MASENNUS, SOSIAALINEN VERKOSTO JA TARINALLINEN KIERTOKULKU

Marleena Marttio
Pro gradu –tutkielma
Psykologian laitos
Jyväskylän yliopisto
joulukuu 2001

MASENNUS, SOSIAALINEN VERKOSTO JA TARINALLINEN KIERTOKULKU

Tekijä: Marleena Marttio
Ohjaaja: Jukka Aaltonen
Psykologian pro gradu –tutkielma
Jyväskylän yliopisto, psykologian laitos
Joulukuu 2001
51 sivua, 6 liitesivua

TIIVISTELMÄ

Tutkimuksen teoreettinen tausta koostui kahdesta viitekehyksestä: sosiaalisten verkostojen teoriasta ja Hännisen tarinallisen kiertokulun teoriasta. Tavoitteena oli kuvailla ja ymmärtää masennukseen sairastuneen potilaan kokemusta sosiaalisen verkostonsa rakenteellisista ja funktionaalisista ominaisuuksista sekä tuon kokemuksen muutosta psykiatrisen sairaalahoidon jälkeen. Lisäksi tavoitteena oli kuvata ja ymmärtää potilaan sisäistä tarinaa tarinallisen kiertokulun teorian valossa. Tutkimuksessa oli kyse tapaustutkimuksesta, jossa haastateltiin yhtä masennuksen vuoksi psykiatriseen sairaalahoitoon päätynyttä naista. Ensimmäinen haastattelu toteutettiin sairaalassa ja seuraavat kaksi potilaan kotona. Haastattelut rakentuivat potilaan haastattelujen yhteydessä piirtämien verkostokarttojen pohjalta. Haastattelut nauhoitettiin, transkriboitiin ja näin muodostunut teksti taulukoitiin merkityskokonaisuuksiksi taulukko-ohjelman avulla. Aineiston tarkastelussa edettiin raaka-analyysista ja -tuloksista tarinallisen kiertokulun teorian ohjaamaan analyysiin. Rakenteeltaan tutkittavan tekemät verkostokartat olivat suuria ja sektoreittain melko tiheitä. Verkoston jäsenten lukumäärä kasvoi ensimmäisen haastattelun 32:sta viimeisen 46:een. Etäisimmät jäsenet muuttuivat kotiinpaluun jälkeen yhä etäisemmiksi ja läheiset läheisemmiksi. Sairaalassa ollessaan potilas koki yhdeksi verkostonsa funktioksi sairastumisen syyselitykset. Toiseksi verkosto mahdollisti kriisin muun muassa tarjoamalla sosiaalista tukea. Perhe- ja sukusektorin jäsenet saivat läheisyyteen ja yhdessäoloon liittyviä funktioita, kun taas ystävät ja työtoverit olivat menetettyjä tai etäisiä. Kuukauden kuluttua sairaalahoidosta jäsenten merkitykset olivat muuttuneet kielteisemmiksi sosiaalisen tuen eri muotojen ollessa myös funktioina. Sosiaalinen kanssakäyminen lähisukua lukuunottamatta kiinnosti yhä vähemmän. Viimeisellä tutkimuskerralla vetäytymisen tarve oli entistä voimakkaampi ja sairastumisen syyselitykset nousivat koko verkoston funktioiksi. Sisäinen tarina koostui itseen ja läheisiin liittyvistä ristiriitaisista teemoista. Tarinavaranto ja draama edellyttivät selviytymistä ja koko tarinallinen kiertokulku oli epäyhtenäinen. Tutkittavan kokemus tulkittiin pitkittyneeksi tarinallisen tyhjiön vaiheeksi ja verkoston saamat merkitykset osaksi sisäisen tarinan muokkausta. Tutkimuksen pohjalta muodostettiin kokoavaksi käsitteeksi *tarinallisen tukemisen* käsite.

Avainsanat: masennus, sosiaalinen verkosto, tapaustutkimus, narratiivi, tarinallisen kiertokulun teoria, sisäinen tarina

DEPRESSION, SOCIAL NETWORK AND NARRATIVE FLOW

Author: Marleena Marttio
Supervisor: Jukka Aaltonen
Pro Gradu Thesis
University of Jyväskylä, Department of Psychology
December 2001
51 pages, 6 appendices

ABSTRACT

The theoretical background of this study comprised two frameworks: the social network theory, and Hänninen's theory of narrative flow. The aim was to describe and understand a clinically depressed patient's experience of the structural and functional qualities of her social network, and the change in that experience after a period of psychiatric hospitalization. Furthermore, the aim was to describe and understand the patient's inner narrative in the light of the theory of narrative flow. The study was a case study where a female patient hospitalized due to depression was interviewed. The first interview was conducted at the hospital, the other two in her home. The interviews were based on the network maps drawn by the patient during the interviews. The interviews were taped and transcribed. Using a spreadsheet, the transcription was structured into entities of meaning. The process progressed from raw results to an analysis guided by the theory of narrative flow. The network maps drawn by the patient were large, while their sectors were rather dense. The number of people included in the network grew from the original thirty-two to the final forty-six. The most remote members became increasingly remote, while the closest members became yet closer. While in hospital, the patient felt that the network functioned as causal attributions of her depression, simultaneously enabling it by offering social support. The functions of the family sectors involved proximity and togetherness, whereas friends and colleagues were lost or distant. A month after the hospitalization, the functions of the network members had become more negative, while different forms of social support were still present. The patient showed less and less interest towards social interaction, except for the closest family members. By the last interview, this need for withdrawal had grown stronger, and the whole network functioned as causal attributions of the depression. The patient's inner narrative consisted of conflicting themes connected with herself and close people. The social stock of narratives and the drama presupposed coping, and the whole narrative flow was incoherent. The experience of the patient was interpreted as a prolonged period of narrative reorientation, and the functions of the network as a part of this reconstruction of the new inner narrative. On the basis of this study, the summarizing concept of *narrative support* was coined.

Key words: depression, social network, case study, narrative, the theory of narrative flow, inner narrative

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO 1
1.1 Psyykkinen hyvinvointi ja sosiaaliset resurssit 1
1.2 Sosiaalinen verkosto 2
1.2.1 Sosiaalisen verkoston käsite 2
1.2.2 Sosiaalisen verkoston ominaisuudet 3
1.3 Masennus ja sosiaalisen verkoston ominaisuudet 4
1.3.1 Masennus ja verkoston rakenne 4
1.3.2 Masennus ja verkoston vuorovaikutus 5
1.3.3 Masennus ja sosiaalinen tuki 6
1.4 Tarinallisen kiertokulun teoria 8
1.4.1 Narratiivin käsite 8
1.4.2 Sisäinen tarina 9
1.5 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat 10

2 TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT 12
2.1 Tutkittava henkilö 12
2.2 Tutkimuksen kulku 12
2.3 Käytetyt menetelmät 13
2.3.1 Verkostokartta 13
2.3.2 Avoin teemahaastattelu 14
2.3.3 Haastatteluaineiston analyysi 14

3 TULOKSET 16
3.1 Sosiaalisen verkoston rakenteelliset ominaisuudet ja niiden muutos sairaalasta paluun jälkeen 16
3.2 Sosiaalisen verkoston funktionaaliset ominaisuudet ja niiden muutos sairaalasta paluun jälkeen 17
3.3 Sisäinen tarina 26
3.4 Tarinallisen kiertokulun ulottuvuudet 29
3.5 Sisäinen tarina tarinallisessa kiertokulussa 31

4 POHDINTA 33
4.1 Päätulokset ja tulosten suhde taustakirjallisuuteen 33
4.2 Validiteetti, reliabiliteetti ja menetelmien arviointi 38
4.3 Tulosten yhteys teorian ja käytännön kenttään 40
4.4 Jatkotutkimushaasteet 43

LÄHTEET 45

LIITTEET 52

1 JOHDANTO

1.1 Psyykkinen hyvinvointi ja sosiaaliset resurssit

Psyykkisen hyvinvoinnin ja sosiaalisten resurssien välistä yhteyttä on tutkittu paljon. Tukea antavien ihmissuhteiden katsotaan toisaalta suojaavan stressin kielteisiltä vaikutuksilta ja toisaalta jo sinänsä kohentavan mielenterveyttä (Vilhjalmsson, 1993). Olennaista on nimenomaan yksilön oma kokemus sosiaalisesta ympäristöstään. Subjektiivinen havainto muilta saadusta tuesta on selvemmin yhteydessä psyykkiseen hyvinvointiin kuin objektiiviset mittarit (George, Blazer, Hughes, & Fowler, 1989; Revenson, Schaffino, Majerovitz, & Gibofsky, 1991).

Sosiaalisten resurssien ja mielenterveyden välille on usein oletettu yksinkertainen syy-seurausyhteys. Amann (1991) kuitenkin toteaa, ettei tällaisesta monimutkaisesta vuorovaikutussysteemistä ole mahdollista erottaa riippuvia ja riippumattomia muuttujia. Sarason, Sarason ja Gurung (1997) kritisoivat aikaisempia tutkimuksia liian yksinkertaisesti määritellyistä käsitteistä. Esimerkiksi George, ym. (1989) operationalisoivat sosiaalisen tuen käsitteen verkoston jäsenten lukumäärän avulla. Määritelmien ristiriitaisuuksista huolimatta heikon sosiaalisen tuen on todettu olevan yhteydessä heikkoon mielenterveyteen ja etenkin masennukseen (esim. Albert, ym., 1998; Moos, Cronkite, & Moos, 1998).

Sosiaalisten suhteiden merkitys korostuu erilaisissa elämän muutostilanteissa ja kriiseissä, jolloin muiden tukea yleensä tarvitaan. Psyykkinen sairastuminen on esimerkki elämänkriisistä, jota on tarkasteltu nimenomaan sosiaalisten suhteiden näkökulmasta (Caplan, 1974; Cornelis, Ameling, & de Jonghe, 1989; Ikonen-Nylund, & Petterson, 1991; Lipton, Cohen, Fischer, & Katz, 1981; Seikkula, 1991, 1994). Psyykkistä sairastumista voi pitää sekä yksilön että hänen läheistensä kriisinä.

Sairastuminen vakavaan masennukseen on yksi tällainen sekä yksilön että hänen läheistensä kriisitilanne. Masennuksella tarkoitetaan tässä tutkimuksessa ICD–10 – tautiluokituksen mukaista mielialahäiriötä, johon liittyy mielialan laskua,

toimeliaisuuden puutetta, heikentynyttä kykyä nauttia asioista ja uupuneisuutta (STAKES, 1997). Häiriö jaetaan lievään, keskivaikeaan ja vaikea-asteiseen masennustilaan. Heikoiksi koetuilla sosiaalisilla resursseilla on todettu olevan selvä yhteys masennukseen sairastumiseen ja toipumisen pitkittymiseen (Billings, & Moos, 1985a, 1985b; Franks, ym. 1992; Lara, Leader, & Klein, 1997; McNaughton, Patterson, Irwin, & Grant, 1992). Suurin osa tutkimuksista on kuitenkin tilastollista korrelaatiotutkimusta, jonka lisäksi olisi tärkeää tarkastella sosiaalisia resursseja myös tapauskohtaisesti. Rauhala (1995) pitääkin elämäntilanteen yksilökohtaista tarkastelua tärkeänä empiiriselle ihmistutkimukselle. Yksilöllistä elämäntilannetta Rauhala nimittää situaatioksi ja pitää situationaalisuutta tajunnallisuuden ja kehollisuuden ohella yhtenä ihmisen olemassaolon perusmuotona.

1.2 Sosiaalinen verkosto

1.2.1 Sosiaalisen verkoston käsite

Yksilöllistä situaatiota ja sosiaalista ympäristöä voi tarkastella sosiaalisen verkoston käsitteen avulla. Yksilön sosiaalinen verkosto koostuu ihmisistä, jotka tuntevat hänet ja joilla on yhteinen elämänhistoria hänen kanssaan (Klefbeck, Bergerhed, Forsberg, Hultkrantz-Jeppson, & Marklund, 1988a). Sosiaaliseen verkostoon eivät siis kuulu kaikki yksilön tuntemat ihmiset – vain he, joilla on hänelle psyykkistä merkitystä (Speck, & Attneave, 1973). Verkosto sisältää yksilön sosiaalista identiteettiä ylläpitäviä, sekä perheen sisäisiä että ulkopuolisia, ihmissuhteita, joista hän saa henkistä ja materiaalista tukea, tietoja ja uusia ihmissuhteita (Marsella, & Snyder, 1981; Mehndiratta Klason, 1995).

Tavalliseen aikuisen verkostoon kuuluu noin 25 ihmistä, joista 3–6 ovat läheisiä (Pattison, & Pattison, 1981). Yksittäisestä sosiaalisesta verkostosta on erotettu kaksi merkittävää asemaa: neksus ja isolaatti (Klefbeck, ym., 1988a). Neksus eli keskushenkilö on tärkeä verkoston tiedonkulun ja aktivoitumisen kannalta. Hän toimii

välittäjänä eri verkoston osien välillä (Seikkula, 1994, 29). Isolaatti taas on henkilö, jolla on suhde vain verkoston päähenkilöön, eikä hän siis ole tekemisissä verkoston muiden jäsenten kanssa. Adelman, Parks ja Albrecht (1987) pitävät erityisen merkittävinä heikkojakin siteitä muihin ihmisiin. Heikkojen kontaktien avulla on esimerkiksi mahdollista hakeutua tiheästä verkostosta ulospäin (Seikkula, 1994).

1.2.2 Sosiaalisen verkoston ominaisuudet

Sosiaalista verkostoa voidaan kuvata muun muassa rakenteellisten (Lipton, ym., 1981) ja funktionaalisten (Hanson, & Östergren, 1987) ominaisuuksien käsitteillä. Verkoston rakenteellisia ominaisuuksia ovat (1) koko, eli verkoston jäsenten lukumäärä, (2) tiheys, eli verkoston suhteiden osuus kaikista mahdollisista suhteista ja (3) ryhmittyminen eli klusterit (Lipton, ym., 1981). Rakenteen merkitys ilmenee etenkin elämän muutosvaiheissa. Klefbeckin, ym. (1988a) mukaan sosiaalinen verkosto sisältää osasysteemejä, jotka pyrkivät ylläpitämään tasapainoa eri elämäntilanteissa. Jos verkosto koostuu lähinnä perheestä ja sukulaisista, on muutosten toteutuminen vaikeaa, koska perhe- ja sukuverkosto yleensä vastustaa muutosta.

Jos elämän muutostilanteessa on kyse kriisistä, kuten psyykkisestä sairastumisesta, toimivat tiheä ja harva verkosto eri tavoin. Ikonen-Nylund ja Petterson (1991) toteavat, että harvassa verkostossa tieto ei kulje eikä se kykene aktivoimaan itseään yksilön tueksi, koska verkoston jäsenet eivät välttämättä tunne toisiaan. Tiheässä verkostossa taas kaikki tuntevat toisensa ja siksi se pystyykin aluksi tukemaan sairastunutta yksilöä. Myöhemmin tiheä verkosto saattaa kuitenkin kietoutua ongelmaan eikä uusia näkökulmia pääse syntymään.

Verkoston funktionaaliset ominaisuudet kuvaavat verkoston jäsenten toiminnan merkityksiä (Hanson & Östergren, 1987). Erilaisia funktioita ovat esimerkiksi välineellinen tai henkinen tuki, sosiaalisten suhteiden luominen ja sosiaalisen identiteetin säilyttäminen (Seikkula, 1994, 28). Hanson ja Östergren pitävät funktionaalisina ominaisuuksina sosiaalista ankkuroitumista, sosiaalista vaikutusta ja sosiaalista tukea. Ankkuroituminen kuvaa sitä, miten yksilö on sitoutunut eri

ryhmittymiin verkostossaan. Sosiaalisen vaikutuksen käsite sen sijaan kuvaa yksilön vaikutusmahdollisuuksia sosiaaliseen ympäristöönsä.

Sosiaalinen tuki on yksi sosiaalisen verkoston ominaisuuksista ja siten myös sen alakäsite (O'Reilly, 1988; Seikkula, 1994). Cobb (1976) määrittelee sosiaalisen tuen vuorovaikutuksessa välittyväksi tiedoksi, joka saa yksilön tuntemaan, 1) että hänestä välitetään, 2) että häntä arvostetaan ja 3) että hän kuuluu vastavuoroiseen verkostoon, jossa toisilta voi saada apua. Usein sosiaalisen tuen käsite jaetaan tietotukeen, aineelliseen tukeen ja henkiseen tukeen (Sheppard, 1994; Vahtera & Uutela, 1994). Kaikki sosiaalisen verkoston toiminta ei ole tukea antavaa. Lisäksi samallekin toiminnalle voi antaa erilaisia merkityksiä tilanteesta tai yksilöstä riippuen. Revenson, ym. (1991) puhuvatkin sosiaalisen tuen yhteydessä "kaksiteräisestä miekasta", millä he tarkoittavat sitä, että läheiset ihmissuhteet voivat olla sekä tuen että stressin lähde.

1.3 Masennus ja sosiaalisen verkoston ominaisuudet

1.3.1 Masennus ja verkoston rakenne

Erityisesti vaikeiden mielenterveyden häiriöiden kohdalla on todettu selvä yhteys sosiaalisen verkoston ominaisuuksien ja sairauden välillä. Psykiatrisen potilaan sosiaalisessa verkostossa on yleensä vähemmän ihmisiä kuin tavallisella aikuisella (Albert, ym., 1998; Erickson, 1984; Pattison & Pattison, 1981). Muita Pattisonin ja Pattisonin mainitsemia ominaispiirteitä ovat muun muassa lyhytaikaiset ja ambivalentit ihmissuhteet sekä hyvien tuttavien ja vastavuoroisen vuorovaikutuksen puuttuminen.

Masennuspotilaiden sosiaalisten verkostojen ominaisuuksista on tarkasteltu lähinnä verkoston kokoa (esim. Amann, 1991), vuorovaikutusta (esim. Cui, & Vaillant, 1997; Segrin, & Abramson, 1994) ja sosiaalista tukea (esim. Veiel, & Kühner, 1990; Vilhjalmsson, 1993). Myös masennukseen sairastuneilla on todettu olevan pienemmät sosiaaliset verkostot ja vähemmän sosiaalisia kontakteja (Amann, 1991). Cornelis, ym. (1989) havaitsivat, että masennuksen ja sen puhkeamista edeltävän sosiaalisen

verkoston suppeuden välillä oli selvä yhteys. Subjektiivisten kokemusten mukaan masentuneiden potilaiden ryhmä ei kuitenkaan kokenut verkostoaan heikompana kuin kontrolliryhmä. Cornelis, ym. esittivät, että vaikka masentuneilla potilailla olikin vähemmän ystäviä ja kontakteja ennen masennukseen sairastumista, he eivät kokeneet tätä ongelmana.

Georgen, ym. (1989) sekä Veielin ja Kühnerin (1990) havainnot eivät vastaa yleistä käsitystä masennuksen ja verkoston rakenteen yhteydestä. George, ym. totesivat lukumäärältään pienen sosiaalisen verkoston olevan yhteydessä vähäisempiin masennusoireisiin seurannassa. Veiel ja Kühner taas havaitsivat, että mitä suurempi oli tukea antava sukuverkosto kuukauden kuluttua sairaalahoidon jälkeen, sitä masentuneempia potilaat olivat. Tutkijat päättelivät, että vaikka perhe ja suku antavat myös tukea, aiheuttavat ne joillekin myös jatkuvaa sosiaalista stressiä.

1.3.2 Masennus ja verkoston vuorovaikutus

Cui ja Vaillant (1996, 1997) havaitsivat pitkittäistutkimuksessaan, että kielteiset tapahtumat, joihin yksilöllä oli mahdollisuus vaikuttaa, lisääntyivät masennukseen sairastumisen jälkeen. Lisäksi kielteiset tapahtumat, joihin liittyi vuorovaikutusta muiden kanssa (esimerkiksi avioero, työttömäksi joutuminen) olivat masentuneilla yleisempiä. Cuin ja Vaillantin (1997) mukaan on mahdollista, että masennukseen sairastuminen saa aikaan ketjureaktion, jossa masennuspotilaan yliherkkyys, eristäytyminen ja riippuvaisuus aiheuttavat enemmän konflikteja. Myös McNaughton, ym. (1992) olettavat, että masennukseen sairastunut voi käyttäytyä tavalla, joka laukaisee uusia elämänvaikeuksia. Vaikeuksien kasaantuessa lisääntyvät myös avuttomuus, toivottomuus ja masentuneisuus. McNaughtonin, ym. mukaan masentunut henkilö voi siten juuttua tällaiseen monimutkaiseen syy-seuraus–verkkoon, josta on hyvin vaikea päästä eroon.

Masentuneilla on usein myös perheongelmia. Segrin ja Abramson (1994) toteavat, että masentunut henkilö on puolisonsa kanssa usein juuttunut toimimattoman vuorovaikutuksen noidankehään. Heidän mukaansa masentuneet henkilöt kokevat yhtä paljon ongelmia sekä puolison että vanhemman roolissa. Masennus voi myös heikentää

puolisona ja vanhempana toimimista ja johtaa siten riitoihin ja perheen kiinteyden vähenemiseen (Billings & Moos, 1985a). Masentuneen vanhemman lapset ilmaisevat usein negatiivisia tunteita sekä ovat ärsyyntyneitä ja tyytymättömiä vanhempaansa kohtaan (Field, Healy, Goldstein, & Guthertz, 1990). Segrin ja Abramson pitävät mahdollisena, että masentuneet henkilöt ikään kuin vetävät läheisensä kielteiseen vuorovaikutukseen, joka ylläpitää masennusoireita. Masentuneitten ihmisten jatkuvat perhevaikeudet ovat myös riskitekijä itsemurhan kannalta (Keitner & Miller, 1990). Franks, ym. (1992) arvelevat, että voimakas kriittisyys ja emotionaalinen asioihin puuttuminen perheen vuorovaikutustyylinä voisi häiritä masentuneen kykyä havaita tai vastaanottaa sosiaalista tukea.

Coyne, ym. (1987) toteavat, että masennuspotilaan kanssa asuvat ihmiset kokevat monin tavoin olevansa taakan alla. Psykologista stressiä aiheuttavat erityisesti masentuneen väsymys, kiinnostumattomuus sosiaalisesta elämästä, toivottomuus ja huolestuneisuus. Coyne, ym. havaitsivat, että 40 % masennuspotilaan kanssa asuvista läheisistä täytti kriteerit psykologisen intervention toteuttamiselle. Läheisten ihmisten kokema stressi voi Coynen, ym. mukaan lisätä masennuspotilaiden kielteisiä itsearviointeja. Masennus voi myös olla merkki yleisestä rasittuneesta sosiaalisesta ympäristöstä, johon siksi tulisi kiinnittää enemmän huomiota.

1.3.3 Masennus ja sosiaalinen tuki

Ihmissuhteista saatu tuki on yksi masennukselta suojaava tekijä (Salokangas, 1997). Salokangas korostaa erityisesti ihmissuhteiden laadun ja kestävyyden merkitystä. Vilhjalmsson (1993) taas katsoo läheisten ja tiiviiden suhteiden antavan tunteen oman itsen arvosta ja merkityksellisyydestä. Useissa tutkimuksissa korostetaan havaitun sosiaalisen tuen, eli subjektiivisen kokemuksen, yhteyttä masennukseen (Billings, & Moos, 1985a; George, ym., 1989; Revenson, ym., 1991; Sheppard, 1994). Myös subjektiivinen kokemus tuen laadusta on selvemmin yhteydessä masennukseen kuin tuen määrä tai sosiaalisen verkoston koko (Billings, & Moos, 1985a; Sheppard, 1994).

Yksilön kokemus sosiaalisesta tuesta vaikuttaa sekä masennuksen puhkeamiseen että siitä toipumiseen. Masentuneilla on yleensä heikompi sosiaalinen verkosto – ennen kaikkea vähemmän läheisiä ystäviä – ennen masennukseen sairastumista (Cornelis, ym., 1989). McNaughton, ym. (1992) totesivat, että sairaalahoitoon tulleet masennuspotilaat olivat kuuden kuukauden ajan ennen sairaalahoitoa kokeneet enemmän stressaavia elämäntapahtumia, saaneet vähemmän sosiaalista tukea ja olivat tyytymättömämpiä saamaansa emotionaaliseen tukeen kuin kontrolliryhmä.

Vastaavasti taas masennuksesta toipuminen on yhteydessä sosiaalisen kontekstin normalisoitumiseen (Billings & Moos, 1985b; Lara, ym., 1997). Billings ja Moos (1985b) havaitsivat vuoden seurantajakson jälkeen, että masennuksesta toipuneet kokivat myös sosiaalisten resurssiensa kohentuneen, kun taas masennuspotilaat, jotka eivät olleet parantuneet, saivat vähemmän sosiaalista tukea. Veiel ja Kühner (1990) sen sijaan havaitsivat, että mitä suurempi oli tukea antava sukuverkosto kuukauden kuluttua sairaalahoidon jälkeen, sitä masentuneempia potilaat olivat. Se, että psykiatrinen sairaalahoito katsottiin tarpeelliseksi, osoitti tutkijoiden mielestä, että potilaat eivät kyenneet selviämään ongelmiensa tai yleisen elämäntilanteensa kanssa. Sairaalahoidon jälkeen potilaat todennäköisesti palasivat samaan tilanteeseen. Veiel ja Kühner olettivat, että mitä enemmän perheellä ja sukulaisilla oli osuutta potilaiden elämässä, sitä todennäköisemmin he aktivoivat uudelleen samoja vuorovaikutusmuotoja ja selviytymiskeinoja, jotka eivät aikaisemminkaan estäneet masennusta ja sairaalahoitoa. Veiel ja Kühner pitivät myös mahdollisena, että hyvääkin tarkoittava perhe- ja sukuverkosto voi reagoida sairaalasta palanneeseen masennuspotilaaseen ikään kuin hän olisi yhä sairas. Lisäksi potilaat itse saattavat käyttää masennusoireita myötätunnon saamiseksi (Veiel & Kühner, 1990). Myöhemmin Veiel (1993) havaitsi, että suuren tukea antavan sukuverkoston ja masennuksen positiivinen korrelaatio koski erityisesti sairaalassa parantuneita työttömiä naisia. Hän myös piti mahdollisena, että sairaalasta palanneelle potilaalle kasautuu emotionaalisia vaatimuksia tuen saamisen seurauksena.

1.4 Tarinallisen kiertokulun teoria

1.4.1 Narratiivin käsite

Elämän kriisitilanteet ovat voimakkaita muutosvaiheita, jolloin tukea sosiaaliselta verkostolta tarvitaan. Kriisi ilmenee yksilön ja ympäristön välisessä vuorovaikutuksessa. Sairastuminen on tällainen kriisi, joka katkaisee normaalin elämänkulun ja jonka jälkeen myös tarve tehdä oman elämän tapahtumia ymmärrettäviksi kasvaa. Narratiivisen lähestymistavan mukaan ihminen luo elämäänsä merkitystä tarinoiden avulla (Atkinson, 1998; Hänninen, 1999; Polkinghorne, 1991; Sarbin, 1986). Robinson ja Hawpe (1986) katsovat narratiivin olevan yleisin muoto sosiaalisten ja henkilökohtaisten kokemusten järjestämisessä. Narratiivin avulla ihminen voi säilyttää kokemuksen liikkeestä ajassa, suunnasta menneisyydestä tulevaisuuteen (Gergen, & Gergen, 1986; Hänninen, 1999). Tässä tutkimuksessa narratiivi ymmärretään ihmisen ajatusvälineeksi, jolla luodaan järjestystä inhimilliseen kokemukseen.

Hänninen (1996b, 1999) selventää narratiivikäsitteen hajanaisuutta jakamalla sen kolmeen ulottuvuuteen: tarinaan, kertomukseen ja draamaan, jotka kaikki ovat olleet narratiivisen tutkimusperinteen tutkimuskohteina. Tarinan käsite tarkoittaa sisäistä kokemusta, tajunnallista merkitysten muodostamaa juonta. Kertomus taas on edellä mainitun tarinan esittämistä merkkien välityksellä. Kertomus voi siten olla esimerkiksi taideteos tai haastatteluaineisto. Draama tarkoittaa ihmisen toimintaa eli itse elävää elämää, jota ihminen pyrkii toteuttamaan tarinansa mukaisesti. Tarinan, kertomuksen ja draaman suhdetta toisiinsa voisi kuvata sanoilla sisäinen, kerrottu ja eletty.

Hänninen (1996b, 1999) on kehitellyt teorian, jossa hän suhteuttaa edellä mainitut narratiivin ulottuvuudet toisiinsa sekä ulkopuoliseen todellisuuteen. Tarinallisen kiertokulun teoria (ks. liite 1) sisältää tarinan, kertomuksen ja draaman lisäksi myös situaation. Situaatio tarkoittaa kaikkien niiden asioiden kokonaisuutta, joihin ihminen on kunakin hetkenä suhteessa (Rauhala, 1995). Lisäksi tarinallisen kiertokulun osana on sosiaalinen tarinavaranto, jolla Hänninen tarkoittaa kussakin kulttuurissa vallitsevien mallitarinoiden joukkoa.

1.4.2 Sisäinen tarina

Sisäisellä tarinallaan ihminen jäsentää ja tulkitsee situaatiotaan sosiaalisen tarinavarannon mallitarinoiden avulla (Hänninen, 1996b, 1999). Sisäinen tarina myös ohjaa draamaa, elävää elämää: ihminen pyrkii toteuttamaan tarinaansa elämässään. Ja elämäntapahtumat vaikuttavat sisäisen tarinan muodostumiseen: muutokset ja ongelmat muokkaavat sisäistä tarinaa jatkuvasti.

Kertomus taas ikään kuin kertoo sisäisestä tarinasta (Hänninen, 1996b, 1999). Kertomalla tarinaansa ihminen voi vaikuttaa ympäristöönsä ja sitä kautta elävän elämän draamaan. Kertominen on myös keino pohtia sisäistä tarinaa – näin kertomus voi myös muuttaa tarinaa. Kerrottu tarina liittyy vielä osaksi sosiaalista tarinavarantoa, josta muut ihmiset voivat ammentaa aineksia omiin tarinoihinsa.

Sisäistä tarinaa ei voi pitää objektiivisena totuutena, se on ikään kuin todellisuuden editoitu versio, sekoitus faktaa ja fiktiota (Atkinson, 1998; Hänninen, 1999; Riessman, 1990). Tarina kertoo todellisuudesta, mutta subjektiivisesta näkökulmasta. Siihen valikoituu juonen kannalta sopivia tapahtumia, joista toisia dramatisoidaan ja toisia vähätellään.

Sisäisen tarinan funktioita ovat Hännisen (1999) mukaan menneisyyden ja tulevaisuuden yhdistäminen, emootioiden itsesäätely, kokemusten ja syy–seuraussuhteiden jäsentäminen sekä yksilön elämän kontekstiin kiinnittäminen. Hänninen näkee sisäisen tarinan myös identiteettinä, jota on mahdollista tulkita yhä uudelleen elämän kuluessa. Crites (1986) vastaavasti pitää narratiivin tehtävänä minuuden integrointia: mitä täydellisempi tarina, sitä integroituneempi minuus. Crites toteaa, että jos tarina ei auta minuuden löytämisessä ja kokoamisessa, ihminen tuntee olevansa onneton. Jos tarinalla lisäksi ei ole yhteyttä menneeseen, ihminen näkee elämänsä vain sarjana ohimeneviä tapahtumia, joilla ei ole yhteyttä toisiinsa.

Sisäisen tarinan toimivuutta, sitä miten se sopeutuu mihinkin elämäntilanteeseen, testataan elävän elämän draamassa (Hänninen, 1999; Robinson, & Hawpe, 1986). Muut ihmiset, sosiaalinen verkosto, ovat osa yksilön situaatiota ja draamaa, joiden kautta he vaikuttavat sisäisen tarinan muodostumiseen. Usein muut ihmiset ja yhteisöt ovat myös osa tarinaa (Crites, 1986).

Hänninen (1996a, 1996b, 1998, 1999) pitää elämän muutosvaiheita aikoina, jolloin tarve tarinalliseen merkityksen uudelleenrakentamiseen on suuri. Sisäistä tarinaa sopeutetaan jatkuvasti siihen tilanteeseen, jossa yksilö elää (Hänninen, 1996a, 1999; Valkonen, 1994). Jos siis elämäntilanne muuttuu ratkaisevasti, täytyy myös sisäisen tarinan suuntautua uudelleen situaatiota paremmin vastaavaksi.

Hänninen (1999) katsoo, että odottamattomat ja uudet tilanteet elämässä, esimerkiksi sairastuminen, tekevät sisäisestä tarinasta tietoisemman. Hänninen (1998) nimittää vanhan ja uuden tarinan välissäoloa "tarinalliseksi tyhjiöksi", joka on ihmiselle varsin hämmentävä ja ahdistava kokemus. Tarinallinen tyhjiö haastaa rakentamaan elämälle taas uutta merkitystä, jossa apuna ovat muiden ihmisten vastaavat kokemukset eli sosiaalinen tarinavaranto. Vakavan sairastumisen jälkeen uuden tarinan on vastattava moniin kysymyksiin (Hänninen, 1998): Miten tähän on tultu? Olenko terve vai sairas? Miten jatkan eteenpäin? Kuka olen? Mikä on tärkeää? Somers (1994) esittää, että elämäntapahtuma, jolle ei löydy vastaavuutta kulttuurin tasolta, voi aiheuttaa yksilöllä hämmennyksen, uhriksi joutumisen tai jopa hulluuden kokemuksen.

Sisäisen tarinan käsite on yksi keino lähestyä tutkimuksellisesti yksilöllistä ja sisäistä kokemusta. Käsitteen taustalla on ajatus siitä, että ihmisen mieli ja sisäinen maailma ovat mahdollisia tutkimuskohteita ja niitä tarkastellaan suoraan (Hänninen, 1999). Tässä mielessä sisäisen tarinan käsite nojaa humanistiseen, fenomenologiseen ja psykoanalyyttiseen perinteeseen. Tarinallisen kiertokulun teorian mukaan ihmisen psyyke on sosiaalisesti muodostunut, mikä ei silti sulje pois sisäisen maailman, tajunnan, olemassaoloa (Hänninen, 1999).

1.5 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat

Masennukseen sairastuminen on sekä sosiaalisen verkoston että yksilöllisen kokemuksen, sisäisen tarinan, kriisi. Sosiaalisella verkostolla on todettu olevan merkittävä rooli sekä sairastumiselta suojaavana tekijänä (esim. McNaughton, 1992) että sosiaalisen tuen välittäjänä sairastumisen jälkeen (Billings, & Moos, 1985b; Veiel, & Kühner, 1990).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on yhdistää kaksi elämänmuutoksia tarkastelevaa teoreettista viitekehystä, verkostoteoria ja tarinallisen kiertokulun teoria, yhden tapauksen tapaustutkimuksessa. Tarinallisen kiertokulun teoria on uusi tapa lähestyä yksilön kokemusta sosiaalisesta verkostostaan. Siten yhden tapauksen tapaustutkimus toimii tässä tutkimuksessa niin sanottuna kriittisenä kokeena ja teoreettisen ajattelun lähtökohtana (Yin, 1994).

Tutkimusongelmat:

1. Millainen on masennukseen sairastuneen potilaan kokemus sosiaalisesta verkostostaan, erityisesti sen rakenteellisista ja funktionaalisista ominaisuuksista, ja miten tuo kokemus muuttuu sairaalasta paluun jälkeen?
2. Millainen on masennukseen sairastuneen potilaan sisäinen kokemus eli tarinallisen kiertokulun teorian mukaan sisäinen tarina?
3. Miten tarinallinen kiertokulku ilmenee masennukseen sairastuneen potilaan kokemuksessa?

2 TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT

2.1 Tutkittava henkilö

Tutkimuksessa on kyse yhden tapauksen tapaustutkimuksesta, johon osallistui eräässä keskisuomalaisessa psykiatrisessa sairaalassa masennuksen vuoksi hoidossa ollut potilas. Tutkimukseen valittiin ensimmäinen tutkimukseen suostuva sairaalan osoittama henkilö, joka täytti seuraavat ennalta asetetut kriteerit: (1) tutkittava on vapaaehtoinen ja kykenevä osallistumaan tutkimukseen, (2) hänen ikänsä on vähintään 18 vuotta, (3) hänen tämänhetkinen psykiatrinen sairaalahoitonsa on kestänyt korkeintaan viikon ennen ensimmäistä tutkimushaastattelua ja (4) hän on psykiatrisessa sairaalahoidossa masennuksen vuoksi. Sekä tutkittavalta että kyseisen sairaalan ylilääkäriltä saatiin kirjalliset luvat tutkimuksen suorittamiseen.

Tutkimukseen osallistui 38-vuotias Marja*, joka joutui psykiatriseen sairaalahoitoon itsemurhayrityksen jälkeen. Hänellä diagnosoitiin keskivaikea masennus. Marjalla on kaksi lasta ja tutkimuksen aikana hän eli avoliitossa. Hän on ollut aikaisemmin psykiatrisessa sairaalahoidossa kaksi kertaa masennuksen vuoksi, jolloin diagnoosina oli syvä masennus.

2.2 Tutkimuksen kulku

Ensimmäinen haastattelu toteutettiin sairaalan osastolla, toinen ja kolmas Marjan kotona. Ennen ensimmäistä haastattelua Marja oli ollut sairaalassa kolme päivää. Ensimmäisen haastattelun aluksi Marja teki senhetkisen verkostokarttansa, jonka jälkeen häntä pyydettiin kertomaan verkostonsa ihmisistä ja suhteistaan heihin.

*Tutkittavan taustatiedot on muutettu niin, ettei häntä voida tunnistaa.

Haastattelu kesti noin kaksi tuntia. Toinen haastattelu tehtiin Marjan kotona noin kuukauden kuluttua ensimmäisestä ja aikaa kului myös kaksi tuntia. Tällä kertaa verkostokarttaa ei piirretty, vaan Marjaa pyydettiin kertomaan sen hetken tilanteestaan ja ihmissuhteistaan. Vertailukohtana käytettiin ensimmäistä verkostokarttaa. Tästä viikon kuluttua tehtiin kolmas haastattelu, jolloin Marja piirsi kaksi verkostokarttaa: toisen ajankohtaisesta tilanteestaan ja toisen ajalta, jolloin kaikki oli hänen mielestään vielä hyvin. Tähän haastatteluun käytettiin aikaa puolitoista tuntia.

Kaikki haastattelut nauhoitettiin ja transkriboitiin. Siten tutkimusaineiston lopulta muodostivat Marjan piirtämät verkostokartat, nauhoitetut ja transkriboidut haastattelut sekä tutkijan tekemät muistiinpanot haastatteluista. Lisäksi käytössä olivat myös muistiinpanot Marjan omahoitajan kanssa käydystä keskustelusta.

2.3 Käytetyt menetelmät

2.3.1 Verkostokartta

Yhtenä menetelmänä käytetty Klefbeckin, ym. (1988a, 1988b) kehittämä verkostokartta (ks. liite 1) kuvaa yksilön tämänhetkisten ihmissuhteiden kokonaisuutta. Verkostokartta jakautuu neljään sektoriin: (1) perhe, (2) suku, (3) työ, koulu ja (4) muut: naapurit, ystävät, ammattiauttajat. Yksilö itse sijoittuu verkostokartan keskipisteeseen. Perheeseen lasketaan kuuluvaksi yksilön kanssa samassa taloudessa asuvat sukulaiset, joiden kanssa yksilö on päivittäisessä vuorovaikutuksessa (Klefbeck, ym., 1988a, 1988b; Seikkula, 1991, 1994). Sukusektorin kontaktit taas ovat perhekontakteja harvemmin toistuvia. Työ- ja kouluelämän kontaktit toistuvat lähes päivittäin ja ne perustuvat yhteisiin toiminnallisiin päämääriin. "Muut"–sektori sisältää naapureiden ja ystävien lisäksi erillisen lohkon ammattiauttajia varten.

Verkostokarttaa käytettiin siten, että Marjaa pyydettiin sijoittamaan kuhunkin sektoriin merkityksellisinä kokemansa henkilöt itsestään sopivalta tuntuvan etäisyyden päähän. Läheisiltä tuntuvat henkilöt Marja sijoitti siis lähelle itseään. Piirtämisessä

käytettiin apuna symboleita (ympyrä = nainen, kolmio = mies). Verkoston jäsenten sijoittamisen jälkeen pyydettiin vielä yhdistämään viivoilla henkilöt, jotka tuntevat toisensa.

2.3.2 Avoin teemahaastattelu

Verkostokartan piirtämisen pohjalta Marjaa pyydettiin vapaasti kertomaan siihen sijoittamistaan ihmisistä ja suhteistaan heihin. Siten verkostokartta toimi eräänlaisena haastattelurunkona, jonka avulla Marja tuotti erilaisia merkityksiä ihmissuhteilleen, itselleen ja masennukselleen. Haastattelu oli muodoltaan perinteistä teemahaastattelua (Hirsjärvi, & Hurme, 1988) väljempi: verkostokartta toi haastatteluun tietyt teemat, joita Marja kuitenkin käsitteli vapaasti. Tästä syystä haastattelua voi nimittää avoimeksi teemahaastatteluksi.

2.3.3 Haastatteluaineiston analyysi

Ensimmäiseksi jokaisen haastattelun jälkeen kuunneltiin haastattelunauha huolellisesti kerran läpi. Seuraavaksi haastattelunauhat transkriboitiin kahdessa vaiheessa: ensin karkeapiirteisemmin ja lopuksi yksityiskohtaisesti, jolloin tekstiin merkittiin myös vähintään kolmen sekunnin pituiset tauot, naurahdukset, liikuttumiset ja selvät äänenvoimakkuuden vaihtelut.

Transkriboinnin jälkeen muodostunut teksti luettiin useita kertoja läpi, jotta aineisto tulisi tutkijalle tutuksi. Tätä vaihetta voi nimittää intuitiiviseksi lukemiseksi. Tämän jälkeen teksti muutettiin taulukkomuotoon Microsoft Wordin taulukko-ohjelman avulla. Seuraavana esitetty taulukointitapa on Jukka Aaltosen (2000, tutkimusprosessin aikana käydyt keskustelut) hieman yksinkertaistama muunnos Carneyn, Joinerin ja Tragoun (1997) esittämästä tavasta kategorisoida laadullista aineistoa WordPerfect®:in avulla.

Jokaisesta haastattelusta muodostettiin oma taulukko. Kunkin taulukon rivit muodostuivat tekstin lauseista siten, että jokainen puhuttu virke oli yksi rivi. Sarakkeita yhdessä taulukossa oli yhteensä kuusi: rivien numerointi, teksti, muistiinpanot, alateemat, yläteemat ja kategoriat (ks. liite 2). Muistiinpanot-sarake oli varattu ajatuksille ja ehdotuksille, joita tekstiä luettaessa nousi esiin. Alateemat nimettiin virkkeittäin ja alateemojen nimeämisessä pyrittiin vastaamaan kysymyksiin: Mikä voisi nimetä tätä virkettä? Miten tämän voisi sanoa tiiviimmin? Yläteemat taas koostuivat alateemojen muodostamista kokonaisuuksista (esimerkiksi "kokemus itsestä" tai "suhde avomieheen"). Lopuksi yläteemat jaettiin vielä verkostokartan sektorien mukaan kuuteen kategoriaan: itse, perhe, suku, työ, ystävät/naapurit ja ammattiauttajat. Tässä analyysivaiheessa edettiin siis aineistolähtöisestä tematisoinnista teorian ohjaamaan kategorisointiin.

Tekstin ja teemojen taulukointi auttoi pitkän haastatteluaineiston käsittelyssä. Taulukko-ohjelmalla oli mahdollista järjestää tekstiä alateemojen, yläteemojen ja kategorioiden mukaan. Tätä analyysivaihetta, taulukointia ja tematisointia, nimitetään tässä tutkimuksessa raaka-analyysiksi. Varsinaisella analyysivaiheella taas tarkoitetaan teemoista ja kategorioista siirtymistä teorian tasolle. Tätä siirtymää voi sanoa tapauksen yleistämiseksi teoriaan. Teoriaa käytetään siis ikään kuin muottina, johon analyysin tuloksia verrataan (Yin, 1994).

Raaka-analyysin lopuksi kategoriat, ylä- ja alateemat siirrettiin paperille siten, että kategoriat muodostivat eräänlaiset yläkäsitteet, jotka jakautuivat yläteemoihin ja yläteemat taas jakautuivat alateemoihin. Näin kategorioiden ja teemojen yhtaikainen tarkastelu oli mahdollista. Tätä tarkastelua ohjasivat seuraavat kysymykset: Löytyykö aineistosta teemoja, jotka niin sanotusti läpäisevät aineiston? Hahmottuuko teemoista eräänlainen ydinkokemus (Hänninen, 1999), jolla voisi luonnehtia Marjan sisäistä tarinaa? Aineiston läpäisevällä ydinkokemuksella tarkoitetaan yhtä tai useampaa teemaa, joka esiintyy lähes kaikkien kategorioiden tai yläteemojen alla.

Ydinkokemuksen hahmottelun jälkeen aineistoa tarkasteltiin tarinallisen kiertokulun teorian (Hänninen, 1999) kautta. Kukin tarinallisen kiertokulun ulottuvuus ohjasi tarkastelua vuorollaan. Aineisto nähtiin kertomuksena, joka kertoo Marjan sisäisestä tarinasta, situaatiosta, draamasta ja sosiaalisesta tarinavarannosta (ks. liite 1). Tarkoituksena oli tutkia sitä, millaisen kertomuksen Marja itsestään ja elämästään

kertoo, miten hän kokee situaationsa, millaista elävän elämän draamaa hän pyrkii toteuttamaan ja onko hänellä käytettävissään sosiaalisen tarinavarannon kertomuksia. Lopuksi edellä mainitut ulottuvuudet yhdistettiin kiertokuluksi jota tarkasteltiin sisäisen tarinan näkökulmasta: onko tarinallisesta kiertokulusta löydettävissä piirteitä, jotka tekevät Marjan sisäisestä tarinasta juuri sellaisen kuin se on?

3 TULOKSET

3.1 Sosiaalisen verkoston rakenteelliset ominaisuudet ja niiden muutos sairaalasta paluun jälkeen

Ensimmäisessä verkostokartassa (ks. liite 3), joka tehtiin Marjan ollessa vielä sairaalassa, on yhteensä 32 henkilöä: perhe 4, suku 6, naapurit ja ystävät 8, ammattiauttajat 0, työtoverit 14. Jokaisella sektorilla on ainakin kaksi henkilöä melko lähellä Marjaa itseään. Lähimpinä ovat toinen lapsista, avomies, äiti, veli, sukulaisnainen, neljä työtoveria ja kaksi ystävää. Nämä, yhteensä 11 henkilöä, muodostavat kehän verkoston keskipisteen ympärille. Selvästi muita etäämpänä on entinen aviomies.

Kokonaisuudessaan verkosto ei ole kovin tiheä, mutta jokaisen sektorin sisällä kaikki tuntevat toisensa. Myös verkoston vasen puoli on varsin tiheä: perhe- ja ystäväsektorin jäsenistä lähes kaikki tuntevat toisensa. Ystäväsektorin jäsenet ovat kaikki tulleet osaksi verkostoa Marjan avomiehen kautta. Ryhmittymiä Marjan verkostossa on ainoastaan työsektorilla, yhteensä kolme ryhmittymää. Ystäväsektorilla on kolme perhettä.

Toisella tutkimuskerralla Marja on vakuuttunut, ettei hänen verkostossaan ole mikään muuttunut sairaalasta paluun jälkeen. Ainoana rakenteellisena muutoksena tulee esille uudet ammattiauttajat mielenterveystoimistosta: kaksi hoitajaa ja lääkäri. Lisäksi Marja kertoo äidin ja sukulaisnaisen olevan nyt lähempänä häntä, koska he ovat enemmän tekemisissä keskenään.

Kolmannella eli viimeisellä tutkimuskerralla Marjan tekemässä verkostokartassa (ks. liite 4) on yhteensä 46 henkilöä: perhe 6, suku 18, naapurit ja ystävät 10, ammattiauttajat 3, työtoverit 10. Perhesektorilla on kaksi "uutta" jäsentä, jotka ovat entisen aviomiehen uudesta perheestä. Entinen aviomies on jokaisessa verkostokartassa perhesektorilla, koska toinen Marjan lapsista asuu tämän luona. Sukusektorilla jäsenten lukumäärä on kolminkertainen ensimmäiseen verkostokarttaan verrattuna. Marja lisää karttaan ihmisiä sitä mukaa kun haastattelu etenee; tämä näkyy juuri sukusektorilla, jossa uusina verkoston jäseninä on kolme etäisempää sukulaisryhmittymää.

Marjan itsensä ja verkoston jäsenten välisissä etäisyyksissä on myös tapahtunut muutoksia. Sukusektorilla on äiti tullut lähemmäksi keskipistettä ja veli siirtynyt kauemmaksi. Ystäväsektorilla on yksi naistuttava jäänyt kokonaan pois. Miestuttava on siirtynyt huomattavasti lähemmäksi keskipistettä. Ystäväsektorilla on myös uusi jäsen: Riitta, jonka Marja lisäsi vasta muiden jälkeen ja jota hän piti merkittävänä. Tämä uusi jäsen on myös ainoa ystävä, johon Marja ei ole tutustunut avomiehen kautta. Läheisimmät ihmiset eivät enää muodosta yhtä selvää kehää keskipisteen ympärille kuin ensimmäisessä kartassa. Verkoston tiheydessä ei ole tapahtunut mainittavia muutoksia. Yksi työsektorin ryhmittymistä on jäänyt kokonaan pois.

Sekä sairaalassa että sairaalan jälkeen tehdyissä verkostokartoissa eniten yhteyksiä muihin ihmisiin kulkee Marjan äidin kautta. Marjan äiti tuntee jokaisen sektorin jäseniä, ammattiauttajia lukuun ottamatta. Toinen tällainen verkoston neksus on Marjan avomies, joka tuntee kaikkien muiden paitsi työsektorin jäseniä. Isolaattia, henkilöä, joka ei tunne muita verkoston jäseniä, ei verkostokartoissa ole lainkaan.

3.2 Sosiaalisen verkoston funktionaaliset ominaisuudet ja niiden muutos sairaalasta paluun jälkeen

Funktionaaliset ominaisuudet kuvaavat verkoston jäsenten toiminnan merkityksiä (Hanson & Östergren, 1987; Seikkula, 1994). Näitä merkityksiä, joita Marja haastatteluissa tuotti, kuvataan seuraavaksi sektorikohtaisten taulukoiden ja autenttisten tekstikatkelmien avulla.

TAULUKKO 1. Perhesektorin funktionaaliset ominaisuudet; ensimmäinen haastattelu

AVOMIES	LAPSI 1	LAPSI 2
hallitsemattomuus	hallitsemattomuus	harvat tapaamiset
henkinen tuki	käytännön apu	välinpitämättömyys
huolenpito	ymmärtäminen	
käytännön apu	vaikeuksien kasautuminen	
vastuuttomuus	yhdessä asuminen	
menetys	kriisin mahdollistaminen	
riippuvaisuus		
ihmissuhteiden ylläpito ja luominen		

TAULUKKO 2. Sukusektorin funktionaaliset ominaisuudet; ensimmäinen haastattelu

ÄITI	ISÄPUOLI	SUKULAIS-NAINEN	VELI-PUOLI	VELI	SUVUN NAISET
huolenpito	huolenpito	tiivis yhteydenpito	henkinen etäisyys	henkinen läheisyys	itsenäisyys
henkinen läheisyys	tiivis yhtey-denpito				pärjääminen
tiivis yhteydenpito					yhteistyö
turvan saaminen					
ihmissuhteiden ylläpito ja luominen					

Sairaalahoidon aikana sosiaalinen verkosto näyttäytyy Marjalle toisaalta yhtenä masennuksen taustatekijänä ja toisaalta väsymyksen ja kriisin mahdollistajana:

> 44 ja nyt mä oon tehny alkuvuoden vielä silleen, että mitäs mulla oli kuus-seittemän viikkoo ku mä tein kuuspäivästä työviikkoo, eli lauantaisinkin yheksästä neljään. Sen takia meni aika rankaks tää. 45 Sit vielä mun tytär sairastu tossa jonkun aikaa sitten sitten, ni, se toipu vasta äskettäin. 46 Ni, mä luin noista lapuista eilen just että useesti esimerkiks jossain alkoholistiperheissä kuulemma käy silleen et sit ku se alkoholisti saahaan hoitoon, ni sit tää puoliso sairastuuki johonkin depressioon. Ni mä niinku aattelin mielessäni vaan, et näinköhän

se oli mullakin. 47 Me saatiin ne sijaiset nyt töihin, mä tiesin et siellä on joku mua tuuraamassa jos mä saan, jään sairaslomalle, 48 samaten Tiina parani (hiljaisella äänellä), (--) no jokatapauksessa se saatiin nyt kuntoon, ni mun ei tarvinnu enää auttaa sitä vaan se oli ihan omillaan sitten että, (--) 50 niin se varmaan oli niinku semmonen, että, mä tiedostan ite että mää oon niinku syksystä asti ollu siis ihan huippuhuippu väsyny. (--) 52 Että tota koko tästä ympyrästä [verkostokartasta] tulee mieleen semmonen oravanpyörä, mikä, mikä on ollu,*

Juuri tällainen pyrkimys löytää syitä masennuksen puhkeamiselle on ominaista ensimmäiselle haastattelulle. Marja ikään kuin haluaa oikeuttaa väsymyksensä ja romahtamisensa. Hän on myös hyvin toiveikas toipumisensa suhteen ja antaa vahvan kuvan itsestään. Tämä tulee esille myös Marjan puhetavassa, joka on nopeaa ja tauotonta.

Kriisin aiheuttamisen ja mahdollistamisen lisäksi perhe- ja sukuverkoston funktioksi (ks. taulukot 1 ja 2) nousee sosiaalinen tuki, joka sisältää henkistä tukea ja käytännön apua sekä ennen kriisiä että sen jälkeen. Perhe- ja sukuverkoston ihmissuhteissa korostuvat tiiviit yhteydet, läheisyys ja huolenpito, mikä saattaa olla myös yhteydessä perhesektorin kielteisiin funktioihin, kuten vaikeuksien kasautumiseen. Sukuverkoston funktiot ovat vielä sairaalahoidon aikana myönteisiä. Etenkin Marjan äidillä on suuri merkitys turvan, tuen ja läheisyyden antajana. Marjan äiti ja avomies ovat verkoston neksuksia myös merkitystasolla: yksi heidän funktioistaan on ihmissuhteiden ylläpito ja luominen.

TAULUKKO 3. Muut–sektorin funktionaaliset ominaisuudet; ensimmäinen haastattelu

YSTÄVÄT	OMAHOITAJA	LÄÄKÄRI	SAIRAALAHOITO
henkinen etäisyys käytännön apu menetys vierailumahdollisuus	innostaminen oivalluksen saaminen	huolenpito	lepo innostuminen oivalluksen saaminen

* Numerointi (esim. 52) viittaa taulukoidun tekstin riveihin. Muut tekstikatkelmien merkinnät: (hiljaa) = äänenpainon kuvaus, (--) = tekstin poisjättö, (3s.) = tauon pituus Marjan puheessa, M = Marja, T = tutkija

Vaikka Marja on sijoittanut ystäväsektorille yhteensä kahdeksan ihmistä (ks. liite 3), merkitystasolla he eivät kuitenkaan saa monia funktioita (ks. taulukko 3). Nykyhetkessä muut-sektorin ihmissuhteet ovat menetettyjä tai etäisiä:

> 123 No sit tässä muissa oli nää ystävät Katri. No sekin on semmonen (huokaus) emmää sitä ees loppujen lopuks hyvin tunne, 124 mut mullei ei tosiaan oo semmosia kavereita keitä mää koskaan niinku vapaa-aikana tapaisin. 125 Mutta tää Matti, joka nyt taas sitten onkin mun mies (naurahdus), 126 ni sillä tota, se on tän Ilkan kanssa niinku hyvin vanhoja ystäviä keskenään. Ja tää Katri on niinku sen vaimo, ja niillon lapset. Mä oon sitä kautta oppinu tuntee, 127 et sanotaan et ihan, ihan muutaman kuukauden vasta on niin, et tää Katri on käyny mun luona, jutteleen sillon tällön. (--) 134 Sit on yks Leena, yks (--), kenen kanssa mä ennen olin, oikeestaan, oikeestaan semmonen ystäväki, 135 mut emmä tiiä miten, me oltiin vähän erilaisia, 136 sitten se kävi meillä joskus, määkin kävin niillä (hiljaa). (--) 138 Ei me oikeestaan enää, ihan vaan jos mä soitan tonne ja Leena sattuu vastaan puhelimeen, ni muutaman kerran sitte, tai muutaman sanan vaihan, 139 no nää tuntee tietysti kaikki keskenään, ku (--). 140 Mut tää on aika suppee tää tosiaan, vaikka siinä nyt näköjään on enemmänkin noita ihmisiä.

Ystävikseen Marja lukee myös avomiehensä Matin vanhemmat, joiden luona he ovat säännöllisesti vierailleet yhdessä. Ystävyyssuhteiden tavoin myös työtovereiden merkitys näyttäytyy menetyksinä ja henkisenä etäisyytenä (ks. taulukko 4). Menneisyyden ihmissuhteilla on siis merkitystä nykyhetkessäkin – vaikkei Marja enää juurikaan ole tekemisissä heidän kanssaan.

Sairaalahoidon ja ammattiauttajien funktioiksi Marja kokee huolenpidon ja mahdollisuuden lepoon (ks. taulukko 3). Lisäksi omahoitaja on auttanut Marjaa oivaltamaan omia heikkouksiaan ja ymmärtämään tämänhetkistä elämäntilannettaan:

> 334 Ja mä olin jotenkin heti me oltiin samalla aaltopituudella sen [omahoitajan] kanssa. 335 Mä innostuin hirveesti ku me juteltiin semmosista asioista, mitkä, esimerkiksi näistä parisuhdeasioista, mitkä oli niinku just, 336 se osas niinku tulkita mua ihan oikein, 337 ja sitten se, niinku löyti, osas kysyä multa niitä oikeita kysymyksiä, ihan, 338 se anto mulle semmosen jännän monistehomman täältä, mitä on kerätty eri kirjoista. 339 Se oli ihan, siis osa siitä on ihan niinku mä oisin sanellu sitä. Ja samaten oli sitte tää "suutu ja hillitse silti itsesi" tai joku tämmönen kokoelma. Ihan oli niinku mun suusta niitä. 340 Et se, se osu niin kohalle, et mä niinku innostuin hirveesti siitä 341 ku mää nyt niinku, mä oon tienny mitkä ne, tai, tai et mä, mä oon tienny, et mulla ei mee hyvin ja tämmöstä, 342 mutta nyt mää niinku näin siitä, että semmosia kohtia, mitkä mä huomasin et näinhän tää onkin ja täähän on näin ni,

Innostuneisuus näistä oivalluksista tulee selvästi esille Marjan puheessa. Hän myös suunnittelee optimistisesti tulevaisuuttaan ja toivoo, että hänessä itsessään ja suhteissaan läheisiinsä tapahtuisi muutoksia.

TAULUKKO 4. Työsektorin funktionaaliset ominaisuudet; ensimmäinen haastattelu

TYÖTOVERIT
yksinäisyys
henkinen etäisyys
kriisin mahdollistaminen
menetys

Kuukausi sairaalahoidon jälkeen Marja ei koe verkostonsa muuttuneen lainkaan. Kuitenkin niissä merkityksissä, joita Marja verkostonsa jäsenille antaa, on havaittavissa muutoksia (taulukot 5–8). Marjalla ei enää ole selvää tarvetta merkityksellistää verkostoaan yhtenä kriisin aiheuttajana ja mahdollistajana; nyt verkosto on osa sairaalahoidon jälkeistä elämää. Perhe- ja sukuverkoston funktiona on selvästi sosiaalinen tuki, joka sisältää huolenpitoa, ymmärtämistä, käytännön apua ja saatavilla olemista. Marjan suhteissa läheisiin on myös niin sanotusti kielteisiä merkityksiä, kuten ymmärtämättömyyttä ja kyllästymistä. Läheisten huolenpito saa hetkittäin myös kontrolloinnin vivahteita:

> 399 Tai ehkä se et ne niinku huolehtii enemmän, 400 ne soittaa mulle useemmin ja, "miltäs tuntuu, onks kaikki ok", 401 meiän äitiki jos mä en käy siellä ni me soit-, niinku tänä aamunaki mää soitin meiän äitille sitten. 402 Että, jos mä en soita ja ilmottaudu niille, niin ne sit soittaa mulle. 403 Ei ne kysy, että "mikä tilanne?", mutta vähän niinku, että " noo mitäs, katotko telkkaa?" 404 ja et mää tiiän et ne soittaa kysyäkseen sitä tilannetta mut ne sit puhuu vähän niitä näitä että. 405 Ja en koe sitä millään lailla että ne tuppaantus. Kun se ei tapahu liian usein, 406 mut jos mun pitäs niinku raportoia niille olotilaani tai jotain, ni sit mää en tykkäis 407 mutta, mutta must on ihan kiva että kerran päivässä joko mää käyn siellä tai me soitetaan (5s.). 408 Se, se on niinku ihan mukavaa, että ne välittää minusta, 409 mut vaikkei ne soittaskaan ni kyllä mää tietäsin et ne välittää minusta (4s.). 410 Mutta että kyllä, kyllä ne on niinku huolissaan jos mää taas jotain tempausta teen 411 että, ne niinku kuitenkin vähän silleen niinku kontrolloi, mut ei se oo millään lailla ahistavaa. 412 Mää ymmärrän ihan hyvin, niin määkin tekisin jos.

Marja on hyvin tietoinen läheistensä huolestuneisuudesta ja välittämisestä ja pyrkii siksi myös suojelemaan heitä liialta huolestumiselta. Läheisten huolenpito ja auttamisyritykset aiheuttavat Marjalle paineita toipua nopeasti ja hän kokee tuskastuvansa kun mikään ei kuitenkaan näytä muuttuvan.

TAULUKKO 5. Perhesektorin funktionaaliset ominaisuudet; toinen haastattelu

AVOMIES	LAPSI 1	LAPSI 2
käytännön apu	huolenpito	henkinen etäisyys
henkinen läheisyys	ymmärtäminen	henkinen läheisyys
ymmärtämättömyys	saatavilla oleminen	
välinpitämättömyys	tiedon välittäminen	
liika yrittäminen	henkinen läheisyys	
	käytännön apu	
	riitoihin provosointi	

TAULUKKO 6. Sukusektorin funktionaaliset ominaisuudet; toinen haastattelu

ÄITI	LÄHISUKU	SUKULAIS-NAINEN	SUVUN NAISET	SUKULAIS-MIES
huolenpito	huolenpito	vastavuoroinen huolenpito	itsenäisyys	mahdollisuus empatiaan
läsnäoleminen	kontrollointi	henkinen läheisyys	yhtenäisyys	
saatavilla oleminen	oman tilan antaminen	käytännön apu		
tiedon välittäminen	saatavilla oleminen			
käytännön apu	välittäminen			
turvan saaminen	yhteistyö			
ymmärtäminen				
ymmärtämättömyys				
kyllästyminen				

Ystävät ja työtoverit näyttäytyvät Marjalle vielä etäisempinä kuin ensimmäisellä haastattelukerralla. Ystävien merkitys on saatavilla olemisessa: heihin voi ottaa yhteyttä jos haluaa, mutta nyt siihen ei ole tarvetta eikä kiinnostusta. Marja kokee supistaneensa verkostoaan tietoisesti ja sosiaalinen kanssakäyminen muiden kuin lähisuvun kanssa kiinnostaa yhä vähemmän:

46 Mut muuten, näitä työkavereita mä en oo ollenkaan tavannu. 47 Ja ku mä en oo menny mihinkään, 48 mää meen kodin ja ton meiän äitin ja mielenterveystoimiston väliä. 49 Et Tiina ja Matti, 50 Matti on nyt ollu täällä taas, 51 ja sitte tota äitiä ja Kaisaa ja Kallea, 52 no viikonloppuna näin mun veljenki, (--) 53 Veijoa sairaalassa, ku olin, kävin kattoon ja sitte yks päivä poikkesin siinä ku menin tonne mielenterveystoimistoon, 54 työkavereita en oo ollenkaan nähny, 55 pari kertaa oon, oon soittanu ja ilmottanu sairaslomasta, 56 ja sitten en oo näitä nähny, näitä Saaraa ja Markkua, 57 enkä nyt niinku (3s.) nyt muitakaan et. 58 Täällä mää oon kököttäny, mullei oo minkäänlaista intoo lähtee mihkää, 59 et mua oikein niinku kuvottaa jos mun pitäs mennä, 60 ku mä oon joutunu muutaman kerran käymään kaupassa tietenkin, ni pitää laittaa ihmisen näköseks itteesä ja, oikein et, ei, emmää. 61 Et mä puhuinki tuolla eilenki, et mua niinku kauhistuttaa oikein, et ku mun pitää lähtee tota, töihin. 62 Et ensin musta tuntu kauheen pitkältä ku kuueenteentoista päivään asti oli sairaslomaa mutta nyt tuntuu ihan et ei herrajumala, emmä, 63 on mulla ensviikko sitten lomaa, mut ei sekään nyt varmaan oikeen lomalta tunnu jos niinku, pitäs niinku olla vähän intoo tehä jotain, 64 että ei, ei oo, ei mikään ei kiinnosta. 65 Punkka vetää, et mulla saattaa mennä monta päivää, et mä en ees käy tuolla meiän olohuoneessa. 66 Mä meen vaan tässä sängyn ja keittiön välillä ja. (--) 109 Ja sit vaikka mä oon hirvee puhumaan, ni mua ällöttää ku mä meen sinne mielenterveystoimistoonki ni, että jos joku tulee vaikka tossa pihassa vastaan ja rupee jutteleen mulle, "no moi, ootsää lomalla", 110 et mä en vois yhtään kuvitella et mä rupeisin ju- jutusteleen.

Lähes ainoaksi syyksi poistua kotoa jää mielenterveystoimistossa käyminen. Paikallisen mielenterveystoimiston työntekijöiltä Marja kokee nyt saavansa tarvitsemaansa tukea.

TAULUKKO 7. Muut–sektorin funktionaaliset ominaisuudet; toinen haastattelu

YSTÄVÄT	AMMATTIAUTTAJAT
saatavilla oleminen	henkinen tuki
huolenpito	avun saaminen
avoimuus	mahdollisuus keskustella
henkinen etäisyys	mahdollisuus avoimuuteen

TAULUKKO 8. Työsektorin funktionaaliset ominaisuudet; toinen haastattelu

TYÖTOVERIT
riittävä
yhteydenpito
henkinen etäisyys

Viimeisellä tutkimuskerralla Marjan tuottamat merkitykset saavat taas uusia vivahteita. Hän sijoittaa sukusektorille aivan uusia jäseniä, jotka saavat merkityksensä masennuksen syyselityksenä (ks. taulukko 10). Hän kokee, että näiden etäisempien sukulaisten sairastumiset ja kuolemat ovat osaltaan vaikuttaneet tämänkertaisen masennuksen kehittymiseen.

Verkoston jäsenet ovat nyt saaneet aikaisempaa enemmän myös kielteisiä merkityksiä. Etenkin avomiehen (ks. taulukko 9) ja ammattiauttajien (ks. taulukko 11) funktioissa on kielteisiä sävyjä. Marja on yhä pettynyt siihen, ettei mikään näytä muuttuvan ja on tietoisesti omaksunut passiivisen roolin:

> 1623 Mä oon ollu vähän silleen, että mä en niinku, niinku mä sanoin, et mua ei oikein kiinnosta tuo puhuminen välillä ollenkaan. 1624 Niinku tänään mua ei taas kiinnostas yhtään. 1625 Niin tota, niin niin, mä en viitti sanookaan ees joka asiasta, 1626 et mää vaan niinku ootan, että tää tilanne tästä menis, 1627 että ei se tykkääminen meiän [Marjan ja Matin] välillä varmaan yhtään vähentyny, 1628 mutta mä oon niinku tullu välinpitämättömäks tälle suhteelle silleen että. 1629 Toisaalta mullon hirveen hyvä olla tossa Matin kanssa, mutta toisaalta mää niinku ajattelen koko ajan, että pitäsköhän tän loppua että. 1630 Et ku toisaalta me ollaan sen verran eri aaltopituudella, 1631 mut emmää niinku, mä oon niinku antanu nyt olla vaan ja mää aattelen et kyl se menee itestään se asia ku mennään sinne taas sinne, tai ku mennään sinne perheasiain- mikä neuvottelukeskus se on ja sinne. 1632 Ni mä aattelen, et kyllähän se siinä, siinä niinku ratkee, 1633 et mä en jaksa täällä kotona, nyt ku mä haluan vaan nytte niinku levätä ja, en hirveesti pohdiskella kaikenlaista. (--) 1637 Ni mä aattelin, että parempi ku mä en pohdiskele yhtään mitään, annan vaan asioitten mennä (6s.). 1638 Ni mä aattelin, et kyllä kai nuo menee omalla painollaan ja tulee sitte semmost- semmoset tilanteet jotka ratkee itestään tai sitten, 1639 mut ei tässä nyt mitään ylitsepääsemätöntä oo tullu, et mun ois pitänyt hirveesti pohdiskella tai, sen kummemmin. Että tuota, kyllä se ihan on menny, 1641 ja sit toisaalta niinku parempi ku mä en oo kaikkeen puuttunukkaan, ni ton Tiinan kanssa on tilanne ollu paljon rauhallisempaa. 1642 Ku mä en viitti puuttua joka asiaan, ni ei tuu kato niitä riitojakaan niin paljon.

Tällainen ristiriita muutostoiveiden ja niiden toteutumatta jäämisen välillä leimaa nyt Marjan puhetta. Hän ei enää ole yhtä optimistinen kuin sairaalassa ollessaan. Huolimatta tiiviistä suhteesta ammattiauttajiin, ei nopeita muutoksia ole tapahtunut, mikä myöskin lisää Marjan pettymystä (taulukko 11). Toisaalta Marja ei ole myöskään täysin lannistunut. Hän on osittain tyytyväinenkin omaan passiivisuuteensa, joka on rauhoittanut hänen perhesuhteitaan.

TAULUKKO 9. Perhesektorin funktionaaliset ominaisuudet; kolmas haastattelu

AVOMIES	LAPSI 1
masentuneisuus takertuminen yhdessä oleminen välittäminen välinpitämättömyys ihmissuhteiden ylläpito ja luominen	riidattomuus

TAULUKKO 10. Sukusektorin funktionaaliset ominaisuudet; kolmas haastattelu

ÄITI	ISÄ	AVO-MIEHEN SUKU	VELI	ETÄSUKU	SUKULAIS-NAINEN
tiedon välittäminen saatavilla oleminen käytännön apu tiivis yhteydenpito ihmissuhteiden ylläpito ja luominen	henkinen etäisyys lähentyminen	henkinen etäisyys	kiireisyys henkinen etäisyys	henkinen etäisyys menetykset henkinen stressi	lähentyminen

Ystävien ja työtovereiden funktioissa ei ole tapahtunut muutoksia, pikemminkin aikaisemmat merkitykset ovat saaneet vahvistusta (ks. taulukot 11 ja 12). Vaikka yhteydenpito ystäviin on vähentynyt tai loppunut, Marja ei koe sitä menetyksenä:

> 1394 Ja näitäkään mää en niinku oo nähny nytten oikeestaan muutamaan kuukauteenkaan Lassea, Leenaa ja Kallea, 1395 mutta tossahan ne asuu lähellä että sinne vois mennä käymään tai niille soittaa, 1396 mut emmää tiiä jotenki mää en jaksa 1397 ja mä en oo oikeen samalla aaltopituudella enää ton Leenan kanssa ni. 1398 Ne on semmoset vähän, vähän mitkä on niinku automaattisesti luistaantunu pois tässä viimesen ehkä vuodenki aikana, vähän reilunki, 1399

> että ennen oltiin enemmän tekemisissä (8s.). Että semmonenhan se. (--) 1417 Sit mä oon ite niinku silleen et ei mua oo oikeen kiinnostanukkaan lähtee enää moneen kuukauteen mihinkään, 1418 et mä vaan oon nautiskellu täällä kotona olosta (8s.). 1419 Et eiköhän ne siinä nyt oo tosiaan, täällä, täällä on näitä mutta ei niitten kanssa oo tekemisissä. (--) 1424 T: Miltä susta tuntuu se, että on vähentyny niinku yhteydenpito? M: Noo, ei miltään. Ihan hyvältä (naurahtaen). 1425 Emmää, mä en ainakaan nyt tällä hetkellä jaksaskaan yht-, 1426 kuhan nytten, mä niinku nautin vaan siitä, et mun ei tarvii ollakkaan, nii, et mun ei tarvii niinku velvollisuuden tunteesta olla 1427 ku mulla ei oo semmosta tunnetta et mä haluaisin olla tekemisissä näitten kanssa. 1428 Mut eilenki se Riitta laitto tekstiviestin, ni kyllä mää sille sit soitin ja me juteltiin siinä jonkun aikaa. Et se oli ihan mukava. 1429 Mutta se taas riittää nyt pitkäks pitkäks aikaa että ei. 1430 Mää, ei vaan niinku kiinnosta olla tekemisissä.

Tällä tavoin Marja korostaa ystävien ja tuttavien saatavilla oloa ja omaa vetäytymisen tarvettaan. Marjan puheessa ei myöskään ole surun tunnetta, äänensävy on pikemminkin kyllästynyt, mikä korostaa vaikutelmaa vetäytymisen tarpeesta.

TAULUKKO 11. Muut–sektorin funktionaaliset ominaisuudet; kolmas haastattelu

YSTÄVÄT	AMMATTIAUTTAJAT
saatavilla oleminen	hyödyttömyys
henkinen etäisyys	

TAULUKKO 12. Työsektorin funktionaaliset ominaisuudet; kolmas haastattelu

TYÖTOVERIT
henkinen etäisyys
saatavilla oleminen
yhteydenpito

3.3 Sisäinen tarina

Eksplisiittisesti havaittavaa läpäisevää teemaa aineistosta ei löydy. Sen sijaan jokaisessa haastattelussa useat teemat, jotka liittyvät juuri Marjaan itseensä tai hänen

ihmissuhteisiinsa ovat varsin ristiriitaisia keskenään. Ikään kuin Marjan ydinkokemus, sisäinen tarina, olisi vielä kadoksissa tai koostuisi juuri noista keskenään taistelevista teemoista.

Marjan itsekokemuksessa ristiriitaisuus ilmenee seuraavien polariteettien välillä: 1) voimakas elämänhallinnan tarve – hallitsemattomuuden kokemukset, 2) muutoksen kaipuu – vetäytyneisyys, 3) itsenäisyys – riippuvaisuus. Marjalla on voimakas tarve hallita eri tilanteita ja elämänalueita, varsinkin itseään ja ihmissuhteitaan:

> 398 vaan mä suunnittelen näin että (2s.) perjantaina töitten jälkeen tehään ostokset (--) ja sitten käyään saunassa ja sitten katotaan se ja se ohjelma ja, läpäläpälää. 399 Mutta mä hermostun heti siitä jos sattuukin käymään niin että perjantaina töitten jälkeen käyään kaupassa (--), ja sit sauna oiski vaikka myöhemmin, mä en kerkeekkään sitä ohjelmaa kattoon. 400 Ku mä oon tehny tämmösen suunnitelman, ni, se nyt oli semmonen tavallinen esimerkki, mutta tommonenkin jo hermostuttaa mua, 401 saati sitten jos mä suunnittelen näin että (huokaus) (6s.) no, parisuhteesta esimerkiks, että, että tota (3s.) Matin kanssa mennään saunaan ja sitten katotaan sitä ja tätä ja istutaan siinä suunnilleen käsi kädessä ja keskustelemme jostain tästä ja tästä aiheesta. Sit jos se niinku sanookii, että hän meneeki Ilkan luo, ni mä raivostun siis, 402 siis mä huomaan, että mää oon ku, hm, siis ku pikkulapset. Jos mä, jos ei käy niinku mä sa-, haluan ja sanon, ni mä suutun. 403 Mutta ku aina on käyny niin. 404 Ku mä oon aina ollu se joka on tehny kaikki asiat.

Kokemukset hallitsemattomuudesta sotivat kuitenkin elämänhallinnan tunnetta vastaan. Vastaavia hallitsemattomuuden kokemuksia Marjalla on alkoholin- ja lääkkeidenkäytössään. Myös Marjan itsemurhayritys tapahtui tilanteessa, jossa hänellä oli hyvin voimakkaita hallitsemattomuuden tunteita.

Toinen ristiriitainen teemapari, muutoksen kaipuu – vetäytyneisyys, kärjistyy etenkin sairaalasta paluun jälkeen. Marja haluaisi muutosta tapahtuvan varsinkin itsessään ja tuskastuu kun ei koe muutoksen toteutuvan. Marja haluaisi toisaalta olla toimelias ja tuntea mielihyvää, mutta toisaalta hän tiedostaa, ettei siihen kykene:

> 267 Sit eilenki ku paisto aurinko, mää istuin siinä mielenterveystoimiston pihassa ja polttelin tupakkia, ku ootin sitä aikaa, ni, siitä meni päiväkotilapsia sinne rantaan. Ni musta oli niinku toisaalta kauheen kivaa kattella ku ne siinä tepasteli, toisaalta mua ärsytti ihan hirveesti ku ne hihku onnellisena ja, 268 mua niinku otti päähän se, että minkä takia mää en voi kokee niinku semmosta iloo, et mää lähtisin tonne aurinkoon käveleen tohon jäällekki ja. 269 Se ois varmaan hirveen hauskaa, mut enhän mä, mä en voi kuvitellakkaan lähteväni sinne.

Kykenemättömyys toimintaan, joka ennen on tuottanut mielihyvää, on Marjalle tuskallista. Hän ei myöskään täysin osaa selittää itselleen sitä, miksi harrastukset,

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO
Psykologian laitos
PL 35
40351 Jyväskylä

kotityöt tai sosiaalinen kanssakäyminen tuntuvat niin vastenmielisiltä. Toisaalta hän haluaa nauttia, mutta toisaalta hän ei siihen kykene ja vetäytyy kaikesta.

Kolmas Marjan itsekokemusta kuvaava ristiriita on teemoissa itsenäisyys ja riippuvaisuus. Marja kuvaa itseään toisaalta hyvin vahvaksi ja itsenäiseksi ja toisaalta myös hyvin riippuvaiseksi muista ihmisistä:

> 404 Ku mä oon aina ollu se joka on tehny kaikki asiat. 405 Mä esimerkiks ku mä olin naimisissa ni, ei mun ois tullu mieleenkään, et mä oisin sanonu sille mun miehelle vaikka että mee maksaan toi lasku. 406 Ku mä maksoin sen ite, ni mä tiesin et se oli tehty, 407 ku mää sillai et jos mä pyyän jonkun tekemään vaikka jotain, ni mähän teen sen jo ite sillä aikaa monin verroin, ja mä, sillon se tulee just sillälailla ku mä ite haluan.
>
> 454 Että, mää oon hirveen semmonen, mä oon jostain lukenu siitä läheisriippuvaisuudesta, musta tuntuu, että mä oon hirveen läheisriippuvainen, mä en ees muista, siitä on kauan ku mä oon lukenu, varmaan vuosia, et mitä se loppujen lopuksi tarkottaa, mut ilmeisesti mää oon semmonen ihminen.
>
> 503 mä oon vielä sitäpaitsi hirveen semmonen jotenki mustasukkanen, et mä en oo mustasukkanen et mä luulisin että Matilla ois toinen nainen. Mut mä oon mustasukkanen ihan siitä sen ajasta. 504 Tosiaan niinku mä sanoin, et jos nyt hyvänen aika menee autoo laittaan mieluummin ku kattoo mun kanssa telkkaa, ni mä oon mustasukkanen siitä jo. T: Ni ettei oo sinun kanssa. M: Nii.

Tämä ristiriita tulee esille etenkin ensimmäisessä, sairaalassa tehdyssä, haastattelussa. Jälkimmäisissä, kotona tehdyissä, haastatteluissa Marja ei enää tuo niin vahvasti esille taipuvaisuuttaan itsenäisyyteen. Teemat liikkuvat pikemminkin oman voimattomuuden ja passiivisuuden ympärillä.

Marjan kokemusta sosiaalisesta verkostostaan kokonaisuutena ja suhteestaan siihen kuvaa ristiriitaisuus teemapareissa 1) etäisyys – läheisyys, 2) samuus – muutos ja 3) laajuus – suppeus. Marja sijoittaa verkostoonsa lukuisia ihmisiä, joista useat ovat lähellä häntä itseään. Puheessaan hän kuitenkin korostaa sitä, ettei ole juurikaan tekemisissä heidän kanssaan. Viimeisessä nykyhetken verkostokartassa on yhteensä 46 henkilöä, joista vain neljä (perhe, äiti ja sukulaisnainen) on läheisiä ja jatkuvia ihmissuhteita. Se, että Marja puhuu paljon yksinäisyyden kaipuustaan ja vetäytymistaipumuksestaan, on myös ristiriidassa verkostokarttojen suuren koon kanssa. Lisäksi karttoihin sijoittamiensa ihmisten lukumäärästä huolimatta Marja kokee, että hänen verkostonsa on suppea. Hän sanoo myös, että verkosto on supistunut viimeisten vuosien aikana. Silti nykyhetken verkostokarttoihin Marja on sijoittanut selvästi enemmän ihmisiä kuin karttaan, joka on ajalta ennen psyykkisten ongelmien alkamista.

3.4 Tarinallisen kiertokulun ulottuvuudet

Marja välittää haastatteluissa vahvan naisen kertomuksen. Erityisesti ensimmäinen haastattelu on tällainen "olen selviytyjä"–kertomus. Kahdessa jälkimmäisessä haastattelussa mukaan tulee yhä enemmän lannistumisen ja kyllästymisen sävyjä, mutta teemat liikkuvat paljolti juuri omassa pärjäämisessä ja itsenäisyydessä. Ensimmäisessä, sairaalassa tehdyssä, haastattelussa Marjalla on tarve tulla kuulluksi ja saada tuottaa kertomustaan. Sairaalasta paluun jälkeen halu kertoa on vähentynyt selvästi.

Situaatiolla tarkoitetaan kaikkien niiden asioiden kokonaisuutta, joihin ihminen on kunakin hetkenä suhteessa (Rauhala, 1995). Yksilön situaatioon kuuluu siis lukemattomia tekijöitä, joita kaikkia voi olla vaikea konkretisoida. Tässä mielessä sosiaalisella verkostokartalla ja verkoston käsitteellä voi havainnollistaa yksilön sosiaalista situaatiota: ihmisiä, yhteisöjä ja ihmissuhteita, joihin yksilö on kunakin hetkenä suhteessa. Edellä on kuvattu Marjan kokemusta sosiaalisesta situaatiostaan verkostoteoreettisten käsitteiden avulla. Lisäksi Marjan situaatio on jo muutamien vuosien ajan ollut erilaisten menetyskokemusten vastaanottamista, kuten ero puolisosta sekä verkoston jäsenten ja oman terveyden järkkyminen.

Draamassa, itse elävässä elämässä, yksilö pyrkii toteuttamaan sisäisen tarinansa mukaisia projekteja (Hänninen, 1999). Elämällä elämäänsä yksilö siis ikään kuin testaa sisäistä tarinaansa, sitä, kuinka hyvin se toimii itse elämässä. Marjan draamaa kuvaavat ne lukuisat esimerkit, joita hän arkielämästään, kuten ihmissuhteistaan ja työstään, kertoi.

> 507 Sit musta tuntuu että, sit sitten mää vaan, että hyvä ku mää jaksoin meikata ja mennä töihin ja tulla kotiin ja tehä ruuat. 508 Ja sit ku sehän oli kato se että mä en nukkunu sillon, ku mä nukuin niitä pieniä pätkiä vaan ni sitten mua rupes hermostuttaan se ja sit mää rupesin niinku kellon kanssa kilpaa nukkumaan ja. 509 Ni sit mulla oli enää vaan se että mun on jaksettava aamulla nousta ja mennä töihin. 510 Et se, mä en niinku ajatellu suunnilleen enää muuta ku että nyt nuku nuku nuku että jaksat mennä töihin ja. 511 No aamulla nousen, nyt on noustava, nyt täytyy meikata.

Marja kuvaa elämänsä olleen jo jonkin aikaa tällaista suoriutumista ja päivästä toiseen selviytymistä. Jos omia tarinallisia projekteja on edes ollut, ei niiden toteuttamiseen ole ollut voimia. Marja on luovinut päämäärättömästi tilanteesta toiseen ja tilanteet ovat

seuranneet toisiaan ohimenevien tapahtumien virtana, josta ei saa otetta. Myös itsemurhayritykset Marja kokee irrallisina vahinkoina, joilla ei ole yhteyttä muihin hänen elämänsä tapahtumiin.

Marjan puheessa tulee selvästi esille se, ettei hänellä ole käytettävissään omaa kokemustaan vastaavia sosiaalisen tarinavarannon kertomuksia. Marjan tunne oman kokemuksensa poikkeavuudesta näkyy jo ensimmäisessä haastattelussa:

> 379 Et mullei varmaan oo semmonen perinteinen, jos ajatellaan, no emmä nyt tiiä tietysti, ehän mä tiiä minkälainen on masentunu, ehän mä tienny tästä sairaalastakaan mitään ennen ku (hiljaa). 380 Mut mullon jotenkin semmonen tunne, että (3s.) vaan jotkut ihan täydelliset alkoholistit masentuu tai, tai alkoholistien perheissä vaan menee huonosti tai. Jotenkin kaikki muut on niin freshin ja tämmösen huolettoman näkösiä ja. 381 Et, et musta tuntuu, ettei oo silleen semmosta ongelmaa että esimerkiks niinku tällä Katrilla varmaan onki, (--) 385 Tai että mä oon niinku kuvitellu, että ainoastaan semmosissa tilanteissa tulee semmosia paineita ja, pelkojakin. 386 Emmää voinu ymmärtää että pelkää mennä nukkumaan yheltätoista ku pelkää että herää jo varttii vaille kakstoista (3s.). 387 Et ihan niinku semmosta (4s.) vähän olematonta

Tämä poikkeavuuden kokemus jatkuu myös sairaalasta paluun jälkeen. Marja tuntee olevansa erilainen suhteessa sekä muihin masennukseen sairastuneisiin että sosiaaliseen verkostoonsa. Marjan on myös vaikea nimetä omaa kokemustaan masennukseksi:

> 1654 Ja nyt, nytten se niinku määritteli tuo lääkäri, et mullois niinku keskivaikea masennus. 1655 Mutta sitten just sitä se sano, että tunnenko mä itteni masentuneeks. No, mä sanoin, että mitä, jos se masennus on sitä että kaikki ottaa päähän eikä saa mitään aikaseks ja näin, ni kyllähän mää sitten oon. 1656 Mutta, mutta sitten se, miten se sano, että tunnenko mä itteni alakuloiseks. No tottakai mää tunnen itteni alakuloseks, musta tuntuu et mää vaivun semmoseen synkkyyteen, mutta, en, emmää tunnista että onko se sitä masennusta. 1657 Et on alakuloinen ja synkkämielinen ja ei saa mitään aikaseks.

Tämä vaikeus tunnistaa omaa kokemustaan nimenomaan masennukseksi on esillä jokaisessa haastattelussa. Marja ei voi myöskään tukeutua oman sukunsa kertomuksiin; suvun naiset ovat aina olleet vahvoja, pärjääviä ja omatoimisia. Tämä ristiriita ulottuu aina Marjan itsekokemukseen saakka: toisaalta hän tuntee olevansa vahva ja itsenäinen, toisaalta heikko ja muista riippuvainen.

> 348 Ni et mä huomaan et mä oonki niinku hirveesti muka hoitanu ja huolehtinu kaikkien muitten asioista, 349 ja sitten itellä kuitenkin ollu koko ajan, et mun ois hirveesti pitänyt hoitaa vaan itteeni ja keskittyä enemmän itteeni, olla itsekkäämpi. 351 Mä oon ollu kato niin vahva, mä oon hirveen semmonen vahva. (--) 354 semmonen niinku kaikessa hirveen voimakas. 355 Mut se taas varmaan johtuu siitä, mitä sitten sairaalassa sillon ku mä olin viime kerran, puhuttiin, että meillon kato mun mummo on on ollu, jääny leskeks kun mun äiti on ollu kuusvuotias, (--) 357 Mummo, sit sillä oli näitä lapsia, oli enoki, mutta se sitte meni pois kotoa, 358 ni mun, tää täti meni vasta vanhoilla päivillään niin sanotusti, (--) naimisiin. (--) 361

> Ni, kato meitä oli mummo, äiti, täti, minä ja sitten enoraukka siellä ni. 362 Ni kato me oltiin semmonen naisten kööri, me, 363 mä oon niinku kasvanu siihen, että kyllähän me tehään.

Marjan täytyisi toisaalta jatkaa sukunsa perinnettä ja olla vahva nainen, mutta toisaalta hän tuntee olevansa lannistunut, väsynyt ja heikko, jota hänen on vaikea hyväksyä.

3.5 Sisäinen tarina tarinallisessa kiertokulussa

Tarinallisen kiertokulun teorian kautta tarkasteltuna (ks. liite 1) Marjan ydinkokemuksen, sisäisen tarinan, ristiriitaisuus tulee ymmärrettävämmäksi. Hännisen (1999) sanoin tuota kokemusta voi nimittää tarinalliseksi tyhjiöksi. Marjan tarinallinen tyhjiö on on epäyhtenäisen tarinallisen kiertokulun keskiössä ja kiertokulun eri ulottuvuudet ovat ristiriitaisia. Sosiaalisesta tarinavarannosta Marja ei koe hyötyvänsä: hän ei tunne omaansa vastaavia kokemuksia ja sukunsakin tarinavaranto tarjoaa vahvan selviytyjänaisen identiteettiä. Tällaista tarinaa Marjaa kuitenkin yrittää kertoa. Aivan kuin hän kertomisen avulla tavoittelisi aineksia sisäiseen tyhjiöönsä. Sairaalassa ollessaan Marja tuntee tässä onnistuvansakin; hänen kertomuksensa on hyvin optimistinen ja hän myös aidosti uskoo siihen.

Vahvan selviytyjänaisen kertomus törmää kuitenkin Marjan elävän elämän draamaan ja situaatioon. Marjan arkielämä on kauan ollut selviytymistä ja päivästä toiseen suoriutumista, mikä jatkuu myös sairaalasta paluun jälkeen. Uudet elämäntilanteet ja vastoinkäymiset tulevat ja menevät ja Marja ikään kuin seuraa sivusta tuota tapahtumien virtaa. Kertomuksen ja draaman ristiriidan kautta tulee ymmärrettäväksi se, miksi Marja sairaalasta paluun jälkeen on haluttomampi jatkamaan kertomusta. Vahvan naisen selviytymiskertomus ei toimi siinä elämässä, johon Marja sairaalahoidon jälkeen palaa ja joka toteutuu kiinteästi juuri suvun selviytyjänaisten kanssa.

Tarinallinen tyhjiö ja orastavan sisäisen tarinan ristiriitaisuus myös ruokkii Marjan kokemusta draamansa tyhjyydestä ja juonettomuudesta. Kun ei ole yhtenäisiä vastauksia kysymyksiin miksi elän, kuka olen, mikä on tärkeää, miten tähän on tultu ja miten jatkan eteenpäin (Hänninen, 1998), jatkuu draamakin epäyhtenäisenä ja juonettomana tapahtumien virtana.

Ensimmäisen haastattelun innostuneisuus kertoo Marjan suuresta tarpeesta rakentaa uutta sisäistä tarinaa, jossa masennukseen sairastuminen olisi ymmärrettävä osa. Tutkimustilanne myös palvelee tätä tarkoitusta: Marja saa tilaisuuden kertomuksen tuottamiseen ja sitä kautta sisäisen tarinansa pohdiskeluun. Verkostokartan piirtämisen avulla Marja etsii elämästään syitä sairastumiselleen. Näin selittyy myös se miksi Marja jokaisella tutkimuskerralla sijoittaa verkostoonsa etäisiä ja jo päättyneitä ihmissuhteita, joiden merkitykset toimivat masennukseen sairastumisen syyselityksinä. Kun tutkimustilanteessa verkostokarttaan pyydetään sijoittamaan merkityksellisinä koettuja ihmisiä, muodostaa Marja verkostonsa sen mukaan, miten hyvin se auttaa uuden sisäisen tarinan hahmottelussa.

4 POHDINTA

4.1 Päätulokset ja tulosten suhde taustakirjallisuuteen

Tarkoituksena tässä tutkimuksessa oli yhdistää yhden tapauksen tapaustutkimuksessa kaksi elämän muutosvaiheita tarkastelevaa teoreettista viitekehystä: sosiaalisten verkostojen teoria ja tarinallisen kiertokulun teoria. Tavoitteena oli kuvailla ja ymmärtää masennukseen sairastuneen potilaan kokemusta sosiaalisen verkostonsa ominaisuuksista ja sitä miten tuo kokemus muuttuu psykiatrisesta sairaalasta paluun jälkeen. Lisäksi tavoitteena oli kuvata ja ymmärtää kyseisen potilaan sisäistä tarinaa tarinallisen kiertokulun teorian (Hänninen, 1999) valossa. Tutkimuksessa edettiin raaka-analyysista ja – tuloksista tarinallisen kiertokulun teorian ohjaamaan varsinaiseen analyysiin. Jokainen vaihe rakentui aina edellisen varaan ja edellisen vaiheen tulokset tulivat ymmärrettäviksi seuraavien vaiheiden kautta.

Tutkimustapauksen eli Marjan tekemät verkostokartat eivät vastaa tyypillisen psykiatrisen potilaan (Albert, ym., 1998; Pattison & Pattison, 1981) ja masennukseen sairastuneen (Amann, 1991; Cornelis, ym., 1989) kooltaan pientä verkostoa. Marjan kokema verkosto kasvoi tutkimuksen edetessä aina 46:een jäseneen, joista etäisimmät muuttuivat yhä etäisemmiksi ja läheiset läheisemmiksi (ks. liitteet 3 ja 4). Marjan tapaus kuitenkin muistuttaa Veielin ja Kuhnerin (1990) kvantitatiivisen tutkimuksen tuloksia, joiden mukaan kuukauden kuluttua sairaalahoidosta potilaat olivat sitä masentuneempia mitä suurempi heidän tukea antava sukuverkostonsa oli.

Sosiaalisen verkoston funktionaaliset ominaisuudet ovat verkoston jäsenten toiminnan merkityksiä (Hanson & Östergren, 1987; Seikkula, 1994, 28). Sairaalassa ollessaan Marjan tuottamat merkitykset olivat sairastumisen syyselityksiä ja kriisin mahdollistamista sosiaalisella tuella. Perhe- ja sukusektorin jäsenet saivat läheisyyteen ja yhdessäoloon liittyviä funktioita kun taas ystävät ja työtoverit olivat menetettyjä tai etäisiä. Kuukausi sairaalahoidon jälkeen etenkin lähiverkosto, perhe ja lähisuku, olivat osa arkielämää – funktioina sekä sosiaalinen tuki eri muodoissaan että erilaiset kielteiset merkitykset, kuten kontrollointi. Etäisemmät verkoston jäsenet, lähinnä ystävät ja

työtoverit, olivat entistä etäisempiä ja saivat merkityksensä saatavilla olostaan. Kolmannella, eli viimeisellä, tutkimuskerralla tuo etäisyys sai edelleen vahvistusta ja lähiverkoston merkityksissä oli taas enemmän kielteisiä sävyjä kuin aiemmin. Lisäksi sairastumisen syyselitykset nousivat uudestaan sekä etäisempien jäsenten että lähiverkoston funktioiksi.

Hännisen (1999) kehittelemä tarinallisen tyhjiön käsite soveltui hyvin kuvaamaan Marjan sisäistä ristiriitaisuuden kokemusta. Marjalla tarinallisen tyhjiön aika ei kuitenkaan ollut kirjaimellisesti tyhjää: sisäinen tarina oli muotoutumassa keskenään taistelevista omaan itseen ja ihmissuhteisiin liittyvistä teemoista. Myös tarinallinen kiertokulku oli epäyhtenäinen. Sosiaalisesta tarinavarannosta Marja ammensi sukunsa selviytyjänaisten kertomusaineksia ja pyrki vahvan naisen selviytymistarinaa kertomalla vaikuttamaan sekä omaan sisäiseen tarinaansa että ympäröivään maailmaan. Kertomus ei kuitenkaan toiminut sairaalahoidon jälkeisessä elävän elämän draamassa, joka toisaalta vaati Marjalta selviytymistä, mutta toisaalta vei menetyssituaatioiden myötä häneltä kaikki voimat. Siten myös Marjan tarve kertoa väheni ensimmäisen haastattelun innostuneisuudesta jälkimmäisten kyllästyneisyyteen ja haluttomuuteen (tulokset yksityiskohtaisemmin luvussa 3).

Kun sekä masennuspotilaiden sosiaalisiin resursseihin liittyvä taustakirjallisuus on tuloksiltaan ristiriitaista että myös tämän tutkimuksen raakatulokset ovat osin ristiriidassa masennukseen ja verkostoihin liittyvän tutkimusperinteen kanssa, vaikuttaa siltä, että kyseessä on hyvin monitahoinen ilmiö. Miten siis on selitettävissä se, että toisaalta heikoiksi koettujen sosiaalisten resurssien on todettu olevan yhteydessä masennukseen sairastumiseen ja sairastamisen jatkumiseen (esim. Billings, & Moos, 1985a) ja toisaalta taas se, että suuri tukea antava sukuverkosto on yhteydessä vain voimakkaampaan masennukseen sairaalahoidon jälkeen (Veiel, & Kühner, 1990). Entä se, että tässä tutkimuksessa masennukseen sairastunut potilas piirsi verkostokartan, joka sisälsi parhaimmillaan 46 henkilöä, mutta puheessaan koki verkostonsa hyvin suppeana ja samalla kuitenkin täysin riittävänä?

Lähtökohtanahan tässä tutkimuksessa oli ensinnäkin ajatus siitä, että nimenomaan yksilön subjektiivinen kokemus sosiaalisista resursseistaan on yhteydessä psyykkiseen hyvinvointiin (George, ym., 1989; Revenson, ym., 1991) sekä masennukseen sairastumiseen ja siitä toipumiseen (Billings, & Moos, 1985a, 1985b; Lara, ym., 1997;

McNaughton, ym., 1992). Toiseksi, myös sosiaalisen verkoston määritelmä perustui subjektiivisuuteen: verkostoon kuuluvat ne henkilöt, joilla on psyykkistä merkitystä yksilölle (Speck, & Attneave, 1973). Tältä pohjalta ja yhdessä tarinallisen kiertokulun teorian (Hänninen, 1999) kautta tarkasteltuna muuttuivat edellä mainitut ristiriitaisuudet ymmärrettäviksi. Kun tavalliseen aikuisen sosiaaliseen verkostoon on todettu kuuluvan keskimäärin 25 ihmistä (Pattison, & Pattison, 1981), tulkittiin Marjan näennäisesti suuri verkosto ja sen saamat funktiot osaksi tarinallisen tyhjiön (esim. Hänninen, 1999) aikaa, jolloin motivaatio uuden sisäisen tarinan muotoiluun on suuri. Suhteellisen avoin teemahaastattelu oli ihanteellinen tilaisuus muokata mahdollista uutta tarinaa ja kokeilla sen kertomista, missä sosiaalinen verkosto ja sen jäsenten toiminnan merkitykset rakentuivat pitkälti sillä perusteella miten hyvin ne palvelivat muotoutuvaa tarinaa.

Tämän tutkimuksen ja aikaisempien tutkimusten uudelleentarkastelun myötä syntyy eräänlainen kokoava käsite: *tarinallinen tukeminen*. Sillä tarkoitetaan tässä tarinallisen tyhjiövaiheen etsinnän ja eksymisen hyväksymistä, uusien mahdollisuuksien näkemistä ja rohkeaa vanhaan jumiutumisen välttämistä. Käsitteen taustalla ovat muun muassa ajatukset verkoston jäsenten monipuolisesta psyykkisestä merkityksestä (Speck, & Attneave, 1973; Marsella, & Snyder, 1981), verkoston isolaatin ja muiden heikkojen siteiden tärkeydestä (Adelman, ym., 1987; Seikkula, 1994), tiheän ja harvan verkoston eroista (Ikonen-Nylund, & Petterson, 1991), sosiaalisesta tuesta (esim. Revenson, ym., 1991), tarinallisesta kuntoutumisesta (Valkonen, 1994) ja sisäisen tarinan funktioista (Crites, 1986; Hänninen, 1999).

Kun yksilön elämä ajautuu kriisiin, esimerkiksi hänen sairastuessaan psyykkisesti, seuraa Hännisen (1999) sanoin tarinallisen tyhjiön aika, joka suuntaa muotoilemaan uutta sisäistä tarinaa. Sairastuminen olisi jotenkin saatava järkeväksi ja selitettäväksi osaksi omaa elämänkulkua. Tämä tutkimus osoittaa sen, miten sosiaalisella verkostolla voi olla merkittävä rooli kyseisen prosessin edistäjänä, tukijana tai sitten jarruttajana. Edellä mainittu verkoston psyykkinen merkitys (Speck, & Attneave, 1973) voi siis olla tarinallista tukemista: sen tilan avartamista, missä uusia merkityksiä kokemuksille voi syntyä rajattomasti. Parhaimmillaan se johtaa uusien juonenkulkujen muodostumiseen, menneisyyden ja tulevaisuuden yhdistymiseen ja minuuden integroitumiseen (Crites, 1986). Tutkimustilanteissa Marja ikään kuin käytti sosiaalista verkostoa tarinallisena tukijana muokatessaan mahdollista sisäistä tarinaa.

Tarinallisen tukemisen käsite ei vähennä sosiaalisen verkoston ominaisuuksien, kuten rakenteen, vuorovaikutustapojen ja sosiaalisen tuen muodon, merkitystä. Rakenteeltaan suuri verkosto voi sisältää paljon erilaisten ihmisten näkökulmia ja siten myös uusia tarinoiden aihioita. Toisaalta suurikin verkosto, varsinkin jos se koostuu pääosin sukulaisista, voi kietoutua yksilön ongelmaan ja muutoksen mahdollisuus saa osakseen vastustusta (Ikonen-Nylund, & Petterson, 1991; Klefbeck, ym., 1988a). Verkoston isolaatti ja etäiset, heikotkin yhteydet muihin ihmisiin ovat tarinallisen tukemisen näkökulmasta erityisen merkittäviä, koska heidän kauttaan yksilö voi saada uusia, kietoutumisesta irrallisia merkityksiä muotoutuvaan sisäiseen tarinaansa. Myös verkoston tarjoama sosiaalinen tuki voi sisältää tarinallista tukemista. Toisaalta kaikki mahdolliset sosiaalisen tuen muodot ilman muutoksen mahdollisuuden hyväksyntää eivät yksinään riitä. Revenson, ym. (1991) puhuu mahdollisesti samasta asiasta kuvatessaan sosiaalisen tuen "kaksiteräistä miekkaa", kuten myös Veiel ja Kühner (1990) todetessaan sukuverkoston olevan sekä tuen että stressin lähde.

Marja koki verkostonsa muuttumattomana ja suppeana, sekä etenkin lähiverkostonsa jatkuvaa suoriutumista ja selviytymistä edellyttävänä. Silti hän useaan otteeseen sanoi olevansa verkostoonsa tyytyväinen ja tarkoituksella vetäytyneensä ihmissuhteista. Jotain sanoin selittämätöntä kuitenkin puuttui kaikesta materiaalisesta tuesta ja ihmisten saatavilla olosta huolimatta. Yksi mahdollisuus on, että nimenomaan tarinallisen tuen puuttuminen sai Marjan niin voimakkaasti vetäytymään ja kaipaamaan yksinäisyyttä. Sairaalahoito mahdollisti Marjan tapauksessa irtioton jo kauan samana pysyneestä toimimattomasta tarinasta ja elävän elämän draamasta. Nopean kotiinpaluun jälkeen draama jatkoi omaa kulkuaan, eikä uudet merkitykset ja tarinanalut saaneet vastakaikua. Siksi Marja oli toisaalta sairaalahoidon aikana niin innostunut ja toisaalta kotiinpaluun jälkeen hyvin lannistunut. Hyvin toimivan tarinan avulla ihmisellä säilyy kokemus liikkeestä ajassa (Gergen, & Gergen, 1986; Hänninen, 1999); Marjan kokemus muistutti sen sijaan ohimenevien ja toisiinsa liittymättömien tapahtumien sivusta seuraamista.

Tämän tutkimuksen ja tarinallisen kiertokulun teorian (Hänninen, 1999) pohjalta voi myös kuvata ja ymmärtää masennusta kokemuksena. Emotionaalisen latauksen synnyttävät erityisesti omaan tarinaan sisältyvät odotukset ja roolipaineet, joiden suhteen yksilö kokee onnistuneensa tai epäonnistuneensa (Robinson ja Hawpe, 1986). Marja oli jo kauan yrittänyt elää selviytyjänaisen kertomusta, joka oli ikään kuin ainoa

hyväksytty kertomus hänen elämänpiirissään. Oma sisäinen kokemus ja toistuvat masennukset olivat kuitenkin ristiriidassa selviytymiskertomuksen kanssa. Yritys toteuttaa selviytymistarinaa elävän elämän draamassa törmäsi jatkuvasti elämän vastoinkäymisiin ja menetyksiin, joista Marja ei enää jaksanut selviytyä. Toisin sanoen hän ei ollut onnistunut integroimaan elämänsä tapahtumia, menetyksiä ja vastoinkäymisiä, koherentiksi sisäiseksi tarinaksi.

Tarinallisesta näkökulmasta katsottuna masennukseen sairastunut on kadottanut elämänsä merkityksen ja mielekkyyden, juonen, joka yhdistää hänen elämänsä tapahtumia toisiinsa. Crites (1986) katsoo kokemuksen minän eheydestä syntyvän kun menneisyyden tapahtumien ja tulevaisuutta koskevan mahdollisen tarinan välillä vallitsee jatkuvuus. Kun yksilö törmää elämässään muutoksiin, ei menneisyyteen liittyvästä tarinasta ole enää malliksi tulevaisuudelle ja hän saattaa joutua ennakoimaan tulevaa ilman aikaisempia kokemuksia tilanteesta. Voisiko siis masennukseen sairastumista kuvata Hännisen (1998, 1999) tarinallisen kiertokulun teorian avulla ikään kuin pitkittyneenä tarinallisen tyhjiön aikana? Hänninenhän (1998) kuvaa tarinallista tyhjiötä eli vanhan ja uuden tarinan välissä oloa hämmentäväksi ja ahdistavaksi kokemukseksi, jonka jälkeen uuden tarinan olisi vastattava hyvin perustavanlaatuisiin, oman elämän, olemassaolon ja sairastumisen merkityksiin liittyviin, kysymyksiin. Olisiko mahdollista, että kun yksilö ei yrityksistään huolimatta onnistu löytämään uutta tarinaa, hän lopulta sairastuu masennukseen?

Tarinallinen kiertokulku (Hänninen, 1999) jo käsitteenä olettaa ulottuvuuksiensa vuorovaikutusta. Olennaista ei ole se, mikä ulottuvuus Marjan tapauksessa – tai yleensä – "aiheuttaa" muiden ulottuvuuksien tapahtumia tai muutoksia, vaan sen ymmärtäminen *miten* eri ulottuvuudet ovat vuorovaikutuksessa. Edellä mainittu pitkittynyt tarinallinen tyhjiö ei voi olla heijastumatta elävän elämän draamaan, joka Marjan tapauksessa vaikuttaa päämäärättömältä tapahtumien virralta. Toisaalta selviytymistä edellyttävä draama myös osaltaan ruokki Marjan ristiriitaisuuden kokemusta.

Marjan tapauksessa olennaiselta vaikuttaa nimenomaan tarinallisen kiertokulun ulottuvuuksien ja sisäisen tarinan välinen epäyhtenäisyys (ks. liite 6). Marjan sisäinen kokemus ei saanut tukea tarinavarannosta, joka tarjosi vahvan naisen identiteettiä draamasta selviämiseksi. Toisaalta Marja ei myöskään sopeutunut masennusdiagnoosiin: hän ei tuntenut olevansa sairas, vaan sen sijaan väsynyt,

alakuloinen ja elämäntilanteensa painostama. Diagnoosi ei ollut Marjalle helpottava kokemus ja se olikin ristiriidassa sosiaalisen verkoston kertomusten ja Marjan kertoman selviytymistarinan kanssa. Voikin kysyä, onko laajemmilla kulttuurisilla tarinavarannoilla – tässä tapauksessa masennusdiagnoosilla – enää niin suurta merkitystä? Voisiko olettaa, että nykymaailmassa kulttuuristen tarinavarantojen rinnalla olisi olemassa niin sanottuja paikallisia sosiaalisten verkostojen tarinavarantoja, joiden tarjoamat tarinat ja hyväksytyt tavat elää ja kokea elämäänsä ovat hyvin merkityksellisiä ainakin joillekin yksilöille?

Marjan masennuksen ja tarinallisen tyhjiön tuskallisuus näyttää siis olevan juuri tarinallisen kiertokulun epäyhtenäisyydessä. Valkonen (1994) toteaa, että löytämällä omaansa vastaavia kokemuksia sosiaalisesta tarinavarannosta yksilö voi tehdä kokemuksestaan ymmärrettävän sekä itselleen että muille. Sosiaalisen verkoston tarinavarannosta Marja ei löytänyt omaansa vastaavia kokemuksia, mikä osaltaan lisäsi tunnetta kokemuksen merkityksettömyydestä ja siitä ettei kuulu jonkinlaiseen "tarinayhteisöön". Masennus puhkesi yhä uudestaan selviytymistarinan toimiessa siihen asti kunnes se taas törmäsi tunteeseen siitä, ettei enää jaksa suoriutua ja selviytyä.

Kiertokulun epäyhtenäisyys ja oman kokemuksen irrallisuus kiertokulusta voisi yleisemminkin kuvata masennusta kokemuksena. Siten masentuneen ihmisen tarinallista kiertokulkua leimaisi ulottuvuuksien irrallisuus toisistaan ja etenkin sisäisen tarinan yhteydettömyys draamaan, situaatioon, sosiaaliseen tarinavarantoon ja kertomukseen. Aivan toinen kysymys on jo se, miten paljon tarinallisen kiertokulun epäyhtenäisyys voisi liittyä muihin psyykkisiin sairauksiin tai yleensä psyykkiseen sairastumiseen.

4.2 Validiteetti, reliabiliteetti ja menetelmien arviointi

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ja ymmärtää tutkittavaa ilmiötä yhden tapauksen avulla. Tavoitteena ei ollut löytää objektiivista totuutta vaan yksilön subjektiivinen kokemus. Verkostokartta on hyväksi havaittu väline, joka kuvaa yksilön ihmissuhteiden kokonaisuutta subjektiivisesta näkökulmasta. Lisäksi se toimii eräänlaisena ärsykemateriaalina merkitysten tuottamiselle ja järjestämiselle.

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO
Psykologian laitos
PL 35
40351 JYVÄSKYLÄ

Tutkimuksen menetelmiä ja niiden avulla saatuja tuloksia ei voi luontevasti arvioida yleisillä reliabiliteetti- ja validiteettikriteereillä, jotka perustuvat kvantitatiivisiin tutkimuksiin. Sen sijaan menetelmien ja tulosten luotettavuuden arviointi soveltuu hyvin tällaiseen tutkimukseen, jonka kaikkiin vaiheisiin, etenkin analyysiin, sisältyy tulkintaa (Riessman, 1993).

Sekä tutkimuksen luotettavuuden kannalta että eettisistä syistä tutkittava on perehtynyt analyysiprosessin tuloksiin ja tutkimusraportin raakaversioon. Kun kyseessä on yhden tapauksen tapaustutkimus, oli tärkeää antaa tutkittavalle mahdollisuus varmistaa anonymiteettinsa ja vaikuttaa tulososiossa käytettyihin tekstilainauksiin. Sillä, että tutkittava perehtyy tutkimukseen, on myös mahdollista lisätä tutkijan tekemien tulkintojen ja tutkittavan kokemuksen vastaavuutta. Kyseenalaiseksi tämän keinon tekee se, että yksilöllinen kokemus ja kokemuksille annetut merkitykset muuttuvat ajan kuluessa. Siksi tutkijan tekemiä tulkintoja ei tässä pyritty muokkaamaan vastaaviksi tutkittavan kokemuksen kanssa, vaan jos eroavaisuuksia esiintyi, ne tuotiin esille. Tulkintoja verrattiin myös tutkittavan omahoitajan näkemykseen. Lisäksi analyysiprosessin vaihe vaiheelta –kuvauksella pyrittiin antamaan selvä käsitys siitä, miten tutkimustuloksiin on edetty. Alkuperäiseen tekstiin palattiin jokaisessa tutkimusvaiheessa, jottei tulosten ja johtopäätösten tekeminen olisi etääntynyt liikaa aineistosta.

Avoin haastattelu antoi tutkittavalle mahdollisuuden kertoa ja muodostaa merkityksiä vapaasti. Siten haastattelun avoimuus vähensi sitä mahdollisuutta, että haastatteluista olisi muodostunut vain tutkijan kertomuksia. Sen sijaan tulosten yhteenvetämisessä ja tulkintojen tekemisessä on subjektiivisella tutkijalla teoriataustasta huolimatta oma osuutensa. Tulosten ja tulkintojen luotettavuutta voi arvioida uskottavuuden näkökulmasta. Myös ylipäänsä tutkimuksen pätevyys on arvioitavissa sillä perusteella ovatko tutkijan tekemät tulkinnat uskottavia. Yleistettävyys laajempiin populaatioihin ei siis ole ongelma tällaisessa tutkimuksessa jonka tavoitteena oli ymmärtää inhimillistä ja yksilöllistä kokemusta. Tutkimuksen lähtökohtana oli tutkimustapauksen toimiminen eräänlaisena kriittisenä kokeena ja pohjana teoreettiselle ajattelulle (Yin, 1994). Siten myös teoreettisen ajattelun ja sekä teoriasta että tuloksista nousevan synteesin pätevyys on arvioitavissa uskottavuuden kannalta.

Tässä tutkimuksessa käytetyillä menetelmillä on myös omat rajoituksensa. Koska tutkimuskertojen väliset ajat olivat kovin lyhyet (kuukausi ja viikko), saattoi tutkittava muistaa edelllisellä kerralla tekemänsä verkostokartan ja käyttää sitä hyväkseen muotoillessaan uutta senhetkistä karttaa. Toisaalta pitkät aikavälit haastattelujen välillä eivät olisi pro gradu–tutkielman puitteissa olleet mahdollisia ja lisäksi pidettiin tärkeänä tarkastella myös lyhyen aikavälin muutoksia.

Täysin lopulliseen muotoonsa tutkimuksessa käytetyt menetelmät muotoutuivat vasta tutkimuksen edetessä. Melko avoimen haastattelumuodon käyttäminen osoittautui sekä itse haastattelussa että analyysivaiheessa työlääksi ja vaikeaksi menetelmäksi. Toisaalta verkostokartta ja analyysivaiheessa käytetty taulukointitapa auttoivat laajan aineiston strukturoinnissa ja hallinnassa. Ilman haastattelussa käytettyä verkostokarttaa olisi haastattelun jäsentäminen ollut vieläkin hankalampaa. Siten teoria ohjasi tutkimusta jo haastatteluvaiheessa, mitä Yin (1994) suositteleekin koko tapaustutkimusta läpäiseväksi asenteeksi. Yin myös toteaa, että vaikkei tapaustutkimuksen tuloksia olekaan mahdollista yleistää laajempiin populaatioihin, tulisi tulokset yleistää teoriaan ja käyttää teoriaa niin sanottuna muottina, johon tuloksia verrataan. Tässä tutkimuksessa muun muassa Hännisen (1999) tarinallisen kiertokulun teoriaa käytettiin jo tulososiossa jonkinlaisena muottina, jonka läpi tuloksia tarkasteltiin ja arvioitiin.

4.3 Tulosten yhteys teorian ja käytännön kenttään

Muun muassa Seikkula (1994) toteaa suuren osan sosiaalisten verkostojen tutkimuksista olevan tilastollisia ja laajoja aineistoja tarkastelevia. Tarinallinen näkökulma nähtiin tässä tutkimuksessa vaihtoehtona perinteiselle positivistiselle tutkimustraditiolle. Oli siis jo sinänsä tärkeää tutkia laadullisin menetelmin ja yksittäisen tapauksen avulla aihepiiriä, jonka on todettu sisältävän hyvin monimutkaisia ja vuorovaikutteisia ilmiöitä (Amann, 1991; Sarason, ym., 1997). Kun sekä taustakirjallisuutta että tämän tutkimuksen aineistoa tarkasteltiin tarinallisesta näkökulmasta, tuntuivat yksittäiset ja keskenään ristiriitaisetkin tulokset asettuvan osaksi kokonaisuutta ja tulevan ymmärrettävämmiksi.

Teoreettiselta kannalta ajateltuna tämä tutkimus myös osoittaa, että verkostoteoria ja tarinallisen kiertokulun teoria (Hänninen, 1999) ovat lähempänä toisiaan kuin tutkimusta aloitettaessa osattiin odottaa. Sosiaalinen verkosto on olennainen osa tarinallista kiertokulkua. Elävän elämän draama toteutuu verkoston ihmisten kanssa, sisäistä tarinaa kerrotaan verkostolle ja muokataan yhdessä verkoston jäsenten kanssa, jotka vielä usein ovat tärkeissä rooleissa itse sisäisessä tarinassa. Lisäksi tässä tutkimuksessa todettiin, että ainakin tutkimustapaukseen eli Marjaan vaikutti suuresti sukunsa tarinavaranto, jossa perintönä sukupolvelta toiselle siirtyi vahvan selviytyjänaisen kertomus. Siten on mahdollista, että sosiaalinen verkosto on jollain tavalla mukana *jokaisessa* tarinallisen kiertokulun ulottuvuudessa.

Verkostokartta menetelmänä osoittautui varsin hyväksi keinoksi hahmottaa kiertokulun ulottuvuuksia, kuten situaatiota ja draamaa, ja saada aineistosta irti tutkittavan tuottamia merkityksiä. Tarinallisen kiertokulun teoria auttoi ymmärtämään verkostokartan avulla saatuja tutkimustuloksia ja toi siten lisävalaistusta ja voimaa tuloksista tehtyihin tulkintoihin. Näin tutkimus osoittaa toisaalta sen, miten tärkeää on huomioida sosiaalinen verkosto narratiivisessa tutkimuksessa ja toisaalta sen, miten selitysvoimainen tarinallisen kiertokulun teoria on sosiaalisten verkostojen tutkimuksessa.

Tämän tutkimuksen perusteella voi myös tehdä suuntaa-antavia ehdotuksia käytännön kliinistä ja psykoterapeuttista työtä ajatellen. Sosiaalisen verkoston huomioiminen ja mukaanottaminen yksilön hoitoon näyttää entistä tärkeämmältä varsinkin silloin jos verkoston ja hoitavan tahon tavat ajatella kyseisestä tilanteesta ovat ristiriidassa keskenään. Ristiriidat eivät tietenkään lisää motivaatiota osallistua hoitoon – toisaalta hoitavan tahon tapa keskustella potilaan verkoston kanssa voisi olla sellaista, joka hyväksyy ristiriidat ja jopa käyttää niitä hyväkseen, mitä esimerkiksi dialogisessa lähestymistavassa tapahtuukin (Seikkula, 1999).

Tarinallisesta näkökulmasta voisi sanoa, että joitakin tarinallisen kiertokulun ulottuvuuksia saattaa kliinisessä työssä jäädä vaille riittävää huomiota. Marjan tapauksessa tällainen ulottuvuus oli ensinnäkin se arkinen elämä, elävän elämän draama (Hänninen, 1999), johon hän sairaalahoidon jälkeen palasi ja jossa uusilla ajatuksilla ja näkökulmilla ei ollutkaan sijaa. Toiseksi Marjaan vaikutti verkostonsa tarinavaranto, jonka kanssa masennusdiagnoosi ja heikkouden hyväksyminen olivat ristiriidassa.

Tutustuminen sekä potilaan elävään elämään että sosiaalisen verkoston kertomuksiin voisi lisätä hoitavan tahon ymmärrystä kyseisestä tilanteesta. Radikaaleimmillaan tämä voisi tarkoittaa esimerkiksi sitä, että ammattiauttajat menevät toimimaan keskelle potilaan draamaa: tunnustelemaan sitä elämää, jonka kertomuksien, ongelmien ja ihmissuhteiden keskellä potilas elää. Parhaimmillaan tällainen hoito-ote vähentäisi psykiatristen laitosten ja muun maailman irrallisuutta toisistaan ja esimerkiksi sairaalasta kotiutumisen ongelmat vähenisivät. Tämän tapainen ajatus ehkä pohjustaakin eri puolilla Suomea toimivia psykiatrisia kriisiryhmiä tai psykoosityöryhmiä (Alanen, 1999), joiden toiminta-ajatusta voisi laajentaa muihinkin psykiatrisiin sairauksiin. Tietenkin aina tulee olemaan myös ihmisiä, jotka tarvitsevat varsinaista sairaalahoitoa tai joille edellä mainittu hoito-ote ei täysin sovi.

Nimenomaan masennukseen sairastuneiden hoidossa voisi Hännisen (1999) teorian käsitteistä olla hyötyä. Tämän tutkimuksen pohjalta nousi hypoteesiksi ajatus siitä, että masennusta voisi ehkä yleisemminkin kuvata pitkittyneenä tarinallisena tyhjiönä eli aikana, jolloin omalla elämällä ei nähdä olevan merkitystä. Masennukseen sairastuneen sisäinen tarina on kadoksissa, eikä vastauksia miksi elän– ja kuka olen– kysymyksiin ole tyydyttävällä tavalla löytynyt. Tältä pohjalta vaikuttaisi siltä, että aikaisemmin kuvatulla tarinallisella tukemisella voisi olla annettavaa juuri masennuksen hoidolle. Tarinallista tukemista kuvattiin aikaisemmin varsin teoreettiselta pohjalta ja vaikka se ensi kädeltä vaikuttaakin vaikeammin tavoitettavalta ja abstraktimmalta kuin moni muu sosiaalisen tuen muoto, voi joitakin jo olemassa oleviakin terapeuttisia työotteita pitää tarinallista tukea antavina.

Tällaisia esimerkkejä tarinallisesta tukemisesta voisivat olla dialoginen ja reflektiivinen lähestymistapa (Seikkula, 1999). Tarinallisen tukemisen näkökulmasta näissä työtavoissa hedelmälliseltä vaikuttaa ajatus siitä, että uusia näkökulmia ja ratkaisuja kyseiseen tilanteeseen nousee, jos asianosaiset kokoontuvat yhteen, keskustelevat ja tuovat omat, usein ristiriitaisetkin, ajatuksensa julki. Tarinallista tukemista voisi olla jo se, että ammattiauttajat astuvat keskelle potilaan verkostoa kokemaan miten kyseisessä "paikallisessa kulttuurissa" puhutaan ja eletään ja siten samalla vaikuttavat tilanteeseen omine erilaisine näkökulmineen. Tarinallinen tukeminen on siis ikään kuin tarinallisen tyhjiön täyttämistä erilaisilla mahdollisuuksilla – ei etäistä ulkoa päin vaikuttamista, vaan itse elävään elämään osallistumista.

Yleisemmin sanottuna se on tarinallisen kiertokulun eri ulottuvuuksien huomiointia kliinisessä ja terapeuttisessa työssä, kuten verkostoterapiassa ja potilaiden sairaalasta kotiutumisessa.

4.4 Jatkotutkimushaasteet

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin masentuneen potilaan kokemusta sosiaalisesta verkostosta yhden tarinallisen kiertokulun (Hänninen, 1999) ulottuvuuden, sisäisen tarinan, näkökulmasta. Samaa aineistoa olisi mahdollista tarkastella muistakin näkökulmista, jolloin myös vastauksia haettaisiin muunlaisiin kysymyksiin. Tässä tutkimuksessa ennalta valittu tulkintateoria ohjasi kysymyksenasettelua ja lopulta irrottautumista tekstin tasolta merkityksiin ja tulkintoihin. Sisäisen tarinan tuleminen tarkastelun keskiöön oli luonnollista kun tavoitteena oli tutkia yksilön subjektiivista kokemusta. Silti sisäinen tarina ei välttämättä ole muita ulottuvuuksia "oikeampi" tutkimuskohde; yhtä hyvin olisi voinut valita minkä tahansa muun ulottuvuuden, jonka kautta taas muita ulottuvuuksia olisi peilattu. Tämä olisikin yksi mahdollinen tapa jatkaa tästä tutkimuksesta eteenpäin, tutkia tarkemmin esimerkiksi masennukseen sairastuneiden kokemuksia sosiaalisista tarinavarannoistaan. Toinen vaihtoehto olisi tutkia niitä tarinallisia projekteja, joita masennukseen sairastunut pyrkii elävän elämän draamassaan toteuttamaan sekä sairauden akuutissa vaiheessa että esimerkiksi sairaalasta kotiinpaluun jälkeen sairaudesta toipuessaan. Elävän elämän draaman tutkimisessa voisi korostaa myös sosiaalisen verkoston roolia yksilön pyrkimysten vastaanottajana ja sitä miten yksilö kokee verkostonsa tukevan tai jarruttavan pyrkimyksiään. Edelleen voisi tutkia psykiatrisesta sairaalasta kotiinpalanneen potilaan läheisten kokemuksia kyseisestä arkisen elämän muutoksesta.

Tärkeää olisi myös tutkia tarinallista kiertokulkua muidenkin psyykkisten sairauksien yhteydessä ja verrata näin saatuja tuloksia masennukseen sairastuneitten kiertokulkuihin. Tämän tutkimuksen pohjalta voisi hypoteesiksi asettaa ajatuksen, että tarinallisen kiertokulun epäyhtenäisyys kuvaisi ainakin masentuneita yksilöitä ja saattaisi liittyä muihinkin psyykkisiin sairauksiin. Masentuneiden tarinallisia

kiertokulkuja voisi jatkossa tutkia laajemmilla aineistoilla – tässäkin kyseessä oleva yhden tapauksen tapaustutkimus toimisi ajatusten ja hypoteesien nostattajana. Varsin vähän on olemassa laadullisilla menetelmillä tehtyjä tutkimuksia masennukseen sairastuneiden sosiaalisista verkostoista, joita voisi tutkia laajemmillakin aineistoilla. Lisäksi olisi mielenkiintoista tutkia masennukseen sairastuneiden kokemuksia verkostoistaan ja sisäisten tarinoiden muotoutumista siten, että tutkimuskertojen välinen aika olisi pidempi, mahdollisesti jopa vuoden kattava. Näin saataisiin tietoa sekä tarinallisen tyhjiön vaiheesta että siitä millaiseksi uusi sisäinen tarina mahdollisesti muotoutuu ja siitä mitkä tekijät muutokseen vaikuttavat. Sisäisen tarinan muotoutumista voi siis tarkastella jälkikäteen kun elämän muutoksesta on jo kulunut jonkin aikaa. Tämän tutkimuksen tutkittavalla muutos oli parhaillaan käynnissä; tutkimus tapahtui keskellä tarinallisen tyhjiön vaihetta, jolloin uutta sisäistä tarinaa muokattiin "tässä ja nyt".

Se, ettei tämän tutkimuksen tapaus Marja kokenut hyötyvänsä yleisestä sosiaalisesta tarinavarannosta eikä kokenut masennusdiagnoosia omakseen, nostattaa kysymyksen siitä, miten yleinen tuo kokemus on ja onko se aina selitettävissä sosiaalisen verkoston tarinavarannon erilaisuudella. Voisi olettaa, että suomalainen tarinavaranto olisi masennustarinoiden täyttämä – puhutaanhan masennuksesta yleisesti kansantautinamme. Siksi luulisi, että masennustarinaan olisi helppo samaistua tai ainakin että näitä tarinoita olisi runsaasti yksilöiden käytettävissä. On myös mahdollista, ettei sosiaalisessa tarinavarannossamme olekaan riittävästi monipuolisia masennustarinoita, joihin omaa kokemustaan voisi verrata ja joista ammentaa aineksia omaan tarinaansa. Tässä mielessä tämän tutkimuksen merkitys on edellä koottujen kysymysten herättämisen lisäksi myös siinä, että se mahdollisesti menee osaksi masennustarinoiden varantoa.

LÄHTEET

Adelman, M., Parks, M., & Albrecht, T. (1987). Beyond close relationships. Teoksessa T. Albrecht & M. Adelman (toim.), *Communicating social support* (s. 126–147). London: Sage.

Alanen, Y. O. (1999). Skitsofrenian perhekeskeinen hoito. Teoksessa J. Aaltonen & R. Rinne (toim.), *Perhe terapiassa. Vuoropuhelua vuosituhannen vaihtuessa* (s. 62–71). Jyväskylä: Gummerus.

Albert, M., Becker, T., McCrone, P., & Thornicroft, G. (1998). Social networks and mental health service utilisation: A literature review. *International Journal of Social Psychiatry, 44* (4), 248–266.

Amann, G. (1991). Social network and social support deficits in depressed patients: A result of distorted perception?. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 241* (1), 49–56.

Atkinson, R. (1998). *The life story interview*. Thousand Oaks: Sage.

Billings, A. G., & Moos, R. H. (1985a). Life stressors and social resources affect posttreatment outcomes among depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology, 94*, 140–153.

Billings, A. G., & Moos, R. H. (1985b). Psychosocial processes of remission in unipolar depression: Comparing depressed patients with matched community controls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53* (3), 314–325.

Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health: lectures on concept development*. New York: Behavioural Publications.

Carney, J. H., Joiner, J. F., Tragou, H. (1997). Categorizing, coding and manipulating qualitative data using the WordPerfekt® Word Processor. *The Qualitative Report, 3* (1). http://www.nova.edu/ssss/QR/QR3-1/carney.html.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine, 38* (5), 300–314.

Cornelis, C., Ameling, E., & de Jonghe, F. (1989). Life events and social network in relation to the onset of depression. A controlled study. *Acta Psychiatrica Scandinavia, 80*, 174–179.

Coyne, J. C., Kessler, R.C., Tal, M., Turnbull, J., Wortman, C. B., & Greden, J. F. (1987). Living with a depressed person. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55* (3), 347–352.

Crites, S. (1986). Storytime: recollecting the past and projecting the future. Teoksessa T. R. Sarbin (toim.), *Narrative psychology. The storied nature of human conduct* (s. 152–173). New York: Praeger.

Cui, X., & Vaillant, G. E. (1996). The antecedent and consequence of negative life events in adulthood: a longitudinal study. *American journal of psychiatry, 153* (1), 21–26.

Cui, X., & Vaillant, G. E. (1997). Does depression generate negative life events?. *Journal of Nervous and Mental Disease, 185* (3), 145–150.

Erickson, G. (1984). A framework and themes for social network intervention. *Family process, 23*, 187–198.

Field, T., Healy, B., Goldstein, S., & Guthertz, M. (1990). Behavior-state matching and synchrony in mother–infant interactions of nondepressed versus depressed dyads. *Developmental Psychology, 26*, 7–14.

Franks, P., Shields, C., Campbell, T., McDaniel, S., Harp, J., & Botelho, R. J. (1992). Association of social relationships with depressive symptoms: Testing an alternative to social support. *Journal of Family Psychology, 6* (1), 49–59.

George, L. K., Blazer, D. G., Hughes, D. C., & Fowler, N. (1989). Social support and the outcome of major depression. *British Journal of Psychiatry, 154*, 478–485.

Gergen, K. J., & Gergen, M. M. (1986). Narrative form and the construction of psychological science. In T. R. Sarbin (toim.), *Narrative psychology. The storied nature of human conduct* (s. 22–44). New York: Praeger.

Hanson, B. S., & Östergren, P. O. (1987). Different social network and social support characteristics, nervous problems and insomnia: theoretical and methodological aspects on some results from the population study 'Men born in 1914', Malmö, Sweden. *Social Science and Medicine, 25* (7), 849–859.

Hirsjärvi, S., & Hurme, H. (1988). *Teemahaastattelu*. Helsinki: Yliopistopaino.

Hänninen, V. (1996a). Coping with unemployment as narrative reorientation. *Nordiske Udkast, 24*, 19–32.

Hänninen, V. (1996b). Tarinallisuus ja terveystutkimus. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti, 33*, 109–118.

Hänninen, V. (1998). Tarinat, sairaudet ja kuntoutuminen. Teoksessa V. Hänninen & J. Valkonen (toim.), *Kunnon tarinoita. Tarinallinen näkökulma kuntoutukseen.* Kuntoutussäätiön tutkimuksia, 59. Helsinki: Kuntoutussäätiö.

Hänninen, V. (1999). *Sisäinen tarina, elämä ja muutos*. Tampereen yliopisto. Sosiaalipsykologian väitöskirja.

Ikonen-Nylund, M., & Pettersson, P. (1991). Verkostoterapia kriisihoidossa. Interventio laajennettuihin systeemeihin. *Perheterapia, 2*, 4–13.

Keitner, G. I., & Miller, I. W. (1990). Family functioning and major depression: an overview. *American journal of psychiatry, 147*, 1128–1137.

Klefbeck, J., Bergerhed, E., Forsberg, G., Hultkrantz-Jeppson, A., & Marklund, K. (1988a). *Nätverksarbete i multiproblemfamiljer*. Botkyrka: Botkyrka kommun.

Klefbeck, J., Hultkrantz-Jeppson, A., Marklund, K., Bergerhed, E., & Forsberg, G. (1988b). Verkostoterapia – Ruotsin malli. *Perheterapia, 2*, 3–12.

Lara, M. E., Leader, J., & Klein, D. N. (1997). The Association between social support and course of depression: Is it confounded with personality? *Journal of Abnormal Psychology, 106* (3), 478–482.

Lipton, F., Cohen, C., Fischer, E., & Katz, S. (1981). Schizophrenia: A network crisis. *Schizophrenia Bulletin, 7*, 144–151.

Marsella, A., & Snyder, K. (1981). Stress, social supports, and schizophrenic disorders: Toward an interactional model. *Schizophrenia Bulletin, 7*, 152–163.

McNaughton, M. E., Patterson, T: L., Irwin, M. R., & Grant, I. (1992). The relationship of life adversity, social support, and coping to hospitalization with major depression. *Journal of Nervous and Mental Disease, 180* (8), 491–497.

Mehndiratta Klason, S. (1995). *Social network and self conception of elderly people*. University of Helsinki, Department of Education, Research Bulletin, 89.

Moos, R. H., Cronkite, R. C., & Moos, B. S. (1998). The long-term interplay between family and extrafamily resources and depression. *Journal of Family Psychology, 12* (3), 326–343.

O'Reilly, P. (1988). Methodological issues in social support and social network research. *Social Science and Medicine, 26* (8), 863–873.

Pattison, E., & Pattison, M. (1981). Analysis of a schizophrenic psychosocial network. *Schizophrenia Bulletin, 7*, 135–143.

Polkinghorne, D. E. (1991). Narrative and self-concept. *Journal of Narrative and Life History, 1* (2–3), 135–153.

Rauhala, L. (1995). Tajunnan itsepuolustus. Helsinki: Yliopistopaino.

Revenson, T., Schaffino, K., Majerovitz, D., & Gibofsky, A. (1991). Social support as a double-edged sword: The relation of positive and problematic support to depression among rheumatoid arthritis patients. *Social Science and Medicine, 33* (7), 807–813.

Riessman, C. K. (1990). Strategic uses of narrative in the presentation of self and illness: A research note. *Social Science and Medicine, 30*, 1195–1200.

Robinson, J. A., & Hawpe, L. (1986). Narrative thinking as a heuristic process. Teoksessa T. R. Sarbin (toim.), *Narrative psychology. The storied nature of human conduct* (s. 111–125). New York: Praeger.

Salokangas, R. K. R. (1997). Kliininen depressio. Mitä se on ja miten sitä hoidetaan? Porvoo: WSOY.

Sarason, B. R., Sarason, I. G., & Gurung, R. A. R. (1997). Close personal relationships and health outcomes: a key to the role of social support. In S. Duck (toim.), *Handbook of personal relationships: theory, research and interventions* (vol. 2, s. 547–573). Chichester: John Wiley & Sons.

Sarbin, T. R. (1986). The narrative as a root metaphor for psychology. Teoksessa T. R. Sarbin (toim.), *Narrative psychology. The storied nature of human conduct* (s. 3–21). New York: Praeger.

Segrin, C., & Abramson, L. Y. (1994). Negative reactions to depressive behaviors: A communication theories analysis. *Journal of abnormal psychology, 103* (4), 655–668.

Seikkula, J. (1991). *Perheen ja sairaalan rajasysteemi potilaan sosiaalisessa verkostossa.* Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research, 80.

Seikkula, J. (1994). *Sosiaaliset verkostot. Ammattiauttajan voimavara kriiseissä.* Tampere: Tammer-Paino.

Seikkula, J. (1999). Reflektiivinen tiimi ja avoin dialogi – kun itse keskustelu tulee tärkeimmäksi. Teoksessa J. Aaltonen & R. Rinne (toim.), *Perhe terapiassa. Vuoropuhelua vuosituhannen vaihtuessa* (s. 84–94). Jyväskylä: Gummerus.

Sheppard, M. (1994). Childcare, social support and maternal depression: A review and application of findings. *British Journal of Social Work, 24* (3), 287–310.

Somers, M. (1994). The narrative constitution of identity: a relational and network approach. *Theory and Society, 23*, 605–649.

Speck, R., & Attneave, C. (1973). *Family networks.* New York: Pantheon books.

STAKES (1997). *Psykiatrian luokituskäsikirja. Tautiluokitus ICD–10.* Rauma: West Point.

Vahtera, J., & Uutela, A. (1994). Sosiaaliset verkostot ja sosiaalinen tuki terveys-resursseina. *Duodecim: lääketieteellinen aikakauskirja, 11*, 1054–1060.

Valkonen, J. (1994). *Tarinametafora sydäninfarktista kuntoutumisessa.* Helsinki: Kuntoutussäätiö.

Veiel, H. O. F. (1993). Detrimental effects of kin support networks on the course of depression. *Journal of Abnormal Psychology, 102* (3), 419–429.

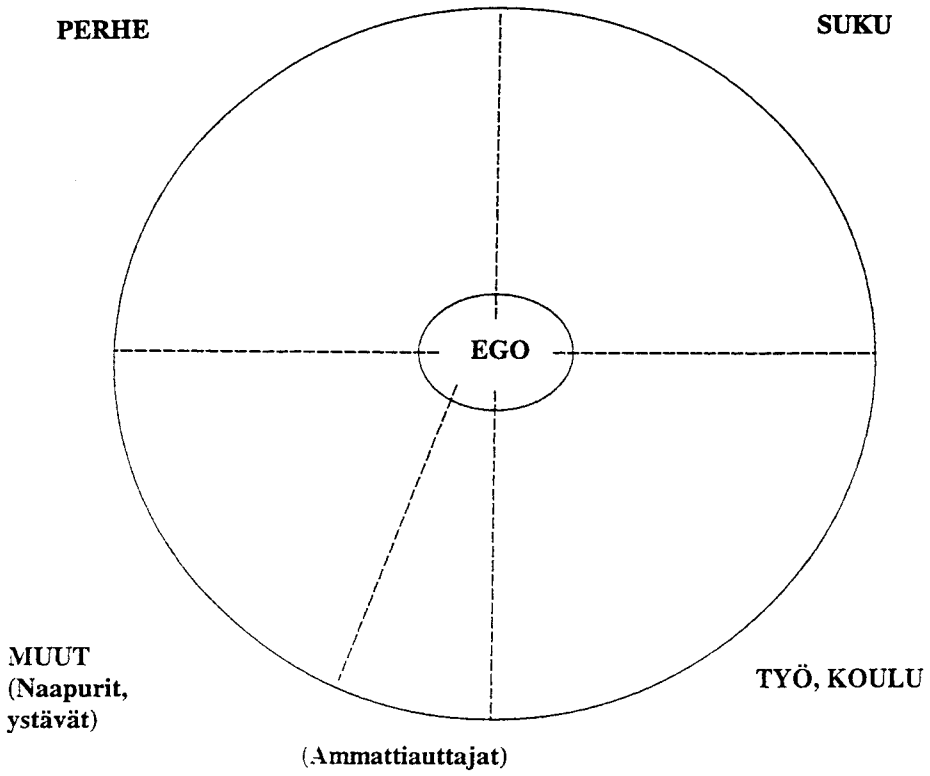
Veiel, H. O. F., Brill, G., Häfner, H., & Welz, R. (1988). The social supports of suicide attempters: The different roles of family and friends. *American journal of community psychology, 16* (6),

Veiel, H. O. F., & Kühner, C. (1990). Relatives and depressive relapse: the critical period and discharge from inpatient treatment. *Psychological Medicine, 20*, 977–984.

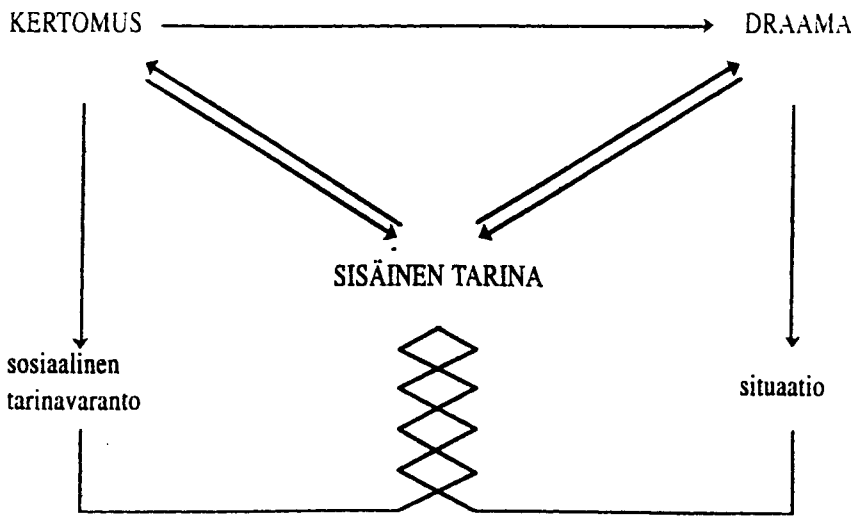
Vilhjalmsson, R. (1993). Life stress, social support and clinical depression: A reanalysis of the literature. *Social Science and Medicine, 37* (3), 331–342.

Yin, R. K. (1994). *Case study research: design and methods* (2. painos). Thousand Oaks: Sage.

LIITE 1: Verkostokartta ja kaavio tarinallisesta kiertokulusta



Kuvio 1. Verkostokartta

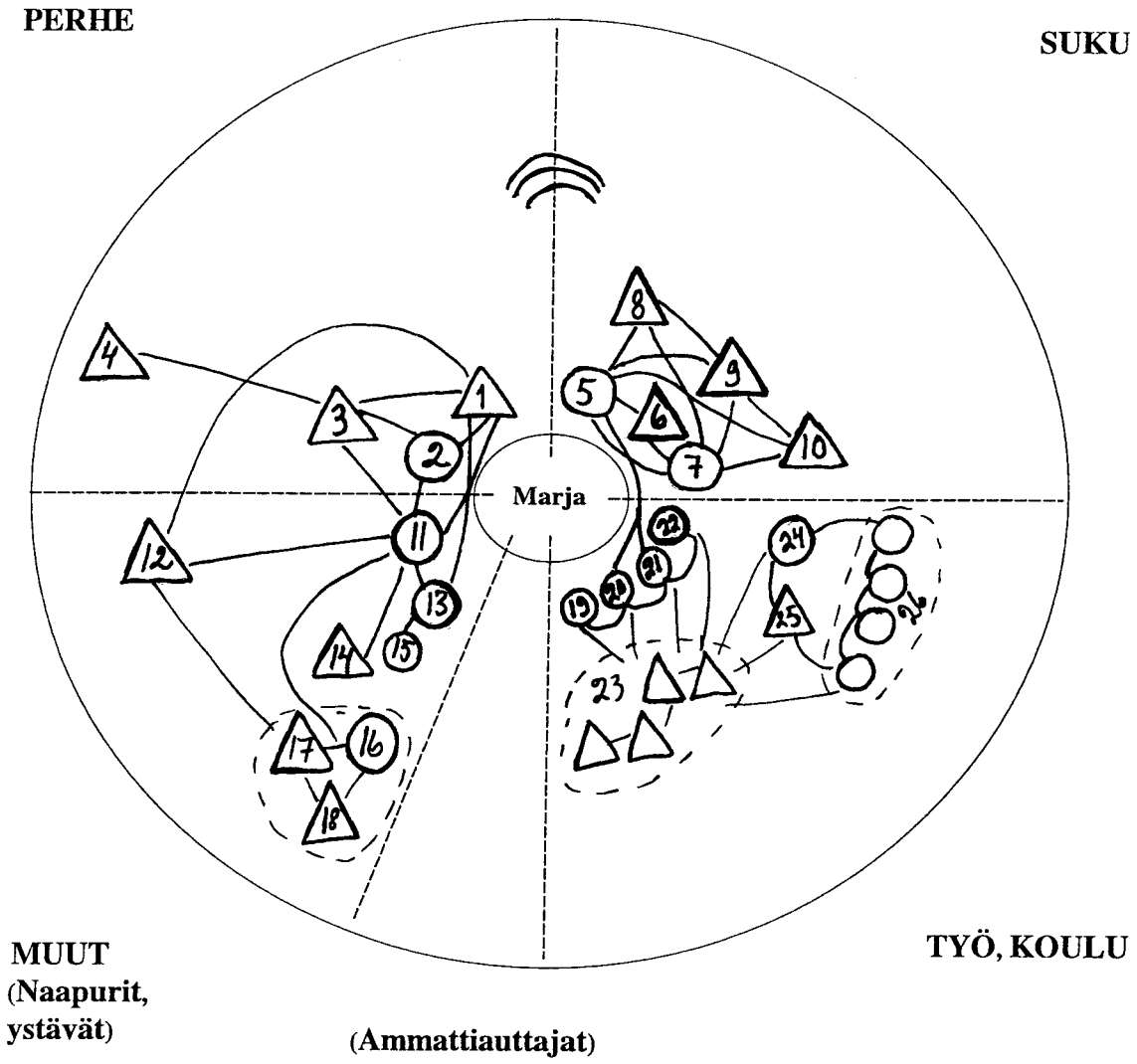


Kuvio 2. Tarinallinen kiertokulku.
Lähde: Hänninen, V. (1999). Sisäinen tarina, elämä ja muutos.

LIITE 2: Esimerkki haastatteluaineiston taulukoinnista ja tematisoinnista. Tässä taulukko on järjestetty kategorioiden mukaan.

Nro	Teksti	Memot	Alateemat	Yläteemat	Kategoriat
21	ne soitteli mulle muutaman tunnin välein.		huolenpito	kokemus äidistä	suku
316	ni se sano että häntä nyt ei ihan oikeesti kauheesti nää masennusasiat kiinnosta.		kyllästyminen	kokemus äidistä	suku
232	No ei me oikeen mitään, siinä istutaan vaan ja katotaan ehkä vähän telkkaa iltapäiväohjelmia.		läsnäoleminen	kokemus äidistä	suku
321	ku hän itekki tuntee ittensä masentuneeks.		masentuneisuus	kokemus äidistä	suku
327	jos mulla on todellinen hätä, ni se kyllä tietää sen, eikä varmaan sillon sano, et mä en nyt jaksais masennusasioista puhua.		saatavilla oleminen	kokemus äidistä	suku
310	mut emmää tuolle Kaisallekaan oo niinku kertonu, vaan meiän äiti on kertonu sille jotain (3s.).		tiedon välittäminen	kokemus äidistä	suku
247	Että, se kokee tän hirveen raskaana, silleen että,		tilanteen raskaana kokeminen	kokemus äidistä	suku
318	Et se nimenomaan välittää, välittää minusta paljon ja mää, niinku tiiän ja tunnen sen.		välittäminen	kokemus äidistä	suku
329	Että, mut sitten (5s.), mutta kui-, niin, se kyllä niinku ymmärtää minusta millon mulla on niinku todellinen hätä ja millon mää vaan juttelen.		ymmärtäminen	kokemus äidistä	suku
250	Mutta se, se on niinku edelleen sitä mieltä, et ota, ota ittees niskasta kiinni.		ymmärtämättömyys	kokemus äidistä	suku
290	et mun täytyy niinku tässäki tekeytyä semmoseks (3s.), mun täytyy,		epäaitouden tunne	kokemus itsestä	itse
86	Et mä, mää oon niin hermostunu,		hermostuneisuus	kokemus itsestä	itse
343	Mä en niinku koe mitään semmosta tekemisen iloo		kiinnostumattomuus	kokemus itsestä	itse
90	Välillä sitä vapinaa ei näy päällepäin, mut se on niinku kauheen hervoton olo.		levottomuus	kokemus itsestä	itse
545	Kaikki on niinku loppujen lopuks näin ulkonaisesti ihan kunnossa,		ongelmattomuus	kokemus itsestä	itse
439	Niin tuota, mut jotenki, ni välillä mää niinku haluanki sulkeutua pois,		tarve olla yksin	kokemus itsestä	itse
58	Täällä mää oon kököttäny, mullei oo minkäänlaista intoo lähtee mihkää,		vetäytyneisyys	kokemus itsestä	itse

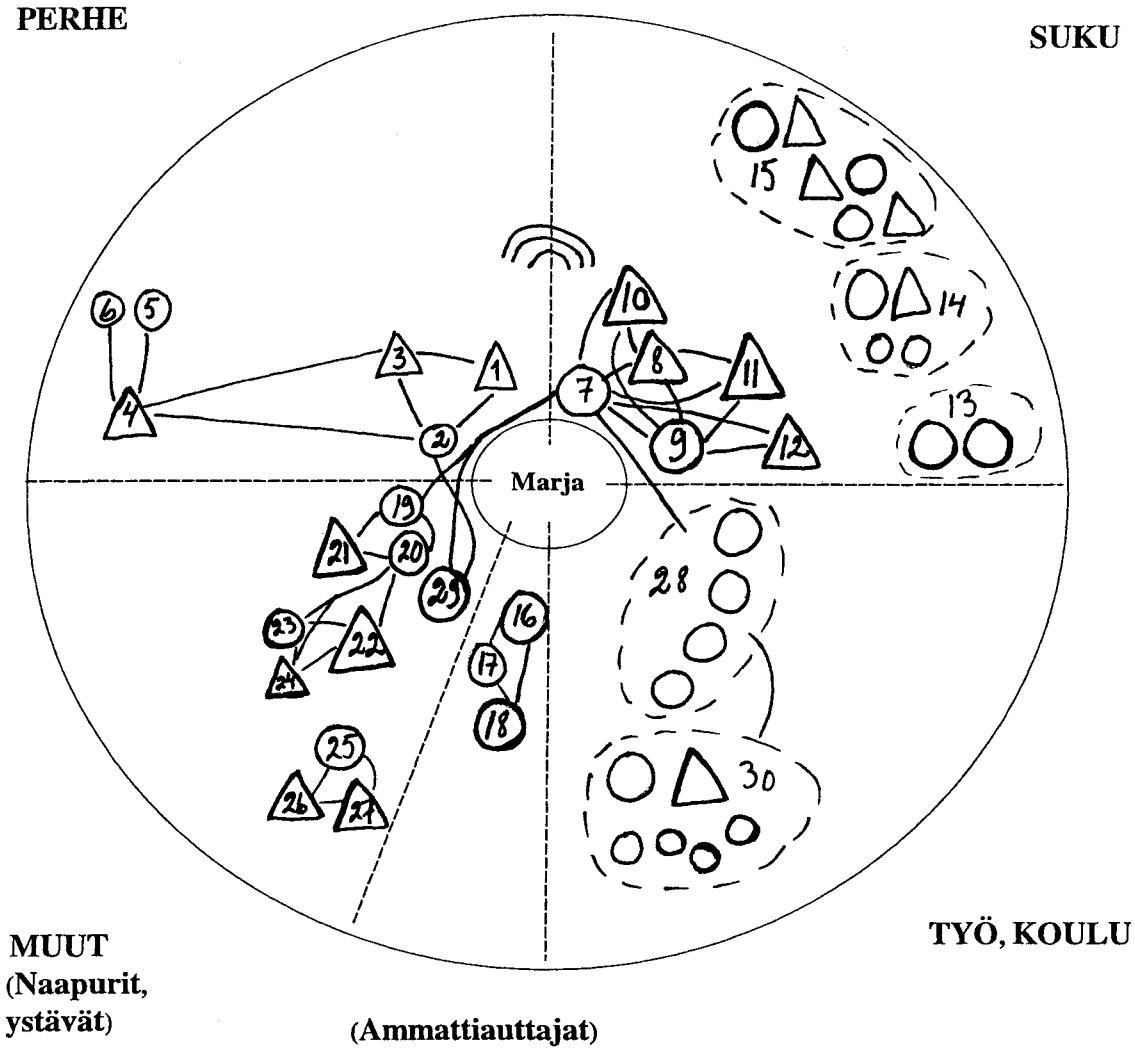
Liite 3. Sosiaalinen verkostokartta; ensimmäinen haastattelu



1. avomies Matti*, 2. tytär Tiina, 3. poika*, 4. ex-mies, 5. äiti, 6. velipuoli, 7. sukulaisnainen Kaisa, 8. isäpuoli Kalle, 9. veli, 10. sukulaismies Veijo, 11. ystävä Katri, 12. ystävä Ilkka, 13. ystävä Saara, 14. ystävä Markku, 15. ystävä, 16. ystävä Leena, 17.–18. Leenan perhe, 19.–22. työtovereita, 23. entiset työtoverit, 24.–26. työtovereita

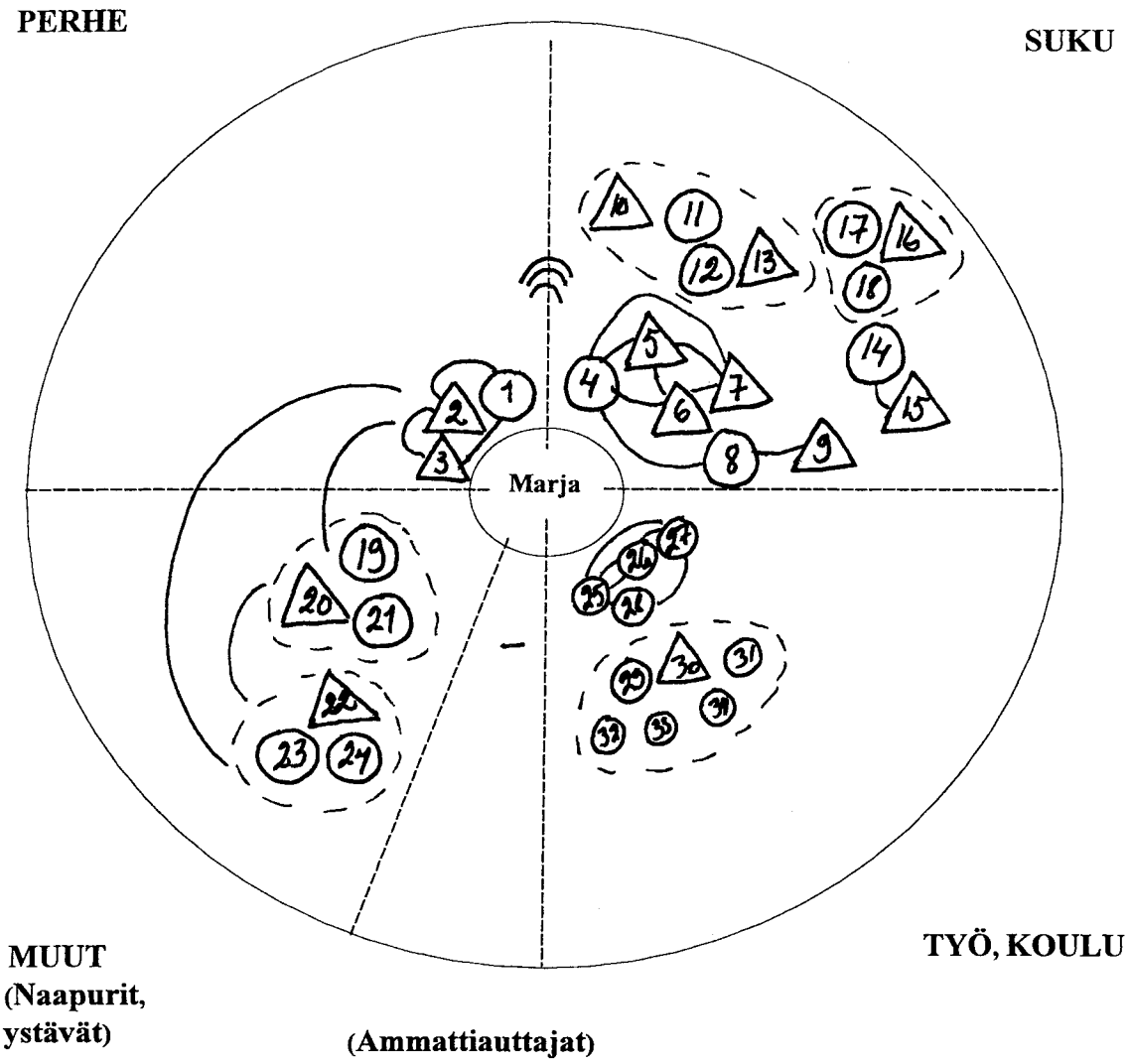
*kaikissa liitteissä henkilöt nimetty jos he esiintyvät tulososiossa; nimet muutettu tunnistamisen estämiseksi

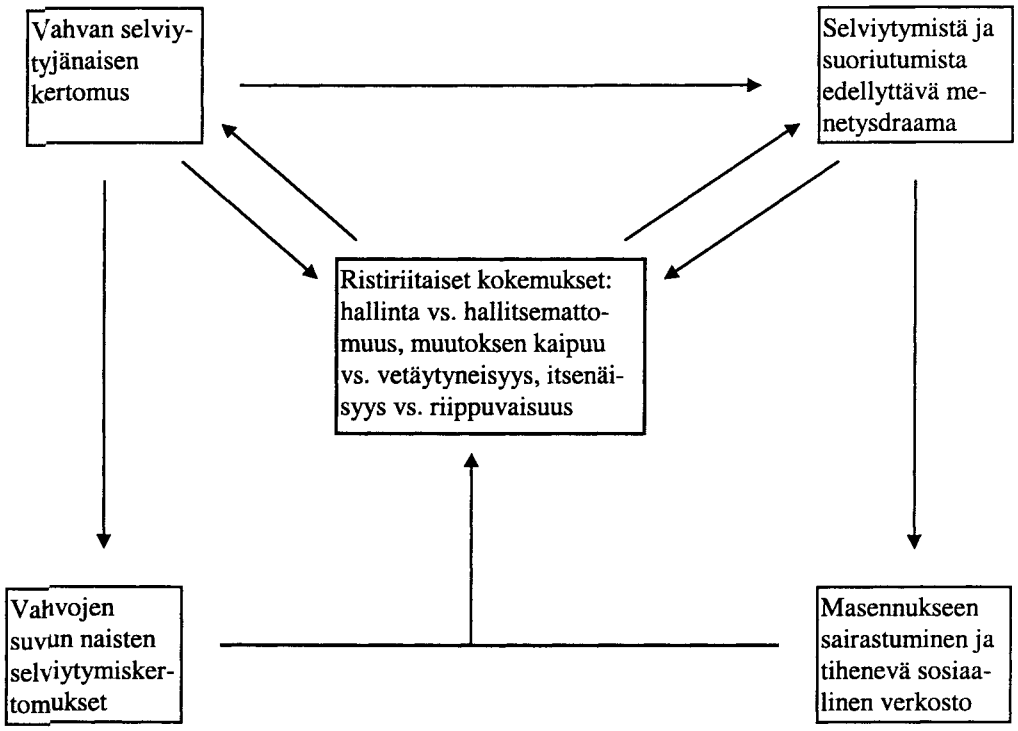
Liite 4. Sosiaalinen verkostokartta; kolmas haastattelu



1. avomies Matti, 2. tytär Tiina, 3. poika, 4. ex-mies 5.–6. ex-miehen perhe, 7. äiti, 8. velipuoli, 9. sukulaisnainen Kaisa, 10. isäpuoli Kalle, 11. veli, 12. sukulaismies Veijo, 13. sukulaisia, 14. sukulaisia, 15. sukulaisia, 16. lääkäri, 17. mielenterveyshoitaja, 18. mielenterveyshoitaja, 19. ystävä Saara, 20. ystävä Katri, 21. ystävä Markku, 22. ystävä Ilkka, 23.–24. ystävän lapset, 25. ystävä Leena, 26.–27. Leenan perhe, 28. työtovereita, 29. ystävä Riitta, 30. työtovereita

Liite 5. Sosiaalinen verkostokartta: ”kun kaikki oli vielä hyvin”



1. tytär Tiina, 2. aviomies, 3. poika, 4. äiti, 5. isäpuoli Kalle, 6. velipuoli, 7. veli, 8. sukulaisnainen Kaisa, 9. sukulaismies Veijo, 10. aviomiehen veli, 11.–13. aviomiehen veljen perhe, 14. anoppi, 15. appi, 16. aviomiehen veli, 17.–18. aviomiehen veljen perhe, 19.–21. ystäväperhe, 22.–24. ystäväperhe, 25.–34. työtovereita

Liite 6. Tarinallinen kiertokulku Marjan kokemuksessa (vrt. liite 1).