuvatulla tavalla suoraan ja vuoron alkuosassa, mutta se on silti tuotettu ilman merkittäviä puheentuottamisen tai etenemisen ongelmia. Niiden puuttuminen osoittaa, että erimielisyys ei ole aivan niin vahvaa kuin pelkästä vuoron rakenteesta voisi päätellä. Ongelmia alkaa kuitenkin ilmetä heti erimielisyyden osoittamisen jälkeen, kun potilas alkaa rivin 13 lopussa perustella erimielisyyttään, ja ne jatkuvat hänen vuoronsa loppuun asti. Seuraavalla rivillä hän palaa mutta-sanalla avulla samanmieliseen näkemykseen, tosin vain lyhyeksi aikaa. Lopuksi hän esittää vielä lisänäkökulman ”ja ehkä se liittyy sit johonki ikäviin päätöksiin tai semmosiin”. Tämä todistaa, kuinka potilas hyödyntää vastauksessaan yhtä Madillin ym. (2001) määrittelemistä vastarintastrategioista: potilas ikään kuin vastaa kysymykseen, mikä häntä itketti, mutta jättää kokonaan huomiotta aspektin paljon itkemisestä.

5.1.3 Kyllä tai -rakenne

Kuten edellä esitelty kyllä mutta -rakenne, myös kyllä tai -rakenne kiistää jotakin terapeutin formulaatiosta tai tulkinnasta, vaikka ensin näennäisesti hyväksyy sen. Kyllä

tai -kategorian erimielisyys-tapauksissa potilas kuitenkin kumoaa suuremmin kyseisen osan terapeutin näkemyksestä. Mutta-sanana tavoin partikkeli ”tai” johdattaa myöntyvistä osiosta vastakohtaiseen, erimieliseen osioon, mutta sanana tekee suuremman eron näiden osien välille: ”mutta” kyseenalaistaa jonkin seikan, ”tai” esittää jotakin kokonaan toisenlaista. Tästä johtuen tai-sanana käytön voi olettaa enteilevän suurempaa erimielisyyttä tai vahvempaa erimielisyyden osoitusta. Yleisesti kategoriaan kuuluvien erimielisyystapausten vastausvuorot noudattavat jo edellä määriteltyjä Tainion (1997) luokittelemia preferoimattoman jälkijäsenen piirteitä. Tapaukset eivät ole läheskään yhtä yleisiä edellisen kategorian tapausten kanssa, ja ne jakaantuvatkin vain kahteen alakategoriaan ”tarkennus” ja ”tai ei -rakenne”.

5.1.3.1 Tarkennus

Kuten kahdessa aiemmassa kategoriassa, osittaisen myöntymisen yläkategorian kyllä ja - sekä kyllä mutta -kategorioissa, myös tässä kategoriassa on alakategoria ”tarkennus”. Erimielisyyden määrä on kuitenkin suurempi kuin edellisissä tarkennus-kategorioissa: esitetty korjaus tai tarkennus on yhä kokonaisvaltaisempi ja kyseenalaistaa yhä voimakkaammin terapeutin esittämän formulaation tai tulkinnan sisältämät perusoletukset. Rakenteelliset seikat sekä puheen muotoilu noudattaa samaa preferoimattomille jälkijäsenille tyypillistä mallia; selvimmän eron tekee sanavalinta ”tai”. Seuraavan aineisto-otteen avulla havainnollistan, kuinka tällaisesta pienestä yksityiskohdasta voi ennustaa puhujan olevan jo melko voimakkaasti erimielinen etujäsenen esittäjän kanssa.

Ote 9. Tää on väärin.

1 T: .mth< (.) viimeks sä sanoit et se on jotenki semmonen
2 niinku (.) .hhhhh (0.2) asia jost sulle tulee edelleen
3 niinku semmonen olo et voiko (.) voiko niin tosiaan
4 käydä tai et tää on väärin et onks tää tosiaan totta
5 ett[ä (mä oon).
6 P: [↑(mh)
7 (1.0)
8 →P: N:joo tai °m::: ↑m::° (.) nykyään ehkä o- (.) on (.)
9 tajunnu siis että (0.2) kyllä niin (0.2) kävi (1.6)
10 kävi sitte (0.4) siihen liittyy kuitenkin just se
11 kysymys et se on .hhhhh esimerkki semmosista (0.4)
12 tilanteista jo silloin aikanaan (0.4) ((niiskausta))
13 (0.8) kmh tapahtuma-aikaan ja sen jälkeen (3.4) °tse

14 oli vähä semmosta° (1.0) °tse oli vallalla varmaan
 15 semmonen ajatus°.
 16 (1.0)

Ennen otteen alkua potilas ja terapeutti ovat keskustelleet siitä, kuinka vaikea potilaan oli luopua koiristaan ja kuinka iso muutos se on ollut hänen elämässään. Otteen aluksi terapeutti viittaa samaa aihetta koskevaan keskusteluun edellisellä terapiakerralla. Hän aloittaa vuoronsa merkitsemällä sen selkeästi potilaan puheen formulaatioksi ”viimeks sä sanoit” -lausumalla. Terapeutti esittää kaksi tai-sanalla vaihtoehtoiseksi merkittyä näkemystä potilaan kuvailemasta tunteesta: ”voiko niin tosiaan käydä” ja ”tää on väärin et onks tää tosiaan totta”. Puheessaan terapeutti korostaa tilanteen vaikeuden syvyyttä painottamalla, että potilaasta tuntuu ”edelleen” tällaiselta. ”Voiko”- ja ”käydä”- sekä ”väärin”-sanojen painottaminen kertoo, että terapeutti tulkitsee potilaan suhtautuvan tilanteeseen lisäksi epäoikeudenmukaisena tapahtumana tai sattumuksena. Formulaatiovuorossa on muutama tauko ja toisto, mutta ne eivät tee siitä hankalasti etenevää tai muutoin ongelmallisen kuuloista. Useista painotuksista johtuen vuoro kuulostaa päinvastoin hyvin itsevarmalta; epävarmuuteen ei pitäisikään olla syytä, sillä terapeutti ainoastaan toistaa potilaan puhetta suoraan mitään lisäämättä.

Potilas ei kuitenkaan aloita vastaustaan heti, jolloin herää odotus preferoimattomasta jälkijäsenestä. Rivillä kahdeksan alkava vastaus (merkitty nuolella) osoittaa vain hieman vastahakoista myöntymistä. Vaikka vuoro alkaa myöntyvällä joo-sanalla, sen lausumistapa kertoo päinvastaisesta: eteen lisätty venytetty n-äänne saa sen kuulostamaan epäröivältä tai vastahankaiselta. Potilas jatkaa välittömästi tai-sanalla, joka kertoo jo selvemmin, että hän ei ole täysin samanmielinen vaan aikoo esittää oman vaihtoehtoisen näkemyksensä. Vastauksen eteneminen katkeaa tämän jälkeen miettiväiseen muminaan. Potilas jatkaa taukojen erottamalla varovaisella ”nykyään ehkä o-” -lausumalla, jossa hienovarainen erimielisyys jatkuu. Asia oli ehkä joskus kuten terapeutti ehdotti formulaatiossaan, mutta potilas kertoo ymmärtäneensä, että ”kyllä niin (...) kävi”. Tämän tuottaminen puheeksi on potilaalle hyvin vaikeaa, sillä osiossa on useita etenemisongelmia kuten edellä mainittu mumina ja tauot. Vaikka potilas myöntyy ainakin osittain sanastollisella tasolla, nämä ongelmat kertovat, että hän suuntautuu vastaukseensa nimenomaan preferoimattomana.

Ilmaistuaan eriävän näkemyksensä potilas palaa käsittelemään kysymyksiä, joita terapeutti formuloi. Potilas myöntää, että ”siihen liittyy kuitenkin just se kysymys”, joka on ”esimerkki semmosista tilanteista”. Tämä aloittaa potilaan vastauksen perusteluosuuden. Tässä tapauksessa hän ei niinkään perustele eriävää näkemystään, kuten yleensä preferoimattomissa vuoroissa, vaan pikemmin vastauksensa samanmielistä osaa. Tämä johtunee siitä, että potilas ei varsinaisesti kiistä terapeutin formulaatiota vaan hän tarkentaa sen oletuksia: potilas ajatteli näin joskus, mutta ei enää. Vaikeasti edenneen vuoronsa päätteeksi potilas esittääkin tämän suoraan sanoessaan, että ”tapahtuma-aikaan ja sen jälkeen (...) oli vallalla varmaan semmonen ajatus”. Osittaisesta myöntymisestä huolimatta vuoro on loppuun saakka taukojen ja puheentuottamisen ongelmien sävyttämä. Lopun suora myöntyminenkin kuulostaa vastahakoiselta, sillä se on lausuttu muuta puhetta hiljaisemmalla äänellä; näin erimielinen vaikutelma korostuu entisestään.

5.1.3.2 Tai ei -rakenne

Tai ei -rakenteen kategoria on jälleen astetta edeltäjäänsä erimielisempi. Kategorian erimielisyystapausten vastauksissa potilas esittää terapeutin formulaatiosta tai tulkinnasta eriävän näkemyksensä jo melko suoraan. Vuoron alussa on edelleen vähintään näennäinen myöntyminen, mutta sitä seuraa vain tai-sanana erottama suora erimielisyyden osoitus, joka aloitetaan ei-sanalla. Muilta osin potilaan vastaukset noudattavat edelleen Tainion (1997) aiemmin kuvailtua erittelyä preferoimattomien jälkijäsenten tyypillisistä piirteistä.

Ote 10. Semmonen vaihde.

```

1      T:      Ja hän halus tietää siitä kaiken ja,
2              (1.4)
3      T:      Vai,?
4              (0.2)
5      -P:      <N:::ii tai ei nyt> (0.2) `t ei hän nyt sillee(0.4)
6              kaikkfeaf tyyliin halunnu ihan (.) .hhhh tietää (1.2)
7              #paljo#< (.) paljo kyllä ja #n:::# tse nyt ts:::e niinku
8              hän meni (.) päälle semmoseen vaihteeseen mitä .hhhh
9              että (0.2) #vaa että# _nyt_ tuntuu niin samalta ku
10             mitä tuntu sillon ku (0.2) .hhhh (0.2) tsilloin ku
11             tota (.) hänet petettiin ja jätettiin ja (.) mhhh (.)
12             mhhh >tsillä< sitte oli sitä jo (0.2) joit#ain päiviä#

```

13 _siellä_ kotona (0.6) .hhhh
 14 (1.2)

Potilas on edeltäneen keskustelun aikana kertonut terapeutille riidastaan avomiehensä kanssa. Riita koski potilaan ja hänen miespuolisen tuttavansa tapaamista, josta avomies ei ollut tiennyt etukäteen. Potilaan mukaan riitaa pahensi, että hän sanoi asioita väärin eikä osannut kertoa tapaamisesta kaikkea, mitä hänen puolisonsa olisi halunnut tietää. Otteen aloittavassa lyhyessä vuorossaan terapeutti ikään kuin jatkaa potilaan vuoroa formuloimalla sitä. Hän lisää siihen oletuksen, että potilaan puoliso olisi halunnut ”tietää siitä [tapaamisesta] kaiken”. Vuoro päättyy yhtä avoimesti kuin se alkoi, samalla ja-sanalla. Lisäksi terapeutti lausuu viimeisen ja-sanalla nousevalla intonaatiolla, mikä saa odottamaan jatkoa. Potilas ei otakaan vuoroa vaan keskusteluun syntyy melko pitkä tauko. Kun terapeutti ei saa potilaalta reaktiota, hän lisää kysymyksenä lausutun ”vai”.

Potilaan vastaus viipyy edelleen. Hän ottaa vuoron rivillä viisi (merkitty nuolella), mutta viivyttää edelleen vastaamista. Vuoron avaava ”nii” on lausuttu venyttämällä n-kirjainta pitkään, mikä korostaa niin-sanalla hieman erimielistä merkitystä. Lisäksi alun ”nii tai ei nyt” -lausuma on lausuttu kokonaisuudessaan hidastempoisempi. Erimielisyys tuodaan melko vahvasti esiin myös sanastollisesti, heti ainakin osittaisesta myöntymisestä kertovan niin-sanalla jälkeen. Tai-sana kiistää formulaation oikeellisuuden epäsuoremmin, mutta ”ei” osoittaa erimielisyyden täysin suoraan. Tauon jälkeen potilas toistaa näkemyksensä hieman monisanaisemmin ja samalla täydentää sitä: ”t[ai] ei hän [avomies] nyt sillee (...) kaikkea tyyliin halunnu ihan (...) tietää”. Vastahakoisen alun jälkeen potilas siis osoittaa olevansa osittain samaa mieltä terapeutin kanssa ja hän myöntääkin, että hänen puolisonsa halusi ”paljo kyllä” tietää tapaamisesta. Toisaalta kaikkea-sanalla loppuosa on lausuttu hymyilevällä äänellä, jolla potilas keventää formulaation sisällön vakavuutta ja osoittaa siten hienovaraisesti erimielisyyttään.

Potilaan vuoron loppuosa, myöntymisen jälkeen rivin seitsemän puolivälistä eteenpäin, on vastauksen erimielisyyden perustelua. Osiossa on runsaasti puheentuottamis- ja etenemisongelmia kuten taukoja ja toistoa, jotka osoittavat potilaan suuntautuvan vastaukseensa preferoimattomana. Tämä on mielenkiintoista, sillä potilaan näkemys ei

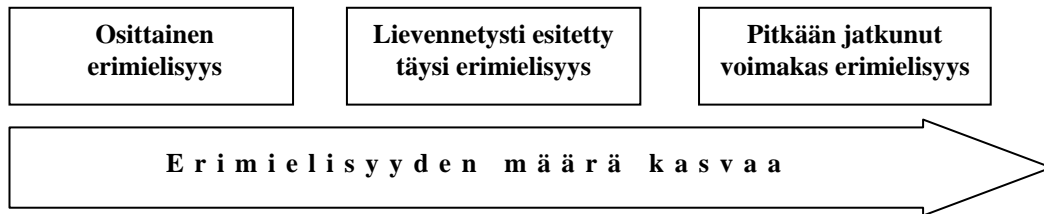
eroa paljota terapeutin näkemyksestä – potilaan selityksellä voisi perustella kumman tahansa mielipidettä. Osa puheen ongelmista saattaakin johtua käsiteltävänä olevasta aiheesta. Perustelussaan potilas ei oikeastaan selitä omaa eriävää näkemystään vaan avomiehensä toimintaa. Terapeutin voi tulkita kritisoivan potilaan avomiestä formulaatiossa, mikä on jo itsessään ongelmallista, mutta asian hankaluutta lisää, että potilas myöntää kritisoinnin osittain aiheelliseksi. Vuoron alkuosassa potilas on pyrkinyt keventämään tätä kritiikkiä esimerkiksi hymyilemällä siitä puhuessaan, ja vuoron loppuosassa hän puolestaan perustelee, miksi hänen puolisonsa on käyttäytynyt kritisoitavalla tavalla.

5.2 Kategoria II: epävarmuuteen vetoaminen

Edellä esitellyt erimielisyystapaukset ja -tyypit kuuluivat osittainen myöntymisen -yläkategoriaan. Ne noudattivat hyvin yleistä tapaa tuottaa preferoimaton jälkijäsen: preferoimattoman sisällön tuottamista viivytellään aluksi esitettävällä myöntymisellä. Alussa tehty myöntymisen myös kuvasi tapauksia hyvin, sillä erimielisyys ei ollut vielä kovin voimakasta niissä ja potilas todellakin oli osittain samaa mieltä terapeutin esittämästä formulaatiosta tai tulkinnasta. Tässä kategoriassa sen sijaan potilas on selkeästi ja yhä enenevässä määrin erimielinen; potilaan näkemys vaihtelee osittaisesta erimielisyydestä lievennetyksi esitettyyn täyteen erimielisyyteen ja lopulta pitkään jatkuneeseen voimakkaaseen erimielisyyteen.

Potilaan erimielisten vastausten merkillepantavin piirre tässä kategoriassa on vetoaminen epävarmuuteen tai epätietoisuuteen. Tämä esitetään yleensä fraasilla ”emmä tiedä”, joka sijoittuu aivan vastauksen alkuun. Näin potilas pyrkii olemaan ottamatta kantaa terapeutin formulaatioon tai tulkintaan, sillä hän on tuskin todellisuudessa epätietoinen asiasta, joka koskee häntä itseään ja josta hän on itse puhunut. Epätietoisuuteen vetoamista voikin pitää merkinä preferoimattomasta sisällöstä potilaan vuorossa, sillä Tainio (1997) mainitsee epäröintiänet ja -sanat yhdeksi yleisistä tavoista viivytellä preferoimattoman vuoron tuottamista. Se vastaa myös Madillin ym. (2001) havaitsemaa formulaatioille suunnattua vastarintastrategiaa, jossa potilas vastustaa käsillä olevaa aihetta. Mielenkiintoista on, että vastarinnastaan

huolimatta potilas suostuu yhteistyöhön terapeutin kanssa ja epäroinnista huolimatta alkaa käsitellä kyseistä aihetta samalla, kun hän perustelee erimielisyyttään.



Kuvio 3. Kategorian II alakategoriat suhteessa potilaan osoittaman erimielisyyden määrään.

5.2.1 Osittainen erimielisyys

Tässä kategoriassa potilaan tapaa osoittaa erimielisyyttään terapeutille leimaa epätietoisuuteen vetoaminen keskustelun siinä kohdassa, jossa potilaalta odotettaisiin kannanottoa. Kategorian tapauksissa potilas ei ole kuitenkaan täysin eri mieltä terapeutin formulaatiosta tai tulkinnasta. Voisi olla siis mahdollista, että potilaalla ei todellakaan ole ainakaan varmaa omaa mielipidettä asiasta, jolloin epätietoisuuteen vetoaminen kertoisi vain näkemyksen puuttumisesta. Alla olevaa aineisto-otetta analysoimalla kuitenkin osoitan, ettei näin ole: myös näissä osittain samanmielisissä tapauksissa erimielisyyteen vetoaminen palvelee nimenomaan konfliktin välttämistä ja preferoimattoman erimielisyyden verhoamista. Tätä oletusta tukevat potilaan vuoroista löytyvät preferoimattomasta vuorosta kertovat tyypilliset piirteet viivyttely, monipolvisuus ja selittelyjen tarjoaminen. Nämä piirteet eivät kuitenkaan ole enää yhtä vahvassa asemassa kuin osittaisen myöntymisen kategoriassa.

Ote 11. Halaaminen.

1 T: Joni (0.2) halua vanhempiaan tai vanhe[mmat häntä.
 2 P: [J::oo::: ja ne
 3 (.) ne halua aina ja m- (.) muaki (0.2) kyllä munki
 4 vanhempien ed(h)estä ja .hhhhh=
 5 T: =Mmm-m.
 6 (1.0)
 7 T: Tuntuuks se sust fhyvältäf.
 8 (4.8)

9 P: Tommone o (1.0) kauhee (0.2) kysymys t(h)ai siis
 10 (0.6) .mts (2.4) m::ä en (1.6) m::ä en jotenkin
 11 (0.6) pysty (2.2) vastaamaan tollaseen se on vähä
 12 sitä (0.2) mmh (0.2) omasta hyvästä tuntumisen (2.0)
 13 ongelmaa mutta (1.4) kyllä mun mielest
 14 pääosin on niinku (0.2) tietysti se on kiva että
 15 ne on tosi: (0.2) semmosia (1.8) mh (0.2) avoimia
 16 ja läheisiä periaatteessa (0.4) verrattuna siihen
 17 mitä on (.) tottunu "että".
 18 (0.2)
 19 T: Mmm.
 20 (0.2)
 21 T: .mts mut sitte sust voi olla kiusallist"aki".
 22 (3.0)
 23 →P: "Emmä oikeestaan" (1.0) "tiedä" se on m:: ts::
 24 <se on vähä> (0.8) #kiikun ja kaakun et# (0.2)
 25 joskus voi olla niinku semmonen olo että ei tee
 26 mieli mut ei se silloinkaan niinku (1.0) h_aittaa.
 27 (0.2)

Otetta edeltää keskustelu perheiden erilaisista halaukäytännöistä. Potilas pohtii, kuinka paljon vanhemmat ja lapset normaalisti halaavat toisiaan; hänellä itsellään on kahdenlaisia hyvin erilaisia kokemuksia siitä. Ote alkaa terapeutin formulaatiolla, jolla hän selventää aiempaa keskustelua: potilaan perheessä ei siis yleensä halata, mutta hänen avopuolionsa perheessä vanhemmat ja lapset halaavat toisiaan. Terapeutti myös huomioi vuoroissaan, että potilaan on ollut vaikea kertoa halaamisesta ja sen riittävydestä. Myös potilaan aiemmista vuoroista, jotka ovat rajattu tämän otteen ulkopuolelle, on kuultavissa, että hänen perheensä halaamistottumukset eivät ole hänen mielestään täysin kunnossa ja se painaa potilaan mieltä. Tämä on koko sekvenssin perusta.

Erimielisyyteen johtava formulaatio alkaa rivillä 21: potilas ei ole jatkanut vuoroaan, joten terapeutti valitsee jälleen itsensä puhujaksi pienen tauon jälkeen. Vuorossaan terapeutti formuloi lyhyesti potilaan edellistä vuoroa; hän kiteyttää vuoron keskeisen sisällön oletukseksi halaamisen kiusallisuudesta. Formulaatio on rakenteellisesti luonteva tässä kohdassa, koska terapeutti ei saanut aiemmin kunnollista vastausta kysymykseensä; formulaation avulla hän yrittää saada potilaan puhumaan haluamastaan asiasta. Toisaalta formulaatio myös osoittaa, että terapeutti käsittelee vastausta, tai pikemminkin sen puuttumista perustelevaa vuoroa, riittämättömänä. Formulaatiossaan

terapeutti ehdottaa itse sopivaa vastausta: avopuolison perheen halaaminen voi olla myös kiusallista. Terapeutin vuoro on muotoiltu toteamukseksi ja jatkoksi potilaan vuoroon. Se alkaa mutta-sanalla ikään kuin kyseessä olisi suora jatko edelliseen, potilaan esittämään virkkeeseen. Vuorossa ei ole kysymyssanoja, ja se päättyy laskevaan intonaatioon kysymistä merkitsevän nousevan intonaation asemesta.

Aiemman vuoron tapaan potilaan vastausta edeltää taas huomattavan pitkä, kolme sekuntia kestävä tauko. Myös vastausvuoron (merkitty nuolella) aloitus rivillä 23 on vastahakoinen. Potilas puhuu tavallista hiljaisemmalla äänellä ja lisäksi heti vuoron alussa on melko pitkä tauko. Nämä korostavat vuoron tuottamisen hankaluutta: potilas on hyvin vastahakoinen ottamaan kantaa terapeutin näkemykseen, joka koskee jo aiemmin ongelmalliseksi osoittautunutta aihetta. Potilaan strategia vältellä kannanottoa on aloittaa vastaus ”emmä oikeestaan tiedä” -lausumalla. Tässä tapauksessa potilas saattaisi kuitenkin olla aloittamassa suoraa kieltämistä. Vaikka vuoron aloittava ”emmä oikeestaan” on lausuttu hiljaa, on siinä myös hieman painokkuutta. Ensimmäisen sanan alussa potilaan äänen sävelkorkeus nousee, mikä korostaa erityisesti ei-sanaa – tämä saattaisi olla alku melko painokkaallekin erimielisyydelle. Potilas kuitenkin lopettaa lausumansa kesken: oikeestaan- ja tiedä-sanojen välissä on sekunnin mittainen väli. Tiedä-sanan valitseminen tauon jälkeen lieventää vastakkainasettelua, jonka lausuman alkuosa oli virittänyt.

Epävarmuuteen vetoamisen jälkeen potilas jatkaa varsinaisen kannanottonsa viivyttelyä rivin 24 loppuun asti. Ensin potilas vain mutisee joitain ääniteitä, minkä jälkeen hän jatkaa tilanteen epävarmuuden korostamista. Venytetysti lausuttu ”se on vähä” sekä tauon jälkeinen fraasi ”kiikun ja kaakun” rivillä 24 kuvaavat asian häilyvyyttä ja auttavat perustelemaan, miksi potilas on vastannut vetoamalla epävarmuuteensa. Lausumien välissä olevat tauot korostavat käsiteltävän asian ongelmallisuutta ja enteilevät lopullisen vastauksen preferoimattomuutta. Päästessään varsinaiseen vastaukseensa, oman näkemyksensä esittämiseen rivillä 25, potilas puhuu aivan ongelmitta – ainakin niin kauan kuin on samanlinjainen formulaation kanssa. Terapeutti on ollut osittain oikeassa tulkitessaan, että halaaminen saattaa tuntua potilaasta kiusalliselta. Potilas ei vahvista tätä kuitenkaan täysin, mutta hän myöntää, että aina hänen ”ei tee mieli” halata puolisonsa vanhempia.

9 T: Nii siihen#ki::# (.) tohonki liittyy se että .hhhh et sit
10 jos sää huomaat et sua meinaa ruveta itkettää (.) ni sitte
11 sä: niinku (.) .hhhh >mitä sä viimeks sanoit< että
12 #n[o:#-
13 P: [#N::o# se pahenee=tai siis voi ruveta jo
14 itkettää lisää se että rupee itkettää ([).
15 T: [Nii,
16 (.)
17 T: Nii (0.2) ↑nii.
18 (0.4)
19 T: .hhhhh et sit sä rupeet aattelee et ku mua rupee
20 tämmönen #itkettää ni# .hhh #ni mä oon niinku
21 (.) tosi sairas# hh (1.2) #tai jotaki# (0.2)
22 #sinnepäin#. (.) .hhhh
23 (0.4)
24 →P: #Mä#< (1.0) mä en tiedä sisältyyks siihen jotain
25 noin pitkälle meneviä piilomerkityksiä mut se
26 #ite ajatus on puhtaasti kuitenkin sillä hetkellä#
27 .hhhh #voidaan m::uotoilla niin että# (1.6) et
28 niinku miks pitää tämmösenki ruveta itkettämää,?
29 (1.2)
30 T: Nii-i?
31 (0.6)
32 P: Et (.) emmä niinku (1.2) mullei sillä hetkellä
33 tuu #mieleen sana sa↑iras:: tai#,
34 (0.4)
35 T: >Mielent[erveys<ongelmaine[n mitä sä äsken käytit.
36 P: [↑M- [M::niih.
37 (0.4)
38 P: Tai edes niinku (1.8) sillä hetkellä tulee
39 lähinnä mieleen joku sääälittävä.
40 (2.6)

Ennen otteen alkua terapeutti ja potilas ovat keskustelleet potilaan voinnista ja siihen liittyvästä itkuherkkyydestä, joka potilaan mielestä rajoittaa hänen elämäänsä huomattavasti. Edellisessä istunnossa he ovat käsitelleet potilaan tämän hetkisiä ongelmia, joihin terapeutti palaa otteen aloittavassa vuorossaan. Vuoron alku riviltä yksi riville 18 on tätä aihetta käsittelevä muistelujakso. Se on tuotettu terapeutin ja potilaan välisenä yhteistyönä: he vaikuttavat olevan asiasta melko samanmielisiä ja auttavat toisiaan kerronnassa. Läpi sekvenssin on kuitenkin havaittavissa vuorovaikutuksen ongelmista kertovia seikkoja, jotka ovat ristiriidassa näennäisen samanlinjaisuuden kanssa; erityisesti terapeutin vuoroja leimaavat toistuvat tauot ja paikallaan polkeva puhe.

Tauoista ja toisteluista johtuen vaikuttaa, että terapeutin on vaikeaa edetä formulaatioon. Rivillä 19 terapeutti pääsee vihdoin aloittamaan eniten tulkintaa sisältävän osuuden formulaatiostaan. Vuoron alku on sujuva, mutta terapeutin lähestyessä sen ongelmallisinta sisältöä puhe alkaa takellella: siinä on toistoa, täytesanoja ja taukoja. Pidettyään lyhyen tauon rivin 21 alussa terapeutti lausuu sanaparin, johon sisältyy formulaation keskeisin tulkinta ja johon toisaalta kulminoituvat terapeutin aiempien, tähän formulaation osaan johtavien vuorojen ongelmat – ”tosi sairas”. Potilaan mielenterveydellisen tilan hyvin sairaaksi määrittelemisen on erittäin vakava tulkinta. Pelkästään tämä sanapari riittää siis selittämään vaikeudet, joita terapeutilla oli formulaation tuottamisessa. Tulkintaa vahvistaa myös terapeutin tapa alkaa vähätellä sanomaansa heti ”tosi sairas” -lausuman jälkeen katkonaisesti ja narisevalla äänellä tuotetulla ”tai jotaki sinnepäin” -lisäyksellä.

Suuntautumalla potilaan hyvin sairaaseen henkiseen tilaan vähemmän vakavana ja ongelmallisena asiana terapeutti saattaisi saada potilaan myötämieliseksi tulkinnalleen. Todennäköisesti tahattomilla puheentuottamisen ongelmillaan terapeutti on kuitenkin jo leimannut ”tosi sairas” -määritelmän ongelmalliseksi; potilas suuntautuu siihen samalla tavalla. Potilas aloittaa vastausvuoronsa huomattavan aktiivisesti, omaa subjektiaan korostavalla ”mä”-sanalla. Vasta otettuaan puheenvuoron tällä sanalla potilas pitää pidemmän tauon, jolloin erimielisen osuuden tuottaminen viivästyy enemmän.

Vastauksessaan potilas ei anna edes osittaisia myönnytyksiä, vaan hän aloittaa tauon jälkeen suoraan omalla näkemyksellään, joka on eri linjassa terapeutin näkemyksen kanssa. Kokonaisuutena vuoro on lausuttu päättäväisesti: sanat muodostavat tiiviin ketjun, puheen tahti on nopea ja äänensävy itsevarma. Potilas kuitenkin lieventää vastakkainasettelua vetoamalla epävarmuuteen, mikä vähentää hänen toimijuuttaan. Terapeutin esimerkin mukaisesti potilaskin käsittelee ”hyvin sairas” -tulkintaa hyvin vakavana tilana. Se on selvästi eri tasoa kuin hänen psyykkiset ongelmansa; hän ei näe tilanteessaan ”noin pitkälle meneviä” tulkintoja. Edelleen aktiivisesti etenevästi riviltä 25 alkaen potilas esittää oman näkemyksensä, jonka hän merkitsee ”mut”-sanalla terapeutin näkemyksen suhteen erilaiseksi. Aivan vuoron alussa olleen tauon lisäksi ainoa varsinainen tauko tulee vasta vuoron lopussa juuri ennen kuin potilas kertoo vastineensa terapeutin näkemykselle. Tauko on pitkä, mikä enteilee preferoimatonta eli

tässä tilanteessa erimielistä näkemystä. Potilaan näkemys onkin huomattavasti yksinkertaisempi ja vähemmän vakava: hän ainoastaan miettii, ”miks pitää tämmösenki ruveta itkettämään”.

Vastaus ei ole terapeutin mielestä riittävä, koska hän pyytää potilaalta lisätietoa kysymysmuotoisella niin-partikkelilla rivillä 31. Potilas ei kuitenkaan jatka vastaustaan välittömästi. Lisäksi hänen vuoronsa alussa on etenemisvaikeuksia ja taukoja. Vaikuttaa siltä, että hän ei oikein tiedä, mitä häneltä odotetaan. Hän on juuri vastannut terapeutin esittämään formulaatioon ja kertonut oman näkemyksensä, joten mitä lisätietoa terapeutti vielä haluaa? Potilas toistaakin aiemman näkemyksensä hieman eri muodossa. Hän yrittää lisätä siihen vaihtoehdon, mutta virke jää avoimeksi ”tai”-sanon jälkeen. Kun potilas ei jatka vuoroaan lyhyen tauon jälkeen, terapeutti esittää ymmärrystarjouksena jatkon kesken jääneelle virkkeelle. Potilas hyväksyy vastahakoisesti ehdotetun ”mielenterveysongelmainen”-sanon. Hetken päästä hän kuitenkin jatkaa ja ottaa takaisin äskeisen myöntymisensä. Terapeutin lisätietopyynnön jälkeinen keskustelu käsitteli sanoja, joita potilaalla tulee mieleen tilastaan, kun häntä alkaa itkettää. Niinpä potilas tarjoaakin nyt vastaukseksi juuri tätä: ”sillä hetkellä tulee lähinnä mieleen joku [sana] säälittävä”. Vuoro koostuu vain aiemman myöntymisen peruuttamisesta ja tästä vastauksesta; selittelyjäkään ei enää esitetä. Itsensä tunteminen säälittäväksi on psyykkisenä tilana hyvin kaukana terapeutin formulaation ”tosi sairas” - tulkinnasta. Potilas ei silti sano tätä suoraan, vaan esittää eriävän näkemyksensä lievennettynä.

5.2.3 Pitkään jatkunut voimakas erimielisyys

Kuten edellisessä luvussa esitellyssä kategoriassa, myös pitkään jatkuneen voimakkaan erimielisyyden kategorian vastauksissa potilas on selvästi eri mieltä terapeutin tulkinnasta tai formulaatiosta. Samoin kuin edellä, tässäkin kategoriassa preferoimattomien vastausten tyypilliset piirteet ovat yhä vähemmän läsnä. Kategorian vastaukset eroavat kuitenkin edellisestä kategoriasta tavassa, jolla erimielisyys esitetään: potilas on asettunut vastarintaan eikä peittele sitä. Tapaukset ovat osa pidempiä keskustelujaksoja, joiden aikana terapeutti ja potilas ovat olleet koko ajan erimielisiä tietyistä asiasta. Vaikka potilaan mielipide on siis ollut jo jonkin aikaa

tiedossa, hän vetoaa vastauksessaan siihen, ettei tiedä, mitä ajattelee käsiteltävästä asiasta. Siten näissä tapauksissa epävarmuuteen vetoaminen vaikuttaisi erityisen selkeästi palvelevan vastauksen preferoimattomuuden lieventämistä. Tarkastelen kategorian vastausten yksityiskohtia analysoimalla seuraavaa aineisto-otetta.

Ote 13. Lisävaiva.

1 T: N:o siin tapaukses jos sä: joutusit tekee
 2 niin ni ei se nyt niin hirveen iso lisävaiva
 3 o[o jos] .hhhh (.) mä: neuvottelen sun kans
 4 P: [.mhhh]
 5 T: uuden ajan.=
 6 P: =#No ei# mutta se on lisävaivaa=ja sitä voi
 7 kuvitella jos sit saman viikon aikana
 8 #kymmenen eri henkilöö# tekee niin ni siinä
 9 on jo melkonen °lisävaiv[a°.
 10 T: [No mut se on
 11 kuitenkin hir- niin harvi#naista että# .hhh[h
 12 P: [((niiskaus))
 13 (0.2)
 14 T: Ja sa- samal toivoo nii et jos joku tekis sen
 15 niinku (0.4) #joka viikko# (.) ni se vois olla
 16 ärsyttäv#ä[ä#,]
 17 P: [Mmm][°mut jos-°]
 18 T: [Mut jos nyt] joku ihminen tekee
 19 sen sillan tällön niin se ei oo.
 20 (0.6)
 21 P: °Mjoo°.
 22 (5.0)
 23 T: Sä ajattelet vähän niinku mun (0.2) #puolest
 24 siinä tai# (0.2) #niinku mun vointia tai mun
 25 jotenki# (0.2) jaksamista t[ai.
 26 P: [.mhhh
 27 (1.8)
 28 →P: ↑M- (0.4) #emmä tiedä mitä mä# (0.8) mitä mä
 29 s°iinä° (0.6) .hhhhh (0.2) #ajattelen=emmä# (1.0) #halua
 30 olla @↑ylimääräseks (0.4) °vaivaks°.@
 31 (1.0)

Terapeutti ja potilas ovat istunnon aluksi sopineet seuraavien tapaamisten ajankohdista. Siitä käynnistyi pitkä keskustelu potilaan ongelmista kertoa, mikä on hänelle itselleen parasta. Keskusteluun liittyi myös jatkuva erimielisyys siitä, aiheuttaako potilas terapeutille liiallista vaivaa, jos hän hyväksyy vain itselleen parhaita tapaamisaikoja tai joutuu siirtämään jo sovitun tapaamisen. Potilas on sekä aiemman keskustelun että valitun otteen aikana vihaisen itkuisa. Terapeutti ei saa potilasta rauhoittumaan vaan

potilas pikemminkin pitää tiukasti kiinni niin mielentilastaan kuin omista näkemyksistään.

Myös terapeutti on puheessaan napakka rivillä 18 jatkuvassa perustelussaan. Hän korostaa vastakkaista näkemystään painottamalla sanaa ”ei” vuoronsa lopussa. Tämä vaikuttaisi tehoavan, sillä potilas ei enää kyseenalaista terapeutin esitystä vaan myöntyy siihen – tosin vastahakoisesti. Pitkän, viiden sekunnin mittaisen tauon jälkeen terapeutti valitsee itsensä puhujaksi rivillä 23 ja esittää tulkinnallisen formulaation aiemmasta keskustelusta. Terapeutin mukaan potilas ei halua aiheuttaa lisävaivaa muuttelemalla tapaamisaikoja, koska hän ajattelee terapeutin parasta. Formulaatio on hyvin suora: siinä ei ole ehdottelua tai johdattelua vaan suora toteamus siitä, mitä ”sä [potilas] ajattelet”. Tämä on selkeä kajoaminen potilaan episteemisiin oikeuksiin ja saattaa siksi pahentaa potilaan vastarintaa, mikäli hän suuntautuu oikeuksiensa puolustamiseen. Formulaation alussa terapeutti korostaa mun-sanaa: potilas ajattelee nimenomaan toista osapuolta, terapeuttia, eikä itseään. Formulaatio on siis potilaan kannalta edullinen, koska se kuvaa hänet epäitsekäksi ja toisethuomioonottavaksi.

Vuorossa on jonkin verran katkonaisuutta, koska terapeutti joutuu hakemaan oikeaa muotoa näkemykselleen. Ennen jokaista ehdotusta on lyhyt tauko, mutta ne eivät ole vuoronvaihdonmahdollistavissa kohdissa vaan keskellä virkettä, joten terapeutti saa jatkaa vuoroaan rauhassa. Hänen vuoronsa päättyykin tällaiseen kohtaan rivin 25 lopussa. Potilas mumisee myöntävästi osittain päällekkäin terapeutin viimeisen sanan ”tai” kanssa. Tällä kertaa tilanne on kuitenkin epäselvä: sanastollisesti terapeutti vaikuttaisi aikovan jatkaa ehdotuslistaansa, mutta tai-sanana laskeva sävelkulku puolestaan kertoo virkkeen päättämisestä. Ristiriitaiset vihjeet häiritsevät vuorovaikutuksen kulkua, sillä vuoron jälkeen on melko pitkä tauko. Tästä johtuen on vaikea arvioida, johtuuko tauko sitä seuraavasta preferoimattomasta vastauksesta vai vuorovaikutuksellisista ongelmista.

Tauon jatkuessa on selvää, ettei terapeutti aio saattaa virkettään loppuun, joten vuoro siirtyy potilaalle. Hän aloittaa vastauksensa melko voimakkaasti, mutta lopettaa heti ensimmäisen kirjaimen lausuttuaan. Hetken päästä hän aloittaa vastauksen uudelleen, nyt vähemmällä painokkuudella. Potilas vetoaa heti tietämättömyyteen: ”emmä tiedä

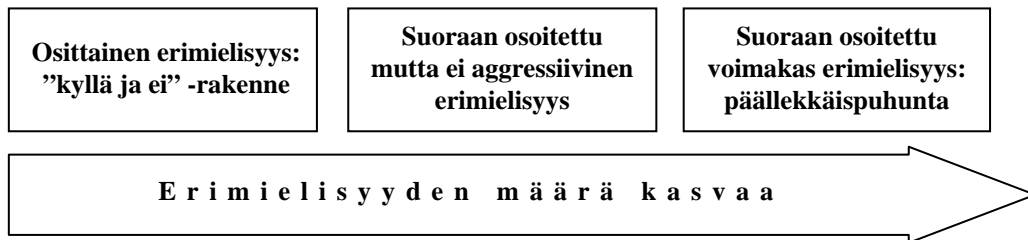
mitä mä (...) ajattelen”. Vastausvuoron tuottaminen on potilaalle ongelmallista, mistä kertovat useat pitkätkin tauot, toistelu ja hiljainen puhe. Kuten aiemmissa, muiden kategorioiden aineisto-otteissa, puheentuottaminen on hankalaa, kunnes päästään oman, vastakkaisen näkemyksen esittämiseen. Lisäksi tuon näkemyksen esittäminen osoittaa, että alussa käytetty tietämättömyyteen vetoaminen ei pidä paikkaansa vaan se palvelee preferoimattoman vastauksen lieventämistä.

Rivillä 29 potilas kiirehtii varaamaan itselleen oikeuden jatkaa vuoroaan ja esittää oma näkemyksensä. Sen aloittaminen osoittautuu kuitenkin hankalaksi, mistä kertoo ensimmäisen sanan ”emmä” jälkeen tuleva pitkä tauko. Virkkeen loppuosassa ”halua olla ylimääräiseksi vaivaksi” potilas on hyvin itkuinen. Äänestä kuuluu myös turhautuneisuus: tämän saman asian hän on sanonut jo monta kertaa. Vuoron tuottamisen hankaluudet voivat johtua myös potilaan näkemyksen sisällöstä. Terapeutti esittää formulaatiossaan, että potilas ajattelee hänen jaksamistaan eli toimii epäitsekkäästi. Potilas sen sijaan kääntää huomion takaisin itseensä. Kulttuurinormien takia voi olla todella vaikeaa myöntää, että ei olekaan toisia huomioiva vaan päinvastoin ajattelee vain omaa tilannettaan.

5.3 Kategoria III: suoraan osoitettu erimielisyys

Tässä kategoriassa potilaan vastaukset terapeutin esittämiin tulkintoihin ja formulaatioihin eroavat merkittävästi niin aiemmista kategorioista kuin preferenssijäsennyksen odotusten mukaisesta vastaustavasta. Potilas antaa erimielisen vastauksensa suoraan, jopa päällekkäispuhunnassa – viivyttelyt, monipolvisuudet ja selittelyt eivät enää leimaa vastauksia. Pomerantz (1984) on jaotellut erimielisyyden ilmaukset heikkoihin ja voimakkaisiin niiden sekventiaalisten ominaisuuksien perusteella: erottava ominaisuus on ilmeneminen yhdessä samanmielisyydestä kertovien elementtien kanssa. Voimakkaasti erimielisessä vastauksessa ei ole lainkaan samanmielisyyteen viittaavia osia, vaan vuoro on suoraan vastakkainen etujäseneen nähden. (Pomerantz 1984, 74.) Näin on myös kolmannen yläkategorian ”suoraan osoitettu erimielisyys” erimielisyystapauksissa. Potilaan vastauksia kuvaa lähinnä Madillin ym. (2001) määrittelemä yhteistyöstä vetäytymisen vastarintastrategia, sillä potilas ei enää pyri säilyttämään vuorovaikutuksellista yhteistyötä preferoimatonta

erimielisyyttään peittelemällä. Vaikka kategorian tapauksissa erimielisyys osoitetaan suoraan, se ei ole ensimmäisessä alakategoriassa aivan täydellistä; kategoria III asettuukin erimielisyyden määrän jatkumolla hieman limittäin edellisen kategorian kanssa.



Kuvio 4. Kategorian III alakategoriat suhteessa potilaan osoittaman erimielisyyden määrään.

5.3.1 Osittainen erimielisyys: kyllä ja ei -rakenne

Tässä kategoriassa potilaan vastauksille terapeutin tulkintaan tai formulaatioon on tyypillistä, että keskustelun osapuolet ovat olleet jo jonkin aikaa erimielisiä: potilas pysyy vastarintaisena terapeutin sovitteluyrityksistä huolimatta. Potilas on hyvin vastaanottamaton ja suhtautuu jopa aggressiivisella vastarinnalla terapeutin esityksiin. Kuten edellä esitellyssä pitkään jatkuneen voimakkaan erimielisyyden kategoriassa, myös näissä tapauksissa potilas on usein vihaisen itkuisa. Aiemmassa kategoriassa potilas kuitenkin pyrki lieventämään vastakkainasettelua aloittamalla preferoimattoman vastauksensa tietämättömyyteensä vedoten. Nyt potilas esittää mielipiteensä aivan suoraan, jopa vihaisen painokkaaseen sävyyn. Hän ei ole kuitenkaan täysin eri mieltä formulaatiosta tai tulkinnasta, kuten hän osoittaa vuoronsa aluksi painokkaalla ”kyllä ja ei” -lausumalla.

Ote 14. Mielen terveysongelmainen.

- 1 T: Mmm no va[rma]an voi voida paremmin ja se on
 2 P: [Khm]
 3 T: ihan hyvä tavot[e mut et] .hhhhh sit mä vaan
 4 P: [(niiskaus)]
 5 T: aattelin tota mh (1.0) niinku sä semmost niinku sun

6 itses määrittelyy niinku #mielenter[veys-]
7 P: [((niiskaus))]
8 T: ongelmaiseksi ja# .hhhhhhh=
9 P: =#N:# nii.
10 (0.2)
11 T: Niin m- mä aattelin et siinä kohdas[sa ti]etysti
12 P: [((niiskaus))]
13 T: sellassii yleisii kriteereit mitä voi käyttää on
14 niinku se et arvioidaan vaik toimintakykyä .hhh< †ja
15 sehän sul on aika hyvä nykyään >n-niinku< †kuiteski
16 ku sä opiskelet.
17 (0.6)
18 →P: @↑No< (0.2) mhh (.) #ON JA EI# (.) .hh< s[iis@
19 T: [Mmm.
20 (.)
21 T: No se on ja ei (0.2) ni[i.
22 P: [@Jos se on kuitenkin sillä
23 tavalla huono että mä en voisi kuvitella selviävänäi
24 (1.0) .mt (.) meneväni johonki (0.2) .hhh firmaan
25 kesätöihin vaikka tekee yksinki (.) t- jotain tosin
26 yksinkertasta kassa- tai siivoushommaa@ (.) .hhh mikä
27 periaatteessa nyt (.) .hhhhh #ainaki jollain
28 asteikoilla voidaan ajatella et se on yli- (0.2)
29 opistotouhua (0.6) yksinkertasempaa mut emmä siihen
30 py°sty (0.4) .hhh nin (0.4) tse on se° (2.4) ku se
31 mun< (0.2) °toimintakyky (1.2) #n# (0.2) no (0.2) mä
32 pystyn lukemaan ja (sillai) .hhhh siinä mielessä
33 (ehkä) (0.4) tse o (1.2) parantunu sitte ehkä mut°
34 (.) toisaalta nyt silloin taas (0.2) .hhhh (3.8)
35 silloin ku mä olin ollu masen- #n::#i s:::iinä<
36 (1.6) .hhhhh (0.2) ekasta lääkäriillä käynnistä oli
37 joku puol vuotta ni silloin mä sain aikanaan (0.6)
38 ((niiskaus)) (.) pitempiaikasen †työpaikanki ja (0.6)
39 °ja nyt varmaan (sillo) iha (1.2) ((niiskaus)) (2.0)
40 ainakaan sillä hetkellä° °°sit kovin huono olo
41 ollu.°°=
42 T: =Mmm (0.2) mmm.
43 (1.6)

Otetta edeltäneessä keskustelussa terapeutti ja potilas ovat käsitelleet terapian kulkua ja sen vaikutusta potilaaseen. Potilaan mielestä terapiassa ei tunnu olevan suuntaa, ja hän epäilee sen hyödyllisyyttä. Erityisesti potilasta huolestuttaa, että hän on ollut jo useita vuosia oman määritelmänsä mukaan ”mielenterveysongelmainen” ja hakenut siihen apua, mutta ei silti tunne voivansa paremmin. Otteen alkaessa terapeutti ottaa edeltäneestä keskustelusta käsittelyyn juuri potilaan käyttämän mielenterveysongelmainen-termin. Hän ottaa ensin lyhyesti kantaa potilaan pyyntöön

käyttää mieluummin ”voida paremmin” -ilmausta kuin parantua-sanaa; käyttämällä itse samaa ilmausta hän hyväksyy potilaan pyynnön. Myönnyttyään tähän terapeutti kuitenkin osoittaa, että potilaan näkemyksessä on jokin ongelmakohta: mutta-sana rivillä kolme kyseenalaistaa edeltäneen myöntymisen.

Tulkinnassaan riveillä 15 ja 16 terapeutti analysoi potilaan toimintakykyä, jonka hän juuri kertoi olevan eräs yleisistä kriteereistä, joilla arvioidaan mielenterveydellistä tilaa. Terapeutti esittää tulkinnan nopeasti hengitystauon jälkeen, mikä osaltaan vahvistaa oletusta, että toimintakyky ei valikoitunut sattumalta esimerkikriteeriksi. Toimintakykyyn liittyvän tulkinnan ”sehän sul on aika hyvä nykyään” terapeutti lausuu kuitenkin ongelmitta ja vieläpä painottaa sanojaan. Potilaan tilan määrittelemisen ”aika hyväksi” on ristiriidassa potilaan omiin arvioihin: edeltänyt keskustelu käsitteli päinvastoin potilaan ”mielenterveysongelmaisuuksia”, johon edes terapia ei tunnu auttavan. Potilaan kannalta olisi preferoidumpaa, jos terapeutti olisi samaa mieltä hänen kanssaan. Terapeutti arvioi kuitenkin potilaan tilan erilaiseksi ja esittää eriävän mielipiteensä painokkaasti – kuin vastakkainasettelua hakien. Tämä sopii silti edellisissä analyyseissä havaittuun tapaan rakentaa preferoimaton vuoro: lähinnä kiertelestä ja viivyttämisestä koostuvassa vuoron alkuosassa saattaa olla puheentuottamisen ongelmia, mutta viimeisenä esitetty varsinainen erimielinen osa lausutaan sujuvasti. Toisaalta terapeutti orientoituu näkemykseensä ongelmallisena myös esittäessään tulkintansa. Arvion jälkeen hän perustelee sitä sillä, että ”kuitenkin ku sä [potilas] opiskelet”. Perustelussaan terapeutti korostaa vahvasti kuitenkin-sanaa äänenkorkeuden nousulla ja painotuksella. Näin terapeutti osoittaa ottaneensa huomioon potilaan näkemyksen tilansa huonoudesta: toimintokyvyn voi arvioida hyväksi opiskelun ansiosta, jostain muista seikoista huolimatta.

Potilas aloittaa vastauksensa melko lyhyen tauon jälkeen rivillä 18 (merkitty nuolella). Toisin kuin ensimmäisen no-sanan nouseva äänenpaino antaisi olettaa, puhe päättyy nopeasti ja ainoa sanakin kuulostaa jäävän hieman kesken. Kahden tauon ja tuhahtuksen jälkeen potilas ikään kuin aloittaa vuoronsa uudelleen alusta poikkeuksellisen kovalla ja voimakkaalla ”on ja ei” -väitteellä, jota muusta puheesta poikkeava nariseva äänensävy korostaa entisestään. Lausumaa edeltäneet etenemisvaikeudet toistuvat sen jälkeen: puhe katkeaa lyhyeen taukoon ja nopeaan

sisäänhengitykseen. Juuri, kun potilas on ilmeisesti aloittamassa selittää mielipidettään, terapeutti kertoo vastaanottamisesta mmm-dialogipartikkelilla potilaan siis-sanan kanssa päällekkäispuhunnassa.

Sekvenssijäsennyksen mukaisesti tällaisen vastaanottoilmauksen pitäisi vain kehottaa varsinaista puhujaa jatkamaan, mutta jostain syystä potilaan puhe katkeaa, eikä hän edes valitse itseään uudelleen puhujaksi lyhyen tauon jälkeen. Terapeutti sen sijaan ottaa vuoron rivillä 21 ja uudelleen, tällä kertaa selväsanaisemmin, esittää vastaanottamisen ja hyväksynnän potilaan näkemykselle toistamalla sen painokkaasti. Potilas näyttäisi kuitenkin jättävän tämän huomiotta, sillä hän aloittaa osittain päällekkäispuhunnassa pitkän selittelyvuoron; se osoittaa hänen suuntautuvan omaan vastaukseensa kuin se olisi edelleen preferoimaton. Lisäksi vuorossa on runsaasti puheentuottamisen ongelmia ja etenemisvaikeuksia, jotka yleensä leimaavat juuri preferoimattomia vuoroja. Potilas aloittaa perustelemalla toimintakykynsä huonoutta eli eriävää mielipidettään, mikä on vastoin preferenssijäsennyksen odotuksia. Mielestään potilas ei selviytyisi helpoistakaan työtehtävistä, vaikka ne olisivat yksinkertaisempia kuin hänen yliopisto-opintonsa, joita terapeutti taas piti osoituksena hyvästä toimintakyvystä. Tällä selityksellä potilas siis epäsuorasti kumoaa terapeutin tulkinnan.

Seuraavaksi potilas tarttuukin opiskeluihin ja alkaa perustella ”on ja ei” -näkemyksensä toista puolta. Potilas myöntää, että ”mä pystyn lukemaan ja sillai”, mutta alkaa heti myönnettyään esittääkin tämän kiistäviä selityksiä; päinvastoin kuin vuoron alku, tämä osa siis noudattaa preferoimattoman vastauksen sekvenssijäsennystä. Ensin riveillä 32 ja 33 potilas alkaa epäsuorasti kumota myöntymistään toistelemalla sanaa ”ehkä” sekä käyttämällä ilmausta ”siinä mielessä”. Sen jälkeen hän etenee suoraan kiistämiseen ”mut toisaalta” -lausumalla, joka muistuttaa ensimmäisen kategorian tapaa esittää erimielisyys. Potilas vertaa nykyistä tilaansa aikaan, jolloin hän oli lääkärin hoidossa masennuksen takia – jopa silloin hän oli pystynyt työskentelemään. Näin potilas lopulta kiistää myös myöntyvän on-osan paikkansapitävyyden, jolloin jäljelle jää pelkkä erimielisyys.

5.3.2 Suoraan osoitettu mutta ei aggressiivinen erimielisyys

Tässä alakategoriassa potilas osoittaa suoraan erimielisyytensä terapeutin tekemästä formulaatiosta tai tulkinnasta. Toisin kuin kolmannen erimielisyys-kategorian muissa alakategorioissa, näissä tapauksissa potilas ei ole tunnetasolla voimakkaasti vastarinnassa. Suoraan osoitetun mutta ei aggressiivisen erimielisyyden kategoriassa onkin poikkeuksellista, että vuorovaikutus on muutoin toimivaa ja keskustelun normeja noudattavaa, mutta preferoimaton vastaus esitetään odotusten vastaisesti hyvin suoraan heti jälkijäsenvuoron alussa. Tavat kertoa erimielisyydestä vaihtelevat sanastollisesti, mutta potilaan vastausvuoron rakenne on sama: ensimmäiseksi esitetään erimielisyys, mikä tehdään aktiivisesti ja omaa toimijuutta korostaen ("Ei, kyllä MÄ voin..." tai "MUN mielestä..."), ja tätä seuraa pitkä perustelu, josta ilmenee, että potilas on käytännössä täysin eri mieltä.

Ote 15. Tapaamisoikeus.

1 T: Mutta sä o- y:: o: o: (0.4) .hhhh ö:: (.) m- (.)
 2 ihan niinku sä et nyt sit vois tavata tota: (1.2)
 3 muita ihmisiä? (0.4) >°Niinköh?°<
 4 (0.8)
 5 -P: Ei:: kyllä mä voin ja kyllä mä voin tavata
 6 nyt totaki tyyppiä ja mieski voi ja (1.8) mut s::in
 7 on v- (1.2) j::a (0.4) #tässä nyt siis täs oli
 8 jotenki semmonen juttu taustalla mitä mä en
 9 tarkkaan# (0.2) #y::mmärrä# mut tai tiedä miten
 10 miehen aivotukset menee mutta siis (.) .hhhh (0.2)
 11 jotenki #no ongelma oli nimenomaan tossa# (0.4)
 12 henkilössä (.) #y:ksilönäki#. =Hän oli jotenki m-
 13 (3.2) #m::ies niinku väliin# (0.2) tos s- (0.4)
 14 miettiny netissä sen puhussa että onko sillä
 15 jotain: (.) jotain (.) Jonia (0.2) Jonia vastaan
 16 ja (.) .hhhh (.) sillai että (1.0) ku- (0.4) #ja
 17 just t'ta# (2.0) jotain sen tapasia juttuja et
 18 ku J- (0.2) se oli Jonille #sanonu jotain
 19 niinku# (0.2) vitsikästä vaikka Jonin iästä ni
 20 (.) .hhhh (0.2) Jonii rupes kauheesti ahistaa
 21 et (0.8) olikohan se nyt (.) t- (0.2) niinku
 22 jonkinlaista (0.2) kettuilua siit et hän on
 23 niin vanha ja viitaten siihen et mä oon taas
 24 (0.4) n::uori ja (.) .hhhhh (1.0) (mut)
 25 tsemmosia (0.2) kaikenmoisia (2.6) nii että tähän
 26 on sit (1.0) oli semmonen lähtö- (0.4) kohtanen
 27 joku asenne sitte että tossa tyyppissä on #jotain
 28 niinku# (2.0) outoa tai semmostah.

29 T: Epäilyttävää.=
 30 P: =Njoo.
 31 (1.0)

Ennen otteen alkua potilas on kertonut riidastaan avopuolisonsa kanssa: potilas oli tavannut miespuolista tuttavaansa, josta hänen avomiehensä ei pidä, ja avomiehi oli suuttunut siitä. Potilas on hieman aikaisemmin maininnut, että hän ei olisi tavannut tuttavaansa lainkaan, jos olisi tiennyt, että siitä aiheutuu näin iso riita kotona. Otteen ensimmäisessä vuorossa terapeutti formuloi potilaan kertomaa, mutta esittää tilanteen niin vakavana, että potilas ei voisi tavata lainkaan muita ihmisiä. Formulaatio on lausuttu kysyvällä äänensävyllä, ja kun terapeutti ei saa heti vastausta, hän vahvistaa kysymysmuotoa hiljaisella ja nopealla ”niinköh”-lisäyksellä. Terapeutti on siis kahdesti osoittanut, että hän odottaa potilaalta vastausta, mutta se viipyy vielä lähes sekunnin; se herättää odotuksen erimielisestä, preferoimattomasta vastauksesta.

Potilas aloittaakin vastauksensa rivillä viisi (merkitty nuolella) suoralla kiellolla ja erimielisyyden osoituksella. Ensimmäinen sana vuorossa on ”ei”, mikä tekee vastauksesta erittäin voimakkaan ja preferoimattoman vastauksen sekvenssijäsenyyden vastaisen. Silti potilas vahvistaa erimielisyyttään vielä useita kertoja esittämällä formulaation vastaisia näkemyksiä. Ensiksi hän sanoo, että ”kyllä mä voin [tavata muita]”. Lausumassa terapeutin puhe on käännetty kielteisestä positiiviseksi, mitä kyllä-sana korostaa voimakkaasti. Seuraavaksi potilas toistaa tämän ja tarkentaa, että hän voi ”tavata nyt totaki tyyppiä”. Vastakkainen mielipide korostuu yhä voimakkaammin: terapeutin ehdotus ei pidä paikkaansa edes ongelmatilanteissa. Lopuksi potilas lisää painokkaasti, että ”mieski voi” tavata riidan aiheuttanutta tuttavaa, mikä kumoaa lopullisesti oletuksen, että potilaan avopuoliso rajoittaisi hänen sosiaalista elämäänsä.

Erityisen merkillepantavaa edellä analysoidussa vuoron aloituksessa on, että vaikka potilas on täysin eri mieltä terapeutin kanssa ja esittää siis preferoimattoman vastauksen, se ei vaikuta odotusten mukaisesti mihinkään puheen piirteeseen. Vuoroa ei ole rakennettu lainkaan kierteleväksi tai erimielisyyttä peitteleväksi, eivätkä edes sanavalinnat lievennä vastakkaisasettelua vaan päinvastoin korostavat sitä. Lisäksi puheen tuottamisessa ei ole yhtään ongelmia kuten taukoja tai änkytystä, jotka yleensä kertovat preferoimattomasta vastauksesta. Preferoimattomuudesta kertovat piirteet leimaavat kuitenkin vuoron loppuosaa, joka koostuu pitkästä ja polveilevasta, yli 20

rivin pituisesta perustelusta. Jo näin pitkä selittely kertoo vuoron preferoimattomasta sisällöstä, sillä preferoitua vastausta ei tarvitse yleensä perustella lainkaan, ja lisäksi formulaatioihin riittää odotuksenmukaiseksi vastaukseksi hyvinkin lyhyt myöntyminen tai kieltäminen. Myös loppuosan hyvin usein toistuvat tauot, toistelu, kesken jäävät sanat ja poikkeava lausuminen ovat piirteitä, jotka kertovat, että vuoron tuottaminen ei ole ongelmaton.

5.3.3 Suoraan osoitettu voimakas erimielisyys: päällekkäispuhunta

Tässä alakategoriassa potilaan erimielisyys on voimakkaimmillaan, ja se myös esitetään suuremmin ja voimakkaammin kuin missään muussa kategoriassa. Kategorian tapauksissa potilas ja terapeutti ovat keskustelleet, tai pikemminkin väitelleet, jostain näkemyksestä pitkän aikaa. He tuntuvat jo menettäneen yhteyden toisiinsa vuorovaikutuksessa: molemmat lähinnä toistavat omia näkökulmiaan kykenemättä saavuttamaan ymmärrystä toisen mielipiteestä vastavuoroisessa keskustelussa. Vuorovaikutus potilaan ja terapeutin välillä ei toimi, mikä selittänee myös, miksi keskustelun sääntöjä voidaan rikkoa räikeästi. Lähes mikään odotus preferoimattoman vastauksen jäsenyydestä, rakenteesta tai sisällöstä ei toteudu tämän kategorian tapauksissa.

Myös Madill ym. (2001) ovat havainneet tapauksia, joissa potilaan erimielisyyttä ilmentävä vuoro on selvästi muotoiltu keskeytykseksi, vaikka potilas ei puhukaan terapeutin puheen päälle (Madill ym. 2001, 427). Tämä on silti rinnastettavissa havaitsemaani päällekkäispuhuntaan, koska molemmissa tapauksissa olennaista on, että potilas aloittaa vuoronsa ennen vuoronvaihdon mahdollistavaa kohtaa ja siten keskeyttää terapeutin näkemyksen esittämisen. Aineistostani löytyvissä tähän kategoriaan kuuluvissa erimielisyystilanteissa potilas menee kuitenkin askeleen pidemmälle aloittaessaan vastauksensa terapeutin vielä puhuessa. Esittelen tarkemmin näitä poikkeuksellisia vastauksia ja niiden piirteitä seuraavan aineisto-otteen avulla.

Ote 16. Itsensä moittiminen.

```

1   A:      No mut tuntuuks sust ku sua< (.) sul on nyt tämmönen
2           itse: (.) moitt[iminen #tos ] päällä ni# .hhhhhhh hh
3   P:      [((niiskaus))]
```

4 A: #n:i# t[unt- h]hhh (.) moitiks sä nyt itsees
5 P: [(niiskaus))
6 A: jostaki ti↓etyn asian #että sun ois pitäny# jotaki
7 tiettyy kertoo,
8 (1.0)
9 A: m[itä sä] et kerton[u.]
10 →P: [#Eei.#] [V]laan ylip↑äänsä siitä et tää
11 til↓#anne on hoitunu näin huonosti ja# (0.4) @tää
12 menee edestakasin veivaamiseksi jota kukaa ei (0.8)
13 varmaan hal°ua tehdä°@.
14 (0.6)
15 A: Mm[m.]
16 P: [.hh] ((niiskaus))

Otetta on edeltänyt pitkä keskustelu potilaan koirasta, josta hän on joutunut luopumaan. Koiran sijoitus uuteen kotiin ei ole sujunut ongelmitta, mistä potilas syyttää itseään monin eri tavoin keskustelun aikana. Hän on hyvin kiihtyneessä ja tunteikkaassa mielentilassa. Käyttämällä esimerkiksi johdattelevia kysymyksiä ja tulkintoja terapeutti yrittää saada potilaan ymmärtämään, että hän ei ole ainakaan yksin vastuussa koiran epäonnistumisesta. Terapeutti jatkaa tällä linjalla otteen aloittavassa vuorossaan ja esittää kysymysmuotoisen formulaation potilaan eräästä itsesyytöksestä, joka koski liian vähäisten tietojen antamista koiran uudelle omistajalle. Ensin terapeutti esittää huomion potilaan mielentilasta, jonka hän ehdottaa olevan jatkuvien itsesyytösten taustalla: potilaalla on ”itsensä moittiminen (...) päällä”. Potilaan aiempaan puheeseen viitaten hän kysyy, syyttääkö potilas itseään jonkin tietyn asian kertomatta jättämisestä. Puheessa toistuu tietty-sana, jota terapeutti korostaa ensin laskevalla äänenpainolla ja toisella kerralla sanan alkuosan painotuksella.

Terapeutti keskeyttää puheensa melko pitkäksi aikaa rivillä seitsemän, mutta viimeisen sanan tasainen intonaatio herättää odotuksen jatkosta. Rivillä yhdeksän terapeutti täydentääkin kesken jääneen virkkeen sivulauseella ”mitä sä et kertonu”, mutta potilas aloittaa jo vastaamisen lähes samaan aikaan rivillä 10 (merkitty nuolella). Hän antaa vastaukseksi ensin vain suoran ei-kiellon. Sen sävy on hyvin päättäväinen, koska sana päättyy laskevaan intonaatioon; se antaa kuvan, että tässä on koko sisältö ja kaikki on nyt sanottu. Päättäväisyyttä korostaa, että potilas ei yritä katkaista puhettaan, vaikka hän puhuu oikeutetusti vuoroaan jatkavan terapeutin päälle. Tämä on hyvin poikkeuksellista

sekä sanastollisesti että vuorottelujäsennyksen kannalta, koska yleensä vastakkaista, preferoimatonta mielipidettä viivytellään tauoilla ja lievennetään kiertelyn avulla.

Potilas ei myöskään viivyttele vastakkaisen mielipiteensä perustelemista, vaan aloittaa selityksen hieman terapeutin viimeisen sanan kanssa päällekkäispuhunnassa – mikä on tyypillistä samanmielisille, preferoiduille jälkijäsenille. Selitys eriävistä näkemyksestä eroaa täysin muissa kategorioissa esitellyistä tavoista kertoa erimielisyydestä. Ensinnäkin vain yhdestä virkkeestä koostuva selitys on hyvin lyhyt ja ytimekäs, kun taas yleensä selittelyt ovat pitkiä ja polveilevia. Toiseksi tässä selityksessä ei ole lähes lainkaan puheentuottamisen ongelmia tai etenemisvaikeuksia; ainoat kaksi taukoa johtunevat siitä, että potilas alkaa itkeä. Lisäksi selityksen erimielisyyttä ei yritetä peitellä tai lieventää, vaan se on päinvastoin tuotettu hyvin painokkaasti. Potilas korostaa erityisesti vastakkaisesta näkemyksestään kertovia sanoja painottamalla niiden osia sekä vaihtelemalla äänenkorkeutta. Ensin hän siirtää huomion itsestään ja omasta toiminnastaan yleisemmälle tasolle. Ongelma ei ole hänen tarjoamansa tiedon puute vaan se, että ”ylipäänsä tilanne on hoitunu näin huonosti”. Ylipäänsä-, tilanne- ja huonosti-sanoja korostetaan painotuksilla sävelkorkeudenmuutoksilla. Potilas lisää toisen ongelman, ”edestakasin veivaamisen”, jota hän myös käsittelee vain yleisellä tasolla – ”kukaan” ei halua tehdä sitä. Näin potilas on kumonnut täysin terapeutin formulaation oletukset jostakin erityisestä tiedosta, joka juuri potilaan olisi pitänyt kertoa.

6 LOPPUTULOKSET

6.1 Johtopäätelmät

Tässä tutkielmassa on tarkasteltu keskustelunanalyttisen metodin avulla tapoja, joilla potilas osoittaa erimielisyyttään terapeutin tekemiä formulaatioita ja tulkintoja kohtaan kognitiivisessa psykoterapiassa. Empiirisen analyysin tueksi tutkielman alussa esiteltiin, mitä aiheesta tiedetään aiempien keskustelunanalyttisten tutkimusten perusteella. Samalla käsiteltiin myös keskustelunanalyttisen teorian ja metodin perusteita, kuten keskustelun rakentumista ja jäsentymistä sekä institutionaalisen ja erityisesti psykoterapeuttisen vuorovaikutuksen erityispiirteitä. Tutkimuskysymyksen perustana

oli tästä tarkastelusta noussut havainto, jonka mukaan keskusteluanalyttisestä psykoterapiatutkimuksesta ja siihen liittyvästä teoriasta puuttuu järjestelmällinen määrittely tavoista, joilla potilas vastustaa terapeutin esittämiä formulaatioita ja tulkintoja. Edellisessä luvussa esitelty kategorisointi erimielisyyden erilaisista muodoista sekä niiden sijoittumisesta erimielisyyden määrän jatkumolle on kontribuutiotni tämän tutkimuksellisen ja teoreettisen aukon täydentämiseen.

Erimielisyyden eri muotojen ja erimielisyyden määrän rinnakkainen tarkastelu paljasti, kuinka moniulotteisesta ilmiöstä on kyse. Vaikka potilasta ohjaavat vuorovaikutuksen jäsentymiseen ja rakentumiseen liittyvät normit, preferenssijäsennyksen asettamat odotukset erityisesti, voi hän muotoilla erimielisyyden osoituksen lukuisilla erilaisilla tavoilla. Tämä havainto sekä pelkästään lukuisten, erimuotoisten erimielisyyden osoitusten olemassaolo vastaa myös tutkielman alussa esitettyyn kysymykseen, pystyykö potilas puolustamaan episteemisiä oikeuksiaan terapeutin institutionaalista asiantuntijuuden suomaan valta-asemaa vastaan: maallikko voi vastustaa asiantuntijaa ainakin silloin, kun kyseessä ovat asiat kuuluvat hänen episteemisten oikeuksiensa piiriin.

Koska mikään vuorovaikutustilanne ei ole koskaan aivan toisen vastaavan tilanteen kaltainen, on erimielisyyden osoitusten kategorisointi tiukkoihin luokkiin vaikeaa, eikä voi täysin vastata luonnollisten vuorovaikutustilanteiden monimuotoisuutta. Tiedyt erilaisille tapauksille tyypilliset piirteet oli kuitenkin selvästi havaittavissa aineiston analyysissä, ja ne loivat perustan erimielisyyden muotojen kategorisoinnille. Potilas voi siis osoittaa erimielisyyttään kolmen peruseriaatteen mukaisesti: hän esittää osittaisen myöntymisen (kategoria I), vetoaa tietämättömyyteensä (kategoria II) tai osoittaa erimielisyytensä suoraan (kategoria III). Näihin kategorioihin sisältyy edelleen erilaisia ja eritasoisia alakategorioita, joissa erimielisyytilanteet on jaoteltu entistä tarkemmin; kaikki kategoriat on kuvattu edellä esitellyssä analyysissä.

Erimielisyyden osoittamisen muodot eroavat myös niihin sisältyvän erimielisyyden määrän suhteen; tämä oli eräs peruste erimielisyyden muotojen kategorisoinnissa. Paitsi potilaan puheen sisältö myös hänen tapansa muotoilla puhe paljastavat erimielisyyden eri asteet. Mitä enemmän potilas on eri mieltä terapeutin esittämästä formulaatiosta tai

tulkinnasta, sitä voimakkaammin hän vastustaa terapeutin näkemystä ja sitä kauemmas hän ajautuu heidän välisestään vuorovaikutuksellisesta yhteistyösuhteesta. Ensimmäisessä kategoriassa ”osittainen myöntyminen” potilaan erimielisyys on lievintä; hän esimerkiksi esittää pieniä lisäyksiä, tarkennuksia tai korjauksia vastauksessaan terapeutin formulaatioon tai tulkintaan. Näissä erimielisyystyypeissä potilas myös noudattaa selvästi yleisiä tapoja muotoilla preferoimaton jälkijäsen (kts. esim. Tainio 1997, Sacks 1987, Pomerantz 1975), mistä kategorian nimikin kertoo. Katteoria on lisäksi selvästi laajin verrattuna toisiin kahteen ylätasoon katteoriaan, mikä osaltaan osoittaa erimielisyyden osoitusten olevan yleisten keskustelukäytänteiden mukaisia.

Erimielisyyden määrän jatkumolla seuraaviksi asettuvat katteoriat ovat sen sijaan poikkeuksellisempia erimielisyyden osoittamisen tapojen suhteen. Ne ovat jo määrällisesti poikkeuksellisempia, sillä katteorioihin kuuluu huomattavasti vähemmän erimielisyystapauksia kuin ensimmäiseen osittaisen myöntymisen katteoriaan. Poikkeuksellisuudesta kertoo myös, että kahden jälkimmäisen katteorian erimielisyystapauksissa potilaan vastaukset ovat yhä vähemmän yleisen preferenssijäsennyksen odotusten mukaisia. Katteoriassa II ”epävarmuuteen vetoaminen” näihin odotuksiin suuntautuminen on vielä melko hyvin havaittavissa, joskin niitä on edellistä katteoriaa vähemmän; esimerkiksi katteoriaa kuvaava tapa aloittaa epäröinnillä on yksi yleisimmistä menetelmistä viivytellä preferoimatonta jälkijäsentä (kts. Tainio 1997). Kolmannessa, kaikkein suurinta erimielisyyttä sisältävässä katteoriassa potilas ei enää suuntaudu selkeästi preferenssijäsennyksen odotuksiin, eikä hän toisaalta rajoita vastarinnanosoituksiaan esimerkiksi yleisten institutionaalisten vuorovaikutusrajoitteidenkaan mukaisesti (kts. esim. Drew & Heritage 1992).

Edellä esitellyn analyysin perusteella voidaan siis havaita, että mitä enemmän potilas on eri mieltä terapeutin esittämästä formulaatiosta tai tulkinnasta, sitä vähemmän hän suuntautuu preferenssijäsennyksen mukaisiin odotuksiin muotoillessaan vastaustaan. Myös keskustelusta välittyvä kuva potilaan mielentilasta ja hänen yleisestä vastarinnastaan noudattaa tätä samaa periaatetta. Vaikka tämän tutkielman puitteissa potilaan tunnetilojen ilmentymiä ei ollut mahdollista tutkia tarkasti, voidaan edellä

mainitun havainnon perusteella todeta, että erimielisyys ja nimenomaan negatiivisina tunteina ilmenevä vastarinta vaikuttaisivat olevan tiiviisti toisiinsa kietoutuneita ja kasvavan samassa suhteessa. Mitä voimakkaampi erimielisyys on, sitä enemmän potilas vaikuttaa affektiiviselta ja vastarintaiselta, ja mitä enemmän potilas on erimielinen ja vastarintainen, sitä vähemmän vuorovaikutukselliset normit ohjaavat erimielisyyden ja vastarinnan ilmaisemista. Vastarinta voi toki liittyä muihinkin ilmiöihin kuin erimieltä olemiseen ja se voi olla tällöin muodoltaan täysin affektitonta. Tässä tutkielmassa keskityttiin vain erimielisyyteen, joka tässä aineistossa vaikuttaisi olevan tiiviisti yhteydessä juuri vastarinnan negatiivisiin affektiivisiin ilmentymiin.

6.2 Pohdintaa

Tässä tutkielmassa on tarkasteltu erimielisyyden osoittamisen muotoja, joilla potilas vastustaa terapeutin esittämiä formulaatioita ja tulkintoja kognitiivisessa psykoterapiassa. Tarkastelun kohteena oli kuitenkin vain yksi potilaan ja terapeutin muodostama dyadi, joten tulosten yleistäminen kaikkiin kognitiivisiin psykoterapioihin ei ole yksiselitteistä. Toisaalta tämän yksittäisenkin dyadin vuorovaikutusta ohjaavat yleiset vuorovaikutukselliset normit ja käytännöt, jolloin heidän välisessään vuorovaikutuksessa havaittavia ilmiöitä voisi pitää kaikelle vuorovaikutukselle universaalina. Kuten institutionaalisen vuorovaikutuksen erityispiirteet osoittavat, näin ei kuitenkaan ole vaan vuorovaikutus muotoutuu omanlaisekseen erilaisissa ympäristöissä. Vuorovaikutuksen muotoutumista toki säätelevät universaalit käytännöt, mutta näistä käytännöistä voidaan rakentaa hyvinkin erilaisia keskustelutapoja eri tilanteissa.

Koska kognitiivisen psykoterapian vuorovaikutus tapahtuu spesifissä institutionaalisisessa kontekstissa, on tutkielmassa löydettyjen erimielisyyden eri muotojen yleistäminen koskemaan kaikkea vuorovaikutusta vaikeaa. Tutkielmassa tarkasteltiin nimenomaan psykoterapialle spesifejä keskustelukäytänteitä, formulaatioita ja tulkintoja, jolloin tulosten voisi olettaa koskevan vain vuorovaikutusta, jossa formulaatioita ja tulkintoja tutkielman alussa määritellyssä mielessä esiintyy. Lisäksi psykoterapiavuorovaikutusta ohjaavat tavat ja tottumukset, jotka ovat tällä kontekstille erityisiä, jolloin potilaan vastaustenkin voi olettaa muotoutuvat niiden mukaisesti – ja

olevan siten erityisiä tälle kontekstille. Toisaalta aineiston erimielisyystilanteet erottuivat juuri erimielisyydeksi yleisten preferoimattomien vastausten periaatteiden perusteella, mikä on luonnollista, sillä kaikki vuorovaikutuksen erityismuodot ammentavat arkivuorovaikutuksen peruseriaateista. Näistä syistä voikin olettaa, että tässä tutkielmassa esitellyt erimielisyyden muodot rakentuvat yleiseen vuorovaikutukseen perustuen, mutta esiintyvät tällaisenaan vain psykoterapian spesifissä kontekstissa.

Tutkielmassa esitellyt erimielisyyden muodot kertovat siis varmuudella ainakin siitä, kuinka tässä nimenomaisessa terapiassa ja näiden yksittäisten potilaan ja terapeutin välisessä vuorovaikutuksessa potilas voi vastustaa terapeutin tekemiä tulkintoja. Juuri tämän terapian valitseminen tutkimuskohteeksi oli erittäin hedelmällistä, sillä kaikki aineistoa käsitelleet henkilöt ovat todenneet potilaan suhtautuvan terapeuttiin huomattavan vastahakoisesti – erimielisyystilanteita voi siis olettaa löytyvän runsaasti. Vaikka aineistona olleen terapian poikkeuksellisuus saattaa kyseenalaistaa tulosten yleistettävyyden, sillä on myös positiivinen vaikutus juuri tähän tutkimuskysymykseen vastattaessa. Kun vastarinta on yleistä ja erimielisyystilanteet lukuisia, on mahdollista havaita enemmän vivahteita kuin vähemmän erimielisyyttä sisältävästä aineistosta. Tämän aineiston pohjalta luotu kategorisointi erimielisyyden osoittamisen muodoista voisikin toimia hyvänä lähtökohtana tulevalle tutkimukselle, jossa tässä tutkielmassa esitetyt tulokset verrattaisiin muihin psykoterapia-aineistoihin. Lisätutkimus ja erityisesti vertailu on tarpeen, jotta tutkielmassa saavutettujen tulosten yleistettävyydestä voidaan tehdä lopullisia johtopäätelmiä.

Lisätutkimusta tulisi suunnata myös formulaatioihin ja tulkintoihin annettujen erimielisten vastausten erittelyyn sekä formulaatioiden ja tulkintojen jälkijäseniin yleensä. Tässä tutkielmassa formulaatiot ja tulkinnat ikään kuin niputettiin yhteen ja tarkasteltiin yhtä aikaa potilaan vastauksia niihin molempiin. Formulaatiot ja tulkinnat luovat kuitenkin odotuksen erilaisista jälkijäsenistä: formulaatioon riittää vastaukseksi sen vahvistaminen tai hylkääminen, mutta tulkintaan on relevanttia vastata tämän lisäksi näkemystään elaboroimalla (kts. Bercelli 2008). Tämän tutkielman aineistossa selvästi suurin osa erimielisyystapauksista liittyi formulaatioihin, ja tulkinnat puolestaan olivat melko harvinaisia aineistossa. Aineistosta oli havaittavissa, että keskustelunanalyttisen

teorian käsityksistä poiketen formulaatioihin annettuja vastauksia elaboroitiin jopa laajasti ja että tämä oli enemmän sääntö kuin poikkeus. Aineiston rajoitteista johtuen tästä ei voida tehdä riittävän perusteltuja johtopäätöksiä nykyisen teorian puolesta tai vastaan, joten aiheen jatkotutkimus olisi erittäin tarpeellista.

