

80

Jaakko Seikkula

Perheen ja sairaalan  
rajasysteemi potilaan  
sosiaalisessa verkostossa

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

JYVÄSKYLÄ 1991

Jaakko Seikkula

Perheen ja sairaalan rajasysteemi  
potilaan sosiaalisessa verkostossa

Esitetään Jyväskylän yliopiston yhteiskuntatieteellisen tiedekunnan suostumuksella  
julkisesti tarkastettavaksi yliopiston vanhassa juhlasalissa (S212)  
lokakuun 4. päivänä 1991 kello 12.

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO, JYVÄSKYLÄ 1991

Perheen ja sairaalan  
rajasysteemi potilaan  
sosiaalisessa verkostossa

Jaakko Seikkula

Perheen ja sairaalan  
rajasysteemi potilaan  
sosiaalisessa verkostossa

URN:ISBN:978-951-39-8265-2  
ISBN 978-951-39-8265-2 (PDF)  
ISSN 0075-4625

ISBN 951-680-582-5  
ISSN 0075-4625

Copyright © 1991, by Jaakko Seikkula  
and University of Jyväskylä

Jyväskylän yliopiston monistuskeskus  
ja Sisäsuomi Oy, Jyväskylä 1991

## ABSTRACT

Seikkula, Jaakko

The Family–Hospital Boundary System in the Social Network

Jyväskylä: University of Jyväskylä, 1991, 285 p.

(Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research,  
ISSN 0075–4625;80).

ISBN 951–680–582–5

Summary.

Diss.

The study was executed in Tornio in order to develop the family–and network centered treatment system in Keropudas hospital. The system of boundary describes the coevolving collaboration system of the family and the hospital. It opens in the first treatment meeting, the admission meeting. The admission team aims to create a joined understanding with the family. The team converses openly and seeks with the family the treatment decisions. The admission meeting is the origin of the family–hospital coevolution. The purpose of the study was to (1) describe the admission occurrence, (2) develop the description of the coevolution and (3) clarify the connection between the social network and the treatment incidents. It used both statistical and qualitative methods. The interaction of the family was evaluated with Olson's Clinical Rating Scale. On the basis of the CRS an evaluation scale for team's interaction was developed. The sample was 70 patients, from which the polyclinic group had 28 patients (40 %) and the inpatient group 42 patients (60 %). The patients were divided into (1) first time, (2) recurrent and (3) longterm treatment groups on the basis of the earlier hospitalizations. The first group was treated significantly more often at the polyclinic than the other groups. The patients in the third group were admitted significantly more often than others. For the recurrent treatment group, the admission situation was most difficult. In the coevolution, the subject and the object became entangled with each other. The admission team had to understand the organizational rule of the family and share this understanding. Both the family's and the team's behavior was determined mostly by their own structure. The social network collapsed in the recurrent admissions. If there were few mutual relationships, the patient was more often hospitalized. In the difficult treatment problems it was most important to create a polyphonic and dialogical coevolution. The team should act as well with one patient as with a large network. The concern about the purity of the therapeutic methods and the therapeutic neutrality was criticized.

Keywords: Family therapy inpatient setting, social network, therapeutic coevolution, dialogism, polyphonia.

# SISÄLTÖ

1.JOHDANTO	13
2.AIHEESEEN LIITTYVÄT TUTKIMUKSET	16
2.1.Yhteydet suomalaiseen perinteeseen	16
2.2.Sairaalan merkitys hoitojärjestelmässä	18
2.3.Psykologis–kasvatuksellinen perheterapia	20
2.4.Yhteenveto	23
3.TUTKIMUKSEN TEORIA	24
3.1.Sosiaalisen verkoston käsitteen määrittelyä	24
3.2.Sosiaalinen verkosto hoidon yksikkönä	26
3.3.Sosiaalisen verkoston rakenne ja psyykinen merkitys	27
3.4.Skitsofreniapotilaan verkoston erityispiirteet	30
3.5.Verkostotyö ja verkostoterapia	32
3.6.Sairaalan ja perheen raja sosiaalisen verkoston osana	37
3.6.1.Rajasysteemin käsite	37
3.6.2.Rajasysteemin esimerkki	41
3.6.3.Terapeuttinen toiminta rajasyteemissä	42
3.6.3.1.Potilaan vastaanotto	42
3.6.3.2.Hoitokokoukset hoitajakson aikana	43
3.6.3.3.Hoitokokouksen vaiheet	46
3.6.4.Koevoluutio	47
3.6.4.1.Käsitteen määrittely	47
3.6.4.2.Koevoluutio terapeuttisessa käytännössä	49
3.6.5.Yhteenveto	52
4.TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN	53
4.1.Tutkimusta ohjaavat periaatteet	53
4.2.Tutkimusongelmat	56
4.3.Tutkimusasetelma	57
4.4.Tutkimusmenetelmät vastaanottotilanteessa	58
4.4.1.Taustamuuttujien kerääminen	58
4.4.2.Yksilöön liittyvät tutkimusmenetelmät	58
4.4.3.Työryhmän ja perheen välisen koevoluution arviointi	62
4.4.4.Perheen vuorovaikutuksen arviointi	62
4.4.5.Työryhmän vuorovaikutuksen arviointi	66
4.4.6.Perhearvion reliabiliteetti	68
4.4.7.Työryhmäarvioiden reliabiliteetti	72
4.4.8.Sosiaalisen verkoston mittaus	72
4.5.Seurantatutkimuksen suorittaminen	73
4.6.Vertailuaineiston merkitys	74
4.7.Käytetyt tilastolliset menetelmät	75
4.8.Yhteenveto käytetyistä muuttujista	77
5.TULOKSET I OSA	79
5.1.Tutkimusaineiston taustatiedot ja edustavuus	79
5.1.1.Vertailuaineiston taustatiedot	84
5.2.Tutkimusaineiston perusanalyysi	87
5.2.1.Vapaaehtoinen ja vastentahtoinen hoidon alku	89
5.2.2.Ensimmäistä kertaa hoitoon tulevat potilaat	92
5.2.3.Pitkäaikaispotilaiden hoito–ongelmat	95

5.2.4.Kroonistumisriskin kasvaminen	98
5.2.5.Perheen puuttuminen vastaanottokokouksesta	102
5.2.6.Hoitopäätökset muuttuvat	106
5.2.7.Kotikäyntien merkityksen kasvu tutkimusaikana	111
5.2.8.Muutoksen merkitys koevoluution systeemissä	112
5.3.Perheen ja työryhmän käyttäytymisen analyysi	115
5.3.1.Mittarien validiteetti	115
5.3.2.Työryhmän oman kokemuksen yhteydet tapahtumiin	118
5.3.3.Työryhmän ja perheen toimintaan korreloivat tekijät	121
5.3.4.Työryhmän toiminnan osioiden yhteydet	126
5.3.5.Perhe – työryhmä koevoluutio	133
5.3.6.Yhteenvedo koevoluution analyysin tuloksista	136
<b>6.HOITOMALLIN ARVIOINTIA</b>	<b>137</b>
6.1.Tutkimusmenetelmien validiteetista	137
6.2.Sairaala laajan rajasysteemin osana	139
6.3.Työryhmän ja perheen yhteyksien synty, koevoluutio	141
6.4.Rakenteen määräämä vai ongelman määräämä systeemi	143
6.4.1.Ongelman määräämä systeemi	144
6.4.2.Rakenteiden määräämä systeemi	145
<b>7.TULOKSET II OSA: SEURANTATUTKIMUS</b>	<b>149</b>
7.1.Puuttuvat tiedot seurantatutkimuksessa	149
7.2.Hoitoon osallistuvan verkoston rakenne	150
7.2.1.Hoitoryhmien sosiaalisen verkoston erot	150
7.2.2.Verkoston osallistuminen hoitoon	155
7.2.3.Sosiaalisen verkoston yhteydet hoitotapahtumamuuttujiin	157
7.2.3.1.Sosiaalisen verkoston ja työryhmän toiminnan yhteisvaikutus	159
7.3.Hoitotapahtumat neljän kuukauden aikana	165
7.3.1.Hoitojakson aikaiset hoitokokoukset	165
7.3.2.Hoitoprosessin arviointia	168
7.3.2.1.Sairaalahoitopäivien määrä	168
7.3.2.2.Lyhyet sairaalahoidot	171
7.3.2.3.Pitkät hoitotaksot	173
7.3.2.4.Työryhmän toiminnan vaikutus hoitoon	174
7.3.3.Hoitotaksot luonnehtivia asioita	176
7.3.3.1.Lääkehoidon merkitys hoitotaksot aikana	180
7.3.3.2.Indikatiivinen ja symbolinen kielialue	183
7.3.4.Perheen vuorovaikutuksen muutos	185
7.3.5.Perheen muutos ja koevoluutio	188
7.3.6.Perhe – sairaala – sosiaalinen verkosto	191
7.3.6.1.Vertailu systeemisen kriisi-intervention ohjelmaan	194
7.3.6.2.Sosiaalinen, egosentrinen ja sisäinen kieli	196
7.4.Hoitotapahtumat vuoden kuluessa	198
7.4.1.Poliklinikan ja sairaalan ryhmien erot hoidon määrässä	198
7.4.2.Sairaalahoitokertojen määrään liittyvät tekijät	199
7.4.3.Sairaalahoitokerrat vuoden aikana	202
7.4.4.Sairaalahoitopäivät vuoden aikana	203
7.5.Ongelmapotilaiden ryhmä	205
7.6.Hoitotulosten vertailu	206
<b>8.POHDINTA</b>	<b>211</b>
8.1.Tutkimustavoitteiden toteutuminen	211
8.2.Tutkimusmenetelmien sopivuus	213
8.3.Menetelmät vai näkökulma	216
8.4.Dialogisen hoitokäytännön pohdintaa	219



8.5.Hoitomallin arviointia	223
8.6.Tulosten yleistettävyys	225
SUMMARY	227
LÄHTEET	233
LIITTEET	243

## TAPAUSESIMERKKIEN SISÄLTÖ

1. Siirto toisesta mielisairaalaasta	89
2. Avioliittokriisi – ei tarkkailuun	90
3. Verkosto tukee yksinjäänyttä	91,166
4. Alkoholipsykoosi ja perhe	92
5. Hätä Sannan tulevaisuudesta	93
6. ja 7. Iäkkäiden ongelmat	94,166
8. Poliisi puuttuu asiaan	96
9. Vanhuus tuo rajat	97,173
10. Lievästä oireesta suuri ongelma	98,174
11. Jatkuva puolustautuminen	99
12. Verkosto järjestäytyy	100,166
13. Yksinelämisen vaikeus	103
14. Ei sisaruksia mukaan	104
15. Virkaholhooja tärkein omainen	106
16. Eläkeläisten aviokriisi	107
17. Kodittomuus liian suuri ongelma	108
18. Niina – "irtolainen"	109
19. Anna – maailmanmatkaaja	109
20. Isä – poika	110
21. Potilas raivoaa – työryhmä ei ymmärrä	119,173
22. Pelottava nuorimies	120
23. Herkkä mies	124
24. Avioero–isä–äiti	125
25. Vauvan uhka	129,174
25. Sisarukset	130
27. Kotimies	132
28. Sven tarvitsee huomiota	162
29. Kaikki sekaisin	166
30. Sairaalassa koko ajan	170
31. Lyhyt hoito ilman verkoston tukea	172
32. Äiti ja poika	189

Raportissa esiintyvien tapausesimerkkien tiedot on muutettu siten, että niiden tunnistaminen ei ole mahdollista.

## ESIPUHE

Väitöskirja on valmistunut kahdessa vaiheessa. Tutkimuksen ensimmäisen osan muodostaa Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksessa tarkastettu lisensiaatin tutkimus (Seikkula, 1990). Lisensiaatin tutkimus käsittää tämän raportin teoriaosasta rajasysteemin kuvauksen, tutkimusongelmat, tulosten taustatiedot, aineiston perusanalyysin, perheen ja työryhmän käyttäytymisen analyysin sekä hoitomallin arvioinnin. Kaikki luvut on kirjoitettu kuitenkin uudelleen tässä tutkimusraportissa. Erityisesti tutkimuksen suorittaminen on kuvattu laajemmin ja perusteellisemmin kuin lisensiaatin tutkimuksessa (luku 4). Tutkimuksen toisen osan muodostaa sosiaalisen verkoston teorian ja psyykkisen merkityksen kuvaus (luku 3.1–3.5) sekä sosiaalisen verkoston analyysi ja seurantatutkimus (luvut 7 ja 8 kokonaisuudessaan).

Työhöni olen saanut laajasti tukea. Professori Jukka Aaltonen on alusta lähtien paneutunut aineistoon hyvin perusteellisesti ja auttanut raportin muokkaamisessa. Professori Yrjö Alanen antoi alkuvaiheessa arvokkaita neuvoja tutkimusongelman rajaamisessa. Lisensiaatin tutkimuksen tarkastajat PsT Carl-Erik Mattlar ja LKT Viljo Räcköläinen antoivat tärkeitä kommentteja, joita olen pyrkinyt huomioimaan väitöskirjaa laatiessani. YTK Juhani Lindqvist ohjasi tilastollisten menetelmien valinnassa ja niiden käytössä. Raportin esitarkastajina toimivat PsT Carl-Erik Mattlar ja YT Markku Ojanen. Heille kiitos tarkasta paneutumisesta ja saamastani asiallisesta palautteesta. Dosentti, YT Paula Lyytinen auttoi ratkaisevasti puhtaaksikirjoituksessa ja painoasun syntymisessä paneutumalla perusteellisesti raportin sisältöön.

Työpaikaltani Keroputaan sairaalasta olen saanut varauksetonta apua. Tutkimus on ollut kuin yhteinen yritys, jossa kaikki ovat mukana. Johtava ylilääkäri, LL Jyrki Keränen on rohkaissut tutkimuksen aloittamiseen ja tehnyt mahdolliseksi useilla käytännön toimilla tutkimuksen valmistamisen työn ohella. Keroputaan sairaalan poliklinikan työryhmä on rohkeasti antanut luvan oman työnsä arviointiin. Tämä on ollut perusedellytys koko hankkeelle. Osastonhoitaja Helle Kuusijärvi (myöhemmin Riitta Södervall), psykologi, YK Kauko Haarakangas ja mielisairaanhoitaja Raija Piuva esiintyvät toistuvasti tämän tutkimuksen sivuilla. Samaa rohkeutta osoittivat sairaalan turvaosaston (osasto I) ja yhteisöosaston (osasto IV) työryhmät. Osastonlääkäri, LL Birgitta Alakare, osastonlääkäri, LL Pirjo Saastamoinen sekä psykologi, YK Markku Sutela antoivat korvaamattoman panoksensa toimiessaan tutkijoina perhe- ja työryhmäarvioinneissa. Osastonhoitaja Telma Hihnala, mielisairaanhoitaja Eila Järvinen ja mielisairaanhoitaja Kyösti Kaius auttoivat yhdyshenkilöinä ratkaisevasti tutkimustietojen keräystä. Ilman tutkimuksen sihteerin Maritta Aholan

apua en olisi saanut kaikkia tuhansia asioita pysymään käsissä. Heille kaikille ja lukemattomille muille tutkimukseeni vaikuttaneille työtovereilleni esitän kiitokseni.

Tärkeintä on ollut perheeltäni saamani tuki. Ilman Tuulan tukea sekä Auran ja Hetan kärsivällisyyttä ei tämä urakka olisi koskaan ollut mahdollista. Rakkaat kiitokset.

Torniossa, elokuussa 1991

Jaakko Seikkula

# 1. JOHDANTO

Systeeminen perheterapia on viime vuosina muuttanut psykiatrasta hoitoa Suomessa. 1970-luvun lopulla alkoi systemaattinen perheterapeutin koulutus. Perheterapian teoriat olivat kehittyneet sille tasolle, että niitä voitiin opettaa ja oppia. Aikaisemmin perheterapia oli enemmän karismaattisten uranuurtajien työn varassa. Kukin perheterapeutti loi koulukuntansa, missä hän välitti omaa perheterapianäkemystään. Oppi-isien löydökset olivat innostavia, mutta niitä ei voitu sellaisenaan välittää muille perheterapeuteille. Kuten Wynne, McDaniel ja Weber (1986) toteavat, ei perheterapia kyennyt vastaamaan siihen kohdistuneisiin suuriin odotuksiin 1960- ja 1970-luvuilla. Toistuvasti havaittiin, että perheterapian uranuurtajien parantavana voimana olikin enemmän karismaattisuus kuin heidän kuvaamansa teoria.

Alkuinnostuksen herättämiin odotuksiin ei löytynyt vastausta myöskään verkostoterapian piirissä. Ross Speck ja Carolyn Attneave (1973) alkoivat 1960-luvun lopulla kutsua koolle potilaan laajoja verkostoja ratkomaan vaikeita ongelmia. Tulokset olivat alussa lupaavia. Suurimpaan verkostokokoukseen osallistui 2000 ihmistä (Garrison, 1981). Tässä tilaisuudessa kuoli yksi osanottaja sydänkohtaukseen. Tämänkaltaiset kokemukset herättivät ajatuksia siitä, että verkoston valtavan voiman lisäksi verkostokokouksissa vaikuttavat myös monet kontrolloimattomat asiat. Varovaisuus lisääntyi. Myös taloudelliset rajat tulivat vastaan. Kymmenien ja satojen ihmisten kokoaminen ympäri Amerikan mannerta oli hyvin kallista. Verkostoterapian kehitys hidastui 1970-luvun lopulla.

Milanon perheterapiatyöryhmän työn myötä (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin & Prata, 1978) systeemiteoria tarjosi pohjan eri koulukuntiin sidottujen hajanaisten perhe- ja verkostoterapia-ajatusten järjestelmällisemmälle kehittämiselle. 1980-luvulla perheterapiasta on tullut laajasti käytetty hoitomenetelmä. Systeemisen perheterapian teorian pohjalta ovat myös verkos-

toterapeutit alkaneet kehittää toteuttamiskelpoisia työskentelymenetelmiä. On luotu teorioita, joiden pohjalta näitä terapiamenetelmiä voidaan välittää toisille työntekijöille.

Suomessa systeeminen perheterapia on saanut laajan jalansijan. Suomen Mielenterveysseuran (SMS) perheterapiakeskus on kehittänyt erityistason ja vaativan erityistason perheterapiakoulutuksen. Täällä sovelletaan Amerikassa ja Euroopassa kehitettyjä perheterapiamenetelmiä. Valtakunnallisessa skitsofreniaprojektissa 1980-luvulla luotiin pohjaa Suomen olosuhteisiin soveltuvalla perhekeskeiselle hoidolle (Lääkintöhallitus, 1985;1987).

Systeemisen perheterapian kehitys ei ole poistanut perheterapian sitoutumista koulukuntiin. Perheterapian oppi-isät työskentelevät useimmiten yksityisillä klinikoilla tai tekevät pääosan työstään konsultoiden muiden tekemiä perheterapioita. Kliiniset työntekijät ja teorian kehittäjät ovat toisistaan erillään (Hoffman, 1981). Perheterapian kenttätöitä on tutkittu vähän eikä siihen soveltuvaa teoriaa ole paljon kehitetty. Kuitenkin systeemiteoria tarjoaa mahdollisuuden koko hoitojärjestelmän toiminnan arvioimiseksi. Systeemiteorian pohjalta voitaisiin psykiatrisen laitoksen eri osa-alueille antaa yhteensitova merkitys ja mieli.

Tämä tutkimus keskittyy tähän uuteen alueeseen. Tutkimuksen kohteena on Torniossa sijaitsevan Keroputaan sairaalan perhe- ja verkostokeskeinen hoitomenetelmä. Keroputaan sairaala on kehittynyt entisestä B-mielisairaalasta Länsi-Pohjan alueen psykiatriseksi sairaalaksi.

Perhekeskeistä hoitomenetelmää aloimme suunnitelmallisesti kehittää vuodesta 1981 lähtien, jolloin professori Jukka Aaltonen tuli perheterapian työnohjaajaksi. Tämä yhteistyösuhde jatkuu edelleen. Hoitomenetelmien kehittämistyö tapahtui ensin kahta eri polkua. Toisaalta opiskelimme skitsofreniapotilaiden psykoterapiaa, toisaalta perehdyimme sairaalassa olevien potilaiden perheterapiaan. Kummastakin hoitomenetelmästä saimme hyviä kokemuksia. Näiden kahden erillään kulkeneen kehittämistien teemat kohtasivat 1984. Aloimme järjestää hoitokokouksia potilaille ja heidän perheilleen Turun yliopiston psykiatrian klinikan kokemusten mukaisesti (Virtanen, 1986). Hoitokokouksissa voimme yhdistää perheterapian ja ymmärryksemme psykoottisen potilaan sielunmaailmasta. Hoitokokoukset antoivat myös mahdollisuuden hoitohenkilökunnan voimavarojen johdonmukaisemmalle käytölle. Hoito tapahtui työryhmätyönä, ei enää pelkästään kunkin työntekijän ja potilaan kahdenkeskinä hoitosuhteina. Näin hoitohenkilökunta organisoitui myös hoidon kehittämisen ideointiin uudella tasolla. Hoitokokouksissa myös potilaiden omaisten parantavat voimavarat tulivat paremmin esille.

Tutkimuksen tausta-ajatukset ovat virinneet hoitokäytännön uudistamisessa. Kehittäessämme hoitokokouksiamme olemme koko ajan yrittäneet luoda toimintaa kuvaavia käsitteitä. Ensin on ollut uusi käytäntö ja uudet kokeilevat ideat, sen jälkeen on alkanut löytyä alustavia teoreettisia hahmoja uudelle käytännölle. Teorian löytymistä on edistänyt henkilökunnan laaja koulutus. Kaikki tähän tutkimukseen osallistuneet psykologit ovat suorittaneet Suomen Mielenterveysseuran (SMS) erityistason perheterapiakoulutuksen, kaksi osastonlääkäriä, osastonhoitaja ja sosiaalihoitaja olivat

tutkimushetkellä peheterapiakoulutuksessa. Lisäksi kaksi työntekijää osallistui yksilöpsykoterapiakoulutukseen ja viisi työntekijää työnohjaajakoulutukseen. Tämän tutkimuksen aikana on alkanut Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirin oma erityistason perheterapiakoulutus. Kouluttajayhteisönä toimii Jyväskylän yliopiston psykologian laitos. Koulutuksessa tämän tutkimuksen tulokset ovat pohjana.

Alussa toimimme systeemisen perheterapian pohjalta. Huomasimme kuitenkin, että perheterapeuttinen tilanne on liian jäykkä sairaalassa toteutettavalle perhetyölle. Vain hyvin harvat perheet voivat osallistua hoitoon perheterapian kautta. Hoitokokouksissa löysimme uudet menetelmät jäykkyyden ja mekaanisuuden voittamiseksi. Systeemisen perheterapian teoriat näyttivät keskittyvän liikaa perheen rakenteen kuvaamiseen ja perheen sisäisen vuorovaikutuksen ongelmiin. Me totesimme ongelman ilmenevän toistuvasti myös meidän ja perheen välisessä suhteessa.

Tutkimuksen suorittaminen alkoi konkretisoitua vuoden 1987 aikana. Silloin tein tutkimussuunnitelman ensimmäisen luonnoksen. Vuoden 1988 alku käytettiin tutkimusmenetelmien etsimiseen ja kehittämiseen sekä tutkimusmenetelmien käytön opiskeluun. Tutkimusaineisto koottiin syys- ja lokakuussa 1988. Seurantahaastattelut tehtiin tammi-helmikuussa 1989. Syys- ja lokakuussa 1989 kerättiin sairaskertomuksista sairaalankäyttöä kuvaavat tiedot.

Tutkimus on osa laajempaa Länsi-Pohjan psykiatrisen hoidon kehittämisprojektia. Johtava lääkäri, LL Jyrki Keränen tekee samasta tutkimusaineistosta omaa raporttiaan. Tämän vuoksi tulosten käsittelyssä on tehty joitakin rajauksia. Esimerkiksi psykiatrisia oirekuvauksia ei käsitellä tässä raportissa. Samoin tutkimusryhmien väliset erot esitellään tarkemmin Jyrki Keräsen tutkimuksessa. Paras kokonaiskuva syntyy tutustumalla kumpaankin raporttiin.

## **2. AIHEESEEN LIITTYVÄT TUTKIMUKSET**

### **2.1. Yhteydet suomalaiseen perinteeseen**

Tutkimuksessa kuvattava hoitojärjestelmä on kehittynyt suomalaisen skitsofreniapotilaiden hoidon tutkimus- ja kehittämistyön pohjalta. Perhekeskeisyys on skitsofrenian hoidon tutkimuksessa ollut näkyvästi esillä jo 1950 – luvulta Yrjö Alasen (1958) skitsofreniapotilaiden äitejä koskevasta laajasta tutkimuksesta lähtien. Alasen johtama tutkimusryhmä on keskittynyt erityisesti skitsofrenian perhedynamiikan tutkimiseen (Alanen & Kinnunen, 1974) sekä skitsofreniapotilaiden terapeuttisen hoidon tulosten seurantatutkimukseen (Alanen, Rökköläinen, Rasimus, Laakso & Koljonen, 1986). He pyrkivät eri hoitomenetelmien integrointiin. Tutkimusryhmä on kehittänyt käsitteen tarpeenmukaisesta hoidosta. Ongelman luonne määrää käytettävät hoitomenetelmät. Tämän hoitonäkemyksen pohjalla on perhekeskeisen hoidon kehittämisen tarve. Seurantatutkimuksen aikana systeemikeskeinen perheterapia oli tulossa Suomeen. Tutkijoiden mukaan perheterapeuttisen hoidon merkitys on suurempi kuin heidän seurantatutkimuksensa tuloksissa ilmeni.

Hoitojärjestelmien kehittämistä koskeva tutkimus on Suomessa keskittynyt enemmän psykoterapeuttisten yhteisöjen tutkimiseen (Isohanni, 1983; Salokangas, 1977;1985). Salokankaan tutkimuksessa selvitettiin skitsofreniapotilaiden psykososiaalista kehitystä ja sairaalahoidon vaikutusta siihen. Tämä kuvastanee psykiatrisen hoidon laitoskeskeisyyttä Suomessa. Aaltonen (1982) on tutkinut perhekeskeisen hoitoprosessin lähtökohtia psykiatrisessa avohoidossa. Anttinen, Eloranta ja Stenij



(1971) sekä Niskanen (1970) ovat tutkineet kotisairaanhoidon mahdollisuuksia skitsofreniapotilaiden hoidossa.

Perhekeskeinen ajattelu on juurtunut suomalaiseen psykiatriaan ja skitsofreniapotilaiden psykoterapeuttiseen hoitoon. Esimerkiksi skitsofreniapotilaiden yksilöpsykoterapiaan on liitetty potilaan perheen kanssa tehtävä työ osaksi hoitoprosessia (Johansson, 1985). 1980 - luvulla toteutettu laaja skitsofreniaprojekti suosittaa perhekeskeisen ajattelun ottamista hoidon lähtökohdaksi (Lääkintöhallitus, 1985 ja 1987).

Turussa valtakunnallisen skitsofreniaprojektin osana toteutetussa kehittämistyössä on keskitytty uusiin skitsofreniapotilaisiin (Aaltonen & Rökköläinen, 1988). Heti hoidon alussa toteutettu perhekeskustelu muutti hoidon kulkua. Lähes kaikki perheet olivat halukkaita osallistumaan tähän keskusteluun. Parhaat tulokset tästä keskustelusta saatiin, jos työryhmä luopui perheen vuorovaikutuksen diagnosoinnista. Perheen patologian etsiminen johti perheterapian mekanistiseen soveltamiseen. Hoidon alussa toteutettu perharviointi paransi myös yksilöterapeuttisen hoidon mahdollisuuksia. Tutkijat korostavat perheterapiankoulutuksen ja työnohjauksen suurta merkitystä laitosten perinteisten työtapojen muuttamisessa.

Tuori (1987) on tehnyt tutkimuksen sairