

# LÄSNÄOLEVA OLEMINEN, KUULUKSI TULEMINEN JA TASA-ARVOISUUS PERHETERAPIASSA

Kauko Haarakangas

Se, millainen suhde muodostuu terapeutin ja hänen asiakkaidensa välille, määrittää enemmän terapian tuloksellisuutta kuin terapiamenetelmä. Perheterapeuttisissa kohtaamisissa terapeuttien kiireetön läsnäolo, kiinnostus ja keskittyvä kuunteleminen luovat edellytykset hyvälle suhteelle ja onnistuneelle terapiaprosessille. Tässä artikkelissa pohdiskelen, mitä läsnä oleva oleminen ja kuulluksi tuleminen merkitsevät perheterapeutin ja hänen asiakkaidensa kannalta. Toinen keskeinen asia on, missä määrin tasa-arvoisuus voi toteutua perheterapiassa ja psykiatrisissa hoitotapaamisissa.

## Läsnäolo ja tämänhetkisyys

Maailmassa oleminen voi olla vahvaa läsnäoloa siinä, mitä tapahtuu. Osallistuminen elämän virtaan on mahdollista niin yksin ollessa kuin toisten ihmisten kanssa. Kun kytkeydymme siihen, mitä on ja tapahtuu, maailmassa olemisemme on *läsnä olevaa olemista*. Voimme sulkea myös silmämme, korvamme ja mielemme ympäristöltämme, olla kuin usvassa tai toisessa maailmassa, jolloin olemassaolomme on *poissa olevaa olemista*.

Toisen ihmisen läsnäolon huomaa silloin, kun hän näkyvästi osallistuu yhteiseen toimintaan ja kun hänen kanssaan voi yhdessä jakaa ajatuksia ja tekemistä. Hän on mukana, osallistuu. Hän vastaa tekemisellään tai sanoillaan toisten tekemiseen. Hän on kosketuksissa ja yhteistoiminnassa toisten kanssa.

Poissaoleva oleminen on myös vahva viesti. Huomatuksi tullessaan henkilön poissaoleva oleminen, läsnäolottomuus, herättää arvailuja ja usein myös kielteisiä tuntemuksia. Miksi tuo ihminen on kuin muissa maailmoissa? Eikö hän välitä minusta ja muista? Emmekö me tai tämä tilanne merkitse hänelle riittävästi, eikö hän pidä tapaamista tärkeänä? Onko hän ylpeä? Tai miksei hän kuuntele, mitä puhutaan? Missä hänen ajatuksensa oikein vaeltavat? Häneen on mahdollisuus sijoittaa monenlaisia mielikuvia. Ihminen, jonka ei koeta olevan läsnä, helposti poissaolevuudellaan jää erilleen yhteisössään.

Läsnäolo siis arvottuu positiivisesti. Yhteisessä toiminnassa mukana olemista pidetään yhteisössä myönteisenä ja kannustettavana asiana. Yhteisyydestä ja läsnäolosta syntyy me-henki, vastavuoroinen osallistuminen ja myötäeläminen yhteisesti tärkeinä pidetyissä asioissa. Vahvasti läsnä oleva ihminen ei silti ole välttämättä kaikkien mielestä kaikissa toimissaan ja mielipiteissään kannatettava. Hän ja hänen mielipiteensä voivat herättää voimakkaitakin tunteita puolesta ja vastaan. Hän ei jätä kylmäksi.

Läsnä oleminen tapahtuu tässä ja nyt. Kun olen mukana ja osallistun siihen, mitä tapahtuu, elän nykyhetkessä. Läsnäolo on kokonaisvaltaista olemista ja toimimista nykyhetken tapahtumissa. Olen silloin mukana kehollisesti ja mielellisesti, aistien elämää ympärilläni ja vastaten ympäristön viesteihin, vuorovaikutuksessa sen kanssa, mitä juuri sillä hetkellä on. Läsnäolo on keskittymistä: haluan olla kognitiivisesti mukana nykyhetkessä ja kokea sen, missä olen mukana.

Missä tahansa tilanteessa olemmekin, olemme siinä juuri nyt. Kuten buddhalaiseen meditaatioon perehtynyt professori Jon Kabat-Zinn (2006) toteaa, tärkeä kysymys on: ”Mitä nyt?”. Tämä hetki on se, johon on keskityttävä. Se, mitä tapahtuu tällä hetkellä, vaikuttaa siihen, mitä tapahtuu seuraavaksi.

Keskittyminen nykyhetkeen on monesti vaikeata. Mieli harhailee muualla tai on paennut menneeseen aikaan tai harppoo jo tulevaisuudessa. Kiire ja hektinen elämänmeno heikentää mahdollisuutta rauhalliseen, keskittyneeseen läsnäoloon. Mieleemme selailee muistikirjaa eilisen tehtävistä: muistinko varmasti tehdä kaiken? Unohdinko jotain? Toiminko oikein siinä tilanteessa? Voimme ennakoida jo seuraavia tilanteita tai huomisen huolia. Huomenna minun on ehdittävä laatia se raportti. Huomaankohan varmasti mainita kaikki tärkeät seikat?

Elämä on nykyhetkessä. Tässä ja nyt luomme tulevaisuutta. Nykyhetki on kohta menneisyyttä ja elää muistoissamme. Kannattaa siis elää tämä hetki siten, että sitä katumatta ja mielellään muistelee. Mitä teetkin, tee se olemalla aidosti läsnä. Ole mukana elämän virrassa. Arkinen elämä muodostuu suurelta osin pienistä tapahtumista, rutiineista. Voit tehdä niistä nautittavia. Osaatko nauttia päivästäsi aamuhämmästä alkaen: Nyt on uusi päivä. Mitähän mielenkiintoista se tuo tullessaan? Näyttää päivä alkavan sateisena. Voin käyttää taas uutta sateenvarjoani. Suihkussa nautit elämää ylläpitävästä elementistä, vedestä, annat sen virrata ja hyväillä ihoasi. Silmistäsi karisee unisuuden viime rippeet. aa-

miaispöydässä olet läsnä kaikkine aisteinesi: kahvin tuoksu ja aromi, aamuaterian tuttu koostumus, sanomalehden lukua ja mahdollisesti muiden perheenjäsenten hyörintää ympärilläsi. Onni on pienissä asioissa, kunhan niistä osaa nauttia, tässä ja nyt.

Psykoterapeutti Daniel Stern (2004) on tutkinut nykyhetken (the present moment) muodostumista sekä arkisen elämän askareissa että psykoterapiassa. Hän määrittelee henkilökohtaisen tämän hetken kokemuksen kestävän muutaman sekunnin, jona aikana voi olla lukuisa määrä eri aistialueiden havaintoja ja merkityksenantoja, jotka henkilö kokee nykyhetkessä tapahtuvana jatkumona. Psykoterapiassa on voimakkailla tunteilla latautuneita hetkiä, jolloin jotain liikahtaa ja jonka terapiasuhteen osapuolet voivat elää jaettuna tunnekohtaamisena tässä hetkessä. Nämä hetket koetaan affektiivisesti eivätkä ne tarvitse sanoja, mutta ne voivat olla terapeutin muutoksen lähtökohtia.

### **Terapeuttinen läsnäolo**

Läsnä oleva oleminen on erityisen tärkeää terapeutilta hänen tavatessaan asiakkaitaan. Psykoterapeutista apua hakeva ihminen kokee ja vaistoa herkästi terapeutin kyvyn olla tilanteessa läsnä ja asiakastaan varten. Terapeutille kohtaaminen on arkista työtä, jota hän on kenties tehnyt vuosia tai vuosikymmeniä. Siitä on tullut rutiinia. Silti jokainen terapiatilanne on ainutkertainen tapahtuma, johon sisältyy mahdollisuus. Asiakkaan kannalta terapiaan hakeutuminen ja terapiasuhteessa tapahtuvat kohtaamiset ja keskustelut ovat Suuri Tapahtuma. Kysymys on hänen elämästään ja elämisensä ongelmista, joihin hän on tullut hakemaan apua. Hän avautuu ja puhuu henkilökohtaisista ja tunteita herättävistä asioistaan toiselle ihmiselle, johon hänen on voitava luottaa. Terapeutin turvallinen läsnäolo ja kuuntelu rohkaisee. Asiakas voi kokea sillä hetkellä olevansa terapeutille tärkein henkilö. Mistä läsnä olemisen kokemus muodostuu? Mitä on olla läsnä toiselle? Terapeutti keskittyy kuuntelemaan asiakkaansa tarinaa. Hän auttaa sanoillaan, ilmeillään, liikkeillään asiakasta eteenpäin kertomuksessaan. Hänen kokonaisvaltainen olemisensä tilanteessa on vastausta asiakkaan puhumiseen ja olemiseen. Kommunikaatio on vastavuoroista, dialogista viestintää, yhteistä jakamista.

Terapeuttinen läsnäolo ei ole vain vastaanottavaisuutta, valmiutta kuunnella asiakasta. Se edellyttää aitoa ja aktiivista kohtaamista, uskallusta astua kohti toista ihmistä, toisen elämänpiiriin, hänen kokemusmaailmaansa. Terapeutin ja asiakkaan kohtaaminen tapahtuu

terapiasuhteessa, tilassa, joka muodostuu heidän välilleen. Asiakas on ottanut rohkean askeleen tullessaan terapeutin luo ja alkaessaan kertoa hänelle asiaansa. Terapeutti tulee puolitiehen häntä vastaan, luo kielellistä siltaa heidän välilleen. Terapeutin ja asiakkaan suhde rakentuu dialogissa, jossa asiakkaan puhe ja itsensä ilmaiseminen saa vastauksen terapeutin hyväksyvässä ja kunnioittavassa tavassa olla läsnä, kuunnella ja kommentoida kuulemaansa. Terapeutti rohkaisee asiakasta kertomaan lisää tai pyytää häntä tarkentamaan jotain kohtia kertomuksessa. ”Aha...niin...voitko kertoa vielä lisää...en ole varma, ymmärsinkö oikein?”. Hän voi toistaa asiakkaan sanoja, mikä osoittaa terapeutin olevan koko ajan mukana tilanteessa.

Terapiassa keskitymme siihen, mitä kuulemme, näemme ja koemme sekä mitä havaintomme ja eläytymisemme asiakkaiden tilanteeseen saa meissä aikaan. Puhuessaan ihminen kehittää ajatuksiaan, etsii sanallista muotoa kuvailemilleen ilmiöille, tapahtumille, suhteille, tunnetiloille. Sanoihin voi latautua myös paljon tunnetta, mikä vaikuttaa häneen itseensä ja kuulijoihin.

Havaitsemme asiakkaan mielenliikituksen merkit hänen kertoessaan tarinaansa. Voimme myötäelää hänen kokemustaan. Mikä hänen kokemuksessaan saa minut surulliseksi? Kuinka paljon siinä on myös minun omaa elämääni? Entäpä suuttumuksen tunteeni, vaikka asiakas ei näyttäisi olevan vihainen. Mihin se liittyy? Terapeutin on syytä käydä sisäistä reflektiota oman itsensä kanssa.

Terapeutti voi olla oman mielensä kahleissa, jolloin hänen keskittymisensä siihen, mitä hän kuulee ja havainnoin, voi häiriintyä tai vääristyä. Terapeutti ei voi mitään sille, että hän kuulee ja tekee havaintoja oman kokemushistoriansa kautta. Tämä on hänen vahvuutensa, sillä hän on mukana omana itsenään, jolla on elämänkokemusta ja oppineisuutta. Asiakkaiden kertomus aktivoi terapeutin omia muistoja, joko työhistoriasta tai henkilökohtaisesta elämästä. Siinä voi piillä myös salakareja, mikäli hän ei tunnista oman taustansa vaikutusta terapiatilanteessa. Artikkelissa ”Perheterapeutin kahlittu mieli?” (Haarakangas, 2001b) olen tarkastellut terapeutin vaikeuksia olla avoin sille, mitä tapahtuu tässä ja nyt. Hänen mielensä voi olla kiinni tietyssä teoriassa tai menetelmässä, terapiatilanteen aktiivisissa käsittelemättömissä omissa ristiriidoissaan, juuttumisissaan tai ennakoasenteissaan. Hänen ”ymmärtämisensä” siitä, miltä asiakkaasta tuntuu tai mitä hän kertoo, voi olla omista tunnelähtökohdista tapahtuvaa ymmärrystä, joka ei tavoita asiakkaiden elämää

vaan kertoo enemmän terapeutin itsensä elämästä. ”Ymmärtäminen” on mahdollista vain dialogissa ja dialogin kautta, emmekä silloinkaan voi täysin astua asiakkaan kokemusmaailmaan sitä ymmärtäen.

Kun ihminen kokee tulleen kuulluksi ja ymmärretyksi, hän voi paremmin kuulla ja kuunnella myös muita, olla kiinnostunut ja eläytyä toisten kokemuksiin. Psykoterapeuttista apua hakeva ihminen odottaa terapeutiltaan aitoa läsnäoloa, ymmärrystä ja kuuntelua sekä toivoa tulevaisuutta kuulluksi, saavansa tukea ja vastausta elämisensä ongelmiin.

### **Läsnä oleva oleminen ja kuulluksi tuleminen perhekeskeisessä hoidossa**

Se, millainen suhde muodostuu terapeutin ja hänen asiakkaidensa välille määrittää enemmän terapian tuloksellisuutta kuin terapiamenetelmä (Hick, 2008; Lambert & Simon, 2008). Kiistaton johtopäätös yli 60 vuoden aikana tehdyistä tutkimuksista osoittaa menestyksellisessä terapiasuhteessa olevan tärkeintä ymmärtäminen, hyväksyntä, empaattisuus, lämpö ja supportiivisuus. Tähän käytännön terapiatyössä olevan työntekijän lienee helppo yhtyä.

Entä jos terapiatilanteessa on samanaikaisesti myös perheenjäseniä ja mahdollisesti myös useampi terapeutti? Perheterapia ja perhekeskeiset hoidot ovat 1980-luvulta lähtien tulleet vahvasti yksilöterapioiden rinnalle. Suomessa perheterapeutit ovat ylivoimaisesti suurin psykoterapeuttien ryhmä (Wahlbeck, 2007). Mielenterveyspalveluissa ja erityisesti psykiatriassa perhe- ja verkostokeskeinen hoito on yleistynyt, ja hoitokeskusteluissa voivat samanaikaisesti olla mukana asiakas/potilas, hänen tärkeät läheisensä sekä useammasta terapeutista tai hoitoalan asiantuntijasta koostuva työryhmä. Asiakkaan ja perheen elämäntilanteeseen liittyen hoitokeskusteluissa voi olla mukana myös muita tahoja, esimerkiksi sosiaali- tai koulutoimesta. Miten kaikkien ääni tulee kuulluksi?

Perheterapian kehityksessä oli aika, jolloin terapeutit näkivät tavoitteenaan perheenjäsenien keskinäisen vuorovaikutuksen muuttamisen. Perhekommunikaation nähtiin ylläpitävän oireilevan perheenjäsenen patologiaa. Perheterapeutti pyrki muuttamaan erityisillä interventioillaan perheen tapaa toimia. Perhe oli hoitotoimenpiteiden kohde ja terapeutti muutoksen agentti.

Perheterapia alkoi kiinnittää huomiota perheeseen vuorovaikutusjärjestelmänä eli systeeminä, jossa kaikki jäsenet vaikuttivat käyttäytymisellään toinen toisiinsa. Terapiatilanteissa perheterapeutit aluksi uskoivat voivansa asettua ulkopuoliseen ja neutraaliin asemaan, jossa he saattoivat seurata, ohjata ja muuttaa perheen tapaa toimia. Perhettä ohjattiin ”oikeaan” suuntaan, jonka terapeutit määrittivät. Myöskin paradoksaalisia tekniikoita saatettiin käyttää, jolloin perheelle perusteltiin, miksi heidän tuli jatkaa toimintaansa entiseen malliin, vaikka se olikin heille raskasta. Oireilevan perheenjäsenen käyttäytymisen määriteltiin olevan tässä tilanteessa myönteinen yritys jotenkin auttaa perhettä. Esimerkiksi lapsen tai nuoren huolestuttava käyttäytyminen saatettiin esitellä pyrkimyksenä pitää vanhemmat yhdessä keskittämällä heidän huolensa oireilevaan lapseen, jolloin vanhempien keskinäiset ristiriidat jäivät taka-alalle. Tutkimustietoa näiden menetelmien ansioista ei ole saatavilla. Voidaan vain arvailla, tulivatko asiakkaat kuulluiksi ja kokivatko he terapeuttien olevan aidosti läsnä ja heitä varten.

Jokainen perhe on mitä on ja toimii niin kuin se on tottunut toimimaan. Perhe muuttuu vain omilla ehdoillaan ja omista lähtökohdistaan. Tämän tunnustaminen oli askel uuteen perheterapian kehityksessä. Terapeutit alettiin nähdä osana terapeuttista systeemiä, keskusteluverkostoa, joka terapiatilanteessa muodostuu. Terapeutit eivät voi olla samanaikaisesti mukana ja erillään siitä yhteydestä, joka osallistujien välille keskustelussa syntyy. Terapeutit ja asiakasperhe ovat yhteistyökumppaneita. Yhteisenä keskusteluteemana on huoli ja vaikeudet, joiden vuoksi perhe on tullut terapiaan. Terapeutit astuivat alas näkymättömältä korokkeelta muiden kuolevaisten joukkoon. Perheterapiassa ja perhekeskeisessä hoidossa yleensäkin alettiin siirtää huomiota menetelmistä ja erityisistä tekniikoista keskusteluun sinänsä, sen moniäänisyyteen, tasa-arvoisuuteen ja dialogisuuteen (Haarakan-gas, 2001a). Terapeutin läsnä oleva oleminen ja keskusteluosapuolien kuuleminen ja kuuluksi tuleminen tulivat nyt todella mahdolliseksi.

Terapiakeskustelussa, jossa on mukana monia osallistujia, luottamuksellisen suhteen luominen on yhtä lailla tärkeää kuin kahdenkeskisessä suhteessakin. Tilanne on koettava turvalliseksi, jotta avoin keskustelu on mahdollista. Terapeuttien kiireetön läsnäolo, kuunteleminen ja vahva ammattitaito luo turvallisuutta. Terapeutti huolehtii osallistujien tasavertaisesta mahdollisuudesta tuoda ajatuksensa ja kokemuksensa, oma äänensä esille ja kuulluksi.

Terapeuttinen läsnäolo on herkkyyttä sille, mitä tässä ja nyt tapahtuu. Niin yksilöpsykoterapeutti, perheterapeutti kuin ryhmäterapeuttikin on kokonaisvaltaisesti läsnä, avoimena ja vastaanottavana, yhtä aikaa terapia-asiantuntijana ja myötäelävänä kanssaihmisenä. Hän on dialogissa samalla oman mielensä ja tuntemustensa kanssa ja vuorovaikutustilanteen osanottajien kanssa. Pyrkimys avoimeen dialogiin osallistujien kesken, huolehtiminen toisen kuulluksi tulemisesta sekä avoimuus tilanteen herättämille vaikutteille ja oman mielen eri äänille voisivat olla terapeutteja yhdistäviä tekijöitä terapiamuodosta riippumatta (Hick & Bien, 2008).

### **Terapeuttiset kohtaamiset ja dialogisuus**

Mielenterveyspalveluissa ja psykiatrisessa hoidossa on kehitetty erilaisia keskustelumeneelmiä, tilanteita ja kohtaamisia, joiden tavoitteena on tarjota asiakkaille terapeuttista apua. Nämä kohtaamiset ovat apua hakevan henkilön tai tahon ja apua tarjoavan asiantuntija-osapuolen keskinäisiä vuorovaikutustilanteita. Apua hakevat ihmiset odottava palvelujen tarjoajilta hoidollista asiantuntemusta ja ymmärrystä. Monesti mielenterveydellisissä vaikeuksissa oleva ihminen tai hänen läheisensä toivovat jotain ihmelääkettä, joka poistaisi mielen ahdistuksen, pelon ja tuskan. Parantava lääke ei välttämättä ole löydettävissä apteekin hyllyltä, vaan se syntyy siinä suhteessa ja keskustelussa, joka muodostuu riittävän turvalliseksi ja ymmärtäväksi terapiatilanteessa. Nämä apua antavat tapaamiset voivat olla asiakkaan ja terapeutin kahdenkeskisiä, asiakkaan ja hänen läheistensä sekä terapeutin yhteisiä tai myös vertaisryhmässä terapeutin ohjaamana tapahtuvia. Kyseessä voi olla myös perhekeskeinen hoitokokous, jossa hoitoalan asiantuntijat keskustelevat yhdessä asiakkaan tai potilaan ja hänen läheistensä sekä mahdollisten muiden siinä tilanteessa tärkeiden ihmisten kanssa.

Kahden viime vuosikymmenen aikana on mielenterveyshoidon psykoterapeuttisia tapauksia kehitelty asiantuntija- ja menetelmäkeskeisyyden sijaan lisääntyvästi tilanteiksi, joissa pyritään mahdollisimman avoimeen ja tasapuoliseen keskusteluun (Haarakangas, 2001a). Asiakkaan hoitoon tuonut ongelma on keskustelussa yhteinen ja siitä voidaan puhua yhdessä ja avoimesti siten, että kaikkien ääni voi tulla tasavertaisena kuulluksi. Asiakas ja hänen läheisensä ovat asiantuntijoita ja kokijoita siinä elämäntarinassa, johon terapeutit ja hoitoalan ammattilaiset tuovat oman ammattiosaamisensa ja kokemuksensa. Te-

rapeuttien tehtävänä on luoda keskusteluyhteys, jossa vaikeistakin asioista puhuminen on mahdollista.

Niin psykoterapiassa kuin muissakin terapeuttisissa tapaamisissa tavoitteena on, että osallistujien välille muodostuu suhde, joka mahdollistaa uutta ymmärrystä synnyttävän puheen. Tästä välitilasta ja siinä kehittyvästä vuorovaikutusprosessista on terapian ammattikielessä alettu käyttää termiä *dialogisuus*. Sana pohjautuu etymologisesti kreikan sanaan *dialegesthai*, joka tarkoittaa puhumista yhdessä tavoitteena keskinäinen yhteisymmärrys (Ford, 2006). Dialogissa (*dialogos*) asiat selvitetään, käydään läpi (*dia = läpi, kautta*) tasavertaisesti ja toinen toisensa näkökantoja kuunnellen.

Dialogisuus on tärkeä käsite, jolla voidaan kuvata kahden tai useamman henkilön vastavuoroista kanssakäymistä sekä suhteena että prosessina. *Dialogista suhdetta* luonnehtii avoimuus, tasavertaisuus, turvallisuus, luottamus, keskinäinen välittäminen ja kokonaisvaltainen läsnäolo. *Dialogiselle prosessille* on tunnusomaista kuunteleminen ja kuulluksi tuleminen, ymmärryksen kehittyminen, merkitysten muodostuminen ja muuttuminen. Terapeuttisessa prosessissa on keskeistä dialogisen suhteen luominen asiakkaiden ja terapeuttien välille, jotta uutta ymmärrystä ja parantavaa puhetta (Haarakangas, 2008) voi kehittyä.

### **Tasa-arvoisuus terapiassa?**

Voiko avun hakija olla tasa-arvoinen avun tarjoajan kanssa? Ei siinä mielessä, että hän on *turvautunut* toisen henkilön apuun asiassa, jossa hän itse on voimaton tai keinoton ja toisen avun tarpeessa. Jokainen meistä tarvitsee ajoittain apua muilta. Kukaan meistä ei ole kaikki tietävä tai joka asiassa taitava ja jokaiselle meistä tulee tilanteita, joissa on välttämättömyyksiä turvautua toisiin ihmisiin ja heidän tukeensa, kokemukseensa ja ammattitaitoonsa. Kun autoon tulee tekninen vika, käännyimme asiantuntevan autotekniikan ammattilaisen tai korjaamon puoleen. Voimme tarvita apua lakiasioissa, rakentamisessa tai remontoinnissa, kokkaamisessa, lasten hoidossa ja kasvatuksessa jne. Terveystilamme ja ikämme voivat edellyttää eri asteista apua. Pienet lapset, vammaiset tai vanhukset voivat tarvita huolenpitoa elämisen perusasioissa kuten hygienia, ravinnon saanti ja liikkuminen. Avun tarjoajina voivat olla oman perheen jäsenet tai muut läheiset, tuttavat tai ammatti-ihmiset. Kun turvaudumme ammattilaisten apuun, haemme palvelua. Odotamme palvelun tarjoajilta

asiallista, arvostavaa ja tasa-arvoista suhteutumista. Asiakkaana olemme oikeutettuja palveluihin, joissa voimme tuntea, että meitä kuunnellaan ja mielipiteitämme arvostetaan. Tasa-arvoisuus koskee myös mielenterveyspalveluissa asiakkaiden ja työntekijöiden yhteistyösuhdetta. Miksi ei koskisi? Mielenterveyspotilas on neuvoton, tuskainen, masentunut tai mahdollisesti harhainen, mutta hänen kokemuksensa, tunteensa ja ajatuksensa ovat *yhtä lailla tärkeitä* kuin mielenterveystyön ammattilaisenkin. Sama koskee hänen läheisiään. Perhe on tärkeä yhteistyökumppani hoidossa.

Voiko vähälle koulutukselle jäänyt, työtön, alkoholisoitunut, mielenterveysongelmainen ihminen olla tasa-arvoinen kohdatessaan lääkärin, psykologin, sosiaalityöntekijän tai psykiatrisen sairaanhoitajan tai heidät kaikki yhdessä? Epäilemättä tilanne on syrjäytyneen asiakkaan kannalta lähtökohtaisesti hyvin alisteinen. Kuinka he voisivat minua ymmärtää? Mielenterveyspalveluissa on erityisen tärkeää, että humaani kohtelu, ihmisarvon kunnioittaminen, kiinnostus asiakkaiden elämäntarinaa kohtaan ja empatia ovat terapeuttisen työn ohjenuoria. Vaikka asiakkaamme olisivat elämäntavoiltaan ja olosuhteiltaan perin juurin erilaisia kuin oman ystävä- ja tuttavapiirimme ihmiset, voimme pyrkiä ymmärtämään ja autamaan heitä kaikella ammattitaidollamme. Toisen ihmisen elämänarvojen erilaisuus ei oikeuta tuomitsemaan ja olemaan arvostamatta häntä ihmisenä.

Mielenterveyspalveluiden tulee olla tavoitettavissa ja käytettävissä kaikille tasa-arvoisesti. Kaikkien tulee saada myös tasa-arvoista kohtelua yhteiskunnallisesta ja sosiaalisesta asemasta riippumatta. Ammattiauttajien taholta kuuluu joskus selitettävän hoidon tuloksettomuutta tai asiakkaiden jättäytymistä pois hoidosta hoitomotivaation tai sairaudentunnon puutteella. Voi kuitenkin kysyä, onko hoitosuhde ollut riittävän turvallinen asiakkaan kannalta, onko hän kokenut tulleeensa kuulluksi ja ymmärretyksi ja onko hoidossa ollut riittävästi tilaa keskustelulle hänen tärkeinä kokemistaan asioista?

### **Tasa-arvoisuus työryhmässä?**

Päivi Vuokila-Oikkonen (2002) puhuu yhteistoiminnallisesta psykiatrisesta hoidosta, jolloin valta on jaettu siihen osallistuvien kesken, ja hoidosta ovat vastuussa kaikki siihen osallistuvat. Potilas, hänen läheisensä ja mukana olevat asiantuntijat toimivat yhteistyössä. Tällöin myös kukin asiantuntija käyttää tietojaan ja kokemustaan potilaan parhaaksi. Yhteistä

ymmärrystä pyritään löytämään potilaan tilanteeseen hoitoon osallistujien keskinäisellä havaintojen ja asiantuntemuksen jakamisella.

Yhteistoiminnallisuuden vastakohtana Vuokila-Oikonen esittää asiantuntijalähtöisyyden, jolloin vuorovaikutustilanteissa asiantuntija määrittelee, kuinka tulee toimia ja mistä keskustellaan. Pääsääntöisesti hoidosta ja keskustelun sisällöstä määräävä asiantuntija on tällöin lääkäri. Potilaan ja hänen läheistensä sekä hoidossa mukana olevien muiden työntekijöiden mahdollisuudet vaikuttaa ovat auktoriteetille alisteiset. Vuokila-Oikonen tarjoaa väitöskirjassaan esimerkkejä auktoriteettiasiantuntijan monologisesta toimintatavasta, jossa muut keskustelutilanteen osallistujat jäävät passiivisiksi tarkkailijoiksi, istuvat ”sanattomina, liikkumatta ja eteensä katsoen”.

Potilaan ja psykiatrisen sairaanhoitajan tai mielenterveyshoitajan vuorovaikutuksessa omahoitajasuhteissa tai hoitokäytännön arjessa ovat vahvasti läsnä avoimuus, kuunteleminen ja empatia. He ovat potilaan kannalta turvallisia ja helposti lähestyttäviä ihmisiä. Tuttu hoitaja on päässyt myös lähelle potilaan aitoa elämäntarinaa eikä ole vain sairaskertomuksen tietojen varassa. Kuitenkin aivan liian usein näyttää käyvän niin, että hoitoneuvottelusta muodostuu lääkärikeskeinen tilanne, jossa hoitajien asiantuntemus, havainnot ja ymmärrys jäävät sivuosaan tai kokonaan kuulematta. Hoitoryhmässä valta ja vastuu on luovutettu lääkärille, jolloin muut hoitoneuvottelun osallistujat näyttäytyvät passiivisina ja poissaolevina. ”En tiedä oikeastaan mitään. Minut käskettiin tänne mukaan”.

Eräässä mielisairaalassa 1980-luvun puolivälissä kehitettiin hoitokokousta siten, että kaikkien kokoukseen osallistuvien työntekijöiden edellytettiin osallistuvan keskusteluun. Kukaan ei saanut jäädä puhumattomaksi. Korostettiin sitä, että kaikkien havainnot ja mielikuvat ovat tärkeitä ja oikeita (Seikkula, 1991, Seikkula & Arnkil, 2005; Haarakangas 2002). Uusi tilanne ei ollut aivan helppo perinteiseen auktoriteettikeskeiseen toimintatapaan tottuneille hoitajille. ”Sitä punnitsi omat sanansa etukäteen niin tarkkaan, ettei ollut enää aikaa sanoa mitään” (Haarakangas, 1999).

Hoitohenkilökunnan pitkäjänteinen terapiakoulutus on muuttanut hoitokokoustilanteet huomattavasti tasa-arvoisemmiksi. Hoidossa mukana olevien työntekijöiden ja terapia-asiantuntijoiden tietämys tulee yhdessä jaetuksi. Osaamisen reviirit voidaan purkaa ja asiantuntemusten väliset rajat ylittää (Aaltonen, 1999). Samalla asiakkaana oleva perhe voi-

daan ottaa mukaan keskusteluun oman elämänsä ja olosuhteidensa asiantuntijana ja hoitollisena yhteistyökumppanina. Kunnioittavassa, kuuntelevassa ja avoimuuteen pyrkivässä ilmapiirissä keskustelun osapuolien kokemus ja niin sanottu hiljainen tieto voi päästä esiin ja tulla voimavaraksi.

### **Tasavertaisuus ja yhdessä jakaminen**

Psykologi ja psykoterapeutti Carl Rogers ja filosofi Martin Buber kävivät vuonna 1957 keskustelun auditorioyleisön edessä eräissä konferenssissa, joka oli järjestetty Buberin kunniaksi. Keskustelu nauhoitettiin ja transkriboitiin. Asiakaskeskeisestä terapian teoriastaan tunnetuksi tullut Rogers alleviivasi keskustelussa yhtäläisyyttä terapiasuhteessa vaikuttavien dialogisesti tärkeiden hetkien ja Buberin kuvaaman Minä-Sinä –suhteen välillä. Rogers painottaa olevansa terapiasuhteessa avoimena, sallivana ja myötäelävänä persoonana, joka kuitenkin säilyttää oman erillisyytensä. ”Sallin hänen tuntea niin kuin hän tuntee, pitää omat asenteensa ja olla se henkilö, joka hän on... Ja jos lisänä tähän minun puoleltani tulevaan, asiakkaani tai henkilö, jonka kanssa työskentelen, pystyy aistimaan jotain näistä asenteista minussa, silloin minusta tuntuu, että siinä on todellinen, kokemuksellinen henkilöiden kohtaaminen, jossa meistä molemmat muuttuvat” (Anderson & Cissna, 1997, 30). Ilmeisesti kaikkien yllätykseksi Buber kielsi yhtäläisyyden todeten, ettei terapiasuhde voi olla tasavertainen. Olennainen ero terapeutin ja asiakkaan välillä on, että asiakas tulee hakemaan terapeutilta apua. Ja terapeutti myös pystyy, enemmän tai vähemmän, auttamaan asiakastaan. Terapeutti on asiakkaalle tärkeä henkilö, mutta asiakas ei pyri samalla tavoin ymmärtämään ja auttamaan terapeuttiaan. He ovat eriarvoisessa asemassa. Buber vertasi Rogersin asemaa terapeutina asiakkaan erilaiseen tilanteeseen: ”Sinulla on välttämättä toinen suhde tilanteeseen kuin hänellä (asiakkaalla). Sinä kykenet tekemään jotakin, johon hän ei kykene. Te ette ole tasavertaisia, ettekä voi olla” (emt, 38).

Daniel Yankelovich (2001) on kirjassaan *The magic of dialogue* viitannut Rogersin ja Buberin esiintymiseen tarkastellessaan dialogisen suhteen edellytyksiä. Hänen mukaansa epätasavertaisuus keskustelun osallistujien arvoasemassa tai vaikutusvallassa ei välttämättä estä dialogia vaikkakin tekee sen vaikeammaksi. Avoin dialogi edellyttää luottamusta ja osallistujien aitoa halua tasa-arvoisuuteen keskustelussa sosiaalisen aseman eroista huolimatta. Dialoginen kohtaaminen ei ole mahdollinen, mikäli osanottajat eivät koe voivansa turvallisesti ja tasavertaisesti olla mukana keskustelussa.

Terapiatilanteissa asiakkaila on myös valtaa suhteessa terapeutteihin. He voivat olla yhteistyössä tai sitten ei. He ovat sitä paitsi oman elämänsä parhaita asiantuntijoita. Terapeutti voi päästä osalliseksi heidän elämäntarinastaan ja kokemuksistaan vain, mikäli asiakkaat sen sallivat. He voivat lukea elämänsä kirjaa vieraalle ihmiselle, terapeutille, mikäli suhde on riittävän turvallinen ja luottamuksellinen.

Markova ja Foppa (1991) ovat toimittaneet kirjan *Asymmetries in dialogue*, jossa tarkastellaan dialogiin välttämättä kuuluvia moninaisia valtaeroja ja epätasavertaisuuksia asemassa, rooleissa, tiedoissa, vuorovaikutukseen osallistumisessa. Linell ja Luckmann (emt, 7) toteavat epäsymmetrian olevan dialogin luontainen piirre. Dialogi on vastavuoroista, mutta epäsymmetrisyys sisältyy jo siihen, että toisen puhuessa toinen kuuntelee.

Väitöskirjassani *Hoitokokouksen äänet* (Haarakangas, 1997) olen käsitellyt hoitokokoukseskustelujen osanottajien asemien eroja ja keskustelun epäsymmetrisyyksiä. Tällöin totesin varovaisesti, että ”huolimatta hoitokokouksen osanottajien sosiaalisen aseman eriarvoisuudesta dialogin vastavuoroisuuden ja viestinnällisen tasa-arvoisuuden toteutumisen on oletettu olevan periaatteessa mahdollista. Esimerkiksi kertoessaan omaa tarinaansa potilas on tiedollisesti hallitsevassa asemassa, hän on oman elämänsä asiantuntija” (s.35). Kirjassa *Parantava puhe* (2008) olen sanonut hoitokokouksen olevan tilanne, jossa dialogisuutta on mahdollisuus tavoitella. Terapeuttien vastuulla on keskustelutilanteen muodostaminen riittävän turvalliseksi avoimelle dialogille. Heidän tehtävänä on myös huolehtia keskustelun terapeuttisuudesta ja kaikkien tasavertaisesta mahdollisuudesta osallistua ja tulla kuulluksi omine ajatuksineen, kokemuksineen ja tuntoineen.

Keskustelun dialogisuus on paitsi tasa-arvoisuutta ja kuulluksi tulemistä myös yhteistä jakamista. On kokoonnuttu yhteisen asian äärelle. Perheterapeuttisessa hoitokeskustelussa asiakkaat on tuonut tilanteeseen huoli perheenjäsenestä tai perheen sisäisistä kanssakäymisen vaikeuksista ja niihin liittyvistä monesti ahdistavista tunteista. Kun osanottajat voivat puhua ja ilmaista itseään vapaasti ja kuulevat toisiaan ja toistensa reaktioita, ajatusten ja tunteiden jakaminen mahdollistuu. On mahdollista saada uutta näkökulmaa omaan ajatteluun toisten asioille antamista erilaisista merkityksistä. Tilanteeseen liittyvä tunnekokemus voidaan kokea yhdessä voimakkaasti. Terapeutit voivat myös sanoa ääneen sen, minkä osallistujat jakavat sanattomana yhteisenä kokemuksena.

## Lähdeviitteet

Aaltonen, J. (1999) Hoitotapahtumaa ohjaava jaettu mielikuva ja sosiaalinen konstruktio perheterapeuttisessa hoitoprosessissa. Teoksessa J. Aaltonen ja R. Rinne (toim.) Perheterapiassa. Vuoropuhelua vuosituhannen vaihtuessa. Helsinki: SMS, 72-83.

Anderson, R. & Cissna, K. (1997) The Martin Buber – Carl Rogers dialogue. A new transcript with commentary. New York: State University of New York Press.

Ford, A. (2006) From "Socratic logoi" to "dialogues": Dialogue in fourth-century genre theory. Princeton/Stanford working papers in classics. <http://www.princeton.edu>

Haarakangas, K. (1997) Hoitokokouksen äänet. Dialoginen analyysi perhekeskeisen psykiatrisen hoitoprosessin hoitokokouskeskusteluista työryhmän toiminnan näkökulmasta. Jyväskylä studies in education, psychology and social research 130.

Haarakangas, K. (1999) Toivottomuudesta toivoon – mielisairaanhoidon neljän vuosikymmenen aikana. Teoksessa K. Haarakangas ja J. Seikkula (toim.) Psykoosi – uuteen hoitokäytäntöön. Helsinki: Kirjayhtymä, 25-34.

Haarakangas, K. (2001a) Menetelmistä dialogiin perheterapiassa. Perheterapia 1/2001, 31-47.

Haarakangas, K. (2001b) Perheterapeutin kahlittu mieli? Teoksessa R. Rinne ja J. Seikkula (toim.) Ja äkisti uusi aikakausi. Professori Jukka Aaltonen, 60 vuotta. Helsinki: SMS, 119-130.

Haarakangas, K. (2002) Mielisairaala muuttuu. Keroputaan sairaalan kokemuksia psykiatrisen hoidon kehittämisessä: avoimen dialogin hoitomalli. Helsinki: Kuntaliitto.

Haarakangas, K. (2008) Parantava puhe. Dialogisuus ihmissuhteissa, mielenterveystyössä ja psykiatrisessa hoidossa. Helsinki: Magentum

Hick, S. (2008) Cultivating therapeutic relationships: the role of mindfulness. In S. Hick and T. Bien (eds.) Mindfulness and the therapeutic relationship. New York: Guilford, 3-18.

Kabat-Zinn, J. (2006) Olet jo perillä. Tietoisien läsnäolon taito. Helsinki: Basam Books.

Lambert, M. & Simon, W. (2008) The therapeutic relationship: central and essential in psychotherapy outcome. In S. Hick and T. Bien (eds.) Mindfulness and the therapeutic relationship. New York: Guilford, 19-33.

Linell, P. & Luckmann, T. (1991) Asymmetries in dialogue: some conceptual preliminaries. In I. Markova and K. Foppa (eds) Asymmetries in dialogue. Hertfordshire: Harvester Wheatsheaf, 1-20.

Markova, I. & Foppa, K. (1991) (eds.) Asymmetries in dialogue. Hertfordshire: Harvester Wheatsheaf.

Seikkula, J. (1991) Perheen ja sairaalan rajasteemi potilaan sosiaalisessa verkostossa. Jyväskylä studies in education, psychology and social research 80.

Seikkula, J. & Arnkil, T. (2005) Dialoginen verkostotyö. Helsinki: Tammi

Stern, D. (2004) The present moment in psychotherapy and everyday life. New York: Norton.

Vuokila-Oikkonen, P. (2002) Akuutin psykiatrisen osastohoidon yhteistyöneuvottelun keskustelussa rakentuvat kertomukset. Acta Universitatis Ouluensis D 704.

Wahlbeck, J-C. (2007) Mitä perheterapia on? <http://www.perheterapiayhdistys.fi>

Yankelovich, D. (1999) The magic of dialogue. Transforming conflict into cooperation. New York: Touchstone.