Tutkielmassa keskityttiin potilaan näkökulmaan erimielisyystilanteissa, eikä tarjolla olleiden resurssien puitteissa ollut mahdollista syventyä terapeutin osuuteen vuorovaikutuksessa. Terapeutin tekemiä formulaatioita ja tulkintoja, jotka saavat erimielisen vastauksen, olisi mielenkiintoista ja relevanttia tutkia lisää. Olisi sekä keskustelunanalyttiselle teorialle että käytännön psykoterapiatyölle hyödyllistä eritellä tällaisia vuoroja, koska niiden analyysin perusteella saattaisi olla mahdollista ennustaa, millaisen vastauksen potilas antaa. Tämä voisi auttaa terapeutteja muotoilemaan ja sijoittamaan formulaationsa ja tulkintansa siten, että potilaan on helpompi hyväksyä ne. Jos potilas hyväksyy esimerkiksi terapeutin esittämän formulaation, terapeutti on onnistunut tehtävässään muuttaa potilaan kokemusta (Antaki 2008, 628–629). Psykoterapian tavoitteen, potilaan mielenterveyden paranemisen, kannalta olisi siis keskeistä, että terapeutit osaisivat tuottaa helposti hyväksyttäviä formulaatioita ja tulkintoja. Samalla voitaisiin välttää erimielisyyttä ja auttaa siten ylläpitämään kognitiiviselle psykoterapialle olennaista tutkivaa yhteistyösuhdetta terapeutin ja potilaan välillä.

LÄHTEET

Antaki, Charles (2008): *Formulations in psychotherapy*. Teoksessa Peräkylä, Antaki, Vehviläinen, & Leudar (2008), 26–42.

Antaki, Charles, Barnes, Rebecca & Leudar, Ivan (2005): Diagnostic formulations in psychotherapy. *Discourse Studies* 7 (6), 627–647.

Arminen, Ilkka (2005): *Institutional Interaction: Studies of Talk at Work*. Aldershot: Ashgate.

Atkinson, J. Maxwell & Drew, Paul (1979): *Order in Court. The Organisation of Verbal Interaction in Judicial Settings*. Lontoo: MacMillan.

Atkinson, J. Maxwell & Heritage, John (toim.) (1984): *Structures of Social Action. Studies in Conversation Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.

Bercelli, Fabrizio, Rossano, Federico & Viaro, Maurizio (2008): *Clients' responses to therapists' reinterpretations*. Teoksessa Peräkylä, Antaki, Vehviläinen, & Leudar (2008), 43–61.

Clayman, Steven & Heritage, John (2002): *The News Interview. Journalists and Public Figures on the Air*. Cambridge: Cambridge University Press.

Drew, Paul & Heritage, John (1992): *Analyzing talk at work: an introduction*. Teoksessa Drew, Paul & Heritage, John (1992), 3–65.

Drew, Paul & Heritage, John (toim.) (1992): *Talk at work: interaction in institutional settings*. Cambridge: Cambridge University Press.

Francis, David & Hester, Stephen (2004): *An Invitation to Ethnomethodology. Language, Society and Interaction*. London: Sage.

Goffman, Erving (1981): *Forms of Talk*. Oxford: Basil Blackwell.

Goodwin, Charles & Heritage, John (1990): Conversation Analysis. *Annual Review of Anthropology* 19, 283–307.

Hakulinen, Auli (1997): *Johdanto*. Teoksessa Tainio (1997), 13–17.

Haugaard, Christoffer & Sandberg, Kristian (2008): Resistance in cognitive therapy: An analysis of paradigm and contemporary practice. *Nordic Psychology* 60 (1), 24–42.

- Have, Paul ten (1999): *Doing Conversation Analysis: A Practical Guide*. London: Sage.
- Heritage, John (1996): *Harold Garfinkel ja etnometodologia*. Helsinki: Gaudeamus.
- Heritage, John & Watson, Rod (1979): *Formulations as Conversational Objects*. Teoksessa Psathas, George (toim.): *Everyday Language: Studies in Ethnomethodology*. New York: Irvington, 123–162.
- Hutchby, Ian (2005): ”Active Listening”: Formulations and the Elicitation of Feelings-Talk in Child Counseling. *Research on Language and Social Interaction* 38 (3), 303–329.
- Karila, Irma (2003): *Terapeutin jaksaminen*. Teoksessa Kähkönen, Karila & Holmberg (2003), 347–359.
- Kuusinen, Kirsti-Liisa (2003): *Yleiskatsaus kognitiivisiin terapiaihin*. Teoksessa Kähkönen, Karila & Holmberg (2003), 12–24.
- Kähkönen, Seppo, Karila, Irma & Holmberg, Nils (toim.) (2003): *Kognitiivinen psykoterapia*. Helsinki: Duodecim.
- Levinson, Stephen C. (1983): *Pragmatics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- MacMartin, Clare (2008): *Resisting optimistic questions in narrative and solution-focused therapies*. Teoksessa Peräkylä, Antaki, Vehviläinen & Leudar (2008), 80–99.
- Peräkylä, Anssi (1997): *Institutionaalinen keskustelu*. Teoksessa Tainio (1997), 177–203.
- Peräkylä, Anssi (2004): Making Links in Psychoanalytic Interpretations: A Conversation Analytical Perspective. *Psychotherapy Research* 14 (3), 289–307.
- Peräkylä, Anssi (2005): Patients’ responses to interpretations: A dialog between conversation analysis and psychoanalytic theory. *Communication & Medicine* 2 (2), 163–176.
- Peräkylä, Anssi (2008): *Conversation analysis and psychoanalysis*. Teoksessa Peräkylä, Antaki, Vehviläinen & Leudar (2008), 100–119.
- Peräkylä, Anssi (tulossa): *Conversation Analysis in Psychotherapy*. Teoksessa Sidnell, Jack & Stivers, Tanya (toim.): *Handbook of Conversation Analysis*. Blackwell.

Peräkylä, Anssi, Antaki, Charles, Vehviläinen, Sanna & Leudar, Ivan (2008): *Analysing psychotherapy in practice*. Teoksessa Peräkylä, Antaki, Vehviläinen & Leudar (2008), 5–25.

Peräkylä, Anssi, Antaki, Charles, Vehviläinen, Sanna & Leudar, Ivan (toim.) (2008): *Conversation Analysis and Psychotherapy*. Cambridge: Cambridge University Press.

Pomerantz, Anita (1975): *Second Assessments: A Study of Some Features of Agreements/Disagreements*. Dissertation Irvine: University of California. Tulostettu mikrofilmiltä 1992. Ann Arbor (MI): UMI.

Pomerantz, Anita (1984): *Agreeing and disagreeing with assessments: some features of preferred/dispreferred turn shapes*. Teoksessa Atkinson, J. Maxwell & Heritage, John (1984), 57–101.

Psathas, George (1995): *Conversation Analysis. The Study of Talk-in-Interaction*. Thousand Oaks, California: Sage.

Raevaara, Liisa (1997): *Vierusparit – esimerkkinä kysymys ja vastaus*. Teoksessa Tainio (1997), 75–92.

Raevaara, Liisa, Ruusuvuori, Johanna & Haakana, Markku (2001): *Institutionaalinen vuorovaikutus ja sen tutkiminen*. Teoksessa Ruusuvuori, Johanna, Haakana, Markku & Raevaara, Liisa (toim.): *Institutionaalinen vuorovaikutus. Keskusteluanalyttisiä tutkimuksia*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, 11–38.

Sacks, Harvey (1984): *Notes on methodology*. Teoksessa Atkinson, J. Maxwell & Heritage, John (1984), 21–27.

Sacks, Harvey (1987): *On the preferences for agreement and contiguity in sequences in conversation*. Teoksessa Button, Graham & Lee, John R. E. (toim.): *Talk and Social Organisation*. Clevedon: Multilingual Matters, 54–69.

Schegloff, Emanuel A. (1988): *On an Actual Virtual Servo-Mechanism for Guessing Bad News: A Single Case Conjecture*. *Social Problems* 35 (4), 442–457.

Schegloff, Emanuel A. (2007): *Sequence Organization in Interaction. A Primer in Conversation Analysis I*. New York: Cambridge University Press.

Seppänen, Eeva-Leena (1997): *Vuorovaikutus paperilla*. Teoksessa Tainio (1997), 18–31.

Stiles, William B. (2008): *Foreword. Filling the gaps*. Teoksessa Peräkylä, Antaki, Vehviläinen & Leudar (2008), 1–4.

Tainio, Liisa (1996): *Kannanotoista arkikeskustelussa*. Teoksessa Hakulinen, Auli (toim.): Suomalaisen keskustelun keinoja II. *Kieli* 10, 81–108.

Tainio, Liisa (toim.) (1997): *Keskustelunanalyysin perusteet*. Tampere: Vastapaino.

Tainio, Liisa (1997): *Preferenssijäsennys*. Teoksessa Tainio (1997), 93–110.

Vehviläinen, Sanna (2003): Preparing and delivering interpretations in psychoanalytic interaction. *Text* 23 (4), 573–606.

Vehviläinen, Sanna (2008): *Identifying and managing resistance in psychoanalytic interaction*. Teoksessa Peräkylä, Antaki, Vehviläinen & Leudar (2008), 120–138.

Vehviläinen, Sanna, Peräkylä, Anssi, Antaki, Charles & Leudar, Ivan (2008): *A review of conversational practices in psychotherapy*. Teoksessa Peräkylä, Antaki, Vehviläinen & Leudar (2008), 188–197.

LIITE 1: Litterointimerkit

Valikoiden Seppäsen (1997, 22–23) mukaan.

.	laskeva intonaatio prosodisen kokonaisuuden lopussa
,	tasainen intonaatio prosodisen kokonaisuuden lopussa
?	nouseva intonaatio prosodisen kokonaisuuden lopussa
↑	seuraava sana lausuttu ympäristöä korkeammalta
↓	seuraava sana lausuttu ympäristöä matalammalta
–	(alleviivaus) painotus
[]	päällekkäispuhunta
(.)	alle 0.2 sekuntia kestävä mikrotauko
(0.4)	pidempi tauko, jonka pituus ilmoitettu sekunnin kymmenesosina
=	kaksi puhunnosta liittyy toisiinsa tauotta
> <	(sisäänpäin osoittavat nuolet) nopeutettu jakso
< >	(ulospäin osoittavat nuolet) hidastettu jakso
:::	(kaksoispisteet äänteen jälkeen) äänteen venytys
° °	ympäristöä vaimeampaa puhetta
°° °°	hyvin vaimeaa puhetta
ABC	(kapiteelit) äänen voimistaminen
.hhh	sisäänhengitys; yksi h-kirjain vastaa noin 0.1 sekuntia
hhh	uloshengitys
.abc	(piste sanan edessä) sana lausuttu sisäänhengittäen
he he	naurua
£ £	hymyillen lausuttua puhetta
# #	nariseva ääni
@ @	äänenlaadun muutos (tässä itkuisella äänellä lausuttua puhetta)
ab-	(tavuviiva) sana jää kesken
(abc)	sulkeiden sisällä epäselvästi kuultu jakso tai puhuja
(-)	sana, josta ei ole saatu selvää
(---)	pidempi jakso, josta ei ole saatu selvää
(())	kaksoissulkeiden sisällä litteroijan kommentteja ja selityksiä tilanteesta