

LÄÄKÄRIN JA POTILAAN VUOROVAIKUTUS

Marja-Leena Sorjosen, Anssi Peräkylän ja Kari Eskolan toimittama kirja ”Keskustelu lääkärin vastaanotolla” on toimitetuksi kirjaksi poikkeuksellisen johdonmukainen kokonaisuus. Kaikki teoksen kirjoittajat sitoutuvat samaan lähestymistapaan, keskusteluanalyysiin, ja rajautuvat tarkastelemaan potilaan ja lääkärin välistä vuorovaikutusta lääkärin vastaanotolla. Myös aineisto on yhteinen: vuosina 1993–1994 videoitu yli sadan terveyskeskuslääkärin ja työpaikkalääkärin vastaanotto kahdessa Etelä-Suomen kaupungissa.

Lääkärin toiminnan eri osa-alueita kuvaa työvälineluetelo ”puhe, puukko ja pilleri”. Puukko viittaa kirurgisiin välineisiin ja toimenpiteisiin, pilleri lääkkeisiin ja farmakologisiin hoitokäytänteisiin ja puhe ”sisältää kaiken potilaan ja lääkärin välisen vuorovaikutuksen” (s. 7). Työkaluista kirurgiset välineet testataan huolellisesti ja lääkkeiden hyväksyminen osaksi hoitoa edellyttää, että vaikutus on vahvistettu tilastollisesti kaksoissokkokokeessa. Kirjan toimittajien mukaan on yllättävää, ettei puhetta lääkärin perustyövälineenä ole tutkittu yhtä perusteellisesti ja laajasti. Kuitenkin ”vain puheella lääkäri voi ’ottaa anamneesin’, siis luoda diagnoosipäätelmänsä pohjaksi mielikuvan potilaan vaivan kestosta, sijainnista, vaikeudesta ja luonteesta. Hoito-ohjeet ja muu neuvonta ja opastus välittyvät puheella. Hyvään lääkärikontaktiin kuuluu aina myös osaaottava, lohduttava ja potilasta tukeva osa, eikä tätä inhimillisen ymmärtämisen puolta voida hoitaa millään muulla työvälineellä kuin vuo-

rovaikutuksella. Erityisesti yleislääkärin vastaanotolla työvälineluetelon ’puhe, puukko ja pilleri’ jatkeeksi voidaan hyvällä syyllä liittää väite ’– ja tärkein niistä on puhe” (s. 8).

Toisaalta viime aikoina on havaittu puheen tutkimuksen ja opettamisen tarpeellisuus lääkärin vastaanottotyön kehittämisessä. Kirjan yksi tavoite onkin toimintatutkimuksellinen: ”Sen tavoitteena on auttaa terveydenhuollossa toimivia ihmisiä ymmärtämään potilaan kohtaamista ja sen myötä kehittämään omaa työtään” (s. 7). Toiseksi kirja pyrkii luomaan kokonaiskuvan jokaisen kansalaisen elämään kuuluvasta keskeisestä vuorovaikutustilanteesta, lääkärin vastaanotosta. Kolmas tavoite on metodologinen: ”kirja tarjoaa sosiaali- ja kielitieteiden opiskelijoille ja tutkijoille esimerkin siitä, kuinka asiakkaan ja ammattilaisen kohtaamista voidaan tutkia” (s. 7).

Aikaisemmassa lääkärin vastaanottotapahtumaa jäsentävässä tutkimuksessa englantilaiset Patric Byrne ja B. E. L. Long havaitsivat vastaanoton etenevän ideaalimuodossaan seuraavasti: ”1) aloitus, 2) käynnin syyn selvittäminen, 3) sanallinen ja/tai fyysinen tutkimus, 4) potilaan tilanteen pohdinta (eli diagnoosi), 5) hoidosta ja muista jatkotoimista keskusteleminen sekä 6) vastaanoton lopetus” (s. 12). Todelliset vastaanottotapahtumat eivät välttämättä noudata tätä järjestystä, ja jotkut vaiheet saatetaan hypätä yli. Kirjan toimittajat kuitenkin katsovat, että vaihemalli on abstraktisuudestaan huolimatta tärkeä apuväline vastaanottotapahtuman vuorovaikutuksen ymmärtämisessä. He ovat

myös ottaneet sen lähtökohdaksi kirjan jäsentelylle: kirjassa tutkitaan vastaanoton eri vaiheiden vuorovaikutuksen kulkua pääasiassa Byrnen ja Longin tunnistamaa järjestystä seuraamalla.

Toiseksi Byrne ja Long esittivät, että kukin vastaanoton vaihe voi toteutua joko potilaskeskeisesti tai lääkärikeskeisesti. Potilaskeskeistä työskentelyä mallia pidetään tänä päivänä ihanteena, jopa ongelmaksi asti. Esimerkiksi oppikirjateksteissä saatetaan vaatia, ettei lääkäri saa esittää suljettuja kysymyksiä ja että hänen on koko ajan pyrittävä säilyttämään katsekontakti potilaaseen. Monien kirjan kirjoittajien haasteena onkin ”ollut selvittää, millaiset lääkärin ja potilaan toimintatavat todella edesauttavat potilaan näkemysten esiin tulemistä” (s. 13).

Vastaanottotilanne on siinä mielessä jännitteinen, että siinä kohtaa kaksi puhumisen tapaa, lääketieteellinen ja arkinen. Elliot Mishler luonnehti lääkärin edustamaa ”lääketieteen ääntä” objektiiviseksi, mitaavaksi ja syy–seuraussuhteita etsiväksi. ”Elämismailman ääni” puolestaan viittaa potilaan kokemuksiin ja subjektiiviseen ymmärrykseen. Äänen tunnistamisen ohella Mishler myös havaitsi, että vastaanotolla vuorovaikutus ”seuraa yleensä kaavaa 1) lääkärin kysymys, 2) potilaan vastaus, 3) lääkärin uusi kysymys” (s. 14) jne. Kirjan tekijät pitävät Mishlerin kahden äänen erottelua oivaltavana mutta kyseenalaistavat tutkimuksillaan hänen väitteensä siitä, että vuorovaikutus olisi vastaanotolla yksinomaan lääkärin kysymysten kontrolloimaa ja säätelää. Kirjoittajien mukaan molem-

pien osapuolten vuorovaikutuksella toimintaa ohjaavat ja säätelevät vahvat moraaliset odotukset, joita käsitellään kirjan luvuissa 4, 7 ja 8.

Suomessa nauhoitteisiin perustuvan lääkärin ja potilaan vuorovaikutuksen tutkimisen aloitti Yrjö Engeströmin johtama työryhmä 1980-luvun jälkipuoliskolla. Kirjan toimittajat arvostavat hanketta. Heidän kirjansa kuitenkin ”eroaa aiemmasta suomalaisesta lääkärin vastaanottoihin kohdistuneesta tutkimuksesta ennen kaikkea *tarkastelun yksityiskohtaisuuuden vuoksi*. Kirjoittajat ovat tutkineet vastaanottojen kulkua sana sanalta, lausuma lausumalta, ele eleeltä ja puheenvuoro puheenvuorolta” (s. 17) keskusteluanalyttistä menetelmää käyttämällä. Tämä on tarkoittanut sitä, että analyysi on kohdistettu puheenvuoroihin: ”Puheenvuorolla puhuja tekee jonkin teon: kysyy, kertoo diagnoosin, vastaa, torjuu neuvon ja niin edelleen, ja sama teko voidaan tehdä erilaisin keinoin” (s. 18). Analyysissä kukin puheenvuoro tai yksittäinen tapahtuma on taas suhteutettu sekä siihen, mitä on tapahtunut edellä, että siihen, millaiseen kokonaisuuteen se on myötävaikuttanut. Koska vuorovaikutuksen katsotaan rakentuvan vuorottelulle eli puheenvuorojen siirtymiselle puhujalta toiselle, on puheenvuoroja analysoitu ennen kaikkea osana laajempia kokonaisuuksia, sekvenssejä. ”Keskeinen sekvenssityyppi on vieruspari: kahden peräkkäisen, eri puhujan puheenvuoron muodostama kokonaisuus, jossa jälkimmäinen vuoro (jälkijäsen) vastaa edellisen vuoron (etujäsen) synnyttämään odotukseen. Esimerkiksi lääkärin kysymys ja potilaan vastaus muodostavat vierusparin. Vierusparin jälkijäsen voi olla kahdentyyppinen: se voi antaa joko odotuksenmukaisen tai odotuksenvastaisen vastauksen etujäseneneen” (s. 19). Lisäksi analyysissä on otettu huomioon se, että

ongelmien syntyessä puhujilla on käytössä erilaisia keinoja palauttaa vuorovaikutus järjestyksen piiriin.

Tällainen analyysi on tiukan aineistovetoista. Analyysissä pitäydytään siinä, ”miten potilas ja lääkäri tekevät itsensä ja toisensa ymmärrettäväksi puheen ja muun toiminnan avulla” (s. 19). Potilaan ja lääkärin vuorovaikutuksen läpivalaisua potilaan tai lääkärin mielentiloilla, aikomuksilla tai yhteiskunnallisella asemalla ei pidetä tieteellisesti pätevänä tapana tuottaa luotettavaa tietoa. Vuorovaikutusta ohjaavaksi ennakkoehdoksi hyväksytään kuitenkin se, että lääkärin vastaanotto on yksi esimerkki institutionaalisista keskusteluista. Muita vastaavia tähän lajiin kuuluvia ammattilaisen ja asiakkaan kohtaamisia tapahtuu vierastoissa, kaupoissa, kokouksissa, terapioissa, joukkoviestimissä ja niin edelleen. Nykyisistä lääkärin vastaanoton tutkimuksista kirjan kirjoittajat nostavat esikuvikseen ja keskeiseksi lähteikseen John Heritagen johtaman tutkimusryhmän julkaisut Kaliforniassa.

Luvussa 2 ”Miten vastaanotto aloitetaan?” Johanna Ruusuvuori kuvaa ”sitä logiikkaa, jonka ohjaamina lääkäri ja potilas keskustelevat käynnin syystä. Tässä vaiheessa vastaanottoa lääkäri ja potilas hakevat yhteisymmärrystä mm. siitä, millaiset seikat on asianmukaista tuoda esiin käynnin syytä kerrottaessa, sekä siitä, milloin potilaan kuvaus on riittävä, jotta voidaan siirtyä vastaanotolla eteenpäin” (s. 27). Yksityiskohtaiset tarkastelut tuottavat tuloksiksi mm. seuraavia seikkoja: asettumalla potilaan eteen istumaan kasvokkain lääkäri viestii tehokkaasti olevansa kiinnostunut tämän asiasta; ensikäynnille tulevat potilaat odottavat avoimia kysymyksiä, kun taas uusintakäynneille tulevat potilaat odottavat lääkärin muistavan aikaisemmat käynnit ja hyväksyvät siksi myös suljetut kysymykset; ker-

tomusmuotoa käyttävät potilaat edellyttävät lääkäriltä kuuntelutaitoja ja lyhyesti vastaavat puolestaan antavat tilaa lääkärin kyselytaidoille.

Luvussa 3 ”Lääkärin kysymykset ja potilaan vastaukset” Liisa Raevaara ja Marja-Leena Sorjonen keskittyvät ”niihin kysymyksiin, joilla lääkäri hakee tietoa potilaan oireista, niiden laadusta, kestosta, sijainnista, muuttumisesta ja esiintymisestä” (s. 50). He analysoivat yksityiskohtaisesti hakukysymyksiä, kyllä/ei-kysymyksiä, laajoja vastauksia ja minimivastauksia kyllä/ei-kysymyksiin ja keskustelun kontrollointia. Yhtenä tuloksena on, että lääkärin kysymyksiä ei voi pitää hyvinä tai huonoina niiden kieliopillisen muodon mukaan. Oireet ja potilaat ovat eriluonteisia ja lääkärin on kyettävä mukauttamaan vuorovaikutuksensa (kysymyksensä, kuuntelunsa, läsnäolonsa) potilaan tarpeisiin.

Luvussa 4 ”Diagnoosin kertominen ja vastaanottaminen” Anssi Peräkytä ”tarkastelee sitä, miten lääkäri kertoo potilaalle diagnoosin ja miten potilas reagoi tähän” (s. 72). Tilanteeseen liittyy jännite epäsymmetristen odotusten (lääkäri on auktoriteetti suhteessa potilaaseen) ja symmetristen odotusten (lääkäri ja potilas etsivät yhteistä tulkintaa sairauden alkuperästä) välillä. Lääkäri voi kertoa diagnoosin potilaalle kolmella tavalla: suoralla väittämällä, epäsuoralla viittauksella evidenssiin ja evidenssiä esittämällä. Vuorovaikutuksen tarkka analyysi tuo mm. esille, että ”kertomalla diagnoosinsa suorana väittämänä lääkäri voi – – ilmaista, että vastaanoton tapahtumat (potilaan haastattelu ja tutkimus) ovat olleet diagnostisen päättelyn kannalta rutiinimaisia ja ongelmattomia. Perustelemalla diagnoosiaan lääkäri voi ilmaista, että diagnostinen päätely ei ole edennyt aivan rutiinimaisesti tai ongelmitta. Näin hän myös ilmaisee, mitä hän odottaa po-

tilaalta: diagnoosin hiljaista hyväksymistä vai aktiivista keskustelua siitä” (s. 87).

Luvussa 5 ”Lääkärin ohjeet” Marja-Leena Sorjonen luo ”yleiskuvaa ohjailuun käytettävistä kielellisistä keinoista esittelemällä niiden tyypillisiä käyttötapoja” (s. 89). Ohjailuun liittyy ensinnäkin ajallinen ulottuvuus: lääkäri odottaa, että jotkut ehdotetuista toiminnoista suoritetaan välittömästi, toiset vastaanoton jälkeen. Toiseksi ohjailuun liittyy ehdotetun toiminnan mutkatomuus: ”lääkäri voi pitää toimintaa ongelmattomana, itsestään selvänä, tai hän voi osoittaa sen potilaan päättävältään kuuluvana” (s. 90). Analyysi osoittaa, että suuri osa hoito-ohjeista jää potilaan päättävältään. Modaaliapuverbejä käyttämällä (täytyy, voi, kannattaa jne.) lääkäri voi muotoilla hoito-ohjeiden ehdottaman toiminnan potilaalle välttämättömänä, luvanvaraisena, kannattavana jne. Ohjeista kuitenkin ”puuttuu usein toimija eli lääkäri jättää sanomatta, kenen pitäisi toimia, vaikka tilanteessa on selvää, että ohjeen vastaanottaja on potilas (*särkylääkettä voi ottaa*). Myös arkaluonteisena pitämänsä ohjeen lääkäri voi antaa tässä muodossa” (s. 109).

Luvussa 6 ”Potilaan diagnoosiehdotukset lääkärin vastaanotolla” Liisa Raevaara keskittää analyysinsä siihen, ”millaisissa tilanteissa potilaat esittävät diagnoosiehdotuksia, mihin he niillä kulloinkin pyrkivät ja miten lääkärit käsittelevät eri vaiheissa vastaanottoa esitettyjä ehdotuksia” (s. 114). Esittäessään diagnoosiehdotuksia potilas poikkeaa odotetusta roolistaan ja ikään kuin astuu lääkärin alueelle. Analyysin mukaan potilas tekee vastaanotolla diagnoosiehdotuksia mm. siksi, että vuorovaikutus on kyseenalaistanut hänen asiantuntijuutensa arvioida vaivansa vakavuutta, jolloin vuorovaikutus vihjaa, että hän on tullut

lääkäriin heppoisin syin. Tällöin ”sekä potilas että lääkäri pyrkivät korjaamaan tilannetta, potilaat mm. esittämällä oireiden syitä koskevia ehdotuksia tai ottamalla kantaa lääkärin diagnoosiin. Tällöin he kuitenkin erottavat systemaattisesti oman näkökulmansa lääkärin näkökulmasta. Lääkärit puolestaan merkitsevät diagnostisen päättelynsä potilaan näkemyksestä riippumattomaksi” (s. 132).

Luvussa 7 ”Lääkäri, potilas ja nauru” Markku Haakana tutkii naurua ikkunana käyttämällä lääkärin toimintaan sisältyvää jännitettä käyttäytyä vastaanotolla yhtäältä neutraalina asiantuntijana, jolta toisaalta kuitenkin odotetaan potilaan tunnereaktioiden empaattista ymmärtämistä. Yksityiskohtainen tarkastelu tuo esille, että nauru on mutkikas asia vastaanotolla: joskus lääkärin olisi hyvä nauraa, joskus taas ei. Kirjoittajan mukaan hymyily on tärkeä työväline lääkärille: sen avulla hän voi tasapainoilla jännitteen neutraali–empaattinen välillä. ”Hymyllä lääkäri voi osoittaa monenlaisia tulkintoja: välillä sitä, että tajuaa potilaan puheen huvittavuuden, välillä taas sitä, että ymmärtää potilaan ongelman ja tarjoaa siihen pienimuotoisesti empatiaa” (s. 158).

Luvussa 8 ”Potilaan elämäntavoista keskusteleminen” Anssi Peräkylä, Marja-Leena Sorjonen, Tuukka Tammi, Liisa Raevaara ja Markku Haakana paikantavat elämäntapakysymyksiä koskevan keskustelun sijoittumisen vastaanotolla, tarkastelevat, millaisen prosessin tuloksena lääkäri ja potilas käsittelevät potilaan elämäntapaa joko ongelmattomana tai ongelmallisena asiana ja erittelevät myös ”elämäntapaneuvoja ja niiden pohjustamista vastaanotolla” (s. 161). Analyysin pohjalta he mm. esittävät, ”että lääkärillä on eräitä vuorovaikutukseen liittyviä rajoitteita, kun hän keskustelee potilaan kanssa terveistä elä-

mäntavoista. Käytännön työssä hän näyttää ajattelevan, että *potilaan itsearvioinnin koskemattomuutta tulee kunnioittaa*. Jos potilas kuvaa käyttäytymistään ongelmattomana, lääkäri voi kyllä pyytää lisätietoja, mutta harvoin hän kyseenalaistaa potilaan käsitystä tilanteesta. Näin lääkäri antaa yleensä vain sellaisia neuvoja, jotka ovat linjassa potilaan oman kuvauksen kanssa ja tavallisesti vain silloin, kun potilas itse on kuvannut elämäntapansa jollakin tavoin ongelmalliseksi” (s. 182).

Luvussa 9 ”Keskusteluanalyytin vuorovaikutustutkimuksen soveltaminen lääkärikoulutuksessa” Eeva Pyörälä kuvaa, kuinka hän lääketieteen opiskelijoiden vuorovaikutusopettajana on hyödyntänyt keskusteluanalyysin tuottamia tutkimustuloksia. Hän käsittelee kysymisen ja kuuntelemisen taitoja sekä taukojen ja hiljaisuuden sietämisen merkitystä lääkärin ja potilaan kohtaamisessa. Yhtenä johtopäätöksensä hän esittää, että ”potilaan aktiivisuus, passiivisuus tai jopa vastarinta vaikuttavat lääkärin toimintaan. Vuorovaikutusopintojen tehtävänä onkin ohjata opiskelijoita ja lääkäreitä kuuntelemaan potilasta, integroimaan puheensa mahdollisimman hyvin potilaan puheeseen, käyttämään potilaan keskusteluun tuomia aineksia hyväkseen ja soveltamaan vuorovaikutusrakenteita joustavasti” (s. 194).

Teoksen päättää Kari Eskolan yhteenvetoluku vuorovaikutuksen vuosihuollosta.

Kirjan rakenne on erittäin selkeä ja kieli kauttaaltaan sujuvaa ja täsmällistä, eli kirja on huolellisesti toimitettu. Sen empiiriset aineistanalyysit ovat myös omassa lajissaan hyvin vakuuttavia.

Jotkut lähestymistapaan liittyvät metodologiset kysymykset jäävät kirjaa lukiessa vaivaamaan mieltäni. Keskusteluanalyysissä pyritään aineistanalyysin periaatteita johdon-

mukaisesti seuraamalla siivilöimään subjektiivinen tulkinta pois havainnoista. Oletuksena on, että kun pitäydytään tutkimaan johdonmukaisesta näkökulmasta sitä, ”miten potilas ja lääkäri tekevät itsensä ja toisensa ymmärrettäviksi puheen ja muun toiminnan avulla” (s. 19), pääsemme objektiivisesti tarkastelemaan vuorovaikutuksen kulkua, sen sujumista tai takkuilua. Analyysin periaatteiden katsotaan seuraavan keskustelun universaaleja muoto-piirteitä ja dynamiikkaa. Siksi lähestymistapaa voidaan soveltaa eri kulttuurialueiden vastaaviin tilanteisiin sotkeutumatta subjektiiviseen tulkintaan ja siten objektiivisesti oppia yhdysvaltalaisista lääkärin ja potilaan vastaanottoa koskevista vuorovaikutushavainnoista siinä missä suomalaisista tai ranskalaisista. Mutta etäännytkö tällainen tutkimusote liian yleiseksi ja universalisoivaksi? (Toisaalta: onko eri kulttuureissa tai samassa kulttuurissa eri aikoina tehtyjä havaintoja mahdollista vertailla ilman tulkintaa eli ilman aineiston rajat ylittävää teoriaa tai tietoa, joka mahdollistaa havaintojen vertailun?)

Engelmani siis on se, että analyysitapa synnyttää jännitteen yle-

sen, universalisoivan tiedon ja erityisen, heterogeenisen (paikallisen) tiedon välille. Tässä tapauksessa lääkäri joutuu toimimaan yleisen lääketieteellisen äänen/tiedon ja yleisen elämismaailman äänen/tiedon ristipaineessa ja potilaasta tulee pääasiassa yleisen elämismaailman äänen/tiedon edustaja. Itse lääketieteellisten äänten/tietomuotojen ja elämismaailman äänten/tietomuotojen kantamista moninaisista, heterogeenisistä ja sosiokulttuurisesti eriytyneistä maailmoista, uskonnosta ja arvoista ei sinänsä olla kiinnostuneita. Ne sivuutetaan, koska kaikkein ensisijaisimpana pidetään sitä, miten keskustelu muotopiirteiltään (kysymyksenmuotoiluun, sekvenssirakenteiltaan, diagnoosityypeiltään, tauoiltaan jne.) toimii. Tutkimuksen päämääränä on tunnistaa sellaisia vuorovaikutusta edistäviä keinoja, jotka luovat vuorovaikutuksen osapuolille tilaa kommunikoida ja korjata mahdolliset vääriymmärrykset heti, kun korjaamiseen on aihetta.

Keskusteluanalyysin yhtenä tulevaisuuden haasteena voisivat olla tutkimusasetelmat, jotka ottavat huomioon potilaan erityisyyden.

Esimerkiksi Sorjonen toteaa, että ”lääkäri hoito-ohjetta muotoillessaan saattaa hyvinkin ottaa huomioon potilaan iän ja sen, millaisen kuvan hän on muodostanut potilaan kokonaispersoonallisuudesta” (s. 110), ja esittää, että ”tällaisten tekijöiden suhde hoito-ohjeiden muotoiluun ansaitisikin oman tutkimuksensa” (s. 110).

Poleeminen loppupohdintani ei millään tavalla vähennä ”Keskustelu lääkärin vastaanotolla” -kirjan arvoa. Mielestäni kirja luo jäsentyneen kokonaiskuvan lääkärin vastaanotosta ja tarjoaa hyvän esimerkin siitä, miten institutionaalista asiakkaan ja ammattilaisen kohtaamista voidaan tutkia. Uskon myös, että kirja lisää terveydenhuollossa toimivien ihmisten kompetenssia kohdata potilas.

JUKKA TÖRRÖNEN

MARJA-LEENA SORJONEN &
ANSSI PERÄKYLÄ &
KARI ESKOLA (TOIM.)
KESKUSTELU LÄÄKÄRIN
VASTAANOTOLLA
TAMPERE: VASTAPAINO, 2001
212 s.

SUOMALAISEN SOSIOLOGIAN SIETÄMÄTÖN KEVEYS

Soile Veijola ja Eeva Jokinen kunnostautuivat kymmenisen vuotta sitten tutkimalla massaturistia, joka silloin oli jokaisen älykön luvallista riistaa. Filosofi von Wright oli nimittäin huomannut, etteivät massaturistit olekaan tiedemiehiä tai taiteilijoita ja siksi matkustusmotiiviltaan kyseenalaisia.

Tohtorikaksikkomme lukutapa lähti ennakkoluuloista, joita he kutsuivat esioletuksiksi. Kirjassaan he sanoivat pukeutuneensa massaturistin valejupakuun ja luulivat kerran paljastuneensa, kun Leningradinreissulla eräs nuori mies loihe toteamaan heidät niin oppineen näköisiksi. Mutta työväenluokkaisessa

puheessa oppineisuus ei välttämättä ole mikään kruunu, eikä siellä tunnetta todennäköisesti koko sosiologiansanaa. ”Oppineisuus” tarkoittaa lähinnä ”etäistä”, ”kopeaa”, ”nirppanokkaista erilaisuutta”. Sitä ei pidä lukea kirjaimellisesti.

Samanlainen sosiaalinen lukihäiriö ilmenee tässäkin kirjassa. Jos se