

**ENSI KERTAA PSYKOOSIIN SAIRASTUNEEN POTILAAN SOSIAALINEN VERKOSTO
JA SIINÄ HOITOON TULON JÄLKEEN TAPAHTUVA MUUTOS**

Aki Kauranen
Pro gradu -tutkielma
Psykologian laitos
Jyväskylän yliopisto
Tammikuu 2000

ENSI KERTAA PSYKOOSIIN SAIRASTUNEEN POTILAAN SOSIAALINEN VERKOSTO JA SIINÄ HOITOONTULON JÄLKEEN TAPAHTUVA MUUTOS

Tekijä: Aki Kauranen
Ohjaaja: Jaakko Seikkula
Psykologian pro gradu -tutkielma
Jyväskylän yliopisto, psykologian laitos
Tammikuu 2000
40 sivua, 10 liitesivua

TIIVISTELMÄ

Tutkimuksessa selvitettiin millaiset ovat ensi kertaa psykoosiin sairastuneiden potilaiden sosiaaliset verkostot sekä millaista muutosta perhe- ja verkostokeskeistä hoitoa saavien potilaiden verkostoissa tapahtuu hoitoon tuloa seuraavien kahden vuoden aikana. Toiseksi tutkittiin sitä, kuinka verkostojen koko ja siinä tapahtuva muutos ovat yhteydessä potilaiden psyykkiseen tilaan. Lisäksi oltiin kiinnostuneita siitä, miten psykoottisten oireiden kesto on yhteydessä potilaiden verkostoihin ja psyykkiseen tilaan seuranta-aikana.

Tutkimuksen aineisto (N=29) oli osa valtakunnallisen API (akuutin psykoosin integroitu hoito) -projektin aineistoa. Tässä tutkimuksessa mukana olivat API-projektiin Tornion tutkimusalueelta osallistuneet potilaat. Yleisimmät diagnoosit potilailla olivat skitsofrenia ja skitsofreniforminen psykoosi, mutta mukana oli myös joitain reaktiivisesta psykoosista ja skitsofrenian ennako-oireista kärsiviä potilaita. Potilaiden hoidossa toteutettiin Keroputaalla kehitettyä perhe- ja verkostokeskeistä hoitomallia. Mallissa keskeisellä sijalla ovat potilaan verkoston ja hoitavan työryhmän väliset hoitokokoukset. Potilaat pyritään hoitamaan mahdollisimman pitkälle avohoidossa, neuroleptilääkityksen käyttö on minimoitu.

Potilaiden verkostoista alkutilanteessa yhden ja kahden vuoden seurannassa piirretyt verkostokartat analysoitiin ja niistä saatuja tietoja yhdistettiin tietoihin potilaiden psyykkisestä tilasta ja toimintakyvystä. Analyysit suoritettiin käyttäen tilastollisia analyysimenetelmiä. Lisäksi kolmen tapauskertomuksen avulla havainnollistettiin verkoston erilaisia kehityssuuntia.

Tulosten mukaan potilaiden verkostojen keskimääräisessä koossa ei tapahtunut seuranta-aikana muutosta, vaikka yksilötasolla saattoi tapahtua suuriakin muutoksia. Tulos on merkittävä, sillä vastoin aiempia tutkimuksia verkostoissa ei nyt tapahtunut kutistumista hoitoontulon jälkeen. Verkostojen työsektorit kasvoivat seuranta-aikana. Työtilanne osoittautui merkittäväksi tekijäksi myös siten, että työelämässä mukana olevien potilaiden verkostot olivat alkutilanteessa suuremmat kuin työelämän ulkopuolella olevien. Potilaiden psyykkinen tila parani seuranta-aikana. Oireiden kesto liittyi sairauden myöhempään kehitykseen siten, että puolen vuoden sisällä oireiden alkamisesta hoitoon saapuneiden potilaiden verkostot olivat selvästi suuremmat ja psyykkinen tila parempi kahden vuoden seurannassa kuin yli puoli vuotta oireilleiden potilaiden.

Avainsanat: psykoosi, skitsofrenia, sosiaaliset verkostot, perhe- ja verkostokeskeinen hoito, API-projekti

JOHDANTO

Alunperin sosiaalisen verkoston käsitettä alkoivat käyttää sosiaaliantropologit kirjoituksissaan jo 1940 ja -50-luvuilla (Whitten & Wolfe, 1973). Kliinisen työn tarpeisiin verkostoterapeuttisia menetelmiä on kehitelty 1960-luvulta lähtien josta kehitys on jatkunut voimakkaana tähän päivään saakka. Modernissa psykiatrisessa terveydenhuollossa verkostotyöstä on tullut tärkeä osa. Sen on nähty tarjoavan puuttuvan lenkin perheen, yhteisön ja laajemman yhteiskunnan välille (Trimble, 1997). Monet verkostotyön lähtöajatuksista olivat peräisin Yhdysvalloista, mutta 1990-luvulle tultaessa sosiaalisen verkoston tutkimus on keskittynyt enemmän Eurooppaan ja erityisesti Pohjoismaihin (mm. Klefbeck & Ogden, 1996; Larsen, Johannessen & Opjordsmoen, 1998; Salokangas, 1997a), missä hyvinvointivaltoiden valtiolliset terveydenhuoltojärjestelmät mahdollistavat niiden tehokkaan hyödyntämisen. Nykyään verkostoajattelun sovellutukset ovat levinneet kattamaan monenlaisia ongelmia. Viime vuosina sosiaalisia verkostoja on hyödynnetty esimerkiksi sosiaalityössä (Virtanen, 1999), lastenpsykiatrisessa hoitotyössä (Klefbeck & Ogden, 1996), psykiatrisessa kuntoutuksessa (Paterniti, Chellini, Sacchetti & Tognelli, 1996) ja niiden yhteyttä vanhusten yksinäisyyteen on tutkittu (Bondevik & Skogstad, 1998). Kliinisen psykologian tutkimuskohteeksi sosiaaliset verkostot ovat nousseet varsinaisesti viimeisen kymmenen vuoden aikana. Myös Jyväskylän Yliopistossa on tänä aikana tehty sosiaalisiin verkostoihin liittyvää tutkimusta. Aiheeseen liittyen on ilmestynyt yksi väitöskirjatutkimus (Seikkula, 1991) ja kaksi pro gradututkielmaa (Ojajarvi & Vasankari, 1993; Hautala & Hentilä, 1995).

Kirjallisuudesta löytyy useita eri tapoja, joilla sosiaalista verkostoa on pyritty määrittelemään. Erään määritelmän mukaan (Klefbeck, Bergerhed, Forsberg, Hultkranz-Jeppson & Marklund, 1988a) *yksilön sosiaalinen verkosto koostuu niistä ihmisistä, jotka tuntevat hänet ja joilla on yhteistä elämänhistoriaa takanaan*. Verkoston erottaa kuitenkin sosiaalisesta ryhmästä se, että kaikkien verkoston jäsenten ei oleteta olevan tekemisissä toistensa kanssa (Pattison & Pattison, 1981). Verkoston mittaamiseksi käsitettä on pyritty operationalisoimaan eri tavoin. Esim. Larsen ym. (1998) kuvasivat tutkimuksessaan sosiaalista verkostoa potilaan siviilisäädyn, itsenäisyyden asteen, työtilanteen sekä ystävien määrän avulla, kun taas Becker, Leese, McCrone, Clarkson, Szmukler ja Thornicroft (1998) käyttivät Social Network Schedule -menetelmää (Dunn, O'Driscoll, Dayson, Willis & Leff, 1990). Tässä tutkimuksessa verkostoa on kuvattu Klefbeckin ym. (1988a, 1988b) kehittämän verkostokartan avulla (ks. menetelmäosa).

Sosiaalisen verkoston käsitettä lähellä on *sosiaalisen tuen* käsite ja niitä käsitelläänkin usein toistensa yhteydessä. Sosiaalinen verkosto voidaan käsittää sosiaalisen ympäristön rakenteelliseksi osatekijäksi, kun taas sosiaalinen tuki vastaa sen funktionaalista puolta (Östergren, Hanson, Isacsson & Tejler, 1991). Sosiaalinen tuki on aina saajalleen jollain tapaa hyödyllistä, kun taas sosiaalisen verkoston yhteydet yleensä voivat luoda jäsenilleen myös rajoitteita ja stressiä (Hammer, 1981). Verkoston objektiiviset ominaisuudet eivät suoraan vaikuta yksilöön tukevasti tai rajoittavasti, vaan pikemminkin se, millaisena hän itse verkostonsa kokee ja kuinka hän sen tulkitsee (Klefbeck & Ogden 1992). Uudemmissa tutkimuksissa sosiaalisen verkoston ja sosiaalisen tuen käsitteet tulevat hyvin lähelle toisiaan. Esim. Salokankaan (1996) tutkimuksessa sosiaalinen verkosto nähdään itsessään tukisysteeminä, joka tuo yksilölle johonkin kuulumisen tunnetta ja ylläpitää sisäisen eheyden tunnetta. Sosiaalisen tuen hyödyllisyydestä skitsofreniassa on saatu tutkimuksellista näyttöä (Buchanan, 1995).

Sosiaalinen verkosto voi toimia ikäänkuin puskurina silloin, kun ihminen on stressin alaisena, ja näin suojata häntä sairastumiselta (Marsella & Snyder, 1981). Toisaalta voidaan puutteellinen sosiaalinen verkosto nähdä haavoittuvuustekijänä, yksilöä stressille altistavana ympäristönä (Sorensen, 1985; Klefbeck & Ogden, 1992). Kun tällaista verkostoa kohtaa kriisi, se saa aikaan vakavampia seurauksia kuin kävisi toimivan turvaverkoston kanssa. Suuremman verkoston ja parempien verkoston vuorovaikutuksellisten ominaisuuksien onkin todettu vähentävän psykiatrisen potilaan todennäköisyyttä joutua sairaalahoitoon (Becker ym., 1997; Keränen, 1992). Salokankaan (1997a) pitkässä seurantatutkimuksessa sairauden kehitys näytti olleen suotuisinta niillä skitsofreniapotilailla, jotka elivät yhdessä puolisonsa kanssa. Heikoimmassa asemassa taudin kulun suhteen oli yksinasuvien ryhmä ja erityisesti yksinasuvat miehet.

Psykooseilla tarkoitetaan sitä mielenterveyshäiriöiden ryhmää, jota luonnehtii todellisuudentajun eli realiteetin häiriintyminen. Skitsofrenia on ylivoimaisesti tärkein psykoosiryhmämme, sen yleisyys on noin 1% väestöstä (Tamminen & Achte, 1997) Skitsofrenia ei kuitenkaan ole yhtenäinen sairaus, vaan siihen kuuluu useita toisistaan oireiden ja ennusteensa suhteen eroavia ryhmiä. Aika ajoin koko skitsofrenia-käsitteen on asetettu kyseenalaiseksi. Nykyisessä tautiluokituksessa skitsofrenian alaryhmiä erotetaan kolme: hebefreeninen, katatoninen ja paranoidinen skitsofrenia (Sariola & Ojanen, 1997). DSM-III-R luokitusjärjestelmässä (APA, 1987) skitsofrenia erotetaan skitsofreniformisesta psykoosista ensisijaisesti oireiden keston mukaan; edellisessä ne ovat kestäneet vähintään kuusi kuukautta, jälkimmäisessä yhdestä kuuteen kuukauteen. Tämän tutkimuksen

potilailla skitsofrenia on yleisin diagnoosi, mutta mukana on lisäksi skitsofreniformista ja reaktiivista psykoosia sairastavia sekä prodromaalioireisia eli skitsofrenian ennakkooireista kärsiviä potilaita.

Psykiatristen potilaiden sosiaalisia verkostoja koskevassa tutkimuksessa on skitsofrenialla ollut keskeinen asema, sillä siinä sosiaalisen suhteiden ongelmat tulevat usein korostuneesti esille. Skitsofreniapotilaille sosiaalisen etäisyyden kontrollointi on vaikeaa. Puutteellisen sosiaalista vaihtoa koskevan ymmärryksensä vuoksi heillä on vaikeuksia normaalin verkoston muodostamisessa (Beels, 1981). Skitsofreniapotilas on altis kahdelle hyvin erilaiselle sosiaaliselle stressitekijälle: toisaalta liika sosiaalinen stimulaatio saattaa tuntua potilaasta tungettelevalta ja johtaa sairauden uuteen akutisoitumiseen, toisaalta liian vähäinen stimulaatio voi edistää vetäytymistä, hidastumista ja passivoitumista (Wing, 1978). Skitsofreenikoilla tulisikin optimaalisesti olla verkostossaan useita sosiaalisia ryhmittymiä, joiden välillä he voivat vapaasti liikkua, tällöin he voisivat hakeutua kulloinkin ympäristöön, jossa vuorovaikutus on ongelmattominta (Beels, 1981).

Sairastuminen psyykkisesti on elämän perusteita koetteleva muutos. Se ei ole vain potilaan henkilökohtainen kriisi, vaan koko häntä ympäröivän sosiaalisen verkoston. Se joutuu sopeutumaan siinä missä sairastunut potilaskin. Beels (1979) onkin luonnehtinut skitsofrenian puhkeamista *verkoston kriisiksi*. Eristyksessä ollessaan patologinen perhesysteemi on altis toiminnan jäykistymiselle, mutta kun systeemin rajoja laajennetaan ulompaan sosiaaliseen verkostoon, jälkimmäisen joustavammat resurssit sallivat myös ydinperheelle uutta liikkumavaraa (Halevy-Martini, Hemley-van derVelden, Ruhf & Scoenfed, 1984). Verkostointervention tavoite on hyödyntää koollepannun verkoston voima nopeasti jäykistyneen systeemin "ravistelemissä", jotta muutokset siinä tulisivat mahdolliseksi (Speck & Attneave, 1973). Verkostotyö ei luonnollisestikaan korvaa muita auttamismenetelmiä, mutta se tekee mahdolliseksi niiden entistä paremman integroinnin, joka puolestaan mahdollistaa kokonaistilanteen huomioimisen (Seikkula, 1994).

Verrattaessa skitsofreniapotilaiden verkostoja muiden potilasryhmien ja normaaliväestön verkostoihin, on skitsofreenikkojen verkostot todettu pienemmiksi (Esim. Pattison & Pattison, 1981; Poliakov, Kaz'mina & Kruprysheva, 1996). Verkoston kutistumisen on arveltu johtuvan siitä, että skitsofreniapotilaiden sosiaaliset kyvyt ovat puutteelliset. Toinen mahdollisuus on, että kutistunut verkosto on sairauden oire. Kolmanneksi juuri sosiaalisen tuen puute voi olla osasy psykoosin puhkeamiseen (Erickson, Beiser, Iacono, Fleming & Lin, 1989). Pienen koon lisäksi skitsofreniapotilaiden

verkostojen on todettu eroavan rakenteellisesti muiden ryhmien verkostoista niin, että ystävien osuus on selvästi pienempi ja sukulaisten sekä viranomaisten suhteellinen osuus vastaavasti suurempi kuin verrokeilla (Llamas, Pattison & Hurd, 1981; Erickson ym., 1989; Poliakov ym., 1996). Sosiaalinen vaihto on rajoittunutta skitsofreniapotilaiden verkostoissa myös siten, että verkoston jäsenillä on useita rooleja ja emotionaalinen toiminta niissä on tiiviimpää ja määrittelemättömämpää (Paterniti ym., 1996).

Runsaiden skitsofrenian negatiivisten oireiden on havaittu liittyvän pienempään sosiaaliseen verkostoon (Hamilton, Ponzoha, Cutler & Weigel, 1989; MacDonald, Jackson, Hayes, Baglioni & Madden, 1998), positiivisten oireiden määrä ei näissä tutkimuksissa sen sijaan ollut yhteydessä verkoston kokoon. Toisaalta MacDonaldin ym. (1998) tutkimuksessa potilaan negatiivisten oireiden määrä ei vaikuttanut siihen, kuinka paljon tukea potilas koki saavansa verkostostaan. Tässä suhteessa verkoston kokoa tärkeämpi ominaisuus saattaakin olla sen koostumus.

Verrattaessa ensi kertaa psykoosiin sairastuneiden potilaiden verkostoja aiemmin jo hoidossa olleiden verkostoihin on todettu verkostojen pienenevän ja tihenevän sekä perheen ulkopuolisen verkoston osuuden vähenevän hoitokertojen lisääntyessä (Lipton, Cohen, Fischer & Katz, 1981; Seikkula, 1991; Holmes-Eber & Riger, 1990). Näiden tutkimusten perusteella merkittävimmät muutokset verkostojen rakentessa ja toiminnassa tapahtuvat ensimmäisen sairaalaanoton jälkeen. Koska perheen ulkopuolisen verkoston katsotaan edustavan muutoksen mahdollisuutta potilaan elämässä, tarkoittaa sen suhteellinen väheneminen hoitoverkoston merkityksen kasvua ja potilaan lisääntyvää riippuvuutta hoitojärjestelmästä (Seikkula, 1991). Karilan (1994) tutkimuksessa runsas sairaalahoidon määrä ennakoii huonompaa psykososiaalista selviytymistä seurantajakson lopulla. Erityisesti pitkät (yli 150 vrk.) sairaalajaksoit näyttivät ennakoivan huonompaa selviytymistä.

Psykoosiin sairastuneiden potilaiden on todettu usein olleen avoimen psykoottisia jo kauan ennen hoitoon saapumistaan. Kliininen kokemus on osoittanut käytössäolevien skitsofrenian hoitokeinojen soveltamisen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa taudin kulkua voivan hidastaa tai jopa katkaista taudin pahenemisen. Premorbidissa vaiheessa alttius skitsofreniaan tulee havaittavaksi ja tuolloin myös oireiden taustalla vaikuttavat neurobiologiset prosessit ovat aktiivisimmillaan (McGlashan & Johannessen, 1996). Varhaisen hoidollisen väliintulon onkin todettu korreloivan suotuisamman lyhyen (Falloon, 1992) sekä pitkän (Helgason, 1990) aikavälin kehityksen kanssa. Larsenin, McGlashanin ja Moen (1996) tutkimuksessa skitsofreniapotilaat olivat

hoitoontullessaan olleet psykoottisia keskimäärin 114 viikkoa. Pidempi hoitamaton sairausjakso oli yhteydessä huonompaan työkykyyn sekä sosiaaliseen- ja yleiseen toimintakykyyn vuosi ennen hoitoontuloa sekä suurempaan määrään negatiivisia oireita ensimmäisessä kliinisessä arvioinnissa.

Suomi on kokenut 1980-luvun alun jälkeen yhden maailman nopeimmista deinstitutionalisaatioprosesseista. Vuodesta 1980 tähän päivään psykiatristen sairaalapaikkojen määrä on vähentynyt maassamme kolmanneksella. Perusteluihin sairaalapaikkojen vähentämiseksi ovat kuuluneet mm. pitkien sairaalahoidojen haitalliset vaikutukset, potilaiden oikeudet elämään yhteiskunnassa sekä sairaalahoidon suuret kustannukset (Salokangas & Saarinen, 1998). Hoidon painopisteen voimakas siirtyminen avohoitoon on merkinnyt psykoosipotilaiden hoidossa suurta haastetta. Sairaalasta yhteiskuntaan siirtyneitä skitsofreniapotilaita luonnehtii nykyään aiempaa useammin yksinäisyys. He tarvitsisivat kuntoutusta ja muita mielenterveyspalveluita usein enemmän kuin heille voidaan tarjota. Omaisten vastuu potilaiden hoidossa on kasvanut ja heidän tiedontarpeensa sairaudesta lisääntynyt (Salokangas, 1997b).

Psykoosipotilaiden hoidon kehitys onkin ollut Suomessa voimakasta viime vuosikymmeninä. Kehitystyö juontaa juurensa jo 1960-luvulla Turussa alkaneesta skitsofreniaryhmän psykoosien tutkimuksesta ja hoidon kehittamisestä johon liittyy useita laajoja alueellisia ja valtakunnallisia projekteja (Lehtinen, Aaltonen, Koffert, Rökköläinen, Syvälahti & Vuolio, 1996). Osana tuohon valtakunnalliseen kehitystyöhön kuuluu myös API (akuutin psykoosin integroitu hoito) -projekti, johon tämänkin tutkimuksen aineisto kuuluu. API-projektin kaikkiaan kuudesta tutkimuskeskuksesta tässä tutkimuksessa ovat mukana Tornion potilaat. API-projektin tarkoituksena on ollut kehittää akuutin skitsofrenian hoitoa kansallisen skitsofreniaprojektin periaatteiden mukaisesti sekä tutkia neuroleptien osuutta ja merkitystä intensiivisessä perhekeskeisessä hoidossa (Lehtinen ym., 1996). Hoidossa on ollut vallitsevana psykoterapeuttinen asenne, pyrkimys ymmärtää mitä potilaalle ja hänen lähimmille ihmisille on tapahtunut. Neuroleptilääkitystä on käytetty kohtuullisesti, sen tehtävä on ollut ennen kaikkea tukea muita hoitomuotoja (Alanen, 1993). Projekti on osoittanut olevan mahdollista hoitaa psykoosipotilaita avohoidossa aiemmin kuviteltua enemmän (Lehtinen ym., 1996).

Torniossa, Keroputaan sairaalassa on kehitelty perhe- ja verkostokeskeistä hoitomallia suunnitelmallisesti 1980-luvun alusta lähtien. Koko kehitysprosessin ajan sairaalan henkilökunnan perheterapeuttiseen kouluttamiseen on panostettu voimakkaasti. (Seikkula, 1991). Keroputaan mallissa hoidon perustapahtumana niin avo- kuin

sairaalahoidossakin on *hoitokokous*. Hoitokokouksessa potilas, hänen perheensä ja mahdollisesti muita potilaalle tärkeitä henkilöitä kokoontuu keskustelemaan hoitavan työryhmän jäsenten kanssa. Näitä kokoontumisia järjestetään tavallisesti hoidon aikana useita (Haarakangas, 1997). Hoitokokouksissa perhe ja verkosto pyritään liittämään aktiiviseksi ja vastuulliseksi osaksi hoitoa. Ongelmana ei nähdä "potilaan sairautta", vaan koko häntä ympäröivän vuorovaikutussysteemin toiminnan ongelma. Kokouksissa osallistujat esittävät avoimesti omia näkemyksiään ongelmasta, joiden pohjalta pyritään vuoropuhelun synnyttämiseen yhteisen ymmärryksen luomiseksi. Parhaassa tapauksessa vuoropuhelusta syntyy yhteisen kokemisen tila, jossa ongelmat voidaan määritellä uudella, adaptiivisemmalla tavalla tai ne lakkaavat olemasta (Keränen 1992). Myös hoitava työryhmä nähdään osana ongelman puitteissa tapahtuvaa vuorovaikutusprosessia, mikä onkin tämän hoitomallin keskeisin ero verkostokokouksiin ja systeemikonsultaatioistuntoihin, joissa ongelma nähdään terapeutista riippumattomana. Sekä perheen että hoitoryhmän on muututtava prosessissa. Työryhmä pyrkii ottamaan perheen tuomaa ongelmaa kannettavakseen lisätäkseen näin perheen ja verkoston valinnanmahdollisuuksia (Seikkula, 1991). Perhe- ja verkostokeskeisen työtavan merkitys on Keroputaalla selvästi tullut esiin sairaalahoidon vähenemisenä ja avohoidon lisääntymisenä. Suuri osa "turhia", väärin perustein tehtyjä sairaalaanottoja voitaisiinkin välttää, mikäli on mahdollisuus perheinterventioon ja nopeaan seurantaan (Keränen, 1992). Sairaalansijojen verkostokeskeisen hoidon ansiosta pystytty vähentämään viidessä vuodessa 299sta 55een. Ensimmäistä kertaa puhkeavissa kriiseissä sairaalahoito on käynyt lähes kokonaan tarpeettomaksi. (Seikkula, 1994).

Tutkimusongelmat:

1. Minkä kokoiset ovat potilaiden sosiaaliset verkostot hoitoon tullessa ja kuinka verkostojen koko on yhteydessä potilaiden psyykkiseen tilaan?
2. Millaista muutosta perhe- ja verkostokeskeistä hoitoa saaneiden potilaiden verkostoissa tapahtuu hoitoontuloa seuraavien kahden vuoden aikana ja kuinka muutokset potilaiden verkostoissa ovat yhteydessä a) potilaiden psyykkiseen tilaan ja siinä tapahtuvaan muutokseen, b) psykoottisten oireiden kestoon ja c) sairaalapäivien ja hoitokokousten määrään seuranta-aikana?
3. Kuinka psykoottisten oireiden kesto ennen hoitoon tuloa on yhteydessä potilaiden sosiaalisiin verkostoihin ja psyykkiseen tilaan seuranta-aikana?

MENETELMÄT

Tutkimushenkilöt ja aineiston keruu

Tämän tutkimuksen aineisto on osa valtakunnallisen Akuutin psykoosin integroitu hoito (API) -projektin aineistoa. Tutkimuspaikkana oli Keroputaan sairaala Torniossa, joka oli yhtenä API-projektin kuudesta tutkimuskeskuksesta. Tutkimusaika oli 1.4.1992-31.12.1993. Tutkimukseen otettiin mukaan kaikki tuona aikana Länsi-Pohjan alueelta (72000 asukasta) joko mielenterveystoimistoon tai sairaalaan hoitoon saapuneet uudet skitsofreniatyyppin psykoosiin sairastuneet potilaat, jotka antoivat siihen suostumuksensa. Diagnoosit tehtiin käyttäen DSM-III-R -luokitusta (APA, 1987). Lisäksi tutkittavien tuli täyttää seuraavat vaatimukset: ikä 15-45 vuotta; ei vakavaa aggressiivista tai itsetuhoista käytöstä; ei alkoholi- tai huumeriippuvuutta pääongelmana; ei somaattista sairautta; ei aiempaa neuroleptilääkitystä eikä takana yli seitsemän päivän tai 50:n kerran intensiivistä psykoterapiakontaktia (Seikkula, Alakare, Aaltonen, Holma, Rasinkangas & Lehtinen, 1999).

Tutkimusaikana hoitoon saapui kaikkiaan 39 kriteerit täyttävää potilasta. Heistä 7 kieltäytyi tutkimuksesta ja 3 jätettiin pois puuttuvien seurantatietojen vuoksi, joten lopulta mukaan tuli 29 henkilöä. Alkuvaiheessa mukana olleista potilaista yhden potilaan ensimmäisen vuoden seurantatiedot olivat puutteelliset. Lisäksi yksi potilas kieltäytyi tutkimuksesta ennen kahden vuoden seurantaa, kolme muutti toiselle paikkakunnalle ja yksi kuoli. Näinollen yhden vuoden seurantavaiheessa on mukana 28 ja kahden vuoden vaiheessa 24 potilasta.

Verkostokartta

Tutkimukseen osallistuneista potilaista piirrettiin verkostokartat hoitoontulovaiheessa, sekä yhden ja kahden vuoden seurantavaiheissa. Kartat on kerätty ylilääkäri Birgitta Alakareen toimesta ja hän on myös antanut suostumuksen niiden käyttöön tässä tutkimuksessa.

Potilaiden sosiaalisten verkostojen kuvaamiseen käytetty ympyrämallinen verkostokartta (ks. liitteet 1-3) on ruotsalaisen Klefbeckin (1988a, 1988b) tutkimusryhmän kehittänyt. Kartassa keskellä on ihminen, jonka verkostoa kuvataan. Häntä ympäröivä verkosto on jaettu neljään sektoriin: perhe, sukulaiset, ystävät/naapurit ja työtoverit. Lisäksi

ammattiauttajille on oma sektorinsa. *Perheenjäseniksi* luetaan kaikki, jotka asuvat henkilön kanssa saman katon alla. *Sukulaisia* ovat verisukulaisten lisäksi avioliittojen kautta tulleet sukulaiset. *Työtovereihin* kontaktit ovat päivittäisiä. Neljäs kenttä muodostuu *ystävistä, naapureista ja ammatti-ihmisistä*. Kartan yläosan, perheen ja suvun, katsotaan edustavan pysyvyyttä, perinteitä ja pitkäaikaisia suhteita. Alaosa, ystävät ja työtoverit, puolestaan edustaa uudistumista ja muutoksen mahdollisuutta verkostossa. (Klefbeck ym., 1988b).

Verkostokarttaa piirrettäessä asiakasta pyydetään ensin listaamaan hänelle tärkeitä henkilöitä ja sijoittamaan heidät karttaan. Sijoittelussa suhteessa itsen huomioidaan ihmisten tunnepohjainen läheisyys/etäisyys. Ihmisten väliset suhteet määritellään aina sen mukaan, mikä on niiden psykologinen merkitys tutkittavalle. Merkitys ja vuorovaikutus eivät välttämättä liity toisiinsa, esim. jo kuolleella ihmisellä voi edelleen olla suuri psykologinen merkitys egolle. Seuraavaksi piirtäjä yhdistää toisensa tuntevat ihmiset viivoilla toisiinsa. Myös tiettyjä erikoismerkintöjä (esim. konflikti, kuolema) voidaan käyttää (Klefbeck ym., 1988b).

Sosiaalisen verkoston analysoinnissa on perinteisesti erotettu sen rakenteelliset ja vuorovaikutukselliset ominaisuudet (Cohen & Sokolowsky, 1979). Tässä tutkimuksessa potilaiden verkostokartoista otettiin tarkastelun kohteeksi niiden rakenteelliset ominaisuudet koko ja tiheys. Verkoston koko määriteltiin kunkin potilaan kartalla olevien henkilöiden kokonaismäärän mukaan. Verkostossa tapahtuvan muutoksen tarkempaa tarkastelua varten huomioitiin myös erikseen kullakin sektorilla olevien henkilöiden määrät, sekä perheen ja suvun prosentuaalinen osuus koko verkostosta. Verkoston tiheydellä tarkoitetaan todellisten vuorovaikutussuhteiden määrän suhdetta kaikkiin potentiaalisiin verkostossa ja se määritettiin verkostokarttoihin piirrettyjen ihmissuhteita kuvaavien viivojen perusteella. Verkoston muutoksen ja psyykkisen tilan yhteyden selvittämiseksi potilaat jaettiin kahteen ryhmään sen mukaan, oliko verkosto seuranta-aikana kasvanut vai pienentynyt. Yhden potilaan verkoston koossa ei tapahtunut muutosta. Koska hänen verkostonsa oli keskimääräistä suurempi ja koska sitä, että verkosto ei pienentynyt, voidaan jo sinänsä pitää hyvänä asiana, liitettiin hänet analyysin yksinkertaistamiseksi kasvavan verkoston ryhmään. Verkostoissa tapahtuvaa muutosta havainnollistettiin vielä kolmen tapauskertomuksen avulla, joista ensimmäinen kuvaa pientä, pienenä pysyvää verkostoa, toinen aluksi pientä mutta seurannassa kasvavaa verkostoa ja kolmas aluksi suurehkoa, sitten kutistuvaa verkostoa.

Psyykkistä tilaa kuvaavat muuttujat

Potilaiden psyykkistä tilaa ja toimintakykyä kuvaavina mittareina tutkimuksessa käytettiin yhdeksää eri muuttujaa. Seuraavassa muuttujat on esitelty lyhyesti.

BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale)

Brief Psychiatric Rating Scale (Overall & Gorham, 1962) on psyykkisen tilan arviointiin kehitetty 20-kohtainen kyselylomake, jonka hoitohenkilökuntaan kuuluva täyttää haastateltuaan potilasta. Kukin lomakkeen kohta mittaa tiettyä psyyken ominaisuutta tai psykopatologista oiretta (esim. ahdistuneisuus, syyllisyyden tunteet, hallusinaatiot). Jokainen kohta pisteytetään asteikolla 1-7, missä 1 vastaa oireettomuutta ja 7 voimakkaimpia mahdollisia oireita. Loppupistemäärä on kaikkien kohtien summapistemäärä. Arviointimenetelmästä on useita eri versioita, joista tässä tutkimuksessa käytetty on Wilesin ja Kolaskowskan kehittäämä.

GAS (Global Assessment Scale)

Global Assessment Scale (Endicott, Spitzer, Fleiss & Cohen, 1976) -mittari perustuu potilaan psykiatristen oireiden, ihmissuhteiden määrän ja laadun sekä yleisen elämänhallinnan tason arviointiin. Potilas voi siinä saada arvoja 0:sta 99:ään, pienempi arvo viittaa huonompaan psykososiaaliseen selviytymiskyyn.

Sairaalapäivät ja hoitokokoukset

Hoidon tarvetta kuvaavana mittarina käytettiin potilaan sairaalassaolopäivien ja -jaksojen määrää sekä hoitokokousten määrää ensimmäisen ja toisen seurantavuoden aikana.

Oireiden kesto

Muuttuja kuvaa, kuinka kauan (kuukausina) potilaan psykoottiset oireet ovat jatkuneet tämän saapuessa hoitoon. Käsiteltäessä muuttujaa kaksiluokkaisena luokat olivat: 1=0-5kk, 2=vähintään 6kk.

Työtilanne

Työtilanteen osalta potilaat jaettiin alunperin viiteen kategoriaan: 1=koulussa, 2=työelämässä, 3=työnhakijana, 4=eläkkeellä (tai sairauspäivärahalla), 5=ei työnhakijana. Analyysivaiheessa jako kuitenkin muutettiin kaksiluokkaiseksi siten, että uudet luokat olivat: 1=koulussa, työelämässä tai työnhakijana, 2=eläkkeellä tai ei työnhakijana.

Elämänote

Tässä elämänotteella tarkoitetaan sitä, ovatko potilaat menettäneet otettaan tavanomaisen aikuisen elämään kuuluvista ihmissuhteisiin ja sosiaalisiin tarpeisiin liittyvistä päämääristä ja tyydytysmuodoista, vai tämän otteensa säilyttäneet (API-projektin tutkimuslomake I, 1992). Käytetty elämänotteen mittari oli neliluokkainen. Luokat olivat: 1=hyvä, 2=pääasiallisesti säilynyt, 3=huomattava osa kadonnut, 4=luopunut. Myös elämänote muutettiin analyysivaihetta varten kaksiluokkaiseksi: 1=hyvä tai pääosin säilynyt, 2=huomattava osa kadonnut tai luopunut.

Kuuloharhat ja negatiiviset oireet

Kuuloharhojen osalta alkuperäinen luokittelu oli seuraava: 1=ei kuuloharhoja, 2=väärintulkintoja, 3=selkeitä hallusinaatioita, 4=käskeviä harhoja. Analyysivaiheessa muodostetut uudet luokat olivat: 1=ei kuuloharhoja tai vain värintulkintoja, 2=selkeitä hallusinaatioita tai käskeviä harhoja. Negatiivisten oireiden osalta luokat olivat 1=ei ole negatiivisia oireita, 2=on negatiivisia oireita.

Aineiston analysointi

Aineiston tilastollinen analysointi suoritettiin SPSS for Windows -ohjelmalla.

Analyysimenetelminä käytettiin epäparametrasta Mann-Whitneyn testiä, ristiintaulukointia sekä Khiin neliö -testiä. Kuten kovin usein psykoterapian prosessitutkimuksissa, oli otoskoko tässäkin tutkimuksessa varsin pieni, minkä vuoksi monimuuttujaisten analyysimenetelmien soveltamista ei katsottu järkeväksi. Sen sijaan tutkimuksen asetelmaa syvennettiin tilastollisen analyysiosan jälkeen esimerkkitapausten avulla, jotka laadittiin potilaiden sairauskertomustietojen perusteella. Pienestä aineiston koosta johtuen tilastollisessa testauksessa käytettiin hyväksi eksakteja menetelmiä (Mehta & Patel, 1996), joiden avulla saadaan parempi luotettavuus otoskoon ollessa 30 tai sitä pienempi. Mann-

Whitneyn testillä testattiin alkutilanteen verkoston kokoeroja dikotomisten taustamuuttujien luokissa, kasvavan ja pienenevän verkoston ryhmien eroja suhteessa psyykkisen toimintakyvyn mittareihin sekä oireiden kesto (luokat: alle ja yli 6kk) -ryhmien eroja suhteessa psyykkisen toimintakyvyn mittareihin. Ristiintaulukointia ja Khiin neliö - testiä käytettiin kasvavan ja pienenevän verkoston ryhmien tai oireiden kesto-ryhmien eroja verrattaessa silloin, kun vertailun kohteena oleva taustamuuttuja oli luokiteltu (esim. työtilanne, elämänote).

TULOKSET

Taustatiedot ja aineiston edustavuuden arviointi

29:stä tutkimushenkilöstä 13 oli naisia ja 16 miehiä. Heidän keski-ikänsä hoitoon tullessa oli 27,7 vuotta, sukupuolten välillä ei ollut merkittävää ikäeroa. Potilaista 14:llä oli diagnoosinaan skitsofrenia, kahdeksalla skitsofreniforminen psykoosi, viidellä reaktiivinen psykoosi ja yhdellä skitsofrenian ennakko-oireita. Naimattomia joukosta oli 17, avio- tai avoliitossa heistä eli viisi, lapsia sekä avio- tai avopuoliso oli kuudella ja eronneita oli yksi. Tutkimuksen alussa eli primaariperheessään 15, sekundaariperheessään 12 ja yksin kaksi tutkimushenkilöä. Koulussa tai töissä oli alkuhetkellä tutkittavista 21, työttömänä 2 ja sairauslomalla tai eläkkeellä 6. Hyvä tai pääosin säilynyt elämänote oli 19:llä tutkimushenkilöllä, 10 oli luopunut tavoitteistaan tai menettänyt huomattavan osan elämänotteestaan. Kuuloharjoja oli 16:lla potilaalla, muita psykoottisia tuntemuksia 12:lla ja negatiivisia oireita 13:lla. Hoitontulo tapahtui potilaan omasta tai omaisen tahdosta 18:ssa tapauksessa ja pakkolähetteellä 10:ssä tapauksessa.

Aineiston edustavuutta selvitettiin vertaamalla tämän tutkimuksen potilaita kaikkiin samalla alueella pidemmällä aikavälillä (1.1.1994-31.3.1997) psykoottisina hoitoon tulleisiin potilaisiin. Vertailutiedot on esitetty taulukossa 1. Ryhmät näyttävät vastaavan toisiaan melko hyvin, tilastollisesti merkitseviä eroavuuksia ei ilmene minkään muuttujan kohdalla. Tämän tutkimuksen potilailla näyttää olevan suhteellisesti hieman enemmän skitsofreniaa ja skitsofreniformista psykoosia, mutta vähemmän skitsofrenian ennakko-oireita kuin pidemmällä aikavälillä. Tässä tutkimuksessa on myös mukana jonkin verran vähemmän yksinasuvia ja enemmän sekundaariperheissään asuvia potilaita sekä enemmän elämänotettaan menettäneitä potilaita kuin alueen potilaissa yleensä. Kokonaisuutena arvioiden ryhmät vaikuttavat melko vertailukelpoisilta, mutta vaikeampien diagnoosien hieman suurempi osuus tässä tutkimuksessa on hyvä pitää mielessä tuloksia tarkasteltaessa.

TAULUKKO 1. Tutkimushenkilöiden keski-ikä, sukupuoli, diagnoosi, asumistilanne, työtilanne ja elämänote verrattuna pidemällä aikavälillä hoitoon tulleiden potilaiden vastaaviin tietoihin.

	Hoitoontuloaika 1.4.92-31.12.93 (N=29)		Hoitoontuloaika 1.4.92-31.3.97 (N=87)		p-arvo
Keski-ikä	27,7v		26,6v		ns
Sukupuoli					ns
-Naisia	13	44,8 %	33	39,3 %	
-Miehiä	16	55,2 %	51	60,7 %	
-puuttuvia tietoja			9		
Diagnoosi					ns
-Skitsofrenia	14	48,3 %	34	40,5 %	
-Skitsofreniforminen psykoosi	8	27,6 %	17	20,2 %	
-Reaktiivinen psykoosi	5	17,2 %	17	20,2 %	
-Prodromaalioireita	1	3,4 %	16	19,0 %	
-puuttuvia tietoja			3		
Asumistilanne					ns
-Primaariperheessä	15	51,7 %	46	54,8 %	
-Sekundaariperheessä	12	41,4 %	24	28,6 %	
-Yksin	2	6,9 %	14	16,7 %	
-puuttuvia tietoja			3		
Työtilanne					ns
-Koulussa tai töissä	21	72,4 %	65	77,4 %	
-Työttömänä	2	6,9 %	10	11,9 %	
-Eläkkeellä tai ei hae työtä	6	20,7 %	9	10,7 %	
-puuttuvia tietoja			3		
Elämänote					ns
-Hyvä tai pääosin säilynyt	19	65,5 %	64	76,2 %	
-Huom.osa kadonnut tai luopunut	10	34,5 %	20	23,8 %	
-puuttuvia tietoja			3		

Sosiaaliset verkostot hoitoontulovaiheessa

Taulukossa 2 on esitetty tutkimushenkilöiden sosiaalisten verkostojen kokoa ja tiheyttä koskevat tiedot hoitoontulovaiheessa. Keskimääräinen verkoston koko on 18,6 henkilöä. Suurimman ryhmän muodostavat sukulaiset, joita on noin puolet verkoston koosta. Perheenjäsenet ja sukulaiset yhdessä muodostavat 69,9% verkostoista. Toiseksi suurin ryhmä ovat ystävät, joita tutkittavilla on keskimäärin viisi. Pienimmän osan verkostoista muodostavat viranomaiset sekä työtoverit.

TAULUKKO 2. Tutkittavien sosiaaliset verkostot hoitoon tullessa.

	Min	Max	Keskiarvo
Koko verkosto	5	35	18,6
Perhe	0	7	2,7
Suku	0	16	9,4
Työ	0	7	1,2
Ystävät	0	17	5,0
Viranomaiset	0	3	0,1
Perheen ja suvun osuus koko verkostosta	20,0 %	100,0 %	69,9 %
Verkoston tiheys	0,24	1	0,58

Taulukossa 3 on esitetty potilaiden sosiaalista tilannetta ja psyykkistä hyvinvointia kuvaavien muuttujien yhteydet verkoston kokoon ja tiheyteen alkutilanteessa. Kymmenestä tarkastellusta dikotomisesta muuttujasta seitsemän erottelee potilaat verkoston koon suhteen tilastollisesti merkitsevällä tasolla. Taulukosta ilmenee, että skitsofreniapotilailla on muiden psykoosiryhmien potilaita selvästi pienemmät verkostot. Sekundaariperheissä asuvilla on yksin tai primaariperheissä asuvia suuremmat verkostot. Myös työtilanne on yhteydessä verkoston kokoon siten, että työssä tai koulussa olevilla potilailla on suuremmat verkostot (tässä työsektorin osuus on poistettu) kuin työelämän ulkopuolella olevilla potilailla tai eläkeläisillä. Oireiden kesto hoitoon tullessa liittyy

verkoston kokoon niin, että potilailla, joilla on ollut oireita korkeintaan 5 kuukautta, on suuremmat ja verkostot kuin pidempään oirehtineilla. Hyvä tai pääosin säilynyt elämänote on yhteydessä suurempaan sosiaaliseen verkostoon kuin alentunut elämänote tai tavoitteista luopuminen. Potilailla, joilla on negatiivisia oireita, on pienemmät verkostot kuin potilaat joilla näitä oireita ei ole. Verkoston tiheyden osalta eroja on siten, että skitsofreniapotilailla verkostot ovat tiheämmät kuin muissa diagnoosiryhmissä, yksin tai primaariperheessä asuvilla on tiheämmät verkostot kuin oman perheen perustaneilla, pidemmän oireiden keston ryhmässä verkostot ovat tiheämmät kuin lyhyemmän oireiden keston ryhmässä, elämänotettaan menettäneiden potilaiden verkostot ovat tiheämmät kuin elämänotteensa säilyttäneiden potilaiden verkostot ja kuuloharjoista tai negatiivisista oireista kärsivien potilaiden verkostot ovat tiheämmät kuin oireettomien potilaiden verkostot.

TAULUKKO 3. Sukupuolen, diagnoosin, asumistilanteen, työtilanteen, oireiden keston, elämänotteen, BPRS-summan, kuuloharjojen sekä negatiivisten oireiden yhteys verkoston kokoon ja tiheyteen hoitoon tullessa.

	Verkoston koko Mean Rank*	p-arvo	Verkoston tiheys Mean Rank*	p-arvo
Sukupuoli				
-Nainen	16,96	ns	15,85	ns
-Mies	13,41		14,31	
Diagnoosi				
-Skitsofrenia	13,43	,001	18,29	,007
-Muu psykoosi	23,29		10,71	
Asumistilanne				
-Sekundaariperheessä	20,50	,001	11,21	,021
-Yksin tai primaariperheessä	11,12		17,68	
Työtilanne				
-Koulussa tai työssä	16,58**	,017	14,14	ns
-Työtön, eläkkeellä tai ei hae työtä	9,31**		17,25	
Oireiden kesto hoitoontullessa				
-0-5 kk	17,52	,000	12,55	,014
-väh.6 kk	5,43		20,36	
Elämänote				
-Hyvä tai pääosin säilynyt	17,37	,019	10,92	,001
-Alentunut / Luopunut	10,50		21,31	
BPRS-summa				
-alle 46	13,63	ns	15,97	ns
-46 tai yli	16,69		13,96	
GAS-pistemäärä				
-alle 38	14,66	ns	13,50	ns
-38 tai yli	14,29		15,83	
Kuuloharhat				
-On	12,13	ns	17,84	,001
-Ei	16,73		8,41	
Negatiiviset oireet				
-On	10,46	,006	17,65	,029
-Ei	18,00		11,77	

Taulukon p-arvot ovat yksisuuntaisia Monte-Carlo -merkitsevyysarvoja

* Epäparametrisen Mann-Whitney -testin testisuureet

** Verkoston koko ilman työsektoria

Seuranta-aikana tapahtuva muutos

Muutos sosiaalisissa verkostoissa

Sosiaalisissa verkostoissa seuranta-aikana tapahtuvaa muutosta on kuvattu taulukossa 4. Kokonaisuutena verkostojen koossa ei ole tapahtunut muutosta juuri lainkaan. Tilastollisesti merkitsevää kasvua on tapahtunut vain verkostojen työ- ja viranomaissektoreissa. Sukulaisten sekä ystävien määrä on laskenut lievästi. Perheen ja suvun osuus koko verkostosta on niinkään laskenut. Nämä muutokset eivät kuitenkaan ole tilastollisesti merkitseviä.

TAULUKKO 4. Sosiaalisen verkoston muutos kahden vuoden seuranta-aikana.

	Alku (N=29)	1v (N=28)	2v (N=24)	p-arvo
Koko verkosto	18,6	18,3	18,8	ns
Perhe	2,7	2,3	2,5	ns
Suku	9,4	9,4	8,6	ns
Työ	1,2	0,9	1,8	,045
Ystävät	5,0	4,0	4,5	ns
Viranomaiset	0,1	1,6	1,3	,000
Perheen ja suvun osuus koko verkostosta	69,9 %	65,5 %	63,5 %	ns
Verkoston tiheys	0,62	0,58	0,56	ns

Psyykkistä tilaa kuvaavien muuttujien muutos

Taulukosta 5 nähdään, että tutkittavien BPRS-arvot ovat pienentyneet kahdessa vuodessa keskimäärin lähes kahdellakymmenellä pisteellä ja GAS-pisteet ovat vastaavasti kasvaneet yli kahdellakymmenellä. Muutokset ovat tilastollisesti merkitseviä. Myös keskimääräinen sairaalapäivien määrä pienenee toisena vuonna selvästi. Yhdeksän potilasta ei ollut sairaalahoidossa seurannan missään vaiheessa. Muutos potilaiden työtilanteessa ja elämänotteessa on kuvattu taulukossa 6. Työelämässä aktiivisesti mukana olevien prosentuaalinen osuus pienenee samalla kuin työnhakijana, eläkkeellä tai työnhaun suhteen passiivisina olevien osuus vastaavasti kasvaa. Elämänotteessa ei tapahdu merkittävää muutosta.

TAULUKKO 5. Muutos tutkimushenkilöiden BPRS-summassa, GAS-pisteissä ja sairaalapäivien määrässä kahden vuoden seuranta-aikana.

	Alku	1v	2v	p-arvo
BPRS-summa	48,3	32,1	30,7	,012
GAS	37,8	57,0	60,9	,000
Sairaalapäivät		28,9	4,6	,001

TAULUKKO 6. Muutos tutkimushenkilöiden työtilanteessa ja elämänotteessa kahden vuoden seuranta-aikana.

	Alku	1v	2v	p-arvo
Työtilanne				
-Koulussa tai työssä	21 72,4%	18 62,1%	11 51,9%	,040
-Työnhakijana	2 6,9%	5 17,2%	4 14,8%	
-Eläkkeellä tai ei työnhakijana	6 20,7%	6 20,7%	9 33,3%	
Elämänote				
-Hyvä tai pääosin säilynyt	19 65,5%	19 67,9%	19 70,4%	ns
-Alentunut / Luopunut	10 34,5%	9 32,1%	8 29,6%	

Verkoston muutoksen yhteys psyykkiseen tilaan

Seuraavaksi verrattiin kahta potilasryhmää, joista toisen verkostot olivat kahden vuoden seuranta-aikana kasvaneet, toisen verkostot olivat pienentyneet tai pysyneet samana. Kummassakin ryhmässä oli 12 potilasta. Ryhmien välillä ei ollut merkittävää eroa iässä, sukupuolella, asumistilanteella eikä diagnooseilla. Kasvavan verkoston ryhmässä keskimääräinen verkoston koko hoitoon tullessa oli 17,3 henkilöä ja se kasvoi kahdessa vuodessa 22:een henkilöön. Vastaavasti pienenevän verkoston ryhmässä verkoston keskimääräinen koko oli alkutilanteessa 19,8 henkilöä ja se laski seuranta-aikana 15,6:een henkilöön.

Ryhmiä vertailtiin suhteessa niiden BPRS- ja GAS-pisteisiin seurannan alussa ja lopussa sekä sairaalapäivien ja hoitokokousten määrään seuranta-aikana. Ryhmät eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi minkään muuttujien suhteen, mutta pieniä suuntaa antavia eroavuuksia on havaittavissa. Keskimääräinen GAS-pistemäärä on kahden vuoden jälkeen suurempi kasvavan verkoston ryhmässä, kun se alkutilanteessa oli suurempi pienenevän verkoston ryhmässä. Kasvavan verkoston ryhmässä potilailla on myös vähemmän sairaalapäiviä ja hoitokokouksia seuranta-aikana kuin pienenevän verkoston ryhmässä. BPSR-summa on aluksi parempi kasvavan verkoston ryhmässä, mutta kahden vuoden jälkeen ryhmien ero on tasoittunut.

Lisäksi ryhmien eroa tarkasteltiin myös suhteessa BPRS-arvon muutokseen seuranta-aikana, sairaalajaksojen määrään, psykoottisten oireiden keston, työtilanteeseen alussa ja kahden vuoden jälkeen sekä elämäntilanteeseen alussa ja kahden vuoden jälkeen. Myöskään näiden muuttujien osalta ryhmät eivät eronneet tilastollisesti merkitsevällä tasolla. Selkeimmät erot olivat sairaalajaksojen määrässä, joita kasvavan verkoston ryhmässä oli vähemmän. Kasvavan verkoston ryhmässä oli myös kahden vuoden jälkeen hieman vähemmän työelämästä poisjääneitä sekä elämäntilanteestaan menettäneitä potilaita kuin pienenevän verkoston ryhmässä.

Psykoottisten oireiden kesto

Ne potilaat, jotka olivat saapuneet hoitoon alle kuusi kuukautta oireiden alkamisesta, erottuvat vähintään kuusi kuukautta oireilleista potilaista seurantavaiheissa selvästi. Aiemmassa vaiheessa hoitoon hakeutuneiden verkostot ovat suuremmat, heillä on

vähemmän sairaalapäiviä sekä paremmat BPRS- ja GAS-pisteet niin ensimmäisen kuin toisenkin vuoden seurannoissa. Niinkään kahden vuoden seurantavaiheessa aiemmin hoitoon hakeutuneista potilaista suurin osa on työssä tai koulussa ja omaa hyvän tai pääosin säilyneen elämänotteen, kun taas myöhemmin hoitoon tulleilla tilanne on päinvastainen. Erot ovat tilastollisesti merkitseviä muiden, paitsi toisen vuoden BPRS-summan sekä työtilanteen osalta. Tulokset on esitetty taulukoissa 7 ja 8.

TAULUKKO 7. Psykoottisten oireiden keston (hoitontullessa / kk) yhteys verkoston kokoon, sairaalapäivien määrään, hoitokokousten määrään, BPRS- summaan sekä GAS-pisteisiin 1. ja 2. seurantavuonna.

	Oireita jatkunut 0-5 kk Mean Rank*	Oireita jatkunut väh. 6 kk Mean Rank*	p-arvo
Verkoston koko 1v	16,71	7,86	,006
2v	14,56	4,75	,000
Sairaalapäiviä 1.vuonna	12,29	21,14	,006
2.vuonna	12,64	18,75	,011
Hoitokokouksia yhteensä 1. ja 2. vuonna	13,36	14,10	,439
BPRS-summa 1v	12,29	20,00	,019
2v	10,94	15,80	,087
GAS-pisteet 1v	15,90	7,33	,008
2v	15,15	8,00	,021

*Epäparametrisen Mann-Whitney -testin testisuureet

TAULUKKO 8. Psykoottisten oireiden keston yhteys työtilanteeseen ja elämänotteeseen kahden vuoden jälkeen.

	Oireita jatkunut 0-5 kk	Oireita jatkunut väh. 6 kk	Chi	p-arvo
2v työtilanne				
-Koulussa tai työssä	13 61,9 %	1 16,7 %	3,83	,067
-Työtön, eläkkeellä tai ei hae työtä	8 38,1 %	5 83,3 %		
2v elämänote				
-Hyvä tai pääosin säilynyt	18 85,7 %	1 16,7 %	10,67	,004
-Alentunut / Luopunut	3 14,3 %	5 83,3 %		

Verkoston muutosta kuvaavat tapauskertomukset

Tapauskertomus 1: Pieni verkosto alussa ja kahden vuoden seurannassa (liite 1)

Esimerkkihenkilö on Tuula (nimi muutettu), 24-vuotias skitsofreniaa sairastava naimaton nainen. Hänen vanhempansa ottivat yhteyttä mielenterveystoimistoon, koska olivat huolissaan Tuulan muuttuneesta käytöksestä. Yhteydenotto tapahtui noin kuusi kuukautta psykoottisen oireilun alkamisen jälkeen. Aiemmin puhelias ja liikkuva tyttö oli muuttunut hiljaiseksi ja vetäytyväksi ja lopettanut työssäkäynnin yhtäkkiä. Noin puoli vuotta sitten oli tapahtunut myös seurustelusuhteen katkeaminen. Tuula asui primaariperheessään vanhempiensa sekä nuoremman veljensä kanssa. Hänen sosiaalinen verkostonsa oli hyvin suppea käsittäen oman perheen lisäksi vain kaksi sukulaista: vanhemman veljen sekä tämän vaimon, jotka asuivat perheen kanssa samassa pihapiirissä. Yhteensä verkosto käsitti siis viisi ihmistä, jotka kaikki tunsivat toisensa. Tuulan perhekin eli melko eristäytynyttä elämää; kotona ei juuri käynyt vanhempien tai veljen kavereita. Parhaaksi ystäväkseen Tuula nimesi kotona asuvan veljensä, vanhempansa hän piirsi verkostokarttaan etäälle itsestään. Tuulalla oli voimakkaita psykoottisia ruumiillisia tuntemuksia ja ääniharjoja joiden vuoksi hän oli tuskainen ja ahdistunut. Vanhemmat olivat huolissaan Tuulan käytännön asioiden hoitamatta jäämisestä ja he myös kokoivat hänen hiljaisuutensa ahdistavana. Alkuvaiheen arvioinnissa Tuulan BPRS-summa oli 43 ja GAS-pistemäärä 40. Hänen elämänotteensa kuvattiin pääosin säilyneeksi.

Hoito alkoi avohoitona ja seuraavan vuoden aikana se muodostui pääasiallisesti hoitavan työryhmän ja perheen tapaamisista Tuulan kotona. Aloitettiin myös neuroleptilääkitys, jonka seurauksena kuuloharhat loppuivat ja Tuula koki olonsa helpommaksi. Toisaalta tilanne muuttui myös huonompaan suuntaan. Tuula vietti yhä enemmän aikaa huoneessaan eikä useinkaan jaksanut osallistua keskusteluun kotikäynneillä. Myös vuorovaikutus vanhempien ja Tuulan välillä oli vähäistä. Vanhemmista tuntui vaikealta puuttua Tuulan käytökseen ja työryhmässä pyrittiin tukemaan heidän tässä suhteessa vaativampaa asennettaan. Tuulan kanssa esim. tehtiin konkreettisia sopimuksia hygienian hoidosta sekä oman huoneen siivoamisesta. Ensimmäisen hoitovuoden aikana Tuula katosi muutamia kertoja kotoa omille teilleen pariaksi päiväksi. Tällaiset reissut olivat vanhemmille tuttuja jo Tuulan nuoruusvuosilta. Kerran Tuulan palattua kotiinsa hänen vointinsa oli siinä määrin huonontunut, että vanhemmat veivät hänet sairaalaan jossa hän oli muutaman päivän. Kerran Tuula myös itse

hakeutui erään tällaisen reissun päätteeksi terveyskeskuksen päivystykseen epämääräisen pelokkaana ja sekaisena. Ensimmäisen vuoden lopulla työryhmässä katsottiin Tuulan tilanteen vaativan intensiivisempää hoitoa ja hänet sisänkirjoitettiin sairaalaan, jossa hoitajakso kesti viisi kuukautta.

Yhden vuoden verkostokartassa näkyy hoitoyhteisön mukaantulo Tuulan elämään. Verkoston viranomaissektorille oli nyt liittynyt kolme hoitohenkilökuntaan kuuluvaa. Karttaa piirrettäessä Tuulalla oli meneillään sairaalajakso ja ystäväsektorille hän piirsikin erään potilastoverinsa. Muilta osin verkosto oli samankaltainen kuin alussa. Tuula asui edelleen kotona vanhempien ja veljensä kanssa. Suhteissa perheeseen ja sukulaisiin oli kuitenkin tapahtunut lähentymistä siten, että vanhemmat sekä veli vaimoineen oli piirretty nyt aivan Tuulan läheisyyteen, kun he alkutilanteessa olivat paljon etäämmällä. Verkostossa on nyt kaikkiaan yhdeksän jäsentä. Vuoden aikana oli keskusteltu myös mahdollisuudesta aktiivisesti laajentaa verkostoa kutsumalla mukaan muitakin sukulaisia, mutta Tuula ja vanhemmat eivät olleet tähän halukkaita.

Toisen hoitovuoden aikana hoitajien käynnit kotona jatkuivat edelleen. Niiden puitteissa suunniteltiin mm. Tuulan osallistumista sopeutumismenestyskursseille sekä valistuksellista terapiaa vanhemmille. Tuulan vointi oli vaihtelevainen. Hän sai edelleen neuroleptilääkitystä, vaikkakin jätti sen toisinaan pitkiksi ajoiksi syömättä. Psykoottisuutta tuli esille harvoin, lähinnä lieviä harhaluuloja sekä negatiivisia oireita. Sairalahoidossa Tuula oli toisen hoitovuoden aikana kaksi kertaa, yhteensä kuukauden verran. Kahden vuoden seuranta-arvioinnissa hänen sekä BPRS- että GAS-pisteensä (45 ja 35) olivat kehittyneet alkutilanteesta hieman huonompaan suuntaan. Elämänote arvioitiin edelleen pääosin säilyneeksi. Käytännön asioiden hoitaminen, kuten syöminen ja peseytyminen oli Tuulalle vaikeaa. Hän käytti myös omien sanojensa mukaan reippaasti alkoholia, kuten oli aina tehnyt.

Tuulan verkosto oli kahden vuoden kuluttua hoidon alkamisesta edelleen hyvin suppea, siihen kuului vain seitsemän henkilöä. Perhe oli kasvanut yhdellä, kun vanhempi velikin muutti takaisin kotiin vaimonsa ja heille syntyneen lapsen luota. Kotona Tuula pysytteli edelleen enimmäkseen omissa oloissaan. Tuulan Veljen vaimo sekä lapsi muodostivat nyt kahdestaan sukulaissektorin. Verkoston alapuolisko oli tyhjä lukuunottamatta yhtä hoitajaa. Perheenjäsenet Tuula piirsi edelleen lähelle itseään, veljet lähemmäksi kuin vanhemmat. Kuten aiemmissakin kartoissa, oli hoitaja verkoston etäisin henkilö.

Tapausesimerkki 2: Alussa pieni, sitten kasvava verkosto (liite 2)

Esimerkkihenkilö on Timo, 28-vuotias naimaton mies. Timon äiti otti yhteyttä mielenterveysviranomaisiin tilanteen käytyä heidän kotonaan kaoottiseksi. Timo oli psykoottinen ja perhesuhteissa oli muutenkin vaikeita ongelmia. Timon psykoottisuus oli ensimmäisen kerran alkanut jo kaksi vuotta aiemmin, tuolloin hän oli keskeyttänyt loppuvaiheessa olleet korkeakouluopintonsa ja jäänyt kotiin. Samoihin aikoihin hän oli myös joutunut työstään pois ja hänen silloinen avosuhteensa oli katkennut. Timon ongelmat ilmenivät ennen kaikkea omituisina ajatuksina ja harhaelämyksinä. Alkuarvioinnissa hän sai diagnoosin skitsofrenia. Hänen BPRS- ja GAS-pisteensä olivat tuolloin 45 ja 21. Elämänotteesta arvioitiin huomattava osa kadonneeksi.

Timo ja hänen isänsä eivät tulleet keskenään toimeen. Isä käytti runsaasti alkoholia ja oli ajoittain väkivaltainen äitiä kohtaan, mikä herätti Timossa epämääräistä vihaa. Muutenkin Timo koki olevansa perheensä musta lammas jota vanhemmat eivät hyväksy. Hoidon alkamisen aikoihin Timo sekä hänen sisarensa ja veljensä asuivat enimmäkseen keskenään kotona vanhempien ollessa isän töiden vuoksi paljon toisella paikkakunnalla. Alkutilanteen verkostokarttaan Timo piirsi kymmenen ihmistä. Perheenjäsenet, eli vanhempansa sekä siskonsa ja veljensä, hän piirsi melko etäälle itsestään. Sukulaisia Timon kartassa oli kaksi: vanhempi, kotoa jo pois muuttanut veli, sekä mummo. Lisäksi verkostoon kuului neljä Timon ystävää, näistä läheisimmällä oli erityisen keskeinen osa hänen ajatusmaailmassaan.

Hoitoprosessi aloitettiin koko perheen hoitona Timon tilanteen selvittämiseksi. Keskusteluja käytiin enimmäkseen perheen kotona. Usein paikalla ei kuitenkaan ollut Timon lisäksi muita ja parin kuukauden jälkeen todettiin ettei perhe kokonaisuudessaan ole halukas hoitoon, niinpä tapaamisia jatkettiin yksilötapaamisina. Ensimmäisen vuoden tapaamiset sujuivat vaihtelevissa merkeissä. Ajoittain Timo oli edelleen psykoottisen hajanainen ja omituisten ajatustensa vallassa. Toisaalta keskustelujen aikana hänen tilanteensa selkiytyi ja hän alkoi realistisemmin pohtia tilannettaan ja tulevaisuuttaan. Keskusteluissa käytiin läpi Timon elämän ongelmakohtia ja mietittiin mm. tapaa päästä uudelleen kontaktiin muiden ihmisten kanssa. Myös opiskelujen jatkaminen alkoi elää Timon mielessä ja hän alkoi pian käydä koulussa uudelleen, tällä kertaa eri linjalla kuin aiemmin. Tämä merkitsi myös muuttamista yksin opiskelupaikkakunnalle. Kaikkiaan ensimmäisen vuoden tapaamisissa syntyi tunne siitä että hoito etenee ja Timo kuntoutuu.

Yhden vuoden verkostokartalla Timon muuttunut tilanne näkyi siten, että vanhemmat ja sisarukset olivat nyt kaikki sukulaissektorilla, kaikki edelleen hyvin kakana Timosta. Hän asui nyt opiskelupaikkakunnallaan ja yhteydenpito kotiin oli vähäistä. Joitain ystävyysuhteita hän oli onnistunut solmimaan. Ystäviä oli kartalla neljä, joista kaksi oli samoja kuin vuosi sitten. Viranomaisia oli yksi. Koulun kautta verkostoon olivat liittyneet myös opiskelutoverit sekä professori, jonka Timo koki hyvin läheiseksi. Kartalla erottuivat sukulaiset selkeästi omaksi ryhmäkseen, sen sijaan kartan alapuoliskolla olevat eivät - kahta ystävää lukuun ottamatta - olleet lainkaan yhteydessä toisiinsa.

Kahden vuoden seurannassa Timon oireet olivat hävinneet ja hänen elämänotteensa oli hyvä. Hänellä oli vielä joitain kummallisia ajatuksia, mutta hänen BPRS- ja GAS-pisteensä (24 ja 70) osoittivat selkeää paranemista alkutilanteeseen nähden. Timo jatkoi opiskeluaan, teki diplomityötään ja oli laajentanut ystäväpiiriään edellisvuodesta. Nyt hänellä oli seitsemän ystävää, joista neljä oli ulkomaalaisia. Verkostokartasta voi nähdä kuinka äiti ja sisar olivat lähentyneet Timoa isän ja veljien pysyessä edelleen kartan ulkoreunalla. Viranomaissektorilla oli yksi henkilö, sosiaalityöntekijä. Yhden vuoden kartassa olleet koulutoverit olivat vaihtuneet yhteen työtoveriin, joka oli nyt kartan läheisin henkilö.

Viiden vuoden seurannan aikaan Timon hoito oli voitu yhteisellä sopimuksella lopettaa. Hän voi hyvin. Opintojaan hän ei ollut suorittanut loppuun ja lainojen takaisinmaksun tuotti ongelmia, mutta psykoottisuus oli jäänyt pois ja hän oli töissä siivoojana. Verkostokartalla Timolle läheisimmät sukulaiset olivat sisko sekä tämän uusi mies. Ystävät olivat osin vaihtuneet, mutta heitä oli edelleen seitsemän. Työpaikan kautta verkostoon oli liittynyt firman henkilöstöä. Kaikkiaan Timon verkostoon kuului nyt 18 henkilöä, kun niitä hoidon alkaessa oli 10.

Tapausesimerkki 3: Alussa suuri, sitten pienenevä verkosto (liite 3)

Anne on 22-vuotias avoliitossa elävä nainen. Annen avomies Tero otti yhteyttä hoitoon huolestuttuaan Annen muuttuneesta käytöksestä. Pari kuukautta ennen yhteydenottoa Anne oli käynyt hiljaiseksi ja vetäytyväksi. Välillä hän oli myös poissaoleva ja naureskeli ja puheli omituisia asioita itsekseen. Myöhemmin Anne itse kertoi nähneensä ja kuulleensa tuolloin olemattomia. Sekä anne että Tero olivat tilanteesta hämillään, he ajattelivat ongelmien ehkä liittyvän Annen jäämiseen työttömäksi hieman aiemmin. Myös Annen äiti

kertoi huomaneensa tytössä lisääntyntä pelokkuutta töiden loppumisen jälkeen. Perheenjäsenet kertoivat Annen olleen aina vastuuntuntoinen ja tarmokas työhminen. Oireidensa perusteella Anne sai diagnoosin skitsofreniforminen psykoosi. API-projektin alkuarvioinnissa hänen BPRS-summansa oli 41 ja GAS-pisteet 30. Elämänote oli pääosin säilynyt.

Annen sosiaalinen verkosto oli melko suuri, kaikkiaan kartalla oli 28 ihmistä. Annella oli siis siis avomies, he olivat asuneet yhdessä nelisen vuotta. Sukulaisia oli 12. Annen isä oli kuollut, äiti asui nyt uuden miehensä sekä Annea kaksi vuotta vanhemman veljen kanssa. Annen suhteet näihin olivat läheiset ja he olivat yhteydessä toisiinsa lähes päivittäin. Lisäksi sukuun kuului isovanhempia sekä Teron sukulaisia. Ystäviä Annella oli 10, näistä kaikki tunsivat myös Teron ja suurin osa myös Annen vanhemmat. Työ- ja viranomaissektorit olivat tyhjä.

Hoidon alkuvaiheessa järjestettiin melko tiiviisti perhetapaamisia ja tilanne rauhoittui jonkin verran ilman lääkehoitoa. Annen pelokkuus kuitenkin jatkui ja tähän hän reagoi viettämällä enenevässä määrin aikaa lapsuudenkodissaan. Suhteessa Teron kanssa oli ongelmia, joita pahensi myös Annen siirtyminen vanhempiensa luokse. Parin oli vaikea yhdessä käsitellä asiaa ja välillä suhde tuntui jo olevan vaakalaudalla. Kun säännöllisiä tapaamisia lopeteltiin kolmen kuukauden jälkeen, olivat Anne ja Tero kaikesta huolimatta toiveikkaina tulevaisuuden suhteen. Puolen vuoden seurantakäynnillä kuitenkin ilmeni, että pari oli purkanut kihlauksensa ja Anne oli muuttanut takaisin äitinsä luokse asumaan. Hän oli myös yllättäen todennut olevansa raskaana ja lapsen oli määrä syntyä alle puolen vuoden kuluttua. Annen psyykinen vointi oli parempi, pinnalla olivat nyt vain odotukseen liittyvät huolet. Anne ja Tero pitivät edelleen yhteyttä toisiinsa.

Ensimmäisen hoitovuoden jälkeen piirretyissä kartassa verkosto oli tiivistynyt niin, että kaikki sen jäsenet oli piirretty mahdollisimman lähelle Annea. Perhesektorilla olivat Annen vauva, äiti, isäpuoli sekä isovelji. Sukulaisia oli nyt enemmän kuin alussa, kaikkiaan 21, näistä neljä oli Teron sukulaisia. Annen ja Teron sukulaiset eivät olleet yhteydessä toisiinsa. Tero kävi säännöllisesti katsomassa vauvaa ja huolehti elatusmaksuista. Ystävien määrä oli vähentynyt neljään, viranomaissektorilla oli terveydenhoitaja.

Lapsen syntymän jälkeen Anne oli ensimmäisen kuukauden pirteä ja iloinen, mutta sen jälkeen tilanne kääntyi huonompaan suuntaan. Hän tuli jälleen vetäytyväksi ja sai välillä raivokohtauksia. Mikään ei tuntunut enää kiinnostavan Annea ja välillä hän puhui itsemurhan mahdollisuudesta. Myös psykoottisuus lisääntyi, Anne puheli itsekseen ja oli

omissa maailmoissaan. Lapsen hoito jäi Annen äidin vastuulle ja hän jäi töistään pois huolehtiakseen vauvasta. Jonkin ajan kuluttua Anne ei enää huomionnut lastaan juuri millään tavalla. Samaan aikaan hänen pelokkuutensa lisääntyi eikä hän liikkunut kotoa mihinkään. Ystäviinsä Anne ei pitänyt enää yhteyttä ja suhde Teroon oli hyvin ristiriitainen. Tilanteen kriisiytyessä työryhmän käyntejä Annen kotona lisättiin, tapaamisia järjestettiin tarpeen vaatiessa päivittäin. Käynneillä keskusteltiin mm. Annen peloista ja epävarmuudesta hoitaa lastaan, perheen historiasta ja perheenjäsenten huolista. Kaiken kaikkiaan tilanne tuntui polkevan paikallaan ja vuoden aikana keskusteltiinkin sairaalahoidon mahdollisuudesta sekä tutustumisesta päivöosastoon, mutta näihin Anne ei ollut halukas.

Toisen vuoden seurannassa Annella oli edelleen psykoottisia oireita. Pari viikkoa aiemmin oli aloitettu neuroleptilääkitys, joka tähän mennessä oli ainoastaan hieman vähentänyt Annen aggressiivisuutta. BPRS- ja GAS-mittareilla (28 ja 50) mitattuna oli kyllä tapahtunut paranemista alkutilanteeseen verrattuna. Annen elämänote oli edelleen pääosin säilynyt. Sosiaalisessa verkostossa oli tapahtunut huomattavaa kutistumista alun sekä yhden vuoden tilanteisiin nähden. Selkeintä harveneminen oli sukulaissektorilla, missä nyt oli enää Annen molemmat isoäidit, sekä Ari ja tämän vanhemmat. Ystäviä oli jäljellä kaksi, jotka tunsivat myös Annen perheen sekä Arin. Viranomaissektori oli tyhjä.

POHDINTA

Tässä tutkimuksessa oli tarkoituksena selvittää millainen on potilaiden sosiaalisten verkostojen koko ja koostumus heidän tullessaan ensimmäistä kertaa psykoottisuuden vuoksi hoitoon, sekä millaista muutosta verkostoissa tapahtuu seuraavien kahden vuoden aikana ja kuinka verkostoissa tapahtuva muutos on yhteydessä potilaiden psyykkiseen tilaan ja toimintakykyyn. Lisäksi oltiin kiinnostuneita siitä, kuinka oireiden kesto liittyy potilaiden verkostoihin sekä psyykkiseen tilaan seuranta-aikana. Saatuja tuloksia tulkittaessa on oleellista ymmärtää potilaiden hoidossa noudatetun Keroputaan hoitomallin (Haarakangas, 1997; Seikkula, 1991; Keränen, 1992) toiminta, missä keskeisellä sijalla ovat hoidon keskittäminen avohoitoon, neuroleptien käytön minimointi, sekä potilaan perheen ja lähiverkoston tukeminen ja aktiivinen liittäminen osaksi hoitoprosessia.

Keskimääräinen sosiaalisen verkoston koko hoitontulovaiheessa oli suurempi kuin Liptonin ym. (1981), mutta pienempi kuin Seikkulan (1991) tutkimuksessa. Verkoston ihmisistä sukulaisia oli keskimäärin noin puolet ja perheen ja suvun yhteenlaskettu osuus oli yli kaksi kolmasosaa. Tämän tutkimuksen potilailla oli hieman enemmän skitsofreniaa ja skitsofreniformista psykoosia kuin saman alueen tavanomaisessa otoksessa, minkä voi olettaa jonkin verran laskevan verkoston keskimääräistä kokoa. Vaikeiden diagnoosien suurempi osuus on voinut vaikuttaa myös verkostojen rakenteen painottumiseen perheen ja sukulaisten suuntaan. Esim. Poliakovin ym. (1996) tutkimuksessa sukulaissuhteiden osuus oli skitsofreniapotilaiden ryhmässä 60% ja terveillä verrokeilla vain 30%.

Seuraavaksi tässä tutkimuksessa tarkasteltiin erilaisten psyykkisten ja elämäntilanteeseen liittyvien ominaisuuksien yhteyttä verkoston kokoon ja tiheyteen hoitontulovaiheessa. Skitsofreniapotilailla todettiin olevan muita diagnoosiryhmiä selvästi pienemmät ja tiheimmät verkostot. Oman perheen perustaneilla oli suuremmat ja harvemmat verkostot kuin primaariperheessä tai yksin asuvilla potilailla. Töissä tai koulussa olevien verkostot olivat suuremmat kuin työelämän ulkopuolella olevilla. Niillä potilailla joiden psykoottinen oireilu oli hoitoon tullessa kestänyt korkeintaan viisi kuukautta oli suuremmat ja harvemmat verkostot kuin vähintään puoli vuotta oirehtineilla. Paremman elämänotteen omaavilla potilailla verkostot olivat suuremmat ja harvemmat kuin elämänotettaan menettäneillä potilailla. Potilailla joilla ei ollut negatiivisia oireita oli suuremmat ja harvemmat verkostot kuin niillä joilla näitä oireita oli. Todetut yhteydet ovat pitkälti samansuuntaisia aiempien löydösten kanssa. Aiemmissä tutkimuksissa on todettu

mm. yhteyksiä primaariperheessä asumisen ja intensiivisemmän sosiaalisen vuorovaikutuksen välillä (Salokangas, 1996), pitkän oireiden keston sekä työttömyyden ja ystävien vähäisyyden välillä (Larsen ym., 1998) sekä skitsofrenian negatiivisten oireiden ja pienemmän verkoston koon välillä (Hamilton ym., 1989). Tässä tutkimuksessa myös kuuloharjoja omaavilla potilailla oli jonkin verran pienemmät verkostot kuin harhattomilla potilailla, joskaan ero ei saavuttanut tilastollista merkitsevyyttä. Hamiltonin ym. (1989) tutkimuksessa positiivisilla oireilla ei ollut yhteyttä verkoston kokoon. Mahdollisia syitä tulosten erilaisuuteen on monia. Hamiltonin tutkimuksessa potilaat olivat sairastaneet vähintään kaksi vuotta, kun tässä tutkimuksessa he olivat ensi kertaa hoitoon tulleita. Saattaa olla että potilaiden harhat kiinnittävät alkuvaiheessa heidän huomiotaan ja vievät näin tilaa muulta sosiaaliselta liittymiseltä. Voi myös olla, että omituisten oireiden ilmaantuminen tuntuu muista ihmisistä alkuun pelottavalta. Joka tapauksessa sairauden myöhemmässä vaiheessa näin näyttää lakkaavan käymästä.

Pohdittaessa potilaiden psykososiaalisten ominaisuuksien ja verkoston koon välisiä yhteyksiä on syytä muistaa että käytetty tutkimusasetelma ei mahdollista kausaaliyhteyksien päättelemistä. Verkoston ja potilaiden psyykkisen toimintakyvyn väliset vaikutukset voivat olla useampisuuntaisia. Saattaa esimerkiksi olla niin, että sekundaariperheessä asuminen tai työssäkäynti ovat tekijöitä jotka auttavat potilasta ylläpitämään suurempaa verkostoa. Toisaalta suuremman sosiaalisen verkoston potilaalle tarjoama tuki voi puolestaan vaikuttaa positiivisesti tämän elämäntoteeseen ja oireidenhallintaan. On myös mahdollista, että jokin kolmas tekijä säätelee muutoksia sekä verkoston koossa että potilaan psyykkisessä tilassa. Esimerkiksi tässä tutkimuksessa potilaiden psyykkistä tilaa kuvaavaamaan käytettyä oireiden kestoa käytetään psykodiagnostiikassa sairauden vakavuuden asteen määrittelemiseen (Salokangas, 1997b). Yksi mahdollisuus onkin, että sekä sosiaalisten verkostojen että psyykkisen toimintakyvyn määräävänä tekijänä onkin sairauden vakavuuden aste, toisin sanoen se, kuinka pitkälle sairausprosessi on kerennyt edetä.

Verkostoissa seuranta-aikana tapahtuvaa muutosta tarkasteltaessa todettiin, että niiden keskimääräinen koko pysyi samana. Yksittäisistä sektoreista vain työ- ja viranomaissektoreiden keskimääräisessä koossa tapahtui kasvua. Keskiarvojen tasolla tarkastelu peittää kuitenkin yksittäisten potilaiden verkostot, joissa tapahtui suuriakin muutoksia. Tutkimukseen tapausesimerkeiksi valitut potilaskertomukset edustavat kolmea erilaista verkostoissa tapahtuvaa kehityssuuntaa. Ensimmäisen potilaan verkosto pysyi hyvin pienenä seurannan alusta loppuun. Toisen potilaan verkosto oli pieni alussa, mutta

kasvoi seuranta-aikana huomattavasti. Kolmannessa tapauksessa verkosto oli alussa tavanomaista suurempi mutta pieneni seuraavana kahtena vuonna voimakkaasti.

Aiemmissa verkoston muutosta käsittelevissä tutkimuksissa on todettu potilaiden verkostojen kutistuvan ja niiden rakenteen muuttuvan sukulaispainotteiseksi ensimmäisen sairaalahoidon yhteydessä (Lipton ym., 1981; Holmes-Eber & Riger, 1990; Seikkula, 1991). Tämän tutkimuksen potilaiden hoidossa on pyritty potilaiden luonnollisten tukiverkostojen tukemiseen ja kriisitilanteiden ratkaisemiseen hoitokokouksissa käytyjen keskustelujen avulla siten, että sairaalahoitoa ja siihen liittyvää luonnollisesta sosiaalisesta ympäristöstä etäntymistä voitaisiin mahdollisimman pitkälle välttää. Verkostojen koon säilyminen ennallaan antaa tärkeää näyttöä siitä, että Keroputaan hoitomallissa on onnistuttu potilaiden sosiaalisen toimintakyvyn tukemisessa varsin hyvin. Erityisen positiivinen tulos tässä suhteessa on työsektorilla seuranta-aikana tapahtuva kasvu. Aiemmissa tutkimuksissa viranomaissektorin kasvun on puolestaan todettu tapahtuvan osittain sukulaisten ja ystävien vähenemisen kustannuksella (Holmes-Eber & Riger, 1990). Nyt viranomaiset näyttävät tulleen verkostoihin lisänä eikä muilla sektoreilla tapahtunut samanaikaista vähenemistä. Verkostojen tiheyden muutoksen osalta aiemmat tulokset (Lipton ym., 1981; Hamilton ym., 1989; Seikkula, 1991) ovat ristiriitaisia. Nyt tiheydessä ei tapahtunut seuranta-aikana tilastollisesti merkitsevää muutosta.

Potilaiden psyykisessä tilassa tapahtui BPRS- ja GAS-mittareilla arvioituna huomattavaa paranemista seuranta-aikana. Myös potilaiden keskimääräinen sairaalapäivien määrä pieneni toisena hoitovuonna selvästi. Yhdeksän potilasta ei tarvinnut sairaalahoitoa seurannan missään vaiheessa. Hyvän tai pääosin säilyneen elämänotteen omaavien potilaiden suhteellinen osuus kasvoi, muttei tilastollisesti merkitsevällä tasolla. Työelämässä tai koulussa olevien määrä sensijaan pieneni kahden vuoden aikana. Samaan aikaan tapahtui kuitenkin kasvua keskimääräisen työsektorin koossa, mikä viittaa toisaalta työelämästä pois jääneiden potilaiden olleen niitä, joden työsektorit olivat pieniä, toisaalta tämän perusteella voidaan myös päätellä työelämällä olevan tärkeä merkitys verkoston ylläpidossa.

Tapauskertomusten potilaista huomattavinta BPRS- ja GAS-pistemäärien paraneminen oli potilaalla jonka verkosto oli kasvava (tapaus 2). Jonkin verran pistemäärät paranivat myös potilaalla jonka verkosto kutistui (tapaus 3). Sen sijaan potilaalla jonka verkosto pysyi koko ajan pienenä (tapaus 1) pistemäärät muuttuivat hieman huonompaan suuntaan. Hän oli kuvatuista potilaista myös ainoa jolla oli sairaalapäiviä ja hän käytti koko ajan neuroleptilääkitystä. Työtilanteen osalta kehitys oli suotuisinta niinkään

tapaukskertomuksen 2 potilaalla. Hän kykeni seurannan kuluessa jatkamaan keskeytyneitä opintojaan ja siirtymään myöhemmin työelämään. Molemmat muut potilaat olivat seurannan lopulla jääneet työelämän ulkopuolelle.

Tapaukskertomuksia voi lähestyä myös miettimällä, mikä erottaa niiden verkostojen sisäistä vuorovaikutusta. Kuinka esimerkiksi tapaus 2 eroaa tässä suhteessa kahdesta muusta potilaasta, joiden verkostoissa kehitys näytti kulkevan huonompaan suuntaan? Näyttää siltä että tapauksissa 1 ja 3 perheensisäinen vuorovaikutus oli melko köyhää ja ristiriitojen sävyttämää. Potilaiden oirekuva painottui molemmissa tapauksissa negatiivisiin oireisiin ja eristäytyvään käyttäytymiseen. Myös tapauksen 2 verkostossa oli sisäisiä ristiriitoja, mutta tällä potilaalla vaikutti olevan enemmän kapasiteettia verbaalisesti kuvata ongelmiaan ja saada niihin keskustelun kautta helpotusta. Hänen oireensa olivat puolestaan positiivisia skitsofrenian oireita eikä niihin kuulunut eristäytyneisyyttä kuten kahdessa muussa tapauksessa. Myös ystävien suhteellinen osuus oli tapauksessa 2 koko ajan suurempi kuin muissa tapauksissa ja heidän määränsä lisääntyi seurannan aikana.

Verkostossa tapahtuvan muutoksen ja psyykkisen tilan välisen yhteyden tutkimiseksi potilaat jaettiin tutkimuksessa kahteen ryhmään, joista toisen verkostot olivat kasvaneet ja toisen verkostot pienentyneet seuranta-aikana. Ryhmiä vertailtiin suhteessa niiden BPRS- ja GAS-pisteisiin, BPRS-summassa tapahtuvaan muutokseen, sairaalapäivien, sairaalajaksojen ja hoitokokousten määrään, oireiden kestoon, työtilanteeseen sekä elämänotteeseen. Mikään käytetyistä mittareista ei erotellut ryhmiä tilastollisesti merkitsevällä tasolla. Pieniä eroja ilmeni sairaalapäivien, sairaalajaksojen ja hoitokokousten määrässä, joita kasvavan verkoston ryhmässä oli seuranta-aikana vähemmän. Myös GAS-pistemäärä, työtilanne ja elämänote olivat kahden vuoden jälkeen kasvavan verkoston ryhmässä paremmat kuin pienenevän verkoston ryhmässä, mutta eivät merkitsevällä tasolla. Verkoston koon muutoksen ja potilaiden psyykkisen tilan välillä ei siis tulosten perusteella näytä vallitsevan suoraviivaista yhteyttä. Ero kasvavan verkoston ryhmän eduksi kasvaa seurannan lopulle tultaessa, muttei ainakaan näin pienellä otoskoolla saavuta tilastollisen merkitsevyyden rajaa. Onkin ilmeistä ettei verkoston koko yksinään riitä potilaiden sosiaalisissa suhteissa tapahtuvien muutosten kuvaamiseen. Ihmiset ovat erilaisia suhteessa siihen kuinka paljon kontakteja tarvitsevat eikä parempi psyykkinen tila näy suoraan verkoston laajenemisena. Myöskään koettu verkoston tarjoama tuen määrä ei ole riippuvainen verkoston koosta (MacDonald ym., 1998). Tarvittaisiin lisäksi laadullista tietoa suhteista, jotta saataisiin tarkempi kuva siitä millaista muutosta verkostoissa

oikeastaan tapahtuu. Jatkossa olisikin kiinnostavaa tutkia esimerkiksi millaista muutosta verkoston vuorovaikutuksellisissa ominaisuuksissa tapahtuu sairastumista seuraavana aikana.

Pidemmän psykoottisen vaiheen ennen hoitoon saapumista on todettu liittyvän huonompaan työkykyyn ja sosiaaliseen toimintakykyyn ennen sairauden puhkeamista, suurempaan määrään negatiivisia oireita hoitoontulovaiheessa, heikompaan sosiaaliseen verkostoon ja potilaan eristäytyneisyyteen (Larsen ym., 1996, 1998). Tässä tutkimuksessa kuuden kuukauden sisällä oireiden alkamisesta hoitoon saapuneiden potilaiden sosiaaliset verkostot olivat jo alkuvaiheessa selvästi suuremmat kuin niiden potilaiden verkostot, joilla oireiden kesto oli vähintään puoli vuotta. Kahden vuoden jälkeen ero verkostojen koossa oli entisestään vain kasvanut. Myös potilaiden psyykkinen tila seurannassa oli lyhyemmän oireiden keston ryhmässä selkeästi parempi kuin pidemmän oireiden keston ryhmässä. Lyhyemmän oireiden keston ryhmässä potilaiden GAS-pistemäärät olivat paremmat ja heillä oli vähemmän sairaalapäiviä ensimmäisenä ja toisena seurantavuonna. BPRS-summa oli tässä ryhmässä niinkään parempi ensimmäisenä vuonna, toisena vuonna ryhmät eivät eronneet merkitsevästi. Elämänote oli parempi lyhyemmän oireiden keston ryhmässä toisen vuoden lopulla, työtilanteen osalta ero oli samansuuntainen muttei merkitsevä. Saadut tulokset tukevat aiemmassa tutkimuksessa (Esim. Helgason, 1990; Falloon, 1992; McGlashan & Johannessen, 1996) syntynyttä kuvaa skitsofrenian varhaisen havaitsemisen ja hoidollisen väliintulon tärkeydestä. Sillä on osoitettu olevan huomattavaa merkitystä sairauden tulevan kehityksen kannalta. Potilaiden perheillä ja lähiverkostoilla on tärkeä rooli sairauden havaitsemisessa sen alkuvaiheessaan. Heidän kanssaan käytävässä keskustelussa onkin syytä pyrkiä korostamaan varhaisen hoitohakeutumisen merkitystä (Larsen ym., 1998).

Tulosten luotettavuutta arvioitaessa tulee muistaa, että käytetyn otoksen koko on varsin pieni (N=29), kuten psykoterapiatutkimuksille on tyypillistä. Tästä seuraa ongelmia etenkin sovellettaessa aineistoon tilastollisia analyysimenetelmiä. Näin pienellä otoskoolla tilastolliset erot eivät tule helposti esiin. Toisaalta merkitsevyydet silloin kun niitä esiintyy ovat huomattavia. Nyt analyysien suorittamisessa käytettiin hyväksi erityisesti pieniä otoksia varten kehitettyjä eksakteja menetelmiä tarkoituksena vähentää otoskoosta johtuvien virhepäätelmien mahdollisuutta. Kvantitatiivista tutkimusasetelmaa pyrittiin lisäksi syventämään kolmen tapauskertomuksen avulla jotka yksilötasolla kuvasivat toisistaan kovin poikkeavia verkoston kehityssuuntia. Eräänä tutkimuksen puutteena voidaan pitää sitä ettei käytössä ollut soveliaista vertailuryhmää, jollaisia tässä tapauksessa

olisivat voineet olla esimerkiksi yksilökeskeistä hoitoa saaneiden potilaiden ryhmä tai aikaisemmin perhe- ja verkostokeskeisessä hoidossa olleiden potilaiden ryhmä. Näinollen ei voitu tehdä päätelmiä siitä, missä määrin saadut tulokset ovat seurausta käytetystä hoitomallista. Myös skitsofrenian ja skitsofreniformisen psykoosin hieman suurempi osuus tässä otoksessa verrattuna pidemmän aikaväli otokseen on pidettävä mielessä suhteutettaessa tuloksia muihin tutkimuksiin. Aiemmin jo mainittiinkin, että pelkkä sosiaalisten verkostojen rakenteellisten ominaisuuksien tarkastelu antaa niistä väistämättä liian yksipuolisen kuvan, jota täydentämään olisi hyvä saada myös verkoston vuorovaikutuksellisia ominaisuuksia kuvaavia ja suhteiden funktionaalisiin ominaisuuksiin liittyviä muuttujia.

LÄHTEET:

- Alanen, Y.O. (1993) *Skitsofrenia. Syyt ja tarpeenmukainen hoito*. WSOY. Juva.
- Akuutin psykoosin integroitu hoito. Tutkimuslomake I. (1992)
- American Psychiatric Association (1987) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. APA. Washington, DC.
- Becker, T., Thornicroft, G., Leese, M., McCrone, P., Johnson, S., Albert, M. & Turner, D. (1997) Social networks and service use among representative cases of psychosis in South London. *British Journal of Psychiatry*. 171, 15-19.
- Becker, T., Leese, M., McCrone, P., Clarkson, P., Szmukler, G. & Thornicroft, G. (1998) Impact of community mental health services on users' social networks. PRiSM Psychosis Study 7. *British Journal of Psychiatry*. 173, 404-408.
- Beels, C. (1979) Social networks and schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*. 51(3), 209-215.
- Beels, C. (1981) Social support and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 7, 58-72.
- Bondevik, M. & Skogstad, A. (1998) The oldest old, ADL, social network and loneliness. *Western Journal of Nursing Research*. 20(3), 325-343.
- Buchanan, J. (1995) Social support and schizophrenia: A review of the literature. *Archives of Psychiatric Nursing*. 9(2), 68-76.
- Cohen, C.I. & Sokolowsky, J. (1979) Clinical use of network analysis for psychiatric and aged populations. *Community Mental Health Journal*. 15(3), 203-213.
- Dunn, M., O'Driscoll, C., Dayson, D., Willis, W. & Leff, J. (1990) The TAPS project. 4: An observational study of the social life of long-stay patients. *British Journal of Psychiatry*. 157, 842-848.
- Endicott, J., Spitzer, R.L., Fleiss, J.L. & Cohen, J. (1976) The global assessment scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*. 33(6), 766-771.
- Erickson, D.H., Beiser, M., Iacono, W.G., Fleming, J.A.E. & Lin, T. (1989) The role of social relationships in the course of first-episode schizophrenia and affective psychosis. *American Journal of Psychiatry*. 146(11), 1456-1461.
- Falloon, I.H.R. (1992) Early intervention for first episodes of schizophrenia: A preliminary explanation. *Psychiatry*. 55, 4-15.
- Haarakangas, K. (1997) *Hoitokokouksen äänet*. Jyväskylä studies in education, psychology and social research, 130.

- Halevy-Martini, J., Hemley-van derVelden, E., Ruhf, L. & Scoenfed, P. (1984) Process and strategy in network therapy. *Family Process*. 23, 521-533.
- Hamilton, G., Ponzoha, C.A., Cutler, D.L. & Weigel, R.M. (1989) Social networks and negative versus positive symptoms of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 15(4), 625-633.
- Hammer, M. (1981) Social supports, social networks and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 7, 45-57.
- Hautala, P. & Hentilä, M. (1995) *Lapsen sosiaalisen verkoston muutokset vanhemman sairastuessa ensi kertaa akuutisti psykoosiin*. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän Yliopisto.
- Helgason, L. (1990) Twenty years followup of first psychiatric presentation for schizophrenia: What could have been prevented? *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 81, 231-235.
- Holmes-Eber, P. & Riger, S. (1990) Hospitalization and the composition of mental patients social networks. *Schizophrenia Bulletin*. 16(1), 157-164.
- Karila, A. (1994) *Mielenterveyspotilaiden psykososiaalinen selviytyminen ja mielenterveyspalvelujen käyttö*. Seurantatutkimus Peijaksen sairaanhoitoalueella. Acta universitatis Tampereensis. ser. A vol. 432.
- Keränen, J. (1992) *Avohoitoon ja sairaalahoitoon valikoituminen perhekeskeisessä psykiatrisessa hoitojärjestelmässä*. Jyväskylä studies in education, psychology and social research, 93.
- Klefbeck, J. & Ogden, T. (1992) Mikä on lapselle hyvä verkosto? *Perheterapia*. 1, 18-26.
- Klefbeck, J. & Ogden, T. (1996) *Barn och nätverk*. Gummessons tryckeri. Falköping.
- Klefbeck, J., Bergerhed, E., Forsberg, G., Hultkrantz-Jeppson, A. & Marklund, K. (1988a) *Nätverksarbete i multiproblemfamiljer*. Botkyrka Kommun. Botkyrka.
- Klefbeck, J., Hultkrantz-Jeppson, A., Marklund, K., Bergerhed, E. & Forsberg, G. (1988b) Verkostoterapia - Ruotsin malli. *Perheterapia*. 4(2), 3-12.
- Larsen, T.K., McGlashan, T.H. & Moe, L.C. (1996) First-episode schizophrenia: I. Early course parameters. *Schizophrenia Bulletin*. 22(2), 241-256.
- Larsen, T.K., Johannessen, J.O. & Opgjordsmoen, S. (1998) First-episode schizophrenia with long duration of untreated psychosis. *British Journal of Psychiatry*. 172(suppl.33), 45-52.

- Lehtinen, V., Aaltonen, J., Koffert, T., Rääköläinen, V., Syvälahti, E. & Vuorio, K. (1996) Integrated treatment model for first-contact patients with a schizophrenia-type psychosis: The Finnish API project. *Nordic Journal of Psychiatry*. 50(4), 281-287.
- Lipton, F., Cohen, C., Fischer, E. & Katz, S. (1981) Schizophrenia: A network crisis. *Schizophrenia Bulletin*. 7, 144-151.
- Llamas, R., Pattison, E.M. & Hurd, G. (1981) Social networks: a link between psychiatric epidemiology and community mental health. *International Journal of Family Therapy*. 3, 180-193.
- MacDonald, E.M., Jackson, H.J., Hayes, R.L., Baglioni, A.J. & Madden, C. (1998) Social skill as a determinant of social networks and perceived social support in schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 29, 275-286.
- Marsella, A. & Snyder, K. (1981) Stress, social supports and schizophrenic disorders: Toward an interactional model. *Schizophrenia Bulletin*. 7, 152-163.
- McGlashan, T.H. & Johannessen, J.O. (1996) Early detection and intervention in schizophrenia: Rationale. *Schizophrenia Bulletin*. 22(2), 201-222.
- Mehta, C.R. & Patel, N.R. (1996) *SPSS Exact Tests 7.0 for Windows*. SPSS Inc. Chicago.
- Ojajarvi, M. & Vasankari, K. (1993) *API-projektin taustakartoitus: Tapaustutkimus ensimmäistä kertaa sairaalahoitoon psykoottisin oirein tulleen potilaan mielikuvista omasta verkostostaan ja sen toiminnasta*. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän Yliopisto.
- Overall, J.E. & Gorham, D.R. (1962) The brief psychiatric rating scale. *Psychological Reports*. 10, 799-812.
- Paterniti, R., Chellini, F., Sacchetti, G. & Tognelli, M. (1996) Psychiatric rehabilitation and its relation to the social network. *International Journal of Mental Health*. 25(2), 83-87.
- Pattison, E.M. & Pattison, M.L. (1981) Analysis of a schizophrenic psychosocial network. *Schizophrenia Bulletin*. 7, 135-143.
- Poliakov, I.F., Kaz'mina, O.I. & Kruprysheva, I.B. (1996) On social support in a system of interpersonal relations between normal subjects and youths with slowly progressive schizophrenia. *Journal of Russian and East-European Psychology*. 34(4), 48-56.

- Salokangas, R.K.R. (1996) Living situation and social network in schizophrenia. A prospective 5-year follow-up study. *Nordic Journal of Psychiatry*. 50, 35-42.
- Salokangas, R.K.R. (1997a) Living situation, social network and outcome in schizophrenia: A five-year prospective follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 96, 459-468.
- Salokangas, R.K.R. (1997b) Psykoosien hoidon haasteet 2000-luvun Suomessa. Kirjassa: Acte, K. & Tamminen, T. (toim.) *Psykoosi ja sen hoito*. Gummerus. Jyväskylä.
- Salokangas, R.K.R. & Saarinen, S. (1998) Deinstitutionalization and schizophrenia in Finland: I. Discharged patients and their care. *Schizophrenia Bulletin*. 24(3), 457-467.
- Sariola, E. & Ojanen, M. (1997) *Hoito vai pakkohoito. Miten autan skitsofreniapotilasta*. Otava. Keuruu.
- 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*. Kirjayhtymä. Helsinki.
- Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J., Holma, J., Rasinkangas, A. & Lehtinen, V. (1999) *Open dialogue approach in first episode psychosis: A two-year follow-up on avoiding hospitalization and minimizing neuroleptic medication. Western Lapland project*. Julkaisematon käsikirjoitus.
- Sorensen, T. (1985) Social network stimulation as preventive method among psychiatric long-term patients in a neighborhood in Oslo. *International Journal of Family Psychiatry* 6, 189-208.
- Speck, R. & Attneave, C. (1973) *Family networks*. Pantheon Books. New York.
- Tamminen, T. & Acte, K (1997) Mitä psykoosi on? Kirjassa: Acte, K & Tamminen, T. (toim.) *Psykoosi ja sen hoito*. Gummerus. Jyväskylä.
- Trimble, D. (1997) Network therapy. *AFTA Newsletter*. 26-30.
- Vahtera, J., Uutela, A. (1994) Sosiaaliset verkostot ja sosiaalinen tuki terveysresursseina. *Duodecim*. 110, 1054-1060.
- Virtanen, P. (toim.) (1999) *Verkostoituva asiakastyö*. Kirjayhtymä. Helsinki.
- Whitten, N. & Wolfe, A. (1973) Network Analysis. Kirjassa: Honigmann (toim.) *Handbook of Social and Cultural Anthropology*. Rand McNally Rollige publishing company. Chicago.

Wing, J. (1978) The social context of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*. 135(11), 1333-1339.

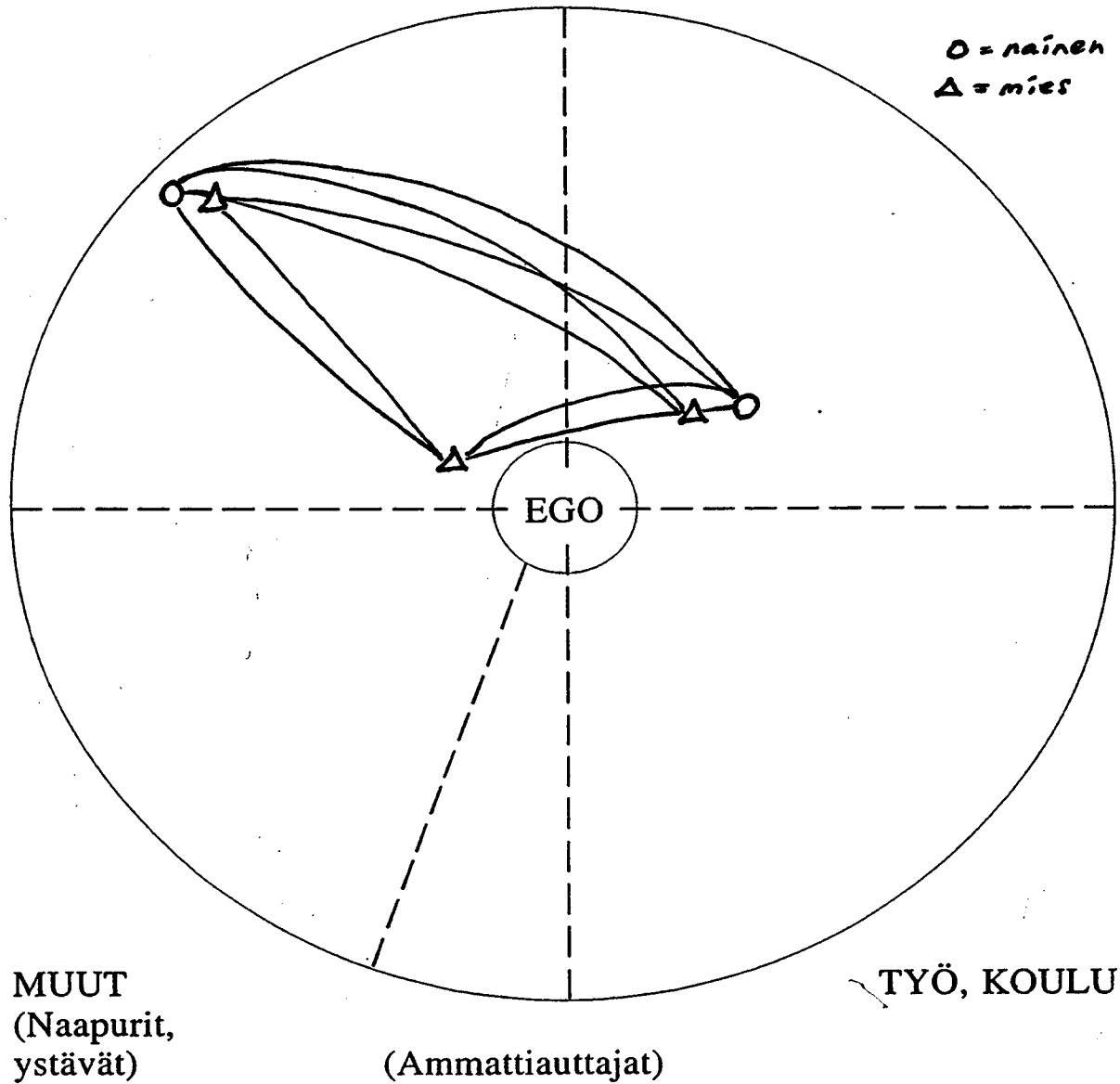
Östergren, P.-O., Hanson, B.S., Isacsson, S.-O. & Tejler, L. (1991) Social network, social support and acute chest complaints among young and middle-aged patients in an emergency department. A case-control study. *Social Science Medicine*. 33(3), 257-267.

Tuulan verkosto, alkutilanne

PERHE

SUKU

O = nainen
Δ = mies



MUUT
(Naapurit,
ystävät)

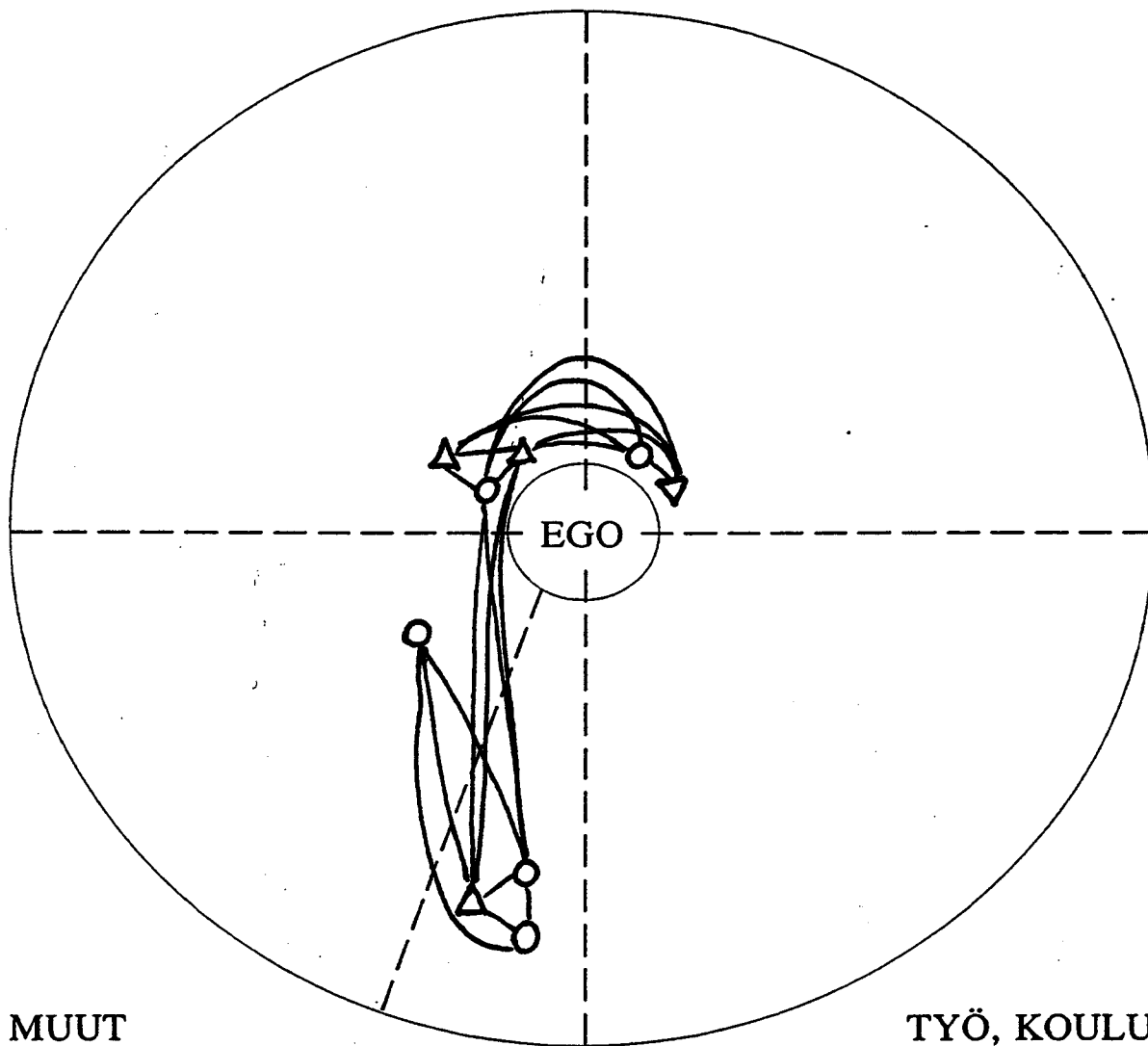
(Ammattiauttajat)

TYÖ, KOULU

Tuulan verkosto, yhden vuoden tilanne

PERHE

SUKU



MUUT
(Naapurit,
ystävät)

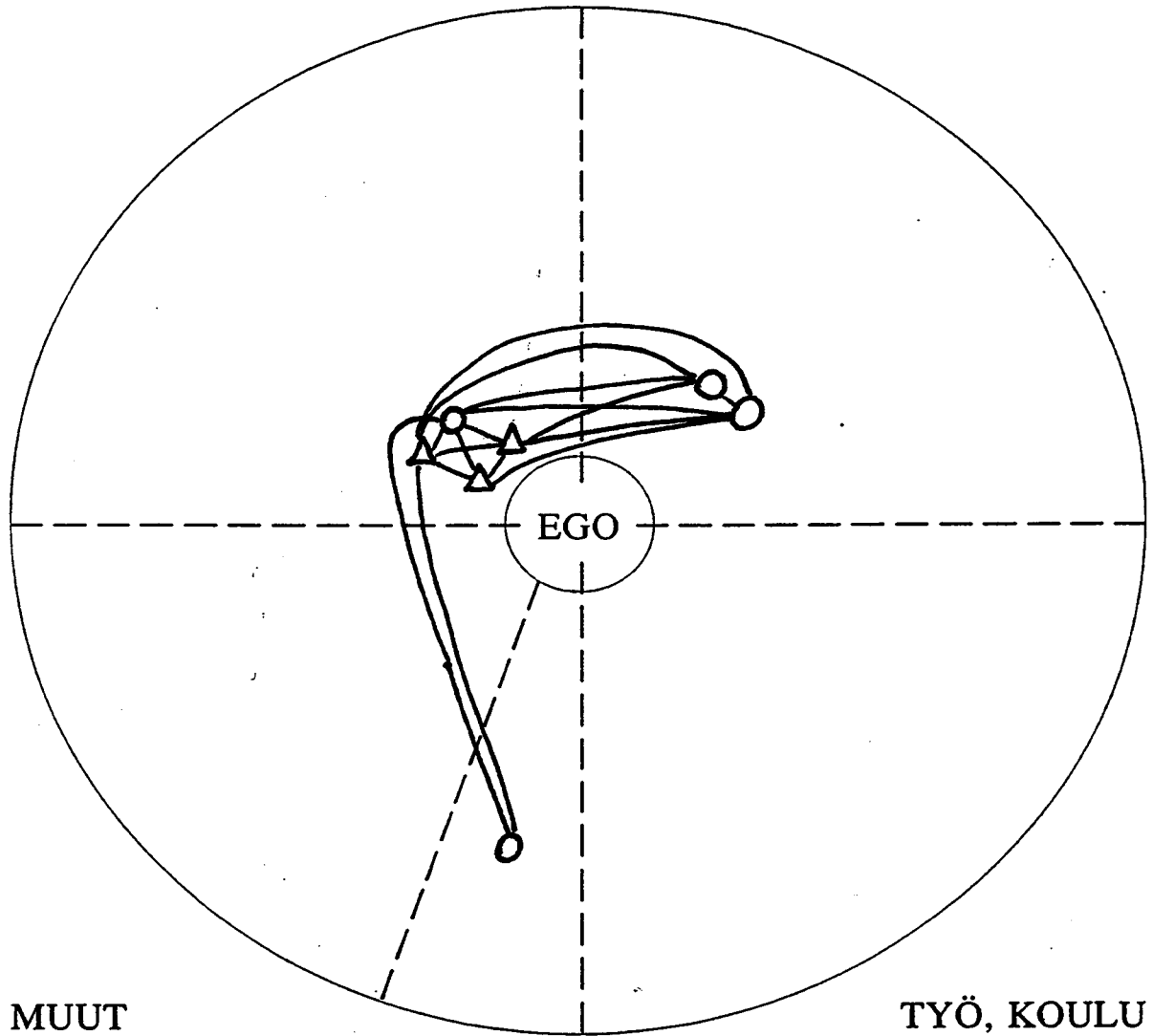
(Ammattiauttajat)

TYÖ, KOULU

Tuulan verkosto, kahden vuoden tilanne

PERHE

SUKU



MUUT
(Naapurit,
ystävät)

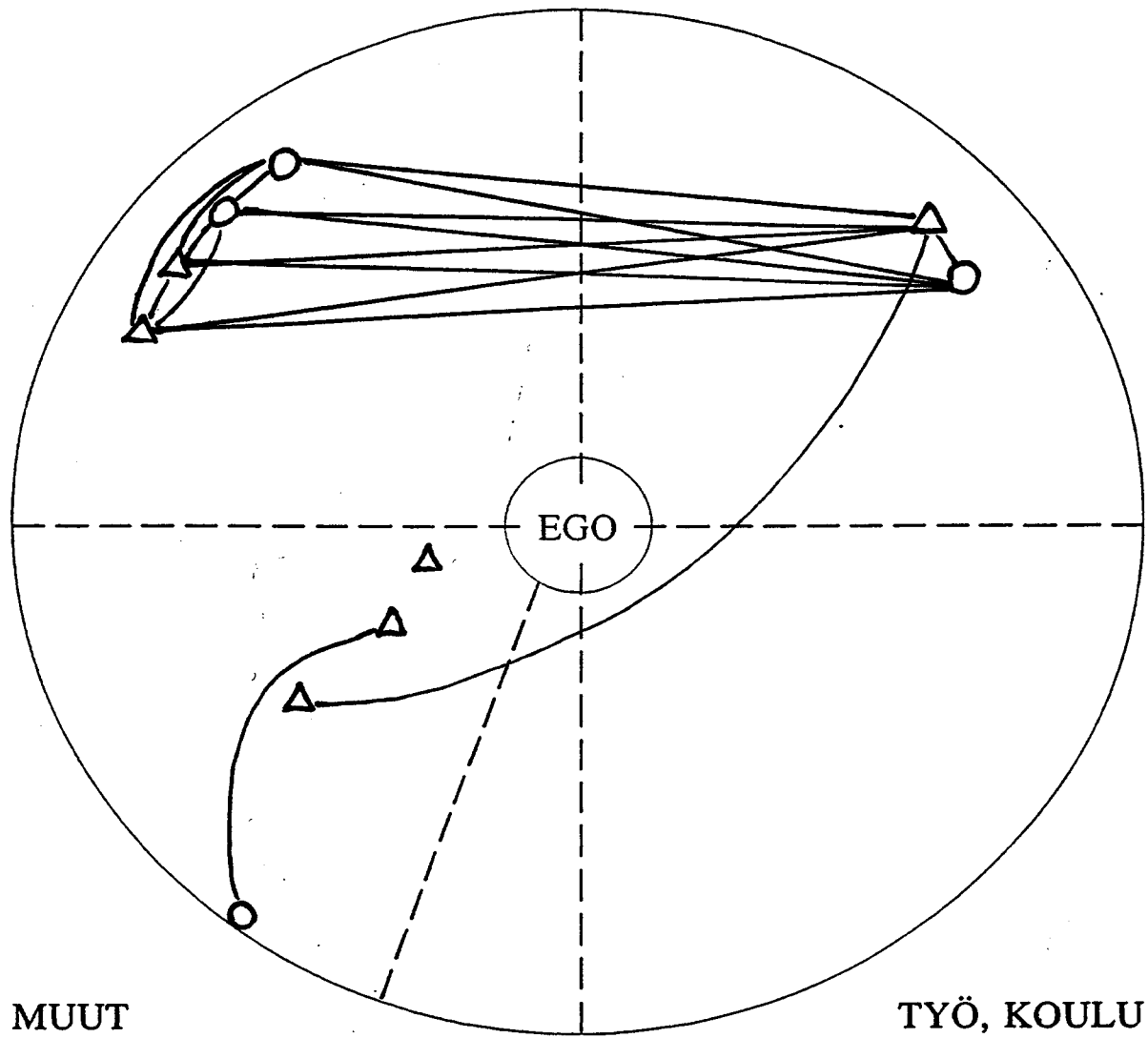
(Ammattiauttajat)

TYÖ, KOULU

Timon verkosto, alkutilanne

PERHE

SUKU

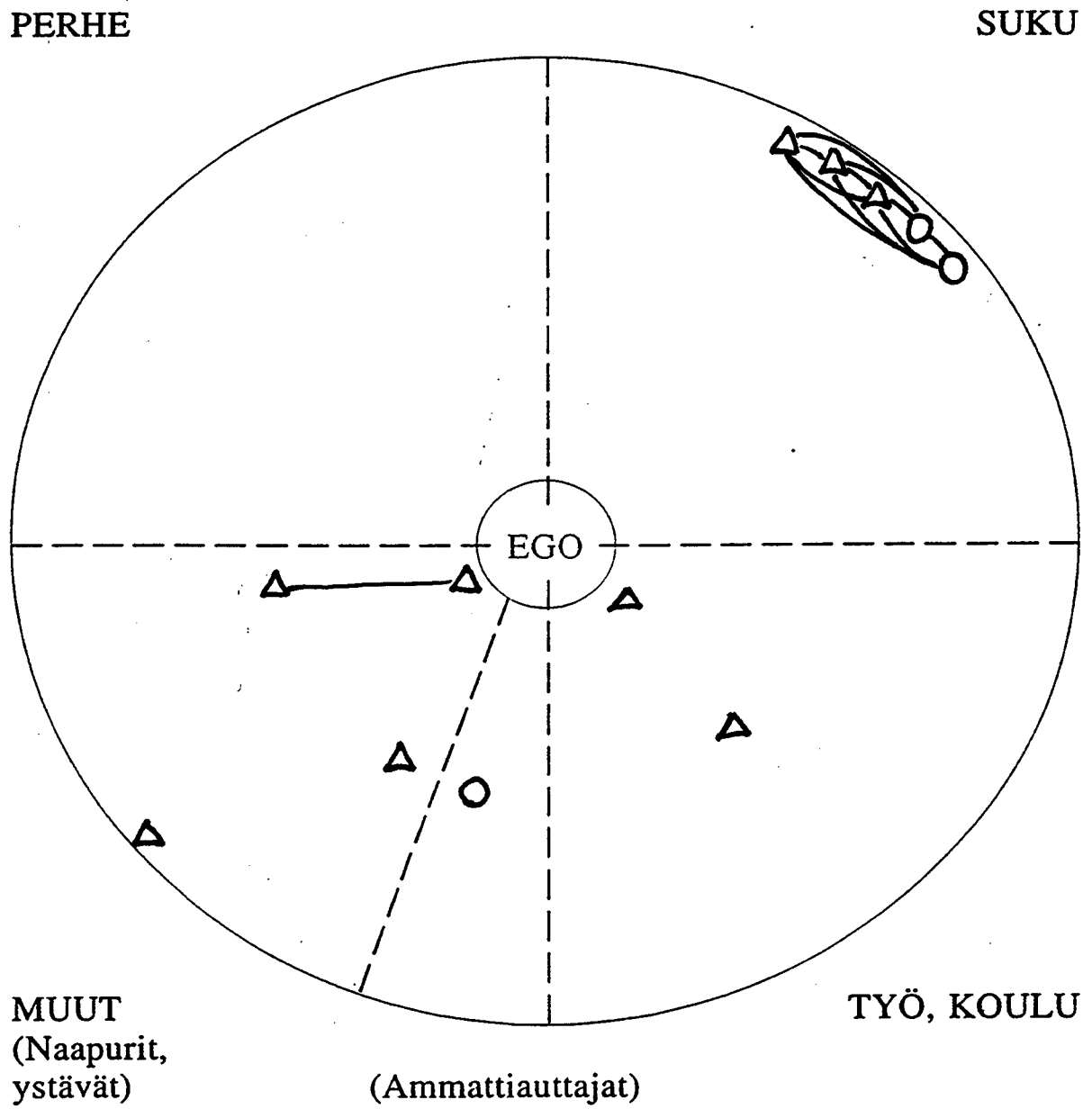


MUUT
(Naapurit,
ystävät)

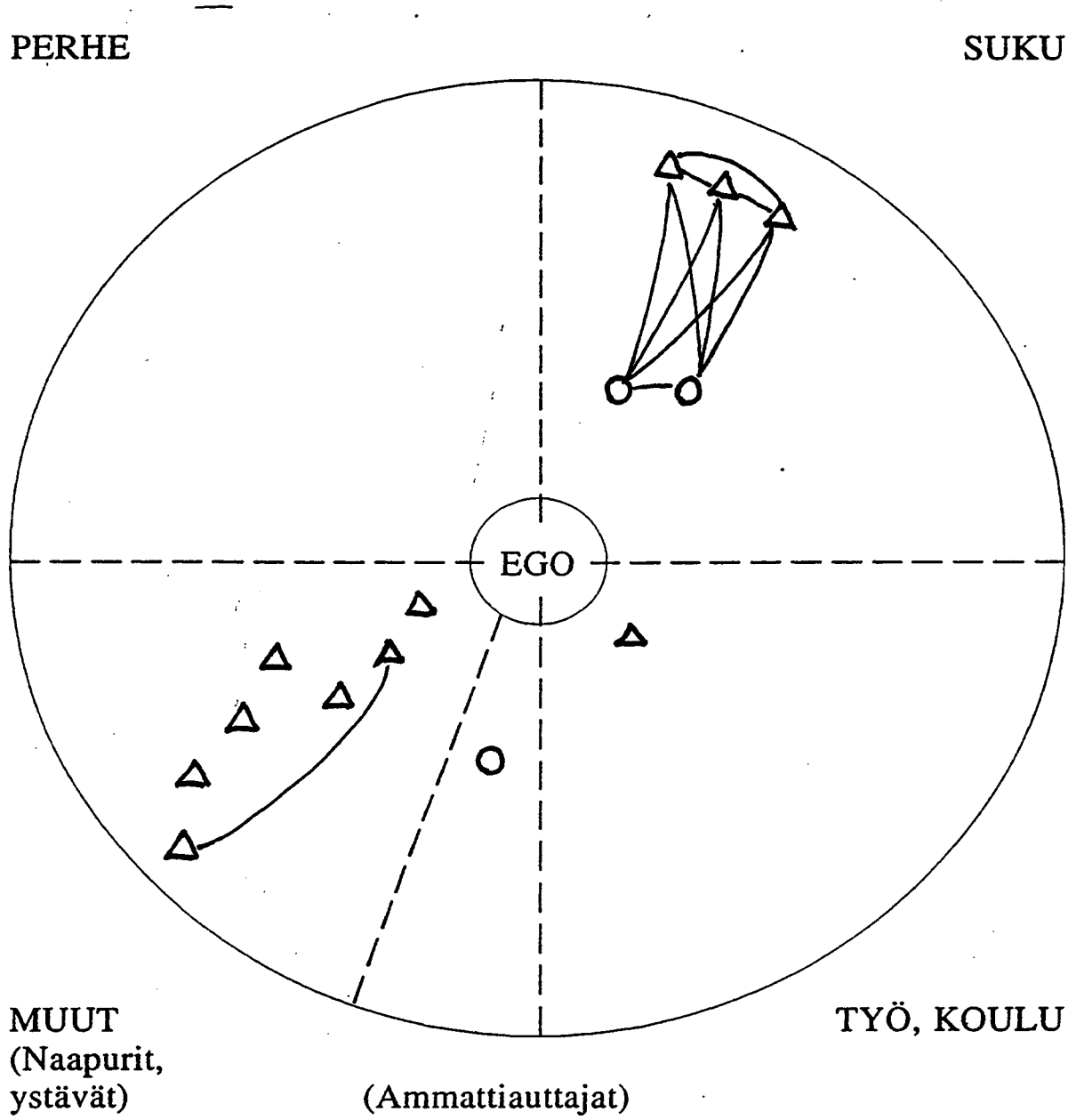
(Ammattiauttajat)

TYÖ, KOULU

Timon verkosto, yhden vuoden tilanne



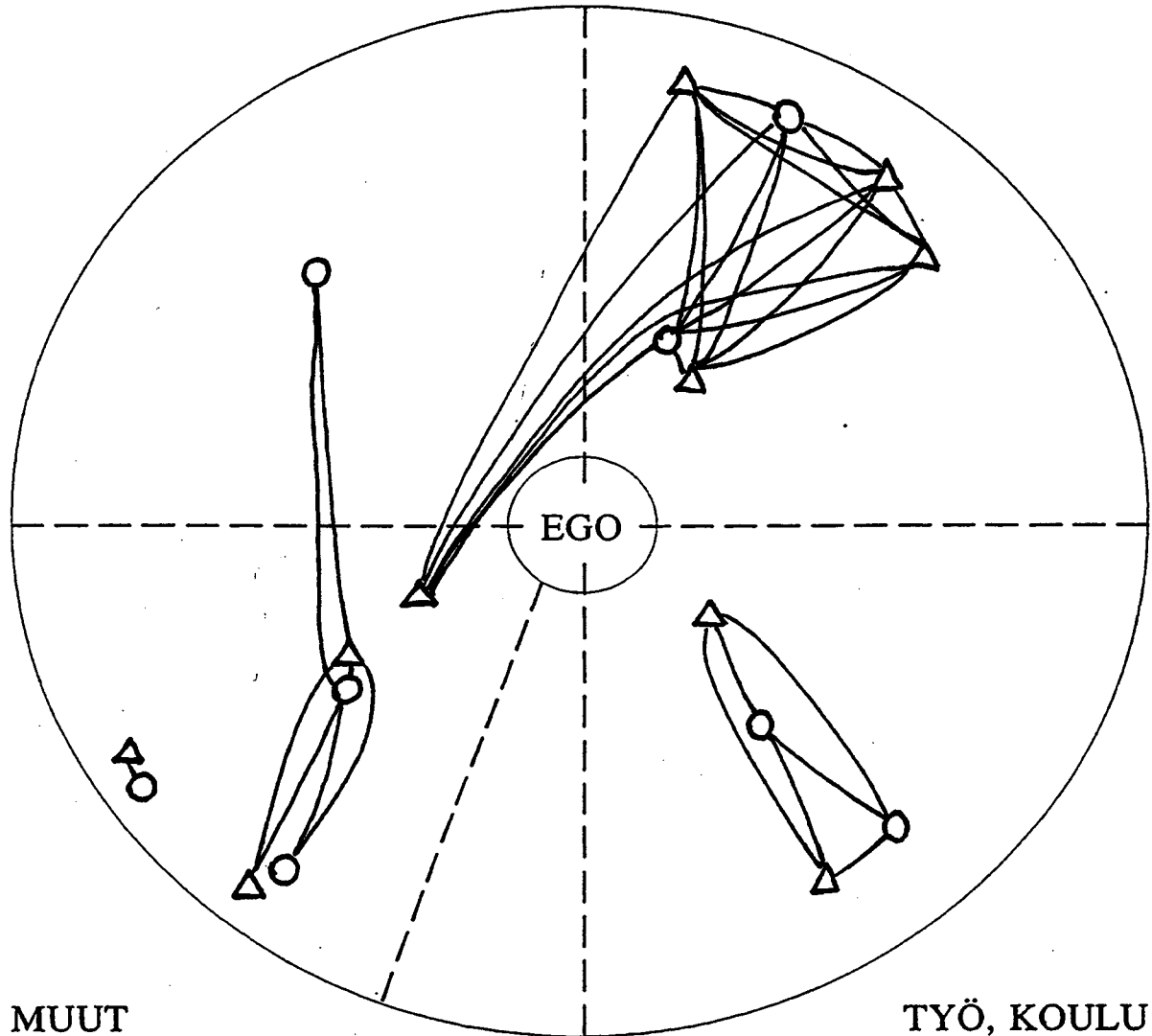
Timon verkosto, kahden vuoden tilanne



Timon verkosto, viiden vuoden tilanne.

PERHE

SUKU



MUUT
(Naapurit,
ystävät)

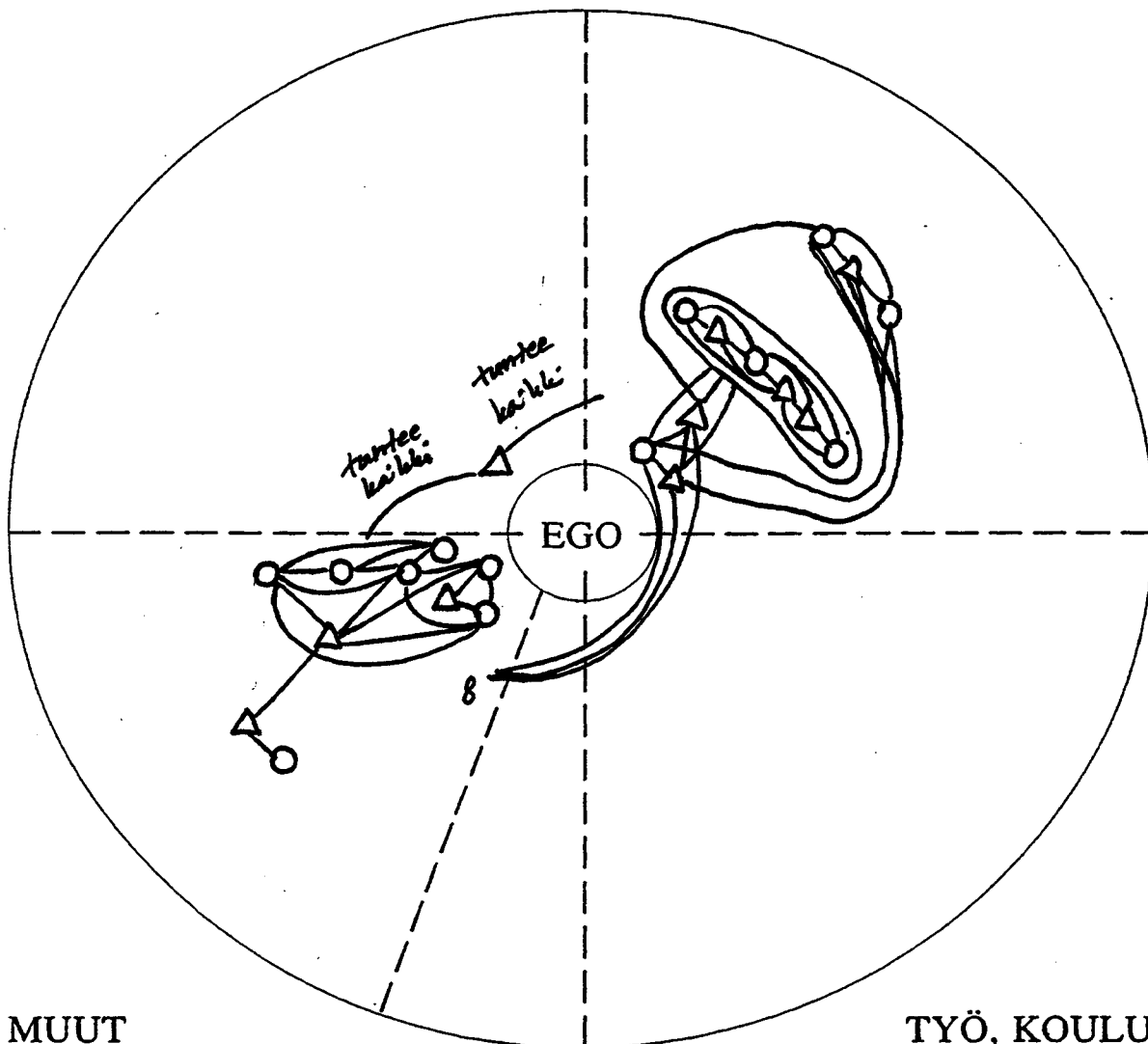
(Ammattiauttajat)

TYÖ, KOULU

Annin verkosto, alkutilanne

PERHE

SUKU

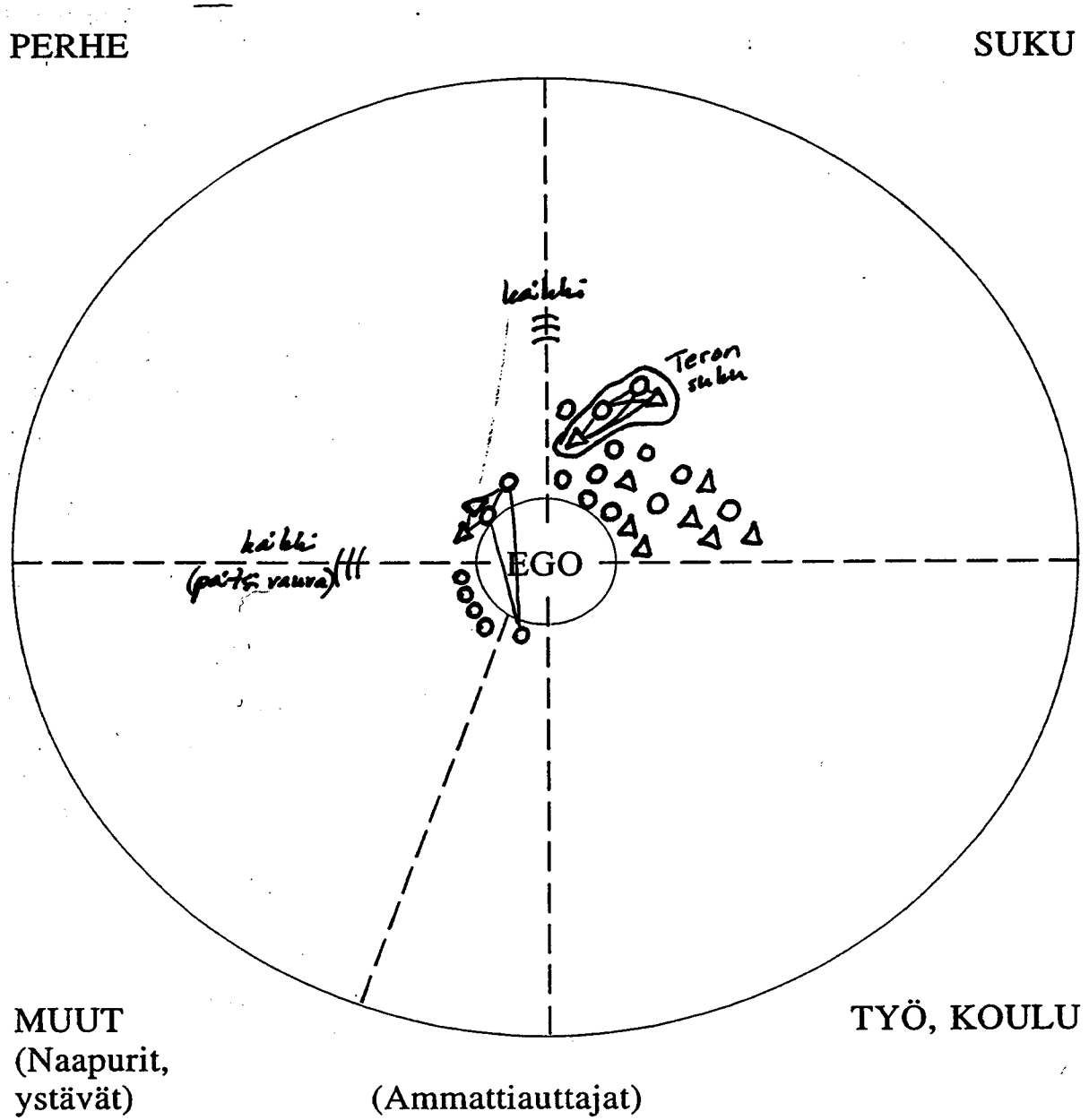


MUUT
(Naapurit,
ystävät)

(Ammattiauttajat)

TYÖ, KOULU

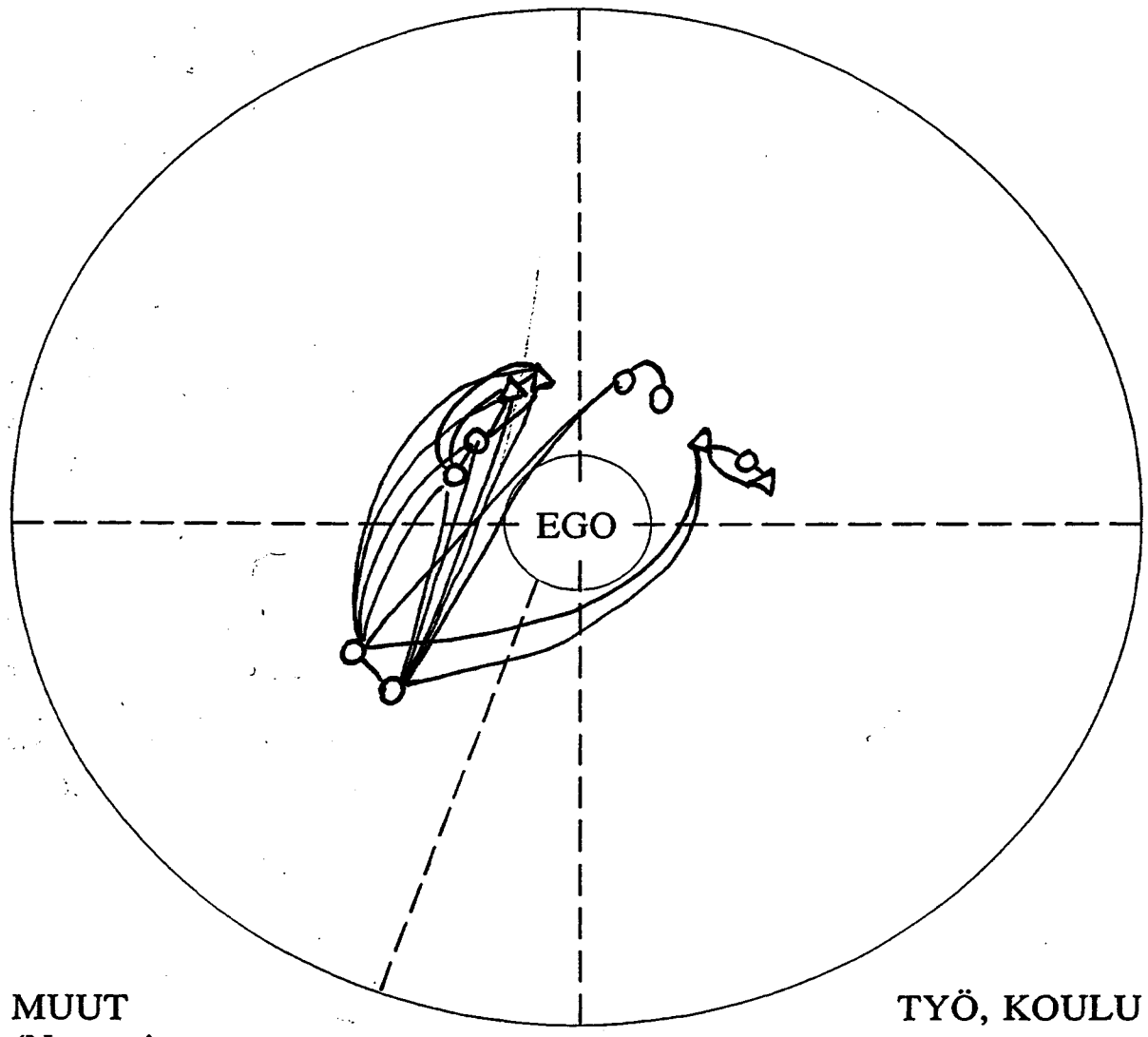
Annen verkosto, yhden vuoden tilanne



Annen verkosto, kahden vuoden tilanne

PERHE

SUKU



MUUT
(Naapurit,
ystävät)

(Ammattiauttajat)

TYÖ, KOULU

