

**SKITSOFRENIAKUNTOUTUJIENTEN SOSIAALINEN
TOIMINTA HEIDÄN ITSENSÄ KUVAAMANA**

**JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO
Psykologian laitos
PL 35
40014 Jyväskylän yliopisto**

Pro gradu –tutkielma

Jyväskylän yliopisto

Psykologian laitos

Syksy 2002

Anna Kaakinen

TIIVISTELMÄ

Skitsofreniakuntoutujien sosiaalinen toiminta heidän itsensä kuvaamana

Tekijä: Anna Kaakinen

Ohjaaja: Prof. Jukka Aaltonen

Psykologian pro gradu –tutkielma

Jyväskylän yliopisto

Syksy 2002

48 sivua, 2 liitettä

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää skitsofreniakuntoutujien käsityksiä omista sosiaalisista taidoistaan ja myös sitä, voidaanko sosiaalisia taitoja parantaa strukturoidun sosiaalisten taitojen ryhmäkuntoutusmallin avulla. Tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla ryhmään osallistuneita neljää kuntoutujaa ennen ja jälkeen kolme kuukautta kestäneen kuntoutusryhmän. Kuntoutujista yksi oli mies ja kolme naisia. Tutkimus oli otteeltaan laadullinen, ja aineistoa analysoitiin grounded theory –menetelmän mukaisesti. Analysoin aineistoa ja esitin tuloksen visuaalisesti mallintamalla, kuvioina. Oleelliseksi asiaksi aineistosta nousi toimijuuden tunne, jonka kasvuna kuntoutuksen seurauksena tapahtunutta muutosta voitiin hahmottaa. Muodostin aineistosta myös yhteisen mallin, joka koostuu kahdesta erilaisesta sosiaalisen toiminnan tyylistä skitsofreniakuntoutujilla. I –ryhmän muodostavat kuntoutujat, joille ominaista on vetäytyvyys ja passivisuus sosiaalisissa tilanteissa. Narratiivisesta näkökulmasta he vetäytymällä pyrkivät ylläpitämään ehyttä sisäistä tarinaa. II –ryhmän kuntoutujat puolestaan ovat aktiivisia sosiaalisessa kanssakäymisessä. He rakentavat sisäistä tarinaansa jatkuvasti vuorovaikutuksessa, joten vuorovaikutus on heille lähes elinehto. Näiden kahden toimintatyylin perusteella eri kuntoutujille voidaan kohdentaa erilaista kuntoutusta.

Avainsanat: skitsofrenia, grounded theory, toimijuus, sosiaalisten taitojen opettaminen, narratiivisuus

SISÄLTÖ

1. JOHDANTO.....	1
1.1. Mitä skitsofrenialla tarkoitetaan?	1
1.2. Skitsofrenia ja sosiaalinen selviytyminen.....	2
1.2.1. Kognitiiviset puutokset ja niiden yhteys sosiaaliseen toimintakykyyn	3
1.3. Skitsofrenian hoito ja psykososiaalinen kuntoutus	5
1.3.1. Sosiaalisten taitojen opettaminen	6
1.4. Tutkimusongelmat.....	8
2. TUTKIMUSMENETELMÄT	10
2.1. Laadullisesta tutkimuksesta	10
2.1.1. Grounded theory	11
2.2. Tutkimushenkilöt	14
2.3. Kuntoutusryhmä.....	15
2.4. Tutkimusaineisto ja sen kerääminen	15
2.5. Kvalitatiivisen analyysin vaiheet	16
2.5.1. Kaavioiden muodostaminen.....	17
2.5.2. Jatkuvan vertailun periaate.....	18
3. TUTKIMUKSEN TULOKSET	19
3.1. Kuntoutuja nro 001.....	19
3.1.1. Kuntoutujan kuvaus	19
3.1.2. Alku- ja loppuhaastattelun kuviot	19
3.2. Kuntoutuja nro 003.....	23
3.2.1. Kuntoutujan kuvaus	23
3.2.2. Alku- ja loppuhaastattelun kuviot	24
3.3. Kuntoutuja nro 004.....	27
3.3.1. Kuntoutujan kuvaus	27
3.3.2. Alku- ja loppuhaastattelun kuviot	27

3.4. Kuntoutuja nro 009.....	29
3.4.1. Kuntoutujan kuvaus	29
3.4.2. Alku- ja loppuhaastattelun kuviot	30
4. POHDINTA.....	33
4.1. Kuntoutujien sosiaalista toimintaa kuvaava yhteinen malli	33
4.2. Sosiaalinen toimintatyö tarinan ylläpitäjänä: narratiivinen näkökulma	35
4.3. Toimijuus	37
4.4. Kuntoutuksen kohdentaminen.....	40
4.4. Tutkimuksen kriittistä tarkastelua	42
LÄHTEET.....	45
LIITTEET	

1. JOHDANTO

1.1. Mitä skitsofrenialla tarkoitetaan?

Koko skitsofrenia -käsitteen olemassaoloajan, eli noin sadan vuoden ajan, on kiistelty siitä, mitä käsite itse asiassa pitää sisällään (Birchwood, Hallett & Preston, 1988). Vielä tänäkin päivänä, kun puhutaan skitsofreniasta, tarkoitetaan sillä laajaa erilaisten oireiden kirjoa (Isohanni, Honkonen, Vartiainen & Lönnqvist, 1999). Yhteisymmärrykseen on päästy siitä, että olennainen osa sairautta ovat erilaiset harhat, eli todellisuudentajun heikentyminen (Räsänen, Läksy, Moring & Isohanni, 1997). DSM-IV -diagnoosiluokituksen mukaan skitsofrenian tyyppioireita ovat esimerkiksi harhaluulot, aistiharhat, hajanainen puhe, hajanainen tai katatoninen käytös ja negatiiviset oireet. Skitsofrenia voidaan diagnosoida, jos kaksi eri oireytyppiä on esiintynyt merkittävässä määrin kuukauden aikana. Diagnosointia vaikeuttaa se, että määrittely on edelleen täysin sairauden kliinisten piirteiden varassa (Pull, 1999).

Skitsofrenian syyksi on esitetty monenlaisia tekijöitä. Vaihtoehtoina on tuotu esiin muun muassa perinnöllisyys, aivotoiminnan häiriöt ja psykososiaalisen ympäristön vaikutus (Syvälahti, 1994). Näillä kaikilla tekijöillä on todennäköisesti osansa sairastumisprosessissa (Isohanni ym., 1995). Eri syytekijöitä on myös yritetty integroida yhteiseksi malliksi. Esimerkiksi Alanen (1993), on hahmotellut mallin skitsofrenian synnystä Ciompin (1994) ajatusten pohjalta. Ciompin lähtökohtana on, että mikään yksittäinen tekijä ei aiheuta skitsofreniaa, vaan kyse on biologisten ja sosiaalisten tekijöiden yhteisvaikutuksesta. Mallissa yhdistyvät toisaalta perinnöllinen alttius sairastua ja aivojen lievät rakenteelliset poikkeavuudet sekä psykososiaaliset tekijät, eli varhaisten vuorovaikutussuhteiden häiriöt ja vaikeudet kasvuympäristössä. Yhtä ainoaa tekijää ei skitsofrenian taustalta löydy, vaan sairauden muodostumiseen vaikuttavat monet eri tekijät (Alanen, 1997). Eri taustatekijöiden painotukset voivat vaihdella tapauskohtaisesti.

1.2. Skitsofrenia ja sosiaalinen selviytyminen

Sosiaalisten taitojen puutokset ovat eräs tärkeimmistä skitsofrenian tunnusmerkeistä (Bellack, Morrison, Wixted, & Mueser, 1990; Blanchard, Mueser & Bellack, 1998). Vaikeudet sosiaalisessa toiminnassa, erityisesti sosiaalinen eristäytyminen ja vetäytyminen sekä ongelmat elämän eri rooleissa toimimisessa, otetaan huomioon skitsofreniaa diagnosoitaessa ja ne mainitaan myös skitsofrenian diagnoosikriteereissä. Usein nämä vaikeudet ovat nähtävissä jo pitkään ennen varsinaisen sairauden puhkeamista (Isohanni ym., 1995; Bellack, Sayers, Mueser & Bennett, 1994). On todettu, että heikko sosiaalisen ympäristön hallinta on eräs tärkeimmistä tekijöistä, jonka vuoksi skitsofreniapotilaiden elämänlaatu on tavallista heikompi (Bellack ym., 1994). Lisäksi heikko sosiaalinen selviytyminen on suuri stressinaiheuttaja ja stressi taas omalta osaltaan lisää uudelleen sairastumisen riskiä. Vaikka sosiaaliset puutokset liittyen skitsofreniaan on jo pitkään tunnettu ja hyväksytty osaksi sairautta, aiheesta on kohtuullisen vähän tutkittua tietoa

Skitsofreniapotilaiden on todettu eroavan terveistä verrokeista useilla eri vuorovaikutuksen osa-alueilla (Bellack ym., 1994). Näitä ovat esimerkiksi katse sekä eleiden ja sosiaalisten vahvistajien käyttö. Monilla on myös vaikeuksia sosiaalisessa havaitsemisessa. Eräs hypoteesi sosiaalisten taitojen puutteista skitsofreniassa on behavioraalinen malli (Bellack ym., 1990). Mallissa oletetaan, että tehokas toiminta sosiaalisissa tilanteissa edellyttää kykyä sekä valita sopiva käyttäytymismalli että käyttää sitä sosiaalisissa tilanteissa. Sosiaaliset taidot nähdään tarpeellisina, muttei riittävinä tuottamaan tehokasta sosiaalista käyttäytymistä. Skitsofreniaa sairastavilla ajatellaan olevan rajattuja ongelmia sosiaalisissa taidoissa. Mallin mukaan yksittäiset käyttäytymisen kaavat ja kognitiiviset toiminnot, joita vaaditaan hyvään sosiaaliseen käyttäytymiseen, ovat heikentyneet (Bellack ym., 1990; Bellack ym., 1994). Taitoja ei ehkä ole opittu ollenkaan tai ne saattavat olla unohduksissa toistuvien sairaalajaksojen ja skitsofrenialle tyypillisen eristäytymisen myötä (Bellack ym., 1990). On todettu, että tähän hypoteesiin nojaavalla sosiaalisten taitojen opettamisella saadaan aikaan hyviä tuloksia taitotasossa ja opetuksen seurauksena myös yleinen toimintakyky paranee (Bellack ym., 1990). Tämä hypoteesi on oman tutkimukseni taustalla.

Skitsofreniaa sairastavien välillä on voitu havaita suuria eroja oireissa, puutteissa ja niiden vakavuudessa (Bellack, Mueser, Gingerich & Agresta, 1997). Potilaat, joiden sairaushistoria on pitkä ja kroonistunut, voivat kärsiä laaja-alaisista, syvistä sosiaalisen toiminnan puutteista, kun taas nuoremmilla tai vähemmän vakavasta sairaudenkuvasta kärsivillä voi olla paremmin säilyneet sosiaaliset taidot. Useimmiten kyse on suhteellisista puutteista, eli ihminen pystyy toimimaan joissakin tilanteissa adekvaatisti, kun taas toiset tilanteet hän kokee hankalina.

1.2.1. Kognitiiviset puutokset ja niiden yhteys sosiaaliseen toimintakykyyn

Näkyvien oireiden lisäksi huomiota kiinnitetään yhä enemmän skitsofreniapotilaiden kognitiivisiin puutoksiin. Puutoksia on kaikilla skitsofreniaa sairastavilla verrattuna terveisiin sukulaisiin ja ikätovereihin (Khanna & Varghese, 2001). Vain 15% avohoidon skitsofreniapotilaista on neuropsykologisesti ”normaaleja”, eli 85%:lla on häiriöitä neuropsykologisessa toiminnassa. Toisen tutkimuksen mukaan 40-60%:lla potilaista on mitattavissa olevia puutoksia kognitiivisissa kyvyissään. Puutoksilla on suuri vaikutus sairauden pitkän aikavälin tulokseen, ja puutosten vaikutus voi olla suurempi ja tärkeämpi lopputuloksen kannalta kuin psykoottisten oireiden.

Kognitiivisen toiminnan puutokset skitsofreniassa ovat laajoja (Khanna & Varghese, 2001). Miltei kaikki tiedonkäsittelyn osa-alueet ovat mukana (Bellack & Mueser, 1993). Huomiota ovat saaneet erityisesti kolme tärkeää kognition osa-aluetta (Khanna & Varghese, 2001; Tollefson, 1996): tarkkaavuus, muisti ja toiminnanohjaus (Tollefson, 1996). Yleisesti ajatellaan, että kognitiivisten puutosten parempi ymmärtäminen ja joidenkin taitojen palautuvuus voivat antaa tärkeitä vihjeitä sairauden prosessista ja tehokkaista hoidoista.

Psykoottiset oireet eivät sinällään kerro potilaan toimintakyvystä arkipäivässä ja psykososiaalisesti (Tollefson, 1996). Potilaan kognitiivinen status sen sijaan kertoo paljon hänen kyvyistään selviytyä yhteiskunnassa ja haasteista, joita kukin potilaista yksilöllisesti kokee. Tämän vuoksi skitsofreniaan liittyvien kognitiivisten

erityispiirteiden ja niiden vaikutusten tutkimus on tärkeää. Kognitiiviset puutokset vaikuttavat sairastuneiden sosiaaliseen toimintaan ja arkielämään enemmän, kuin mikään muu sairauden osa-alue (Rund, 1999). Usein ajatellaan, että kognitiivinen haavoittuvuus skitsofreniassa heikentävät potilaiden coping- keinoja, ja siten altistavat heitä normaalia enemmän uudelleensairastumisen kannalta haitalliselle stressille (Lieberman & Green, 1992). Lisäksi ne vaikeuttavat uuden tiedon omaksumista ja elämäntaitojen hankkimista.

Kognitiivisilla kyvyillä on keskeinen rooli sosiaalisen käyttäytymisen onnistumisessa (Bellack ym., 1990), ja näin niiden puutoksilla on suuri rooli skitsofrenialle ominaisissa käyttäytymisen ongelmissa (Bellack, & Mueser, 1993). Sosiaalisiin tilanteisiin liittyviä kognitiivisia vaatimuksia ovat esimerkiksi ilmeiden ja tunteiden havaitseminen, edellisten vuorovaikutustilanteiden muistaminen, päätöksenteko ja arvioiminen konfliktitilanteissa sekä kielen käyttäminen (Bellack ym., 1990). On loogista ajatella, että puutteet sosiaalisissa taidoissa ovat osin tulosta kognitiivisista puutoksista. Sosiaalisen toiminnan sopivuuteen vaikuttavat monet tekijät, kuten sosiaaliset taidot, sosiaalinen havaitseminen ja motivaatio (Bellack ym., 1990). Yksinkertaiset toiminnot, kuten tervehtiminen, eivät vaadi paljoa kognitiivista ja sosiaalista kyvykkyyttä kun taas esimerkiksi sosiaalinen ongelmanratkaisu vaatii huomattavasti enemmän päättelyä, muistia ja huomion kohdistamista. Eräs tärkeä sosiaalisen havaitsemisen muoto, tunteen tunnistaminen, on ihmisen perustaito, joka muodostuu jo varhain. Monet tutkimukset ovat todenneet, että skitsofreniapotilailla on vaikeuksia tunnistaa puhujan tunnetilaa, erityisesti negatiivisia tunteita. Heikko olennaisten vihjeiden huomaaminen voi johtua hidastuneesta tiedonkäsittelyvauhdista tai heikosta lyhytkestoisesta muistista. Eräs hypoteesi on, että he yrittävät vähentää stressiään olemalla huomaamatta negatiivisia tunteita.

1.3. Skitsofrenian hoito ja psykososiaalinen kuntoutus

Näkemykset skitsofrenian hoidosta ovat vaihdelleet paljon viimeisten vuosikymmenien aikana (Bellack & Mueser, 1993). Mielenpitoisiin ovat vaikuttaneet muun muassa muuttuvat teoriat skitsofrenian alkuperästä ja luonteesta. Nykyinen vallitseva käsitys on, että skitsofrenia on ainakin osin perinnöllinen ja aivoihin liittyvä sairaus. Tämän teorian huonona puolena on, että se helposti luo käsityksen lääkehoidon automaattisesta ensisijaisuudesta skitsofrenian hoidossa. Näin psykososiaalisten kuntoutusmenetelmien kehittäminen ja niiden vaikutusten tutkiminen voivat jäädä taka-alalle. Vaikka mikään psykososiaalinen kuntoutus ei riitä yksinään skitsofrenian hoidoksi, on todettu, että somaattisen hoidon lisäksi tarjottu psykososiaalinen kuntoutus parantaa huomattavasti hoidon tulosta ja myös tuloksen pysyvyyttä (Mojtabai, Nicholson & Carpenter, 1998). Psykososiaalisilla kuntoutusohjelmilla pystytään vaikuttamaan niihin skitsofreniaa sairastavien ongelmiin, joihin lääkehoito ei suoraan vaikuta, kuten sosiaalinen sopeutuminen tai työntekoon liittyvät taidot (Penn & Mueser, 1996). Monet lääkityksestä hyötyvät potilaat kärsivät lääkehoidon jälkeekin tämänkaltaisista invalidisoivista jälkioireista. Lääkehoito on tärkeä osa kokonaiskuntoutusta, mutta skitsofrenian ollessa elinikäinen sairaus tärkeäksi nousee eri hoitomenetelmien integrointi sopivaksi kokonaisuudeksi.

Keskeisimpinä skitsofrenian hoitomuotoina voidaan tällä hetkellä pitää lääkehoitoa ja perheterapeuttisia interventioita sekä kiisteltyä yksilöpsykoterapiaa (Alanen, 1997). Kuitenkin hoito, jossa yhdistetään biologisia ja psykologisia menetelmiä on edelleen harvinaisuus. Suomessa on vuodesta 1968 lähtien ollut käynnissä projekti, jonka tavoitteena on ollut kehittää pääosin psykoterapeuttinen hoitomalli skitsofreniaryhmän psykooseille (Alanen, 1997). Mallia on alusta asti pyritty kehittämään sellaiseksi, että sitä voidaan hyödyntää perusterveydenhuollossa. Muodostettu hoitomalli on saanut nimekseen tarpeenmukainen hoito ja sen peruseriaatteet voidaan esittää seuraavasti:

1. Hoitotoimenpiteiden suunnittelussa ja toteutuksessa tavoitteena on yksilöllisyys ja joustavuus
2. Hoidossa ja tutkimuksissa pyritään ylläpitämään terapeutista asennetta
3. Hoidossa integroidaan eri hoitomuotoja mahdollisimman tehokkaasti

4. Pidetään mielessä hoidon prosessiluonne

Projektin myötä hyödyllisiksi tekijöiksi skitsofreniatyyppin psykoosien hoidossa on todettu ensimmäisten interventioiden sekä perhekeskeisyyden painottaminen (Alanen, 1997). Myös pitkäkestoisesta yksilöpsykoterapiasta on hyötyä useille potilaille. Vähäisempi lääkityksen määrä, ainakin yksi läheinen sukulaissuhde sekä naispuolisuus olivat myös ennustamassa parempaa lopputulosta. Karila (1994) on todennut mielenterveyspotilaiden psykososiaalista selviytymistä tutkiessaan, että hoito ja kuntoutus eivät ole yhtä tehokkaita kehityksen ennakoijia, kuin aikaisempi selviytymistaso ja etenkin potilaan sitä koskevat arviot.

1.3.1. Sosiaalisten taitojen opettaminen

Sosiaalisten taitojen opettaminen (SST, Social Skills Training) tarkoittaa hoitomenetelmien ryhmää, jossa metodit ja periaatteet pohjautuvat sosiaalisen oppimisen teoriaan. SST:n avulla voidaan harjoittaa esimerkiksi motorisia kykyjä ja vuorovaikutustaitoja (Scott & Dixon, 1995). Tavoitteena on parantaa laajasti potilaiden sosiaalista selviytymistä, eli päivittäisten toimintojen hallintaa (Bustillo, Lauriello, Horan & Keith, 2001). Tämä tarkoittaa vaikuttamista esimerkiksi potilaiden työllistymiseen, vapaa-ajanviettoon ja ihmissuhteisiin. Tavoitteena on yleensä myös se, että parantuneet sosiaaliset taidot yleistyisivät adekvaatimmaksi toiminnaksi yhteiskunnassa ja vaikuttaisivat uudelleensairastumista estävästi sekä suoraan psykopatologiaan (Bustillo ym., 2001). Viime vuosien kasvava kiinnostus sosiaalisten taitojen opetusta kohtaan johtuu siitä, että sosiaalisen toimintakyvyn puutosten on havaittu olevan paljolti syynä skitsofreniaa sairastavien huonoon elämänlaatuun ja sosiaaliseen eristäytymiseen (Bellack ym., 1993). Suomessa skitsofreniapotilaalle tarjottava sosiaalisten taitojen kuntoutuksen määrä kasvoi huomattavasti vuosina 1985 - 1997 (Salokangas, Stengård, Honkonen, Koivisto & Saarinen, 2000). Vuonna 1997 jopa noin 67% tutkimukseen osallistuneista skitsofreniapotilaista sai jonkinlaista harjoitusta sosiaalisissa taidoissa, kun vuonna 1985 luku oli vain 40%.

Sosiaalisten taitojen opettamisessa monimutkaiset sosiaaliset taidot on usein purettu pienempiin käyttäytymisen osiin, joita harjoitellaan erilaisten menetelmien avulla (Scott & Dixon, 1995). Näihin tekniikoihin kuuluvat esimerkiksi taidon tarkentaminen, mallioppiminen, rooliharjoitukset ja palautteen antaminen. Yhdessä interventiossa ei yleensä käytetä kaikkia mahdollisia menetelmiä, mutta kuntoutus, joka katsotaan sosiaalisten taitojen opettamiseksi sisältää yleensä näitä aineksia. Bellack ym. (1997) ovat kehittäneet 9-portaisen järjestelmän, jonka mukaan sosiaalisten taitojen opettamista voidaan harjoittaa. Askelmat ovat: (1) taidon esittely, (2) keskustelu taidon osavaiheista, (3) ohjaajat esittävät rooliharjoituksen esimerkkinä ja siitä keskustellaan ryhmäläisten kanssa, (4) ryhmäläiset tekevät oman rooliharjoituksen, (5) positiivisen palautteen antaminen, (6) korjaavan palautteen antaminen, (7) ryhmäläisten uusi rooliharjoitus, (8) lisäpalautteen antaminen ja (9) kotitehtävien antaminen. Nämä yhdeksän vaihetta käydään läpi tapaamiskertojen sisällä ja joskus myös niiden välillä. Tietyt askelmat, joiden mukaan kuntoutus etenee, erottaa sosiaalisten taitojen opetuksen muista hoitomuodoista. Omaan tutkimukseeni liittyvä sosiaalisten taitojen opetus perustuu tähän Bellackin malliin.

Sosiaalisten taitojen opetus on useissa lähteissä todettu tehokkaaksi kuntoutusmenetelmäksi (esim. Hogarty ym., 1991; Dilk & Bond, 1996). Se on tehokasta potilaiden sosiaalisen kompetenssin parantamisessa (Scott & Dixon, 1995). Sosiaalisten taitojen opetuksella on todettu olevan vaikutusta myös siihen, kuinka skitsofreniaa sairastavat näkevät itsensä, assertiivisempina ja vähemmän sosiaalisesta jännityksestä kärsivinä (Benton & Schroeder, 1990). Taitojen yleistymiseen liittyen on huomattu, että yksinkertaisemmat taidot, kuten katseen hallinta, siirtyvät helpommin uusiin tilanteisiin, kuin monimutkaisemmat toiminnot (Wallace ym., 1980). Vaikka taitojen yleistyvyyteen liittyvien tutkimusten tulokset ovat osin olleet ristiriitaisia, yleistvyys on ehdottoman tärkeä elementti sosiaalisten taitojen opettamisessa ja sen tutkimisessa. Mistään kuntoutuksesta ei liene apua, jos taitavampi toiminta tapahtuu vain opetustilassa.

Sairauden alkamisiällä on huomattu olevan vaikutusta sosiaalisen sopeutumisen lopputulokseen (Heinssen, Liberman & Kopelowicz, 2000). Sosiaalisten taitojen opettamisen ja supportiivisen ryhmäterapiian vaikutusten ero oli huomattavasti suurempi potilailla, jotka olivat sairastuneet varhaisella iällä, eli alle 24-vuotiaina. Myös potilaan oirekuvalla voi olla merkitystä ryhmästä saatavan hyödyn kannalta (Kopelowicz, Liberman, Mintz & Zarate, 1997). Potilaat, jotka kärsivät puutosoireista negatiivisten

oireiden yhteydessä hyötyvät yleensä vähemmän sosiaalisten taitojen opettamisesta. Syynä saattaa olla esimerkiksi heikompi kognitiivinen toimintakyky tai vakavammat neuroanatomiset ja neurobiologiset puutokset. Verbaalisen muistin tasoa voidaan pitää mahdollisen opetuksesta saatavan hyödyn eräänä mittarina.

Bellack, Gold ja Buchanan (1999) ovat pohtineet skitsofrenian sosiaalisia puutoksia ja niiden kuntouttamista. Heidän mielestään on vielä olemassa useita olennaisia kysymyksiä, joihin ei ole vastausta, kuten mitkä puutokset ovat liittyneinä tiettyihin sairauden ilmenemismuotoihin, onko olemassa yksilöllisiä eroja siinä, mikä kuntoutusmenetelmä on tehokkain ja johtaako tiettyjen kognitiivisten puolien parantaminen laajempiinkin kliinisiin ja toiminnallisiin hyötyihin. Bellackin ym. (1999) mukaan oleellista on kuntoutuksen oikea kohdistaminen. Toiminnalliset eroavaisuudet eri potilaiden välillä tulee ottaa huomioon kuntoutusta suunniteltaessa, sillä skitsofrenia on hyvin heterogeeninen sairaus. Kuntoutus myös kannattaisi suunnitella enemmän toiminnalliselle tasolle, eikä niinkään varsinaisten kognitiivisten tekijöiden parantamiseen esimerkiksi erilaisilla neuropsykologisilla tehtävillä.

1.4. Tutkimusongelmat

Tämän tutkimuksen tutkimusote on laadullinen ja aineisto on kerätty haastatteluilla. Aineiston analyysi perustuu grounded theory –menetelmään. Tutkimukseni polttopisteessä on se, millaisina sosiaalisina toimijoina skitsofreniapotilaat itse itsensä näkevät ja kuinka kertovat omasta sosiaalisesta toiminnastaan. Sitä, kuinka pitkäaikaispsykiatriset potilaat näkevät itsensä ja oman toimintansa, on tutkittu hämmästyttävän vähän. Kertoisiko tämä suuntaus siitä, että ei olla oltu niinkään kiinnostuneita skitsofreniapotilaan kokemuksesta ja näkemyksestä, vaan esimerkiksi hoidossa ja kuntoutuksessa on keskitytty enemmänkin siihen, millaisia potilaat ovat hoitosysteemin näkökulmasta. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on nyt tuoda osaltaan valoa siihen, kuinka skitsofreniaa sairastavat itse kertovat omasta käyttäytymisestään sosiaalisissa tilanteissa. Tutkimuksen toisena tavoitteena on selvittää, voidaanko

skitsofreniapotilaiden sosiaalisiin taitoihin vaikuttaa strukturoidun ryhmäkuntoutusmallin avulla.

Bellackin ym. (1997) luoman yhdeksänportaisen sosiaalisten taitojen ryhmäkuntoutusmallin tuloksista ei ole raportoitu ennen Suomessa, joten suomalaista vertailukohtaa ei tutkimukselle ole. Näin tutkimuksen laajempaan tavoitteena voidaan nähdä myös uuden kuntoutusmallin tuominen suomalaiseen hoitosysteemiin ja sen tehokkuuden arvioiminen skitsofreniaa sairastavien omien kokemusten kautta.

Salokankaan ym. (2000) mukaan on tärkeää psykiatrista hoitojärjestelmää ja menetelmiä kehitettäessä ottaa huomioon myös potilaiden kokemus elämästään.

Tutkimuksessa on pyritty kaikkien tahojen osalta pitämään yllä ja tukemaan kuntoutujien aktiivista osallistumista sekä näkemään kuntoutujat pystyvinä, monia taitoja omaavina ihmisinä. Carrin (1988) tutkimuksen mukaan skitsofreniaa sairastavat yrittävät aktiivisesti pärjätä oireidensa ja sairautensa kanssa (Carr, 1988).

Skitsofreniapotilas ei ole sairautensa passiivinen uhri, vaan pystyy säätelemään oireita ja vaikuttamaan sairauteen.

Tutkimusongelmat voidaan tiivistää seuraavasti:

1. Kuinka skitsofreniaa sairastavat kuvaavat omaa sosiaalista toimintaansa
2. Tapahtuuko skitsofreniaa sairastavien sosiaalisissa taidoissa haastatteluin kuvattuna muutoksia ryhmämuotoisen, strukturoidun kuntoutusryhmän seurauksena

2. TUTKIMUSMENETELMÄT

2.1. Laadullisesta tutkimuksesta

Laadullisella tutkimuksella tarkoitetaan mitä tahansa tutkimusta, jonka päätelmiä ei ole saatu aikaan tilastollisilla tai määrällisillä menetelmillä (Strauss & Corbin, 1998). Tutkimuksen aihe voi olla esimerkiksi ihmisten kokemukset tai tunteet tai vaikka organisaation toiminta. Osa aineistosta voi olla määrällistä, mutta analyysi on pääasiassa tulkitsevaa. Laadullista aineistoa voidaan tarkastella myös narratiivisesta näkökulmasta, eli jäsentää kokemuksia loogisen ajattelun sijaan tarinamuodossa (Eskola & Suoranta, 1999). Tämä on ihmisille luontainen tapa jäsentää todellisuutta, eikä siten tiedekään voi sitä paeta. Näin laadullinen tutkimus voi olla myös sukellus kertomusten monitasoiseiin ja –ulotteisiin maailmoihin.

Kvalitatiivisen analyysin tavoitteena on löytää raa'asta aineistosta käsitteitä ja niiden suhteita ja tämän jälkeen ei-matemaattisesti tulkiten järjestää ne teoreettiseksi malliksi. Aineisto on yleisimmin tekstiä (Eskola & Suoranta, 1999), mutta se voi olla myös kuvaa tai ääntä (Strauss & Corbin, 1998). Laadullisen tutkimuksen tekemiselle on monta validia syytä, esimerkiksi tutkijan filosofinen suuntaus tai se, että tutkittavan aiheen luonne vaatii laadullisia menetelmiä (Strauss & Corbin, 1998), kuten omassa tutkimuksessani.

Eskola ja Suoranta (1998) ovat keränneet laadullisen tutkimuksen tunnusmerkkejä, joista ensimmäinen on aineistonkeruumenetelmä. Aineisto voi olla syntynyt tutkijasta riippuen tai riippumatta. Parhaimmillaan laadullisen tutkimuksen tutkimussuunnitelma elää hankkeen aikana niin, että kvalitatiivisilla menetelmillä saadaan ote ilmiöiden prosessiluonteesta. Toinen tunnusmerkki on tutkittavien näkökulma, mikä tarkoittaa tutkimuksen osallistuvuutta. Tähän liittyy kysymys objektiivisuudesta ja subjektiivisuudesta. Laadullisen tutkimuksen piirissä ajatellaan, että todellinen objektiivisuus syntyy oman subjektiivisuuden ja sen vaikutusten tiedostamisesta. Tämä on ideaalinen, mutta tärkeä tavoite.

Harkinnanvarainen otanta on oleellinen osa laadullista tutkimusta (Eskola & Suoranta, 1999). Näin aineiston tieteellisyyttä ei määritä sen määrä vaan laatu. On kyse tutkijan kyvystä rakentaa kunnan teoreettinen perusta, joka on vaikuttamassa aineiston hankintaan. Laadullista tutkimusta tehdään usein aineistolähtöisesti, eli pyritään ilman ennakko-oletuksia rakentamaan teoriaa, alhaalta ylöspäin. Tähän liittyen laadullisen tutkimuksen tunnusmerkkinä on myös hypoteesittomuus, eli ennakko-oletuksia ei ole, vaan ihanteellisimmillaan tutkija voi prosessin aikana yllättyä tai oppia. Laadullisen tutkimuksen tehtävänä ei siis ole hypoteesien todistaminen, vaan hypoteesien kehittäminen. Näin tutkimuksen voidaan ajatella kehittävän tutkijan ajattelua eteenpäin pikemmin kuin latistavan sitä. Tutkijan asema kvalitatiivisessa tutkimuksessa on yleensä vapaampi, kuin määrällisessä, mutta se myös vaatii tutkijalta paljon tutkimuksellista mielikuvitusta (Eskola & Suoranta, 1999). Tutkimuksen tyylistä - kvalitatiivinen tai kvantitatiivinen - riippumatta tutkimukset sisältävät aina paljon ainesta, joka perustuu maalaisjärkeen ja aiempiin kokemuksiin. Tutkimukseen kuuluvat erilaiset ennakko-oletukset ja intuitiiviset käytännöt.

Laadullinen tutkimus on paljolti saanut käyttövoimansa siitä, mitä se ei ole (Eskola & Suoranta, 1999). Kvalitatiivisen tutkimuksen luonnetta on määritelty lähinnä vertailemalla sitä määrälliseen tutkimukseen, dikotomisesti. Kahtiajakoa voidaan pitää turhana silloin, kun pohditaan tutkimuksen hyvyttä ja huonoutta. Enemmän kannattaisi miettiä esimerkiksi sitä, lähteekö tutkimus ilmiöstä vai menetelmistä. Koska laadullisessa tutkimuksessa on kyse empiirisen ilmiön tutkimisesta, voidaan laadulliset menetelmät nähdä työkaluina ja korostaa ilmiön käsitteellisen pohdinnan merkitystä.

2.1.1. Grounded theory

Tutkimukseni aineiston analyysi perustuu grounded theory –menetelmään, jonka ovat kehittäneet sosiologit Barney Glaser ja Anselm Strauss (Strauss & Corbin, 1998). Grounded theoryn taustalla on ajatus, että teoria on korvaamaton apu sosiaalisten ilmiöiden ymmärtämisessä (Strauss, 1987). Teoria pitää muodostaa tiiviissä suhteessa

aineistoon niin, että tutkija on koko ajan tietoinen roolistaan välineenä teorian kehittämisessä.

Grounded theory on viitekehys, joka ei ole sidottu mihinkään tiettyyn aineistotyyppiin, tutkimusmenetelmiin tai teorioihin (Strauss, 1987). Näin se ei ole tietty metodi tai tekniikka, vaan paremminkin tyyli tehdä kvalitatiivista tutkimusta, jolla on tiettyjä piirteitä. Grounded theoryyn kuuluvat esimerkiksi teoreettinen otanta ja tietyt menetelmälliset ohjeet, kuten jatkuvan vertailun periaate.

Kuten laadullisen tutkimuksen tunnusmerkeissä mainittiin, myöskään grounded theoryn lähtökohtana ei ole tietty teoria tai hypoteesit, vaan tutkija aloittaa tietystä aihepiiristä ja antaa teorian nousta aineistosta (Strauss & Corbin, 1998). Grounded theoryssa aineiston analyysi on tiivistä tutkijan ja aineiston yhteispeliä. Vaikka käsitteiden löytyminen on tärkeää, myös kekseliäisyydellä ja luovuudella on paikkansa analyysissä. Luovuuden vaatimus näkyy siinä, että tutkijan täytyy kyetä nimeämään kategorioita, kysymään yllättäviä kysymyksiä ja tekemään vertailuja. Analyysi ei etene jäykästi vaiheesta toiseen, vaan se on vapaasti eri analyysitasoilla virtaava, eri tekniikoita käyttävä prosessi. Aineiston hankinta, analyysi ja lopullinen teoria ovat tiiviissä yhteydessä toisiinsa (Strauss & Corbin, 1998).

Grounded theory koostuu kolmesta eri peruselementistä: käsitteistä, kategorioista ja väittämistä, propositioista (Pandit, 1996). Käsitteet ovat analyysin perusosia, sillä teoria ei muodostu raa'asta datasta, vaan tiedon käsitteellistämisen kautta (Strauss & Corbin, 1990). Toinen grounded theoryn elementti ovat kategoriat. Kategoriat ovat abstraktimpia, kuin käsitteet, joita ne edustavat. Kategoriat muodostuvat samalla analyysitavalla, kuin alemman tason käsitteetkin: vertaillaan samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia aineistosta. Kolmas grounded theoryn peruselementti ovat väittämät, propositiot (Pandit, 1996). Väittämät esittävät yleistettyjä suhteita kategorioiden ja niiden käsitteiden välillä sekä eri kategorioiden välillä.

Grounded theoryn mukainen tutkimus sisältää viisi päävaihetta (Pandit, 1996). Ensimmäinen päävaihe on tutkimusasetelman suunnitteleminen. Vaiheen aikana hahmotetaan tarkat tutkimuskysymykset ja valitaan ensimmäinen tapaus teoreettisen otannan mukaan. Vähitellen voidaan kerätä lisää tapauksia, kunnes mitään uutta ei enää tule esiin, eli aineisto kyllääntyy (teoreettinen saturaatio). Toinen päävaihe tutkimuksessa on aineiston kerääminen. Grounded theory -tutkimuksessa tietoa voidaan kerätä ja käyttää hyvin laajasti. Vaihe koostuu tiukan aineistonkeräyssystemin

muodostamisesta ja aineiston keräämisestä käytännössä. Kolmannessa päävaiheessa kerättyä aineistoa järjestellään. Tietoa voi järjestellä aluksi esimerkiksi kronologiseen järjestykseen, jolloin voidaan tarkastella kausaalisuhteita ajallisesti.

Neljäs päävaihe on aineiston analyysiä (Pandit, 1996). Analyysivaihe on hyvin oleellinen teoriaa muodostavassa tutkimuksessa, jossa tiedon keruu, tiedon järjestely ja tiedon analysointi liittyvät tiiviisti yhteen. Analyysi alkaa ensimmäisen tapauksen analysoinnista. Tämän jälkeen jatketaan teoreettista otantaa ja lopuksi aineisto suljetaan, kun se on saturoitunut. Tutkimuksen viimeinen päävaihe on tutkimuksen tulosten eli muodostetun teorian vertailua kirjallisuuteen. Oheinen kaavio havainnollistaa analyysin etenemistä.

1. Tutkimusasetelman muodostamisvaihe

1. Tutkimuskysymysten hahmotteleminen
2. Ensimmäisen tapauksen valitseminen

2. Aineistonkeruuvaihe

3. Aineistonkeräyssysteemin luominen
4. Aineiston kerääminen

3. Järjestelyvaihe

5. Aineiston järjestely

4. Aineiston analyysivaihe

6. Ensimmäisen tapauksen analysointi
7. Teoreettinen otanta
8. Aineiston sulkeminen

5. Vertailuvaihe

9. Tulosten vertailu kirjallisuuteen

Grounded theory –tutkimuksessa yksityiskohtaiset analyysia koskevat vaiheet eivät ole tiukasti sovellettavissa (Strauss, 1987). Jokaisella projektilla on oma järjestyksensä riippuen muun muassa aineiston luonteesta, tutkijan kokemuksesta ja olosuhteista, joissa tutkimusta tehdään.

2.2. Tutkimushenkilöt

Tutkimuksessa oli aluksi mukana viisi skitsofreniaa sairastavaa henkilöä. Skitsofrenian lisäksi muita valintakriteerejä tutkimukseen osallistujille olivat 18 - 40 vuoden ikä ja riittävä oireenhallinta, jotta potilas kykenee osallistumaan ryhmämuotoiseen kuntoutukseen. Tutkimushenkilöt valittiin yhteistyössä Mikkelin Moision sairaalan kotiuttamisvalmennusosaston hoitajien kanssa. Aluksi kaikkien osaston kuntoutujien omahoitajat kartoittivat mahdollista kiinnostuneisuutta ryhmää kohtaan ja kertoivat kuntoutujille perustietoa ryhmästä. Kun kiinnostusta löytyi, sopi omahoitaja yhdessä kuntoutujan kanssa tapaamisen kanssani keskustelua ja alkuhaastattelua varten. Ennen varsinaisen alkuhaastattelun alkua kerroin kuntoutujille tarkemmin ryhmän toiminnasta ja tutkimuksesta. Tämän jälkeen pyysin kuntoutujalta kirjallisen suostumuksen tutkimukseen osallistumiselle. Tutkimukselle oli myös eettisen toimikunnan suostumus. Kaikki viisi kuntoutujaa suostuivat mukaan tutkimukseen. Ryhmän ensimmäisten tapaamisten jälkeen yksi tutkittavista jäi pois tutkimuksesta liian voimakkaan oireilun vuoksi. Hänen oli mahdotonta jatkaa mukana ryhmämuotoisessa opetuksessa.

Tutkimushenkilöistä kolme oli naisia ja kaksi miehiä. Ryhmän lopettanut oli mieshenkilö, joten jäljelle jäi kolme naista ja yksi mies. Kaikilla oli diagnoosina ICD-10 –diagnoosiluokituksen mukainen skitsofrenia, ja kaikkien sairaus oli kestänyt useamman vuoden ajan. Iältään tutkittavat olivat 37 - 46 -vuotiaita, joten yhtään nuorta, alle 30-vuotiasta ihmistä ei tutkimukseen tullut mukaan, vaikka se oli tavoitteena ennakoivan kuntoutuksen näkökulmasta. Tähän vaikutti se, että kuntoutusosastolla oli pääasiassa jo pitkään sairastaneita ja näin ollen vain vähän nuoria ihmisiä. Myös alle 40-vuoden ikäkriteeristä jouduttiin tinkimään, jotta ryhmään saatiin tarpeeksi osallistujia.

2.3. Kuntoutusryhmä

Sosiaalisten taitojen opetusryhmä kesti kolme kuukautta syksyllä 2001. Ryhmä kokoontui Mikkelin Moision sairaalassa kaksi kertaa viikossa noin tunnin kerrallaan. Sosiaalisten taitojen ryhmässä tarkoituksena oli harjoitella erilaisia sosiaalisia taitoja mahdollisimman aidon tuntuisissa tilanteissa yhdessä muiden ryhmäläisten kanssa. Ryhmän toiminta oli siten strukturoitu, että jokainen tapaamiskerta pyrittiin viemään tiettyjen vaiheiden läpi. Bellackin ym. (1997) yhdeksän vaiheen malli alkoi taidon esittelystä. Tämän jälkeen ryhmässä keskusteltiin päivän aiheeseen liittyen käyden läpi mm. osallistujien kokemuksia kyseessä olevasta taidosta, jonka jälkeen ryhmän vetäjät näyttivät vaiheiden mukaisen esimerkin harjoituksesta. Sitten osallistujat esittivät harjoituksen, vetäjät antoivat sekä positiivista että korjaavaa palautetta harjoituksesta ja osallistujat kokeilivat harjoitusta uudelleen. Tämän jälkeen he saivat vielä palautetta ja viimeiseksi ohjaajat antoivat kuntoutujille kotitehtävät.

Tutkimusryhmässä käsiteltiin seitsemää eri taitoaluetta: keskustelutaidot, ongelman käsittelytaidot, puolensa pitämisen taidot, yhteiselämän taidot, ystävyysuhteiden ylläpidon taidot, lääkkeenkäytön taidot ja toimintaan/työhön liittyvät taidot. Nämä alueet jakautuivat edelleen useisiin tarkkoihin tilanteisiin, joita ryhmässä harjoiteltiin. Näistä esimerkkeinä ovat: mitä teen, jos en ymmärrä toista tai epämiellyttävän tunteen ilmaisu. Ryhmän vetäjinä toimivat kaksi osaston sairaanhoitajaa ja tutkijana olin lähinnä tarkkailijan roolissa tehden havaintoja ryhmän kulusta. Ohjaajille oli annettu koulutusta sosiaalisten taitojen ryhmän vetämiseen ja he saivat myös työnohjausta koko ryhmän ajan.

2.4. Tutkimusaineisto ja sen kerääminen

Haastattelin neljää kuntoutukseen osallistujaa sekä ennen että jälkeen sosiaalisten taitojen ryhmän. Tutkimusaineiston keräsin puolistrukturoiduilla haastatteluilla. Olin tehnyt haastatteluihin selkeät kysymykset (liitteet 1 ja 2), mutta yritin antaa tilaa myös

kuntoutujien omille ajatuksille. Haastattelut tein Moision sairaalassa, alkuhaastattelut elo-syyskuussa 2001 ja loppuhaastattelut joului-tammikuussa 2001-2002. Jokainen niistä nauhoitettiin omalle videonauhalleen potilaan luvalla. Yksi haastattelu kesti puolesta tunnista tuntiin ja litteroitua aineistoa kertyi alku- ja loppuhaastatteluista yhteensä noin 40 sivua.

Ennen varsinaisen tutkimusryhmän alkua esitin alkuhaastattelurungon pilottitutkimuksen kuntoutujille. Pilottitutkimus tehtiin Moision sairaalassa keväällä 2001. Siihen kuului alkuhaastattelun lisäksi kuukauden mittainen sosiaalisten taitojen ryhmä. Pilottitutkimuksen haastattelujen jälkeen muokkasimme haastattelua tutkimuksen ohjaajan kanssa, jonka jälkeen tein haastattelut varsinaisen tutkimuksen kuntoutujille. Loppuhaastattelurungon muokkasin alkuhaastattelujen rungosta yhdessä tutkimuksen ohjaajan kanssa.

Haastattelujen kysymykset on johdettu Bellackin ym. (1997) muotoileman sosiaalisten taitojen arviointimallin pohjalta. Mallin mukaan haastattelulla on tärkeää saada tietoa kuntoutujan menneestä ja nykyisestä sosiaalisesta kyvykkyydestä, tyytyväisyydestä ja erityisesti sosiaaliseen toimintaan vaikuttavista tilannetekijöistä. Skitsofreniakuntoutujia on tarkoituksenmukaista haastatella siten, että ensin kysytään yleisiä kysymyksiä, ja sen jälkeen tarkentavia kysymyksiä ja esimerkkejä. Skitsofreniapotilaille on ominaista kiistaa vaikeudet, jolloin hedelmällisempää on keskittyä tiettyihin tarkkoihin tilanteisiin yleisten omien arvioiden sijaan. Muotoilin kysymykseni tämän mallin mukaisesti. Bellackin ym. mukaan keskeiset sosiaaliset taidot ovat myönteisten tunteiden ilmaisu ja kielteisten tunteiden ilmaisu, pyynnön esittäminen ja toisen kuunteleminen, joihin myös haastattelussani keskityin. Näitä kaikkia harjoiteltiin myös sosiaalisten taitojen ryhmässä.

2.5. Kvalitatiivisen analyysin vaiheet

Analyysi alkoi jo aineistoa litteroidessani. Tällöin tein muistiinpanoja tuntemuksista ja ajatuksista joita heräsi aineistoa käsitellessäni. Litteroituani aineiston luin sitä läpi useaan kertaan saadakseni käsityksen siitä ja päästäkseni kiinni aineiston ”henkeen”.

Läpi koko analyysin tein memoja (muistioita), jotka kuuluvat osana grounded theory -analyysiin (Strauss & Corbin, 1990). Niiden avulla keskeiset ajatuskulut pysyvät mielessä ja niitä voi kehittää eteenpäin.

Grounded theory –analyysimenetelmän mukaisesti ryhdyin aineistoon perehtymisen ohella etsimään kuvaavia kategorioita. Ensin analyysin tavoitteena oli kaikkia neljää kuntoutujaa koskevat yhteiset kategoriat ja niistä johdettu yleinen malli. Pian aineistoa tutkittuani kävi kuitenkin ilmi, että tutkimuksen kannalta on sopivampaa tutkia kutakin kuntoutujaa erikseen verraten alku- ja loppuhaastatteluita keskenään ja niiden välillä tapahtuneita muutoksia. Pidin mielessä myös yleisemmän tason niin, että tavoitteena oli edelleen etsiä mahdollisia yksilöitä yhdistäviä ja erottelevia tekijöitä aineistosta.

2.5.1. Kaavioiden muodostaminen

Kategorioita etsiessäni havaitsin, että kielellinen taso ei tavoittanut analyysissa aineiston oleellista asiaa, vaan materiaali houkutteli tekemään analyysia visuaalisen mallintamisen kautta. Materiaali osoitti, että sanallinen ilmaisu ei tässä kohtaa ollut riittävä. Aineisto avautui paremmin kuvioin ja kaavioina, kuin kielellisinä kategorioina. Kuviot ovat kokoava ja järkevä muoto esittää laadullisen aineiston analyysin tuloksia (Dey, 1993). Kuviot eivät ole vain päätelmien koristelua, vaan myös keino saavuttaa tietoa. Kuviot tarjoavat monitasoisen tilan, jossa tietoa on mahdollista tarkastella. Tietoa voidaan kuvioiden avulla tiivistää, kun se muutoin jouduttaisiin esittämään väittämien pitkinä jonoina. Tavoitteenani oli kaavioiden avulla löytää ja kuvata oleellisia piirteitä siitä jokaisen tutkimushenkilön sosiaalisesta todellisuudesta, jossa kukin elää. Kaavioiden laatikoihin olen tiivistänyt oleelliset asiat ja yhdistellyt laatikoita nuolin dynaamisiksi kokonaisuuksiksi.

Laatikoiden sisällöt olivat aluksi lähes suoria lainauksia haastatteluista, mutta ne muuttuivat analyysin edetessä yleisemmiksi, kuvaamaan useampia samantyyppisiä tilanteita. Grounded theoryssa tarkoituksena on analyysin edetessä siirtyä käsitteistä abstraktimmalle tasolle, kuvaaviin kategorioihin (Pandit, 1996). Tavoitteena oli alusta lähtien tehdä yksi kuvio kuvaamaan kuntoutujan alkuhaastattelua ja yksi

loppuhaastattelua. Kuviot muuttuivat ja muokkautuivat analyysin edetessä kuvaamaan yhä enemmän aineistoa. Kaavioiden tekemisen jälkeen vertailin kuvioita edelleen etsien mahdollisia kuntoutujia yhdistäviä ja erottelevia tekijöitä.

2.5.2. Jatkuvan vertailun periaate

Vertailujen tekeminen on eräs grounded theoryn perustekniikoista (Charmaz, 2000). Jatkuvan vertailun metodi voi tarkoittaa monia eri tilanteita: (1) eri ihmisten vertailua (esim. näkemykset, kokemukset), (2) samojen ihmisten vertailu eri ajankohtina, (3) tapausten vertailu, (4) aineiston ja kategorian välinen vertailu ja (5) eri kategorioiden välinen vertailu. Teoreettiset vertailut monipuolistavat käsitystä ilmiön ominaisuuksista ja ulottuvuuksista ja siten ohjaavat teoreettista otantaa. Vertailujen tekeminen tuo esiin ilmiön tai asian oleelliset ominaisuudet ja niitä voidaan hyödyntää ilmiön tutkimisessa (Strauss & Corbin, 1998). Vertailujen tekeminen on edellytys kategorioiden löytymiselle. Jatkuvan vertailun tuloksena aineistosta tehdyt teoreettiset päätelmät ovat kokonaisempia ja tarkempia, sillä vertailun tuloksena tutkija on herkistynyt ilmiön ominaisuuksille, joita hän ei aiemmin huomannut.

Omassa tutkimuksessani toetutin jatkuvan vertailun periaatetta pitämällä koko ajan kuntoutujien alkuperäistä aineistoa mukana analyysissä. Jatkovasti kuvioita rakentaessani palasin alkuperäiseen tekstiin tarkistamaan, vastaako kuvion kokonaisuus aineistoa. Jatkuva vertailu näkyy myös tutkimukseni tuloksissa kaavioiden laatikoiden sisällä olevista viittauksista alkuperäisiin haastatteluihin. Vertailumetodeista käytin tutkimuksessani samojen ihmisten vertailua eri aikoina, aineiston ja kategorian sekä eri kategorioiden vertailua keskenään (Charmaz, 2000).

3. TUTKIMUKSEN TULOKSET

3.1. Kuntoutuja nro 001¹

3.1.1. Kuntoutujan kuvaus²

Kuntoutuja numero 001 on 39-vuotias nainen, joka on sairastanut skitsofreniaa 1980-luvun puolivälistä lähtien. Hän on ollut useita kertoja sairaalahoidossa eri pituisia aikoja. Tällä hetkellä hän pärjää omassa asunnossaan. Sairaalassa hän käy edelleen säännöllisesti avohoitoluonteisesti ja myös kuntoutuksen intervallijaksoilla. Hänellä ei ole omaa perhettä, mutta on kontaktissa lapsuudenperheeseensä. Hänellä ei ole ammatillista tutkintoa, mutta hän on jonkin aikaa käynyt kaupallisen alan koulua.

3.1.2. Alku- ja loppuhaastattelun kuviot³

Kuntoutuja 001:n alkuhaastattelusta syntyneen kaavion (kuvio 1 a) lähtökohtana on myönteinen käsitys sosiaalisesta kanssakäymisestä. *001/14. No jotain sellasta, että mitä enemmän samoista piireistä tuntee ihmisiä, niin tota ehkä se on vaan eduksi.*

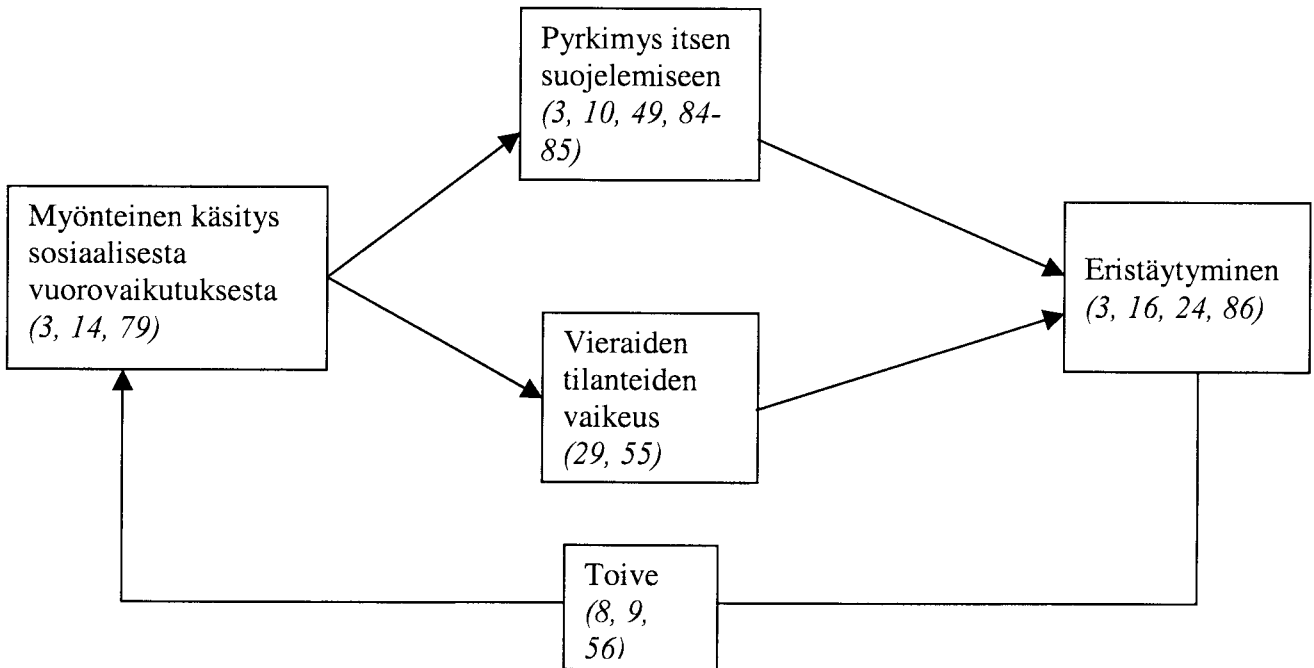
Positiivisesta lähtökohdasta huolimatta hän vuorovaikutuksessa pyrkii voimakkaasti suojelemaan itseään. *001/3. Se saattaa muuttua se olotilakin että sitten sit jos jotain ikävää tapahtuu tai silleesti jotain ei-toivottua niin sit sitten sitä sitten niinku eristyy*

¹ Kullekin kuntoutujalle annettiin tutkimuksen aluksi koodinnumero

² Tapaukset on naamioitu tunnistamattomiksi

³ Suluissa olevat numerot viittaavat numeroituihin alkuperäisiin haastatteluvastauksiin. Esimerkkejä löytyy tekstin joukosta. Alkuperäinen aineisto on saatavissa tutkimuksen tekijältä.

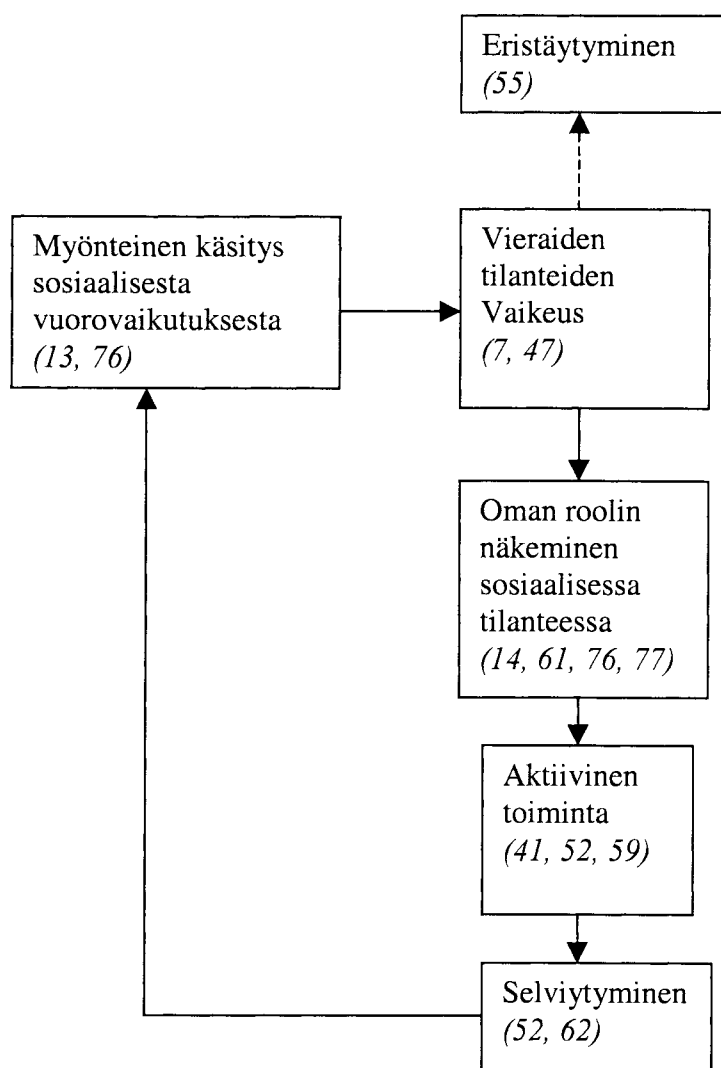
sinne. 001/83-85. ...no jotenkin sitä on tullu vähän hiljaseemmaks...ehkä silleesti,... että ei kannata heti niinku toteuttaa sitä, ehkä on ruvennu ajattelemaan, varovaisemmaks tullu...niinku ittesä kannalta, semmosta.



KUVIO 1 a. Kuntoutujan nro 001 kuvio alkuhaastattelusta.

Toinen myönteisen alkutilanteen kannalta ristiriitainen seikka on, että kuntoutuja kokee tilanteet, joissa paikka ja/tai ihmiset ovat vieraita, hankalina. *001/29. Mut se oli aika raskas reissu sekin (mielenterveyskuntoutujien matka Espanjaan), kun ihmiset heti niinku rupes minun asioita vatvomaan, minusta tuntu siltä ainakin.* Näiden kahden tekijän seurauksena hän eristäytyy. *001/24. No ei mulla hirveesti ystäviä oo, että ihmiset varmaan jotenkin karttaa miua, että miä oon jotenkin vähän sellanen omalaatunen tai silleesti kuitenkin et en miä niin helposti tutustu ihmisiin.* *001/86. ...asiat on kuitenkin monimutkaistuneet, että on enää vaikeeta osallistua tai jotakin semmosta...* Tästä huolimatta toive ja halu sosiaaliseen vuorovaikutukseen säilyvät ja myös myönteinen käsitys siitä *001/9. Sitte oppii toisista sitä, ettei sitä, oppii niinku tuntemaan ihmisen paremmin (tavoite).*

Kuvion voi koota yhteen niin, että halua vuorovaikutukseen on, mutta ei keinoja ja uskallusta, joilla luoda myönteisiä ihmissuhteita. Näin Bellackin ja kumppaneiden (1997) luoma opetusohjelma puoltaa paikkaansa taitojen opettajana.



KUVIO 1 b. Kuntoutujan nro 001 kuvio loppuhaastattelusta.

Kuntoutujan loppuhaastattelun lähtökohtana on säilynyt myönteinen käsitys sosiaalisesta vuorovaikutuksesta. 001/13. *No kyllä musta varmaan ihan kivaltakin tuntuu tälle pystyy keskustelemaan asioista.* Alkuhaastattelussa esiin tullut voimakas pyrkimys suojella itseä on jäänyt taka-alalle niin, että sitä ei loppuhaastattelussa enää

esiinny. Sen sijaan vieraiden tilanteiden vaikeus on säilynyt. *001/7. No ehkä sellaset, jotain semmosta, et toiset on sen luonteisia, et tota jos ei oo pitkään aikaan nähny, niin jollain tavalla työkeitäkin. 001/47. Ku tuntuu, et ihmisillä oli niin kiire eikä se linja-autonkuljettajakaan jaksanu oikein sillei.* Vieraisiin tilanteisiin on kuitenkin tullut mukaan selviytymiskeinoja: loppuhaastattelussa tulee esiin, kuinka kuntoutuja tiedostaa enemmän omaa rooliaan sosiaalisissa tilanteissa. *001/14. Ehkä se on niinku minunkin puolelta, että miä en oo hakeutunu niihin tilanteisiin, hankkinu niitä ystäviä.* Näin hän voi vaikeissakin tilanteissa valita toimintamallikseen aktiivisuuden entisen passiivisen selviytymiskeinon, eristäytymisen sijaan. *001/52. (sanoi epämukavassa tilanteessa) No en mä oikeen mitään... Et voisitko myydä minulle lipun. 001/61. No semmonen, että vähän ehkä nolotti, mut sit miä ajattelin, että ehkä mä sitten pääsen siinä kyydissä.* Tällöin selviytyminen tilanteista paranee ja myönteinen käsitys vuorovaikutustilanteista voi saada suoraa tukea. *001/62. No miä kysyin, et onko hyö menossa samaan aikaan ... ja meille sattuu sama aikataulu suurinpiirtein ja sitten miä pääsin siinä.* Eristäytyminen on edelleen eräs kuntoutujan selviytymiskeinoista. *001/55. Mä sit pyrin siitä (hankalasta) tilanteesta pois.* Se kuitenkin tulee esiin lähinnä ajatuksen tasolla toimien kenties jonkinlaisena turvana mielessä, sillä konkreettisista tilanteista hän loppuhaastattelussa kertoo selviävänsä toiminnan avulla. Näissä kuvioissa tulee esiin, kuinka passiivinen muuttuu aktiiviseksi, eristäytyminen aktiiviseksi toiminnaksi.

Tässä yhteydessä aineistosta nousee esiin toimijuus ilmiönä. Sen avulla voidaan hahmottaa kuvioissa tapahtunutta muutosta. Toimijuuden käsitteellä tarkoitetaan jokaiselle tarpeellista tunnetta siitä, että voi itse määritellä omalta kohdaltaan, mikä on tehokasta tilanteeseen sopivaa käyttäytymistä (Holma & Aaltonen, 1997). Kuntoutuksen avulla voidaan ajatella lisättävän potilaan havaitsemaa vapautta ja kykyä järkeillä ja toimia. Toimijuutta voidaan tarkastella myös narratiivisuuden näkökulmasta. Tällöin toimijuus merkitsee ihmisen vapautta valita monista mahdollisista ympäristön tarjoamista tarinoista se, mikä tuntuu omimmalta.

Psykoosia voidaan narratiivisesta näkökulmasta pitää äärimmäisenä keinona ylläpitää omaa toimijuuden tunnetta (Holma & Aaltonen, 1997). Se saattaa toimia pakokeinona alistavasta elämäntarinasta ja samalla olla keino rakentaa vaihtoehtoista tarinaa ja identiteettiä. Psykoosissa henkilö saattaa onnistua tarinan luomisessa, mutta sosiaalinen aspekti menetetään. Näin pakokeino johtaa lopulta eristymiseen ja passiivisuuteen toimijuuden ja identiteetin säilyttämiseksi. Tämän kuntoutujan kohdalla

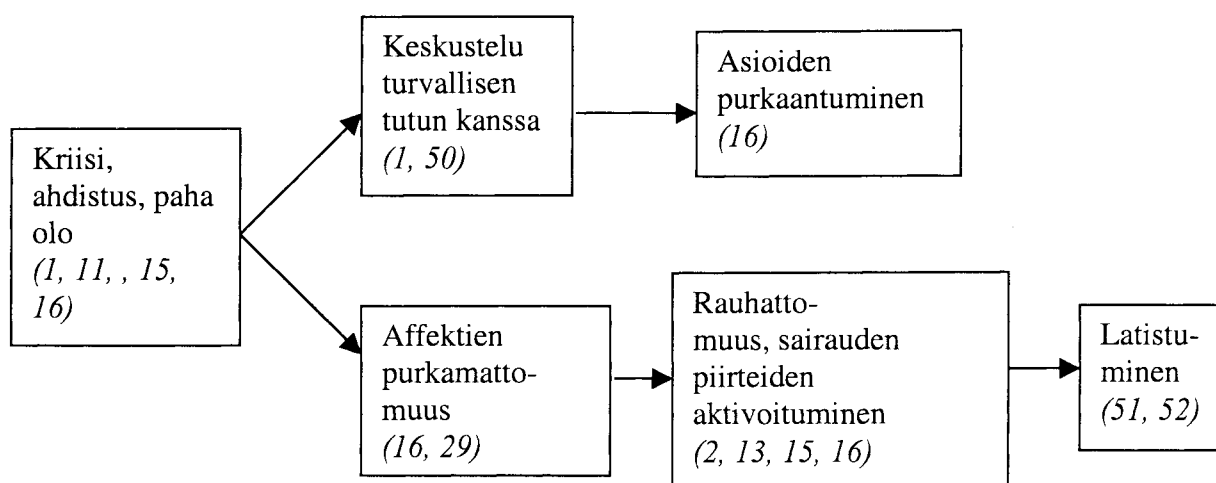
alkuhaastattelussa voi olla kyse juuri edellä kuvatusta prosessista. Hänen voimakas pyrkimyksensä suojata itseään sosiaalisessa kanssakäymisessä saattaa olla ainoa keino säilyttää vaikutusmahdollisuuden tunne omaan elämään sekä yhtenäinen identiteetti. Toisaalta se johtaa hänet passiivisuuden ja eristäytymisen kehään, josta hän toivoisi samalla pääsevänsä pois. Loppuhaastattelussa hän kertoi vieraiden tilanteiden olevan edelleen vaikeita, mutta halu suojella itseä oli vähentynyt. Hän on saanut sosiaalisen näkökulman uudelleen mukaan tarinaansa päästen hieman pois eristäytyneisyydestä. Kuntoutuja myös kertoi saaneensa lisää selviytymiskeinoja hankaliin tilanteisiin, joskin eristäytyminen oli edelleen ainakin ajatuksissa mahdollinen toimintakeino. Voidaan ajatella hänen tunteensa omasta toimijuudesta voimistuneen alku- ja loppuhaastattelun välillä, eli kokemus siitä, että on vaihtoehtoja, kuinka toimia sosiaalisissa tilanteissa ja hän voi itse valita niistä itselleen sopivimman.

3.2. Kuntoutuja nro 003

3.2.1. Kuntoutujan kuvaus

Kuntoutuja numero 003 on 43-vuotias naishenkilö. Hänen sairaushistoriansa alkoi noin 20-vuotiaana, jolloin hän sairastui skitsofreniaan. Hänellä on ammatillista koulutusta kahdeltakin alalta. Omaa perhettä kuntoutujalla ei ole, mutta paljon ystäviä. Hän asuu omassa asunnossaan ja yhteydet sairaalaan kuntoutusosastolle ovat tiiviit.

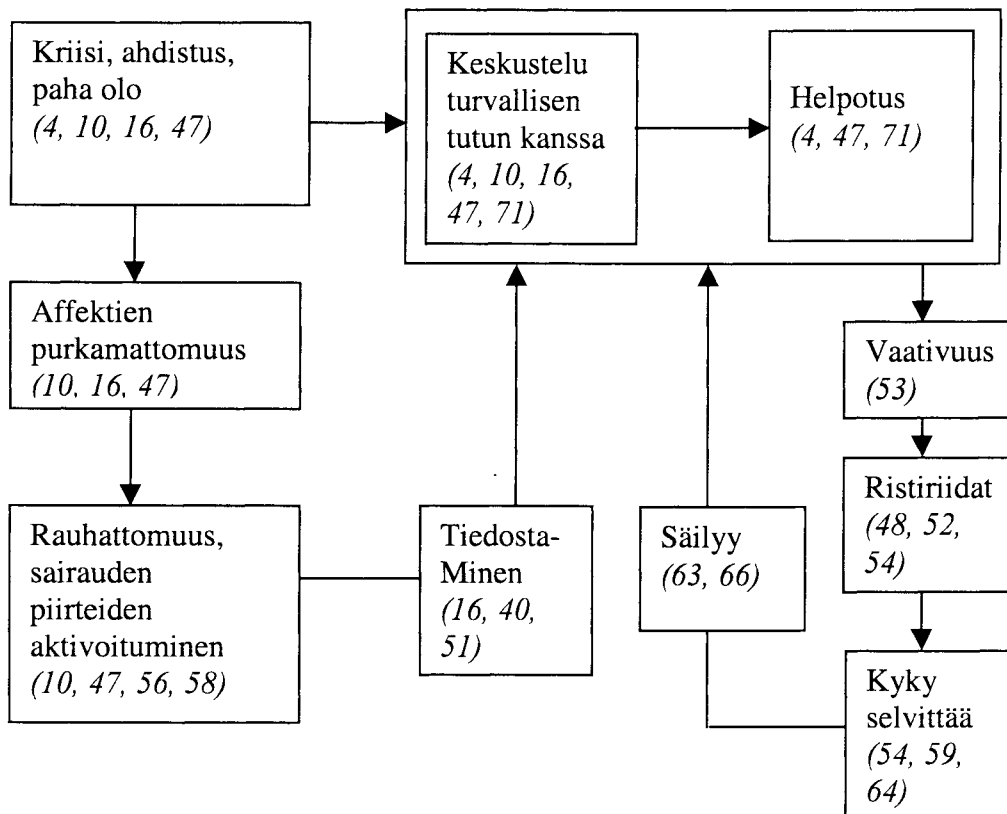
3.2.2. Alku- ja loppuhaastattelun kuvat



KUVIO 2 a. Kuntoutujan nro 003 kuvio alkuhaastattelusta.

Kuntoutujan numero 003 kohdalla sosiaalista toimintaa kuvaava prosessi alkaa kriisitilanteesta tai pahasta olost. Tällöin hänellä on kaksi mahdollisuutta, joista ensimmäinen on keskustelu turvallisen tutun ihmisen, kuten omahoitajan kanssa. Tällöin pahaa oloa seuraa helpotus ja elämä voi jatkua. Toinen vaihtoehto kriisitilanteessa on, että hän ei pääse keskustelemaan, affektit jäävät purkamatta 003/16. *...omahoitaja oli kesälomalla, sille ei voinu asioita purkaa ja se poikaystävä kuoli, sen kanssa ei voinu jakaa asioita ja sitte minä en osannu ottaa vastaan sitä uutta hoitajaa, joka oli varattu hänelle.* Tällöin pahasta olost seuraa rauhattomuutta. 003/16. *Ni tälle se näky sellasena rauhattomuutena kotona ja sairauden piirteiden aktivoitumista 003/16. ...Ja sitte tuota miä yritin hirveesti tehdä töitä ja peittää sen huonon minän, mikä mulla oli, sekä lopuksi latistumisen kokemus, jolla kuntoutuja tarkoittaa esimerkiksi jaksamattomuutta seurata maailman meno. 003/51-52 ...muuttunu sillei se mun ajattelu, että tota kelpaankohan minä enää tohon kanttiinini myyjäks, tällasia kysymyksiä mulla elää, ja jaksankohan minä sitä enää tehdäkään... Tän viimesen sairastumisen jälkeen on vähän lyssähtäny, ymmärrätkö mitä tarkoittaa lyssähtänyt, latistunu toisin sanoen. Et mä en jaksu niin tarkasti seurata enää, esimerkiks televisio on suur kysymysmerkki, että jaksanko minä enää sitä kattoo*

Kuntoutujan tapauksessa sosiaalinen vuorovaikutus, keskustelu toimii purkamiskanavana ikäville asioille ja tunteille. Tämä lienee yleisemminkin ajateltu eräs tärkeä vuorovaikutuksen tehtävä. Kuitenkin tässä tapauksessa, jos purkukeinoa ei ole saatavilla, seuraa rauhattomuutta ja sairauden aktivoituminen uhkaa, eli omat keinot hallita heikompaa vointia ovat heiveröiset. Näin sosiaalinen kanssakäyminen saattaa olla skitsofreniaa sairastavalle myös sairauden näkökulmasta tärkeää.



KUVIO 2 b. Kuntoutujan nro 003 kuvio loppuhaastattelusta.

Loppuhaastattelun kuviossa alkuhaastattelun ensimmäinen toimintavaihtoehto on säilynyt lähes ennallaan, eli edelleen, jopa alkuhaastattelua voimakkaammin, pahan olon hetkellä keskustelu tutun ihmisen kanssa tuo helpotuksen. 003/4. *Jos on miesseuraa ympärillä ja mä jotakin pientä keskustelen siinä, se näkyy sillei, et ku menen kotia ja mulla laukee sit jännitys ja mä vähän vapisen siellä. Ja mun täyty silloinki sitten soittaa*

tonne hoitajalle ja purkaa asioita, ennen kun mä sitten pystyin jatkamaan eteenpäin. 003/47. Se (miesystävän kuolema) nous mulla niin pintaan sillo ja sitte ku sillä ei ollu aikaa, ni minua suututti se niin paljon sillon Tapaninpäivänä, ni vaikka mulla ei ollu aikaakaan varattu, ni mun oli pakko lähtee kertomaan siitä, kun minä olin jo joutunu yöllä soittamaan hoitajalle...piti koko se litania (meidän stoori) käyvä läpi, ennen kuin minä sain nukuttua. Myös toinen alkuhaastattelun tapahtumaketju on säilynyt suurin piirtein ennallaan, ainoastaan rauhattomuudesta ja sairauden piirteiden aktivoitumisesta lähtee nyt nuoli, joka edustaa tiedostamista. Tämä tarkoittaa, että kuntoutuja tuo loppuhaastattelussa voimakkaasti esiin, kuinka tietää saavansa tasapainonsa takaisin keskustelun avulla. 003/51. Toisin sanoen puhumalla minä saan mielen tasapainon takaisin. Näin ollen havaitessaan huonoa oloa ja rauhattomuutta hän tietää entistä selvemmin, mitä apua hänen täytyy lähteä hakemaan, jotta mielenrauha palaa. Eräs näkemys on, että kuntoutujan oireenhallintakyky on parantunut ja hallintakeinona toimii ensisijaisesti keskustelu.

Uutena osana kuvioon on tullut se, että kuntoutuja on hyvin vaativa omaa hoitajaa (turvallista tuttua) kohtaan. 003/53. *Minä ajattelin, että jos se on minun omahoitaja, ni sen on myös hyväksyttävä se minun sairas puoli sillon, kun minä sairastun. Sen pitää kestää nähä minut sairaanakin, jos se ymmärtää minua ihmisenä. Tästä voi joskus seurata ristiriitoja. 003/52. ...minä sanoin siinä tilanteessa silloin, että aina se on ajasta kiinni. Ristiriitojen vaikutus tärkeään suhteeseen ei kuitenkaan ole lopullinen, sillä kuntoutujalla on myös keinoja selvittää ristiriitoja. 003/54. ...sitte sain sanottua, että se oli se, kun sillä ei ollut sillon joulunaikaan enemmän aikaa keskustella, kun minä olin varannu kahvikupit ja kaikki pöytään, ...mut ei sitä aikaa riittänykkään sitte, minä olin siihen niin pettyny. 003/59. No minä pyysin sit anteeksi siltä hoitajalta, kun minä käyttäydyin niin, tota, lapsellisesti suoraan sanottuna niitten rukkasten kanssa. Näin tärkeä suhde säilyy ristiriitaisuuksista huolimatta. 003/63. Se tuntu niin hyvältä, kun se hoitaja sano, että kyllä hän ymmärtää ja sitten se halas minua, eli se toisin sanoen ilmeisesti hyväksy sen anteeksipyyntön sitten.*

Toimijuus liittyy myös tähän kuvioon siten, että loppuhaastattelussa oman hyvinvoinnin kannalta tärkeä, puhumiseen perustuva systeemi on selvästi enemmän tiedostettu, kuin alkuhaastattelussa. Omien selviytymiskeinojen tiedostaminen toimii alkuehtona sille, että toimijuuden tunteen edellyttämiä uusia vaihtoehtoisia toimintatapoja voi omaksua ja saada käyttöön. Hänellä on nyt entistä enemmän

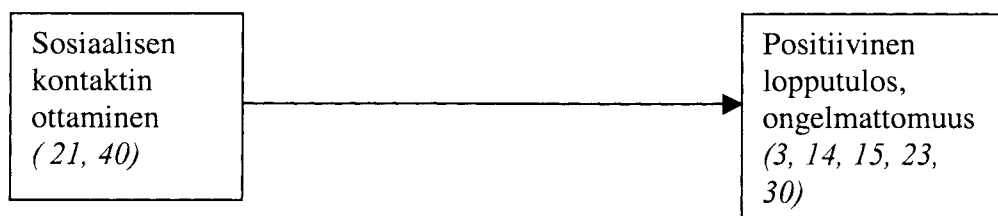
mahdollisuus valita tilanteeseen sopiva paikka, aika ja henkilö, jossa purkaa pahaa oloaan. Tiedostaminen on merkki myös refleksiivisyydestä, eli nyt kuntoutuja voi olla sekä tekijä että yleisö yhtä aikaa toiminnassaan (Holma & Aaltonen, 1997). Hän tietää puhumisen olevan tärkeää ja on myös tarkkaillut omaa käyttäytymistään ikään kuin yleisönä ja näin tunnistanut ja tiedostanut omia toimintatapojaan.

3.3. Kuntoutuja nro 004

3.3.1. Kuntoutujan kuvaus

Kuntoutuja numero 004 on ryhmän ainoa mies. Hän on 37-vuotias, ja sairastanut skitsofreniaa yli 10 vuotta. Hän asuu tällä hetkellä sairaalassa, mutta on aikanaan asunut myös itsenäisemmässä kodissa. Hänellä ei ole koulutusta peruskoulun lisäksi eikä omaa perhettä. Suhteesta lapsuudenperheeseen ei ole tietoa. Hänellä on ainakin yksi parempi ystävä.

3.3.2. Alku- ja loppuhaastattelun kuviot

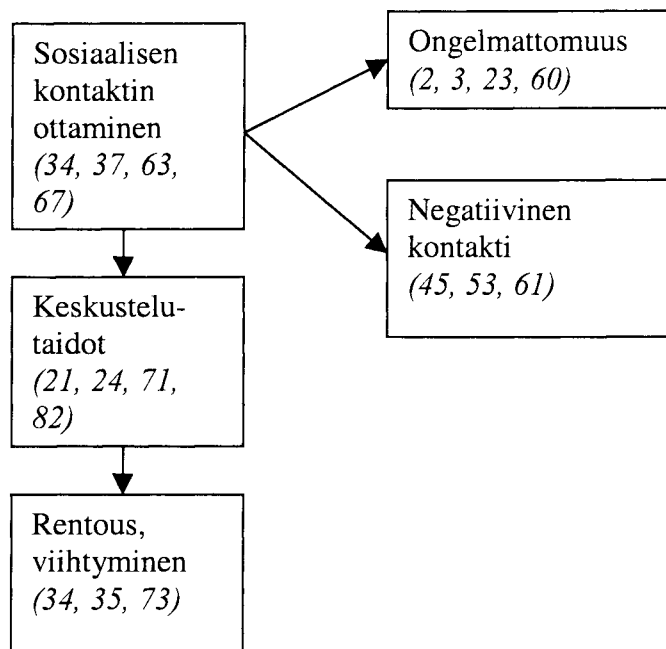


KUVIO 3 a. Kuntoutujan nro 004 kuvio alkuhaastattelusta.

Kolmannen kuntoutujan sosiaalisen toiminnan ydinprosessin (kuvio 3 a) muodostaa sosiaalisen kontaktin ottaminen 004/19. *No lainasin rahaa yheltä potilaalta... 004/40.* (kysyi) *Et voitko auttaa minua?* ja siitä seuraava positiivinen lopputulos, sosiaalisen kanssakäymisen havaittu ongelmattomuus. 004/14. *Se näkyy, että hyvät välit on jokaiseen. 004/30. Nii, ei oo tapahtunu mitään semmosta* (epämukavaa tilannetta). Missään sosiaalisessa tilanteessa, josta hän haastattelussa kertoi, ei ollut minkäänlaista konfliktia, vaikeutta tai ongelmaa. Sosiaaliin tilanteisiin liittyy ainoastaan positiivisia mielikuvia, vaikka monipuoliseen, kypsään sosiaaliseen elämään voidaan ajatella liittyvän myös pettymyksen sävyttämät mielikuvat. Haastattelu oli sanallisesti hyvin niukka.

Loppuhaastattelussa kuntoutuja edelleen kertoo ottavansa sosiaalisia kontakteja, joista osa on alkuhaastattelun tavoin ongelmattomia (kuvio 3 b). 003/2. *No jos vaikka jottain puuttuu ja pyytää ystävältä, ni se lainaa.* Uutena ulottuvuutena ryhmän päättyessä on mukaan tullut negatiivissävytteinen kontakti, jossa kuntoutuja kertoi joutuneensa puolustamaan itseään ja omaisuuttaan. 003/45. *No mulla oli vähän tupakkaa, ja se tuli vaan siihen pyytämään. 003/53. No sanoin vähän kovemmin.* Tässä vaiheessa siis kaikki sosiaaliseen kanssakäymiseen liittyvät mielikuvat eivät olekaan enää myönteisiä, vaan mukaan on tullut tärkeitä negatiivisiä kokemuksia. Tämän lisäksi loppuhaastatteluun on tullut uutena asiana lisää keskustelutaitoja ja sitä myötä myös rentoutta ja viihtymistä sosiaalisissa tilanteissa. 003/24. *No on oppina keskustelemaan enemmän asioista. 003/73. Mukava on kuunnella, kun se puhuu, sellasta.*

Kuntoutujan 004 kuvioissa toimijuuden lisääntyminen näkyy selvästi. Alkuhaastattelussa kuntoutujalla on saatavilla vain yksi toimintavaihtoehto sosiaalisessa tilanteissa. Loppuhaastattelussa positiivisen vuorovaikutuksen rinnalle on tullut myös negatiivinen vaihtoehto. Kuntoutuja voi nyt vuorovaikutustilanteessa valita, millä tavalla hän reagoi, hän voi järkeillä oman tietonsa perusteella, mikä olisi hyväksi. Tämä on yksi toimijuuden peruspilareista (Holma & Aaltonen, 1997). On mahdollista, että aiemmin ”mukavan ihmisen” kertomus on ollut vallitseva, ja saattanut peittää alleen muita mahdollisia vaihtoehtoja. Usein psykoottisessa häiriössä yksi tarina alkaa hallita, ja valinnanvapaus menetetään (Holma & Aaltonen, 1997). Nyt tämä tarina on hieman heikentynyt ja tilaa on saanut myös ”ei-mukavan ihmisen” tarina, jota kuntoutuja voi niin halutessaan toteuttaa.



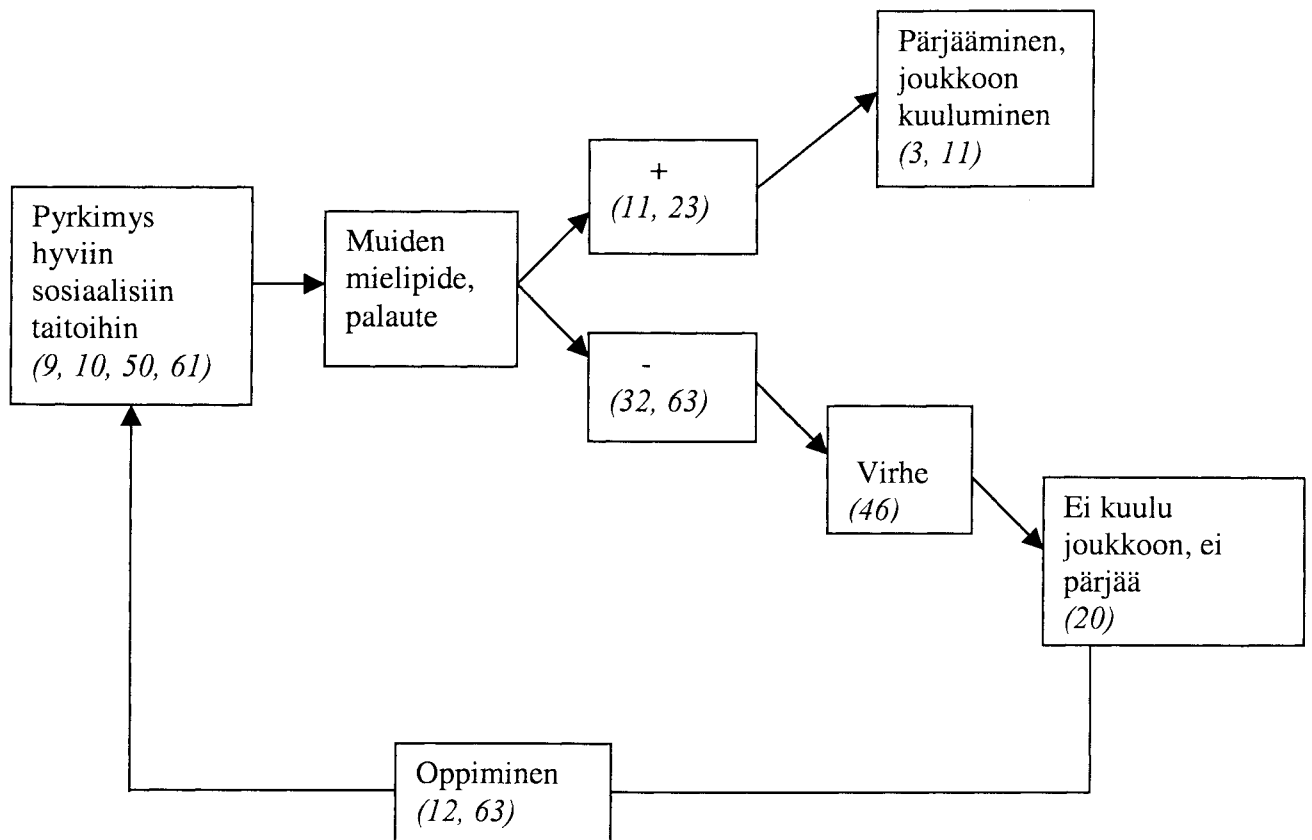
KUVIO 3 b. Kuntoutujan nro 004 kuvio loppuhaastattelusta.

3.4. Kuntoutuja nro 009

3.4.1. Kuntoutujan kuvaus

Kuntoutuja numero 009 on 46-vuotias nainen, jonka sairaushistoria on alkanut jo alle 20-vuotiaana. Hän asuu omassa kodissaan avopuolionsa kanssa eikä heillä ole lapsia. Kuntoutuja tekee työtä sairaalan puitteissa ja varsinaista ammattikoulutusta hänellä ei ole.

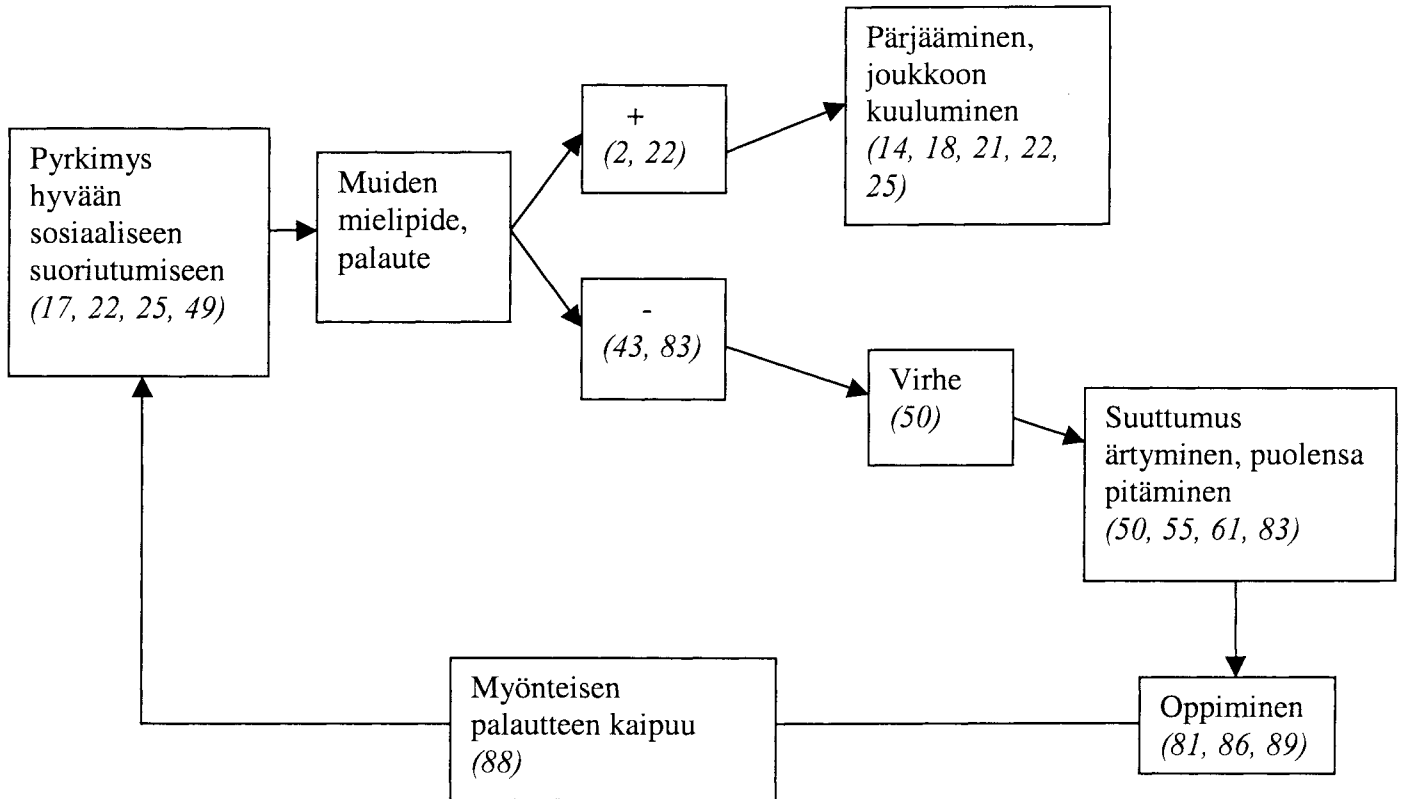
3.4.2. Alku- ja loppuhaastattelun kuviot



KUVIO 4 a. Kuntoutujan nro 009 kuvio alkuhaastattelusta.

Viimeisen kuntoutujan kuvion ja sosiaalisen toiminnan lähtökohtana on pyrkimys hyvään sosiaaliseen vuorovaikutukseen. 009/10. *No minusta semmonen asiallinen ja miellyttävä käytös on tärkeä.* Tätä säätelee muilta ihmisiltä saatu palaute. Mikäli palaute kuntoutujan toiminnasta on positiivista, hän kokee pärjäävänsä ja kuuluvansa joukkoon. 009/3. *Mulla on tuo oma mies, se on hirmu kiva ja meillä on paljon ystäviä ja sukulaiset tykkää meistä ja sellasia.* Jos palaute on negatiivista, hänestä tuntuu, että hän on tehnyt virheen, eikä kuulu joukkoon tai pärjää sosiaalisesti. 009/46. *Ajattelin vaan mielessäni, että tulipahan taas sanottua sellasta, että hoitajalla on jotain sanomista.* 009/20. *No ihmiset kattoo joskus sullei, et onks toi vähän outo tai sen tyyppistä ja minua se niinku ärsyttää, kun tulee sellasta. Pietään vähän niinku outona.* Erilaisuuden

kokemuksesta huolimatta hänellä on kyky kääntää asiat oppimiskokemuksiksi ja näin oppia ja saada mahdollisesti positiivista palautetta tulevaisuudessa, ja näin kokea taas kuuluvansa ryhmään. 009/12. *No mulla on joskus vaikeuksia niinku käyttäytymisessä, miä en niinku heti pysty, mut voin oppia.*



KUVIO 4 b. Kuntoutujan nro 009 kuvio loppuhaastattelusta

Loppuhaastattelun kuvion alku on sama, erona vain se, että pyrkimys hyvään, asianmukaiseen toimintaan sosiaalisissa tilanteissa tulee voimakkaammin esiin. 009/17. *Että ymmärtää käyttäytyä sillei, tietää vähän asioista ja...009/49. Mietin, et pitäis, pitäis vähän tuota miettiä, mitä sanoo.* Muiden mielipide vaikuttaa edelleen voimakkaasti siihen, kokeeko kuntoutuja kuuluvansa porukkaan vai ei. Myönteinen palaute saa kuulumisen tunteet kuntoutujan osalta syntymään. 003/21. *...tullu enemmän niinku sillei, että kyllä on ystäviäkin, jos osaa käyttäytyä.* Negatiivinen palaute puolestaan saa edelleen aikaan tunteen virheen tekemisestä. 003/50. *... vähän sitä suututtikin, et taas tuli tehtyä virhe.*

Muutosta on tapahtunut joukkoon kuulumattomuuden tunteen ja virheen jälkeisissä tapahtumissa. Nyt mukaan on tullut pettymyksen tunne, suuttumus ja ärtymys erityisesti itseä kohtaan siitä, että ei osaa vaadittuja taitoja sosiaalisessa elämässä. Toisaalta tähän liittyy myös puolien pitämistä suhteessa ulkopuolisiin arvioijiin. *003/55. Toisinaan mä ärsyynnyn hirveesti (hankalassa tilanteessa). 003/83. ... ainakin tää sisko sano mulle ... että tän sairastamisen aikana mulla on jääny nää tavat vähän niinku huonommalle, et en oo niitä ehtiny oppimaan kunnolla, mut kyl miä ainakin oon yrittäny aina käyttäytyä hyvin.* Negatiivisista tunteista huolimatta alkuhaastattelun näkemys tilanteista oppimismahdollisuuksina on säilynyt. *003/81. No et oppii sillei, et miettii, et ihmiset voi sanoo sillei nopeesti, et älä ole hiljaa ni siinä oppii sitte, että ei avaa suutaan joka paikassa.* Oppimisen motivoijana hän tuo kuitenkin voimakkaasti esiin myönteisen palautteen, jota hän kertoo kaipaavansa, ehkä saavuttaakseen juuri tuon kuulumattomuuden tunteen. *003/88. ... että tuota minäki haluaisin kuulla semmosta myönteistä palautetta, että minäkin osaisin käyttäytyä.*

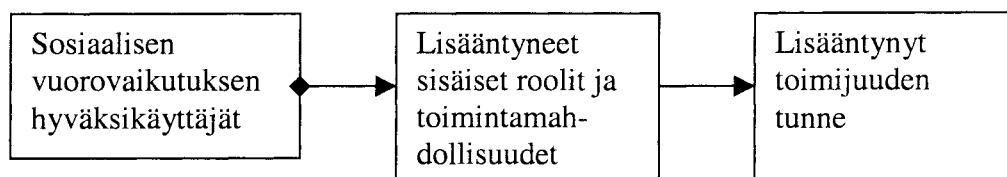
Tämän kuntoutujan kohdalla loppuhaastattelun kuvioon mukaan tulee suuttumus ja ärtyminen seurauksena virheen tekemisestä sekä myönteisen palautteen kaipuu. Näin aineistosta nousee jälleen esiin toimijuus. Loppuhaastattelussa positiivisen palautteen osalta joukkoon kuulumisen kokemus on säilynyt. Muutos on tapahtunut siinä, että virheet, negatiiviset kokemukset eivät enää tuo niin voimakasta tunnetta joukkoon kuulumattomuudesta, vaan kunnianhimo virheiden välttämiseksi sosiaalisessa kanssakäymisessä on muuttunut enemmän henkilökohtaiseksi. Tämä näkyy siinä, että tiedostaminen omien tunteiden suhteen on näin lisääntynyt. Alkuhaastattelussa kuntoutuja kertoi, kuinka hän nopeasti ”virheen” tehtyään pystyi ottamaan sen oppimistilanteena ja näin pääsemään positiiviseen kehään saamaan kenties myönteistä palautetta. Loppuhaastattelussa oppimisenäkökulman rinnalle tulee pettymys, turhautuminen ja ärtyminen siitä, että ”taas tuli tehtyä virhe”. Käyttäytymisen arviointi on siirtynyt enemmän hänelle itselleen, vaikka muiden antama palaute on edelleen tärkeää. Näin hänellä on yhä enemmän mahdollisuus kokea itsensä toimintansa säätelijänä ja sopivan käyttäytymisen valitsijana. Sitä on tunne omasta toimijuudesta (Holma & Aaltonen, 1997).

4. POHDINTA

Tutkimukseni tutkimusongelmina olivat 1) Millaiset ovat skitsofreniaa sairastavien sosiaaliset taidot heidän itsensä kuvaamina ja 2) Tapahtuuko skitsofreniaa sairastavien sosiaalisissa taidoissa haastatteluun kuvattuna muutoksia ryhmämuotoisen, strukturoidun kuntoutusryhmän seurauksena. Tutkimuksen perusteella voidaan sanoa, että kuntoutujien sosiaaliset taidot ja toimintatyylit vaihtelevat paljon. Löysin kuitenkin aineistosta kaksi erilaista sosiaalista toimintatyyppiä, jotka pohdinnassani esittelen. Toinen tulos on, että skitsofreniapotilaiden sosiaaliin taitoihin voidaan vaikuttaa strukturoidulla, ryhmämuotoisella opetuksella. Muutoksen voi havaita toimijuuden tunteen lisääntymisenä, mikä näkyy käytännössä sosiaalisten toimintamahdollisuuksien laajentumisena. Pohdinnan aluksi esitän aineistosta löytyneen kaikkia kuntoutujia koskevan mallin, jonka jälkeen jatkan tutkimuksen ja tulosten yleisempää pohdintaa sekä tutkimuksen kriittistä tarkastelua.

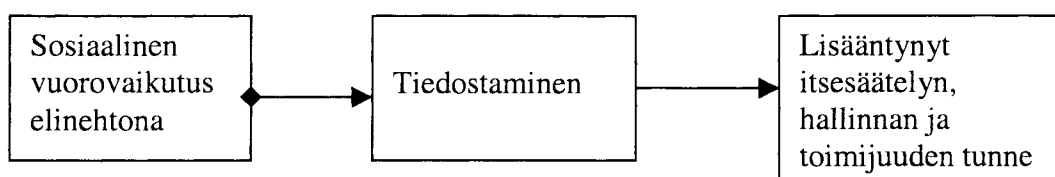
4.1. Kuntoutujien sosiaalista toimintaa kuvaava yhteinen malli

Löydettyäni kutakin kuntoutujaa kuvaavat tekijät ja muodostettuani niistä kaaviot muodostin aineistosta vielä mallin, joka kuvaa kaikkien tutkimukseen osallistuneiden kuntoutujien sosiaalista toimintaa. Löysin aineistosta kaksi ryhmää, joilla voidaan kuvata tutkimuksen skitsofreniakuntoutujien toimintaa sosiaalisissa tilanteissa ja myös heidän suhdettaan sosiaaliseen ympäristöönsä.



KUVIO 5 a. Ryhmä I:n sosiaalisen toiminnan malli.

Ensimmäisen ryhmän nimi on ”sosiaalisen vuorovaikutuksen hyväksikäyttäjät” ja siihen kuuluvat kuntoutujat 001 ja 004. Heidän sosiaalista toimintaansa kuvaa passiivisuus ja vetäytyminen. Tämän ryhmän kuntoutujia voidaan pitää sosiaaliselta olemukseltaan ”perinteisinä” skitsofreniapotilaina, jotka eristäytyvät vuorovaikutustilanteista, sillä jo skitsofrenian diagnoosikriteereissä mainitaan sosiaalinen vetäytyvyys. Tätä ryhmää uhkaavat hyvän sosiaalisen vuorovaikutuksen suhteen voimakas pyrkimys itsen suojelemiseen ja siten jäykkyys sosiaalisessa kanssakäymisessä. Sosiaalisten taitojen ryhmän seurauksena heille on tullut lisää sisäisiä, koettuja rooleja ja toimintamahdollisuuksia. Nämä ovat toimijuuden tunteen tärkeimpiä kriteerejä (Holma & Aaltonen, 1997), joten tunteen voidaan sosiaalisten taitojen ryhmän myötä katsoa lisääntyneen ja kehittyneen.



KUVIO 5 b. Ryhmä II:n sosiaalisen toiminnan malli.

Toisen löytämäni ryhmän nimi on ”sosiaalinen vuorovaikutus elinehtona”, ja siihen kuuluvat kuntoutujat 003 ja 009. Tämän ryhmän jäsenille on ominaista aktiivinen

hakeutuminen sosiaaliseen kanssakäymiseen muiden kanssa. Sosiaalinen vuorovaikutus on heille keino toisaalta pärjätä elämässä ja ylläpitää tasapainoa sekä myös hallita sairauttaan. Tästä esimerkkinä on kuntoutuja, joka vaikeissa elämäntilanteissa hakeutuu aktiivisesti keskustelemaan tuntemansa ihmisen kanssa säilyttäen näin mielen tasapainonsa. Myös Carrin (1988) tutkimuksen mukaan skitsofreniaa sairastavat säätelevät oireitaan ja pyrkivät hallitsemaan sairauttaan säätelemällä sosiaalisen vuorovaikutuksen määrää elämässään. Lähes kaikilla Carrin tutkimuksen tutkittavilla hallinta oli vuorovaikutuksen lisäämistä.

Tämän ryhmän tehokasta vuorovaikutusta uhkaavat suuri riippuvuus muista ja näin sosiaalisen kanssakäymisen raskaus lähipiirille sekä muiden vetäytyminen kanssakäymisestä. Sosiaalisten taitojen ryhmän seurauksena tämän ryhmän kuntoutujat tiedostavat yhä paremmin omat sosiaaliset toimintatapansa ja myös sen, mikä on vuorovaikutuksen funktio heidän elämässään. Näin lisääntyneen itsesäätelyn ja oman elämän hallinnan tunteen (Holma & Aaltonen, 1997) myötä kasvaa myös tunne omasta toimijuudesta.

4.2. Sosiaalinen toimintatyö tarinan ylläpitäjänä: narratiivinen näkökulma

Kuntoutujien sosiaalista toimintaa kuvaavaa yhteistä mallia voidaan hahmottaa narratiivisesta näkökulmasta. Narratiivisen näkemyksen mukaan inhimillinen kokemus on aina jäsentynyt kertomuksellisen muodon kautta (Holma, 1999). Hänninen (1999) on määritellyt sisäisen tarinan ”ihmisen mielen sisäiseksi prosessiksi, jossa ihminen tulkitsee elämäänsä tarinallisten merkitysten kautta”. Narratiivinen lähestymistapa näkee elämän jatkuvana virtana, ei erillisinä osioina (Holma & Aaltonen, 1995). Sisäisessä kertomuksessa tapahtumat eivät ole irrallisia, vaan seuraavat toisiaan inhimillisenä syiden ja seurausten ketjuna, juonena (Hänninen, 1999). Kertomus tarjoaa hallitsevan kehyksen kokemuksille ja myös organisoii ja järjestää niitä (Holma, 1999).

Sisäisessä tarinassa voidaan erottaa kolme tasoa: alkuperäinen, reflektiivinen ja metareflektiivinen. Alkuperäinen on se taso, jossa elämä alun perin näyttääytyy

tulkittuna jollakin tavalla. Reflektiivinen on itselle kielellisesti kerrottu tarina, sisäistä puhetta ja metareflektiivisellä tasolla ihminen voi itse tietoisesti eritellä sisäistä tarinaansa. Sisäinen tarina sijoittaa jokaisen elämän laajempaan sosiaaliseen kokonaisuuteen ja myös määrittää ihmisen identiteettiä (Holma & Aaltonen, 1995; Hänninen, 1999). Psykoosissa ihmisen sisäinen tarina on hajonnut ja siitä voi olla vain palasia jäljellä (Holma & Aaltonen, 1995). Kuitenkin sitä on mahdollisuus sosiaalisessa vuorovaikutuksessa muokata.

Narratiivisesta näkökulmasta yhteisen mallin kahden ryhmän erityyppiset sosiaaliset toimintatyyliä voidaan nähdä erilaisina keinoina ylläpitää omaa ehyttä sisäistä tarinaa sosiaalisessa kontekstissa. I-ryhmän kuntoutujia leimaavat passivisuus ja vetäytyvyys sosiaalisissa suhteissa. Skitsofrenian eräänä oireena pidetään sisäisen kokemuksen ja ulkomaailmaan liittyvien aistimusten sekoittamista (Alanen, 1993). Tämän voidaan ajatella tarkoittavan sosiaaliseen kontekstiin liitetyn epäselvää rajanvetoa minän ja muiden välillä. Tästä näkökulmasta ensimmäisen ryhmän kuntoutujien toiminta sosiaalisissa tilanteissa tulee ymmärrettäväksi: vuorovaikutus on uhka minuuden olemassaololle, sillä siinä väistämättä täytyy päästää toinen omaan maailmaan ja mennä mukaan toisen maailmaan, jotta vuorovaikutus voi olla ymmärrettävää ja tyydyttävää. Narratiivisesta näkökulmasta ehyen tarinan ylläpitäminen vaikeutuu vuorovaikutustilanteissa, sillä omaa tarinaa on mahdotonta pitää erossa toisten tarinoista; sisäiset tarinat uhkaavat sekoittua. Näin passiivisella sosiaalisella toimintatyyllillä voidaan havaita selkeä funktio psyykkisen tasapainon mahdollistajana.

II-ryhmän kuntoutujien sosiaalisen toiminnan funktio näyttäytyy erilaisena. Heille keino pysyä kiinni omassa ehyessä tarinassa on aktiivinen sosiaalinen vuorovaikutus. Perimmiltään kyse saattaa olla samasta asiasta, kuin ensimmäisellä ryhmällä, eli heikentyneestä eron kokemisesta itsen ja muiden välillä (Alanen, 1993). Sen sijaan, että tämän ryhmän kuntoutujat pakenisivat muita suojatakseen itseään ja pitääkseen kiinni omasta tarinasta, he tarvitsevat muita sisäisen tarinansa luomiseen. He tarvitsevat muita ennen kaikkea antamaan palautetta omasta minästä ja määrittelemään sitä, ja näin he säilyttävät eheyden. Päinvastoin kuin ensimmäisen ryhmän kuntoutuja, he kärsivät yksinäisyydestä, sillä silloin he ikään kuin lakkaavat olemasta, tarina lakkaa muodostumasta. Sosiaalisen konstruktionismin mukaisesti kertomuksen kautta ei ainoastaan välitetä tai esitetä kokemuksia, vaan kertominen ja keskustelu ovat toiminnan muotoja, joiden kautta kertoja luo identiteettiään (Anderson & Goolishian,

1992). Kuten Holma ja Aaltonen (1995) mainitsevat tutkimuksessaan, sosiaalinen vuorovaikutus tarjoaa mahdollisuuden sisäisen tarinan uudelleen muotoiluun niin, että ymmärrys omasta ja muiden elämästä on mahdollinen.

4.3. Toimijuus

Tässä tutkimuksessa toimijuus nousi esiin aineistosta jokaisen kuntoutujan kohdalla ja se on myös oleellinen osa kuntoutujien yhteistä mallia. Omassa tutkimuksessani kuntoutus perustui kuntoutuksen behavioraaliseen malliin ja näkökulmaan, jossa oletuksena on, että tehokas sosiaalinen toiminta edellyttää kykyä valita tilanteeseen sopiva käyttäytymismalli ja käyttää sitä sosiaalisissa tilanteissa (Bellack ym., 1993). Mallin taustalla on ajatus siitä, että erilaisten sairauden myötä tulleiden lamauttavien kokemusten myötä tietyt kognitiiviset ja sosiaaliset käyttäytymisen kaavat ovat hukassa (Bellack ym., 1990; Bellack ym., 1994).

Se, että pystyy valitsemaan sopivan käyttäytymismallin edellyttää tunnetta siitä, että on mahdollisia vaihtoehtoja, eli tunnetta omasta toimijuudesta ja hallinnasta (Holma & Aaltonen, 1997). Sosiaalisten taitojen ryhmän myötä jokainen tutkimukseen osallistunut kuntoutuja sai uusia välineitä sosiaaliseen toimimiseen, esimerkiksi lisää mahdollisia rooleja tai kykyä tiedostaa omia tunteitaan sosiaalisissa tilanteissa, jotka ovat toimijuuden tunteen tunnusmerkkejä (Holma & Aaltonen, 1997). Oleellista toimijuudessa on myös se, että kuntoutuja voi itse valita omasta mielestään sopivimman käyttäytymismallin (Holma & Aaltonen, 1997). Esimerkiksi kuntoutujan numero 009 kohdalla alkuhaastattelussa sopivan sosiaalisen käyttäytymisen määrittivät ulkopuoliset ihmiset antamalla palautetta hänelle. Kuntoutujan toiminta oli täysin muiden ihmisten mielipiteiden varassa. Loppuhaastattelussa hänen suhtautumisessaan muiden arvioihin oli tullut mukaan kriittisyyttä, vaikka palaute oli edelleen tärkeää. Oman käyttäytymisen valinta ja arviointi oli siirtynyt enemmän hänelle itselleen, mikä on seurausta toimijuuden tunteen lisääntymisestä.

Kuntoutuksen behavioraalisessa mallissa sosiaaliset taidot nähdään tarpeellisina, muttei riittävinä tuottamaan tehokasta sosiaalista käyttäytymistä (Bellack ym., 1990).

Tämä todentui myös tutkimuksessani. Etenkin II- ryhmän jäsenillä oli jo sosiaalisia taitoja, ja he myös käyttivät niitä aktiivisesti tukea saadakseen. Kuitenkin heidän sosiaalinen toimintansa oli ainakin osin tiedostamatonta ja siten ympäristölle kuormittavaa. Ryhmän myötä tiedostus lisääntyi ja siten toimijuus hallinnan ja säätelyn näkökulmasta. Tiedostaminen tarkoittaa myös sitä, että heille avautui mahdollisuus päästä lähemmäksi metareflektiivista tasoa sisäisessä tarinassaan (Hänninen, 1999), eli erittelemään omia kokemuksiaan, tunteitaan ja toimintaansa.

Narratiivisesta näkökulmasta toimijuus merkitsee ihmisen vapautta valita monista mahdollisista ympäristön tarjoamista tarinoista se, mikä tuntuu omimmalta (Holma & Aaltonen, 1997). Tässä vapaudessa piilee toimijuuden tunteen ydin. Vapauden vallitessa ihminen voi olla yhtä aikaa omassa tarinassaan sekä toimija että yleisö (refleksiivisyys). Psykoosissa hallitseva tarina sivuuttaa muut vaihtoehdot, ja refleksiivisyys menetetään (Holma, 1999). Myös Carinin ja Nevidin (1992) tutkimuksen mukaan skitsofreniapotilailta usein puuttuu kyky tarkastella omaa käyttäytymistään ikään kuin ulkopuolisen silmin. Refleksiivisyyden lisääntyminen näkyi tutkimuksessani erityisesti yhteisen mallin II –ryhmässä. Heillä toimijuuden tunteen kasvu liittyi läheisesti oman toiminnan tiedostamisen lisääntymiseen. Näin kuntoutujien näkökulma loppuhaastatteluissa oli alkuhaastattelua enemmän sekä toimijan että ulkopuolisen tarkkailijan. Eri kuntoutus- ja terapiamenetelmien kautta voidaan skitsofreniaa sairastavien vanhoja, hallitsevia kertomuksia muotoilla uudelleen, ja näin lisätä vaikutusmahdollisuuden tunnetta ja mahdollistaa refleksiivisyyden konteksti (Holma & Aaltonen, 1997).

Sairauden ja tasapainon kannalta toimijuudella on paljon merkitystä. Narratiivinen näkökulma psykoosiin pitää sairastumista viimeisenä keinona ehyen sisäisen tarinan ja toimijuuden tunteen säilyttämiseksi (Holma & Aaltonen, 1997). Psykoosissa uuden tarinan luominen voi onnistua, mutta sosiaalinen puoli kärsii. Psykoottinen henkilö pystyy muodostamaan ymmärrettäviä ja seurattavia tarinoita, mutta ei käytä kulttuurisidonnaisia tapoja muodostaa kertomus (Holma, 1999). Näin hän väistämättä syrjäytyy sosiaalisesta ympäristöstään. Tämä prosessi kuvaa mielestäni hyvin I- ryhmän kuntoutujia, joita leimasi sosiaalinen passivisuus ja vetäytyminen. Pyrkimys itsen ja oman sisäisen tarinan suojelemiseen on niin voimakas, että se rajoittaa huomattavasti sosiaalista kanssakäymistä. Sosiaalisen vetäytyvyyden taustalla saattaa olla kokemus siitä, että ei ole käytettävissä muunlaisia toimintavaihtoehtoja. Niiden lisääminen on

tavoitteena, kun puhutaan toimijuuden tunteen lisäämisestä (Holma & Aaltonen, 1997). Ryhmäkuntoutuksen myötä ensimmäisen ryhmän kuntoutujien kohdalla itsen suojelun pyrkimys väheni ja saatavilla olevia toimintavaihtoehtoja tuli lisää.

Toimijuuden tunteen kasvattaminen on yleisenä kuntoutuksen tavoitteena erittäin tärkeä, sillä se vaikuttaa monen muun hyvinvointitekijän taustalla. On todettu muun muassa, että heikko sosiaalisen ympäristön hallinta heikentää elämänlaatua (Bellack ym., 1994) ja että toisaalta suuri ja hyvillä vuorovaikutustaidoilla varustettu verkosto vähentää sairaalahoidon todennäköisyyttä psykiatrisilla potilailla (Keränen, 1992). Karilan (1994) tutkimuksen mukaan kuntoutusta ja hoitoa enemmän potilaan ennusteeseen vaikuttavat aiempi toimintakyky sekä erityisesti potilaan uskomukset omaan selviytymiseen liittyen. Karilan mukaan hoidolla ja kuntoutuksella voidaan vaikuttaa siihen, kuinka paljon kuntoutujat uskovat omiin selviytymismahdollisuuksiinsa. Tässä toimijuuden tunteella on suuri asema. Sen voidaan ajatella olevan yhteydessä uskomuksiin omista sosiaalisista taidoista. Toimijuuden tunteen kasvaessa lisääntyy myös usko omaan sosiaaliseen selviytymiseen. Lisääntyvän hallinnan ja pystyvyyden kokemuksen kautta mahdollisuus oman toiminnan säätelyyn ja arviointiin lisääntyy ja koettu selviytymisen taso kohenee. Toisaalta uskomuksilla voi olla vaikutusta myös toimijuuteen, sillä potilaan, jonka uskomukset omasta selviytymiskyvystä ovat heikot, voi olla vaikeampi muodostaa tunnetta omasta toimijuudesta. Tutkimukseni tuloksissa näkyy käytännössä, että sosiaalisten taitojen kuntoutuksen seurauksena uskallus ja toimintamahdollisuudet ovat lisääntyneet, erityisesti kuntoutujien hankaliksi kokemissa tilanteissa. On hyvä pitää mielessä, että lopulta vain toiminnan ja myönteisten kokemusten kautta on mahdollisuus muuttaa aiempia uskomuksia omasta selviytymisestä. Näin tutkimuksessani esitellyillä toiminnallisilla kuntoutusmenetelmillä on paikkansa hoitomuotojen kirjossa. Tutkimukseni perusteella toiminnallisin menetelmin on mahdollista vaikuttaa konkreettisten taitojen lisäksi myös ei-näkyviin asioihin, kuten toimijuuteen ja sitä kautta koettuun selviytymiskykyyn.

Useimmilla kuntoutujilla tilanteet, joissa toimijuuden tunteen tunnettiin kasvaneen, olivat jollakin tavalla epämurkavia. Bellack & Mueser (1993) ovat havainneet skitsofreniapotilailla olevan huonon tunteiden tunnistuskyvyn koskien erityisesti negatiivisia tunteita. Mahdolliseksi selitykseksi on tarjottu sitä, että skitsofreniapotilaat pyrkivät säätämään stressiään olemalla huomaamatta kielteisiä tunteita. Tämän

tutkimuksen perusteella kuntoutujien selviytyminen nimenomaan negatiivissävytteisissä tai hankaliksi koetuissa tilanteissa parantui. Näin voidaan ajatella, että kuntoutuksen seurauksena osallistujien kyky sietää erityisesti vaikeiden tilanteiden aiheuttamaa stressiä lisääntyi ja sitä kautta rikkaampi sosiaalinen kanssakäyminen mahdollistui.

Skitsofreniapotilaita on perinteisesti pidetty ihmisinä, joilta puuttuu oman itsen tuntemus ja siten heitä on käsitelty myös kuntoutuksen piirissä enemmän passiivisina vastaanottajina, kuin aktiivisina, osallistuvina oppijoina (Bellack & Mueser, 1993). Omassa tutkimuksessani ja kuntoutusryhmässä pyrittiin erilaiseen näkökulmaan. Yritimme ottaa osallistujia mukaan jo suunnitteluvaiheessa esimerkiksi niin, että he saivat itse valita sosiaalisista taidoista ne, jotka heidän omasta mielestään kaipasivat eniten harjoitusta. Aktiivisempi näkökulma toimi käytännössä hyvin, ja saimme osallistujat mukaan ideointiin ja päätöksentekoon. On hyvä muistaa, että erilaisista puutoksista huolimatta skitsofreniapotilaat pystyvät oppimaan ja osallistumaan (Bellack, 1992). Näin ollen pitää välttää asettamasta heitä kuntoutuksensa ja myös hoitonsa suhteen passiivisempaan rooliin, kuin mihin he kykenevät.

4.4. Kuntoutuksen kohdentaminen

Potilaiden välillä on huomattavaa vaihtelua oireiden tarkassa luonteessa ja vakavuudessa (Bellack ym., 1997). Tutkimukseni perusteella myös skitsofreniaa sairastavien sosiaaliset toimintatyylit eroavat. Havaittuja eroja voidaan hyödyntää kuntoutuksen suunnittelussa ja kohdentaa sitä vastaamaan yksilöllisemmin erilaisten potilaiden tarpeita. Bellackin ym (1999) mukaan tämä on kuntoutuksessa oleellista.

Tutkimukseni pohjalta kuntoutujille, joiden sosiaalinen toimintatyylityyppi on passiivinen ja sosiaalinen verkosto kapea, oleellista olisi uusien mahdollisten roolien esittelemineen, tarjoaminen ja harjoittelu mahdollisimman aidon tuntuissa sosiaalisissa tilanteissa. Tähän Bellackin ja kumppaneiden (1997) luoma vaiheittainen malli ja ryhmämuotoinen opetus tarjoavat oivan ratkaisun. Mallin avulla kuntoutujat pääsevät turvallisessa ympäristössä kokeilemaan ja havainnoimaan erilaisia sosiaaliin tilanteisiin sovellettavia toimintatapoja. Sosiaalisten toimintojen repertuaarin

laajentuminen on tällöin mahdollista ja kuntoutujat saavat myös itse vapauden valita, mitä taitoja he haluavat kenties oikeassa elämässä kokeilla ja mistä heille voisi olla hyötyä. Jo käytännön valinnanvapauden antamisella voidaan mahdollisesti tukea laajemmankin valinnanvapauden kokemuksen, toimijuuden tunteen, lisääntymistä. Tutkimuksen tulosten perusteella tutkimukseen osallistuneiden kuntoutujien kohdalla tapahtui muutosta aktiivisempaan ja assertiivisempaan suuntaan, mikä tukee Bentonin ja Schroederin (1990) tutkimustulosta. Myös heidän mukaansa sosiaalisten taitojen opetuksen seurauksena skitsofreniapotilaat näkevät itsensä assertiivisempina ja vähemmän sosiaalisesta jännityksestä kärsivinä, kuin aiemmin.

Toisen kuntoutuksen kohdentamisryhmän muodostavat kuntoutujat, joille ominaista on aktiivisuus sosiaalisessa elämässä ja joiden sosiaalinen verkosto voi olla oletettua suurempi. Koska sosiaalinen toiminta on heille tasapainon edellytys, saattavat he jopa riippuvuuteen asti kuormittaa verkostoaan. Näin heidän sosiaalisten taitojen kuntoutuksensa voisi kohdistua enemmän jo olemassa olevien taitojen ja käytettyjen sosiaalisten toimintojen tiedostamiseen ja myös laajentamiseen sekä hiomiseen. Näiden avulla he voisivat löytää useampia vaihtoehtoisia keinoja käyttäytymiseensä kriisitilanteissa ja heidän tasapainoon pyrkivä sosiaalinen tarpeensa muuttuisi vähemmän vaativaksi ympäristölle. Refleksiivisyyden tukeminen on tärkeää niin, että he voisivat itse enemmän siirtyä määrittelemään ja rakentamaan tarinaansa sen sijaan, että pyrkivät rakentamaan sitä lähes jatkuvassa sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. Bellackin ym. (1997) luoma malli voi mielestäni ainakin osin vastata tähän tehtävään.

Tutkimukseni tulosten perusteella kuntoutuksen seurauksena II -ryhmän kuntoutujat tiedostivat paremmin toimintatapojaan. Taitojen laajentamis- ja hiomistehtävät jäivät vähemmälle, sillä harjoitukset keskittyivät aivan sosiaalisten taitojen perusteisiin ja II-ryhmän osallistujilla oli jo jonkin verran sosiaalista kyvykkyyttä. Tulokset tukevat näin Bellackin ym. (1999) käsitystä siitä, että tämän hetken sosiaalinen toimintakyky ja -tyyli kannattaa ottaa huomioon sopivimman kuntoutusmuodon valinnassa.

4.4. Tutkimuksen kriittistä tarkastelua

Ensimmäinen kriittinen näkökohta liittyy laadulliseen tutkimukseen ja sen subjektiivisuuteen. Laadullisen tutkimuksen yhteydessä tunnustetaan, että täydellistä objektiivisuutta ei saavuteta eikä se ole tavoitteena (Eskola & Suoranta, 1999). Laadullisessa tutkimuksessa tutkija on olennainen tutkimusväline tutkimuksen etenemisessä. Tästä seuraa, että kaaviot ja kuviot, joita tutkimuksessani esitän, ovat minun aineistosta luomiani. Joku toinen tutkija olisi voinut painottaa aineistosta muita asioita ja siten esitellä myös toisenlaiset kuviot. Tutkimuksen reliabiliteettia voidaan arvioida siitä, kuinka vakuuttavasti tutkija tuo esille tutkimuksen vaiheet (Eskola & Suoranta, 1999). Tärkeää on myös osoittaa, että tulokset pohjautuvat aineistoon, ja näin todentaa prosessin luotettavuutta. Tässä oleellista on jatkuvan vertailun periaate.

Aineistoni on kooltaan kohtuullisen pieni, neljä tapausta. Se oli hyvän kokoinen aineisto kokemattomalle analysoijalle, mutta onko se riittävä luotettavien päätelmien tekemiseen. Laadullisella tutkimuksella ei pyritä suuriin yleistyksiin, vaan enemmän kuvaamiseen ja ymmärtämiseen (Eskola & Suoranta, 1999). Kaksi erilaista sosiaalisen toiminnan tyyppiä, jotka nousivat tutkittavien haastatteluista, osoittavat, että aineiston perusteella on mahdollista saavuttaa ja kuvata skitsofreniakuntoutujien sosiaaliselle toiminnalle ominaisia piirteitä. Tutkimuksessani tuli myös esiin sellaisia piirteitä skitsofreniaa sairastavien sosiaalisesta käyttäytymisestä, joita on todennettu muissakin tutkimuksissa.

Tutkimusaineistoni koostui alku- ja loppuhaastatteluista. Niiden välillä olin mukana tarkkailijajäsenenä sosiaalisten taitojen kuntoutusryhmässä, mikä saattoi vaikuttaa alku- ja loppuhaastatteluihin. Alkuhaastatteluissa vastaukset olivat niukempia. Loppuhaastatteluissa olimme olleet tekemisissä jo yli kolmen kuukauden ajan ja tunsimme toisemme alkua paremmin. Näin alkuhaastatteluissa tutkijan vieraus haastateltaville saattoi tehdä niistä loppuhaastatteluja niukempia. Se, että loppuhaastatteluissa tuli enemmän esille negatiivisia asioita, saattoi myös osaksi olla tämän asian vaikutusta. Bellackin ym. (1997) mukaan skitsofreniaa sairastaville on tyypillistä kieltää tai vähätellä negatiivisia kokemuksia. Saattaa siis olla, että epämieluisia kokemuksia oli helpompi kertoa loppuhaastattelussa tutummalle ihmiselle.

Osa haastattelun kysymyksistä osoittautui vaikeiksi, sillä niissä kartoitettiin tarkastikin jo menneitä tilanteita. Esimerkiksi kysymys ”Mitä ajattelit tilanteessa?” osoittautui välillä hankalaksi. Haastattelun aluksi olisin voinut selventää vielä kerran, mitä sosiaalisilla taidoilla tarkoitetaan. Eräs kuntoutuja ei aluksi edes tiennyt, mitä näillä taidoilla tarkoitetaan. Minun täytyi haastattelun aikana selventää käsitettä hänelle.

Kuntoutusta tutkivalle tutkimukselle voidaan esittää kritiikkiä siitä, että kuinka voidaan varmistaa opetustilassa opittujen taitojen yleistyminen arkielämään. Skitsofreniaa sairastavilla on todettu olevan tavallista heikompi kyky oppia kokemuksesta (Tollefson, 1996), mikä hankaloittaa tilnnetta entisestään. Tutkimukseni kuntoutusryhmässä emme lähteneet soveltamaan opittuja taitoja käytännön tilanteisiin, vaikka Bellackin ym. (1997) malli toi myös tämän vaihtoehdon esille. Syynä päätökseen oli kuntoutuksen lyhyt kesto. Suunnitelmiin kuitenkin kuului jatkoryhmän järjestäminen ryhmän päätyttyä kurssiin osallistuneille. Sekä kuntoutettujen taitojen yleistymisessä että muutenkin hoidon vaikutuksia tutkittaessa on pidettävä mielessä näkökulma skitsofreniasta elinikäisenä sairautena (Bellack & Mueser, 1993). Useissa tapauksissa mahdollisimman hyvän kuntoutustuloksen saavuttaminen saattaa edellyttää lähes jatkuvaa, monipuolista interventiota (Bellack & Mueser, 1993; Karila, 1994). Pitkäaikaisen hoidon tarve on kuitenkin yhdenmukainen sen käsityksen kanssa, joka meillä on skitsofreniasta (Bellack & Mueser, 1993). Näkökulma voi tuoda realistisuutta kaikille kuntoutusohjelmien osapuolille.

Skitsofreniapotilaiden omaa näkemystään itsestään ja sairaudestaan on tutkittu vain vähän. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on ollut välittää skitsofreniaa sairastavien ymmärrystä yhdestä jokaisen, niin terveen kuin sairaankin, elämää koskettavasta osa-alueesta, omista sosiaalisista taidoista. Hyvä sosiaalinen kyvykkyys on yksi tyydyttävän elämänlaadun tärkeistä tekijöistä ja toisaalta sosiaalinen toimintakyky ja selviytyminen on asia, johon vaikuttavat suuresti ihmisen omat uskomukset itsestään ja omista taidoista (Karila, 1994). Tämän tutkimuksen perusteella voidaan ajatella, että skitsofreniapotilaiden sosiaalisiin taitoihin ja pärjäämiseen voidaan vaikuttaa. Välittävänä tekijänä toimii toimijuuden tunne, johon vaikuttamalla voidaan lisätä kokemusta hallinnasta ja pystyvyydestä ja lisätä koettuja toimintamahdollisuuksia eri tilanteissa. Kuntoutuksen paremmassa kohdistamisessa voidaan ottaa huomioon kuntoutujan nykyinen sosiaalinen toiminta, eli mitä sosiaalinen kanssakäyminen hänen elämässään tarkoittaa ja mitä tehtävää se tällä hetkellä palvelee. Tutkimuksen

perusteella voidaan myös haudata aiemmin vallalla ollut käsitys skitsofreniapotilaista passiivisina, haluttomina ihmisinä, joihin ei voida vaikuttaa ja joilla ei ole motivaatiota. Oleellista on, että kuntoutus lähtee potilaan kokemista heikkouksista ja vaikeuksista ja että hänet otetaan tosissaan mukaan vaikuttamaan oman kuntoutuksensa etenemiseen ja sen muotoihin.

LÄHTEET

- Alanen, Y. O. (1993). *Skitsofrenia: syyt ja tarpeenmukainen hoito*. Juva: WSOY.
- Alanen, Y. O. (1997). *Schizophrenia: it's origins and need-adapted treatment*. London: Karnac.
- Anderson, H. & Goolishian, H. (1992). The client is the expert: a not-knowing approach to therapy. Teoksessa S. McNamee & G. J. Gergen (toim.), *Therapy as social construction* (s. 23 – 39). London: Sage.
- Bellack, A. S., Morrison, R. L., Wixted, J. T. & Mueser, K.T. (1990). An analysis of social competence in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 156, 809 – 818.
- Bellack, A. S. & Mueser, K. T. (1993). Psychosocial Treatment for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19, 317 – 336.
- Bellack, A. S., Sayers, M., Mueser, K. T. & Bennett, M. (1994). Evaluation of Social Problem Solving in Schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 103 (2), 371 – 378.
- Bellack, A. S., Mueser, K. T., Gingerich, S. & Agresta, J. (1997). *Social Skills Training for Schizophrenia. A Step-by-step Guide*. New York: Guilford.
- Bellack, A. S., Gold, J. M. & Buchanan, R. W. (1999). Cognitive Rehabilitation for Schizophrenia: Problems, Prospects, and Strategies. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 257 – 274.
- Benton, M. K. & Schroeder, H. E. (1990). Social Skills Training With Schizophrenics: A Meta-Analytic Evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 741 – 747.
- Birchwood, M., Hallett, S. & Preston, M. (1988). *Schizophrenia: an integrated approach to research and treatment*. London: Longman.
- Blanchard, J. J., Mueser, K. T. & Bellack A. T. (1998). Anhedonia, Positive and Negative Affect, and Social Functioning in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 413 – 424.

- Bustillo, J. R., Lauriello, J., Horan, W. P. & Keith, S. J. (2001). The Psychosocial Treatment of Schizophrenia: An Update. *American Journal of Psychiatry*, 158, 163 – 175.
- Carini, M. A. & Nevid, J. S. (1992). Social Appropriateness and Impaired Perspective in Schizophrenia. *Journal of Clinical Psychology*, 48 (2), 170 – 177.
- Carr, V. (1988). Patients' techniques for coping with schizophrenia: An exploratory study. *British Journal of Medical Psychology*, 61, 339 – 352.
- Charmaz, K. (2000). Grounded theory. Objectivist and Constructivist Methods. Teoksessa N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (toim.), *Handbook of Qualitative Research* (s. 509-535) (2. painos). Thousand Oaks: Sage.
- Ciampi, L. (1994). Affect logic: an integrative model of the psyche and its relations to schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 164, (suppl. 23), 51 – 55.
- Dey, I. (1993). *Qualitative Data Analysis. A user-Friendly Guide for Social Scientists*. London: Routledge.
- Dilk, M. N. & Bond, G. R. (1996). Meta-Analytic Evaluation of Skills Training Research for Individuals With Severe Mental Illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1337 – 1346.
- Eskola, J. & Suoranta, J. (1999). *Johdatus laadulliseen tutkimukseen* (3. painos). Jyväskylä: Gummerus.
- Heinssen, R. K., Liberman, R. P. & Kopelowicz, A. (2000). Psychosocial Skills Training for Schizophrenia: Lessons From the Laboratory. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 21 – 46.
- Hogarty, G. E., Anderson, C.M., Reiss, D. J., Kornblith, S. J., Greenwald, D. P., Ulrich, R. F. & Carter, M. (1991). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: II. Two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. *Archives of General Psychiatry*, 48 (4), 340 – 347.
- Holma, J. M. (1999). Psykoosi narratiivina. Teoksessa K. Haarakangas & J. Seikkula (toim.), *Psykoosi –uuteen hoitokäytäntöön* (s. 206 – 219). Tampere: Tammer-Paino.
- Holma J. M. & Aaltonen, J. (1995). The self-narrative and acute psychosis. *Contemporary Family Therapy*, 17, 307 – 316.
- Holma, J. & Aaltonen, J. (1997). The Sense of Agency and the search for a Narrative in Acute Psychosis. *Contemporary Family therapy* 19, 463 – 477.

- Hänninen, V. (1999). *Sisäinen tarina, elämä ja muutos*. Acta Universitatis Tamperensis. Ser A, vol 696.
- Isohanni, M., Hartikainen, A-L., Moring, J., Partanen, U., Rantakallio, P., Sipilä, P., Syvälahti, E. & Tienari, P. (1995). Mitä tiedetään skitsofrenian syistä ja taustasta?. *Duodecim*, 111, 1745 – 1752.
- Isohanni, M., Honkonen, T., Vartianen, H. & Lönnqvist, J. (1999). Skitsofrenia. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Heikkinen, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partanen (toim.), *Psykiatria* (s. 50 – 106). Jyväskylä: Gummerus.
- Karila, A. (1994). *Mielenterveyspotilaiden psykososiaalinen selviytyminen ja mielenterveyspalveluiden käyttö*. Acta Universitatis Tamperensis. Ser A, vol 432.
- Keränen, J. (1992). *Avohoitoon ja sairaalahoitoon valikoituminen perhekeskeisessä psykiatrisessa hoitojärjestelmässä*. Jyväskylä studies in education, psychology and social research, 93.
- Khanna, S. & Varghese, S. (2001). Cognitive impairment in schizophrenia. Indian Medical Association. <http://www.imakerala.org/cme/schizocognitive.htm>.
- Kopelowicz, A., Liberman, R. P., Mintz, J. & Zarate, R. (1997). Comparison of Efficacy of Social Skills Training for Deficit and Nondeficit Negative Symptoms in Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 154, 424 – 425.
- Liberman, R. P. & Green, M. F. (1992). Whither Cognitive-Behavioral Therapy for Schizophrenia?. *Schizophrenia Bulletin*, 18, 27 – 35.
- Mojtabai, R., Nicholson, R. A. & Carpenter, B. N. (1998). Role of Psychosocial Treatments in Management of Schizophrenia: A Meta-Analytic Review of Controlled Outcome Studies. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 569 – 587.
- Pandit, N. R. (1996). The Creation of Theory: A Recent Application of the Grounded Theory Method. *The Qualitative Report*, 2 (4).
- Penn, D. L. & Mueser, K. T. (1996). Research Update on the Psychosocial Treatment of Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 153, 607 – 617.
- Pull, C. B. (1999). Diagnosis of Schizophrenia: A Review. Teoksessa M. Maj & N. Sartorius (toim.), *Schizophrenia* (s. 1 – 37). Chichester: Wiley.
- Rund, B. R. (1999). How do neuroleptics affect cognitive dysfunctions in schizophrenia?. *Nordic Journal of Psychiatry*, 53, 121 – 125.

- Räsänen, S., Läksy, K., Moring, J. & Isohanni, M. (1997). Missä iässä skitsofrenia alkaa?. *Duodecim*, 113, 2595 - 2597.
- Salokangas, R. K. R., Stengård, E., Honkonen, T., Koivisto, A-M. & Saarinen, S. (2000). *Sairaalasta yhteiskuntaan. Seurantatutkimus sairaalasta kotiuttamisen vaikutuksista skitsofreniapotilaan elämään ja hoitotilanteeseen*. Stakes raportteja 248. Saarijärvi: Gummerus.
- Scott, J. E. & Dixon, L. B. (1995). Psychological Interventions for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 21, 621 -630.
- Strauss, A. (1987). *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park: Sage.
- Strauss A. & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory* (2. painos). Thousand Oaks: Sage
- Syvälähti, E.K.G. (1994). Biological Factors in Schizophrenia. Structural and Functional Aspects. *British Journal of Psychiatry*, 164 (suppl. 23), 9 - 14.
- Tollefson, G. D. (1996). Cognitive Function in Schizophrenic Patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57 (suppl. 11), 31 - 39.
- Wallace, C. J., Nelson, C. J., Liberman, R. P., Aitchison, R. A., Lukoff, D., Elder, J. P. & Ferris, C. A. (1980). A Review and critique of social skills training with schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin*, 6, 42 - 63.

LIITE 1. Alkuhaastattelun runko

Pvm:

Tekijä

ALKUHAASTATTELU

Koodinumero:

Ikä:

Sukupuoli:

Koulutus:

Milloin olet sairastunut:

1. Miten pärjääät muiden kanssa omasta mielestäsi?
2. Hyvin/huonosti: Miten se näkyy käytännön tilanteissa?
3. Missä asut?
4. Mitä haluaisit kehittää sosiaalisten taitojen ryhmässä?
5. Millä tavalla äsken mainitsemasi asiat näkyvät arkielämässäsi tällä hetkellä?
6. Koetko, että ne hankaloittavat elämääsi?
7. Kuinka paljon koet niiden hankaloittavan elämääsi: Vain vähän, jonkin verran, melko paljon vai erittäin paljon?
8. Kuinka asiat, joita haluat kehittää, ovat vaikuttaneet ihmissuhteisiisi kotona?
Entä ystävyysuhteisiisi?
9. Milloin sinulla viimeksi oli mukavaa jonkun toisen ihmisen seurassa?
10. Millainen tilanne oli?
11. Mitä itse sanoit tilanteessa?
12. Mitä ajattelit tilanteessa?
13. Miten osoitit, että sinulla oli mukavaa?
14. Käyttäydytkö tilanteessa, niin kuin yleensä käyttäydyt, kun sinulla on mukavaa?
15. Jos et, niin mikä on erona tavallisen ja mainitsemasi tilanteen välillä?
16. Milloin sinulla viimeksi oli epämukavaa jonkun ihmisen seurassa?
17. Millainen tilanne oli?

18. Millainen tilanne oli?
19. Mitä itse tilanteessa sanoit?
20. Mitä ajattelit epämukavassa tilanteessa?
21. Kuinka osoitit, että sinulla oli epämukavaa?
22. Oliko tilanne sinulle tyypillinen tilanne, jossa tunsit olosi epämukavaksi toisen seurassa?
23. Jos ei, niin miksi?

24. Milloin viimeksi pyysit toiselta jotain?
25. Millainen tilanne oli?
26. Miltä tilanne tuntui?
27. Mitä sanoit tilanteessa?
28. Mitä ajattelit tilanteessa?

29. Milloin viimeksi kuuntelit toista?
30. Millainen tilanne oli?
31. Sanoitko jotain kuuntelutilanteessa?
32. Mitä ajattelit tilanteessa?
33. Kuinka osoitit toiselle, että kuuntelet häntä?
34. Kuinka yleensä osoitat toiselle, että kuuntelet häntä?
35. Olen kysellyt sinulta käyttäytymisestäsi mukavassa ja epämukavassa tilanteessa, kun pyydät toiselta jotain tai kun kuuntelet toista. Onko käyttäytymisessäsi näissä tilanteissa muuttunut
 - Aikuisikäsi aikana
 - Sairastumisesi aikana
 - Viimeisen kolmen vuoden aikana, eli vuodesta 1998 lähtien?

36. Haluatko sanoa vielä jotain liittyen sosiaalisiin taitoihin?

LIITE 2. Loppuhaastattelun runko

Pvm.:

LOPPUHAASTATTELU

Tekijä:

Koodinumero:

1. Miten pärjät muiden ihmisten kanssa omasta mielestäsi tällä hetkellä?
2. Hyvin/Huonosti: Miten se näkyy käytännön tilanteissa? Esimerkkejä?
3. Ryhmän alussa määrittelimme jokaiselle kaksi tavoitetta. Mitkä ne sinulla olivat?
4. Oletko omasta mielestäsi päässyt niihin?
5. Millä tavalla se, että olet/et ole saavuttanut tavoitteitasi näkyy arkielämässäsi tällä hetkellä?
6. Koetko, että ryhmässä oppimasi asiat ovat helpottaneet elämääsi?
7. Ovatko ne vaikeuttaneet elämääsi?
8. Kuinka paljon koet niiden helpottaneen elämääsi?
vain vähän_____ melko paljon_____
- jonkun verran_____ erittäin paljon_____
9. Kuinka ryhmässä oppimasi ovat vaikuttaneet ihmissuhteisiisi kotona
10. Miten ryhmässä oppimasi asiat ovat vaikuttaneet ystävyysuhteisiisi?
11. Ovatko ryhmässä opitut asiat vaikuttaneet suhteisiin niiden ihmisten kanssa, joiden kanssa yleensä on hankalaa?
12. Milloin sinulla viimeksi oli mukavaa jonkun toisen ihmisen seurassa?
13. Millainen tilanne oli ja kenen kanssa?
14. Mitä itse sanoit mukavassa tilanteessa?
15. Mitä ajattelit mukavassa tilanteessa?
16. Kuinka osoitit tilanteessa, että sinulla oli mukavaa?
17. Miten yleensä osoitat jossain tilanteessa, että sinulla on mukavaa?
18. Käyttäydytkö äskeisessä mukavassa tilanteessa siten, kuin yleensä käyttäydyt, kun sinulla on mukavaa?
19. Jos et, niin mikä on erona tavallisen ja mainitsemasi tilanteen välillä?

20. Milloin sinulla viimeksi oli epämukavaa jonkun toisen seurassa?
21. Millainen tilanne oli ja kenen kanssa?
22. Mitä itse sanoit epämukavassa tilanteessa?
23. Mitä ajattelit epämukavassa tilanteessa?
24. Kuinka osoitit tilanteessa, että sinulla oli epämukavaa?
25. Kuinka yleensä osoitat eri tilanteissa, että sinulla on epämukavaa?
26. Käyttäydytkö äskeisessä epämukavassa tilanteessa, niin kuin yleensä käyttädyt, kun sinulla on epämukavaa?
27. Jos ei, niin miksi ei?
28. Milloin viimeksi pyysit toiselta jotain?
29. Millainen tilanne oli ja keneltä?
30. Miltä pyytämistilanne tuntui?
31. Mitä sanoit pyytämistilanteessa?
32. Mitä ajattelit pyytäessäsi?
33. Milloin viimeksi kuuntelit toista henkilöä
34. Millainen tilanne oli?
35. Sanoitko jotain kuuntelutilanteessa?
36. Mitä ajattelit kuunnellessasi?
37. Kuinka osoitit tilanteessa toiselle, että kuuntelet häntä?
38. Kuinka yleensä eri tilanteissa osoitat, että kuuntelet toista?
39. Olen kysellyt käyttäytymisestäsi mukavassa ja epämukavassa tilanteessa, kun pyydät toiselta jotain tai kun kuuntelet toista. Onko käyttäytymisessäsi näissä tilanteissa mielestäsi tapahtunut muutoksia
- (1) Aikuisikäsi aikana
 - (2) sairastumisesi aikana
 - (3) viimeisen kolmen vuoden aikana, eli vuodesta 1998 lähtien?
36. Haluatko sanoa vielä jotain liittyen sosiaalisiin taitoihin tai sosiaalisten taitojen ryhmään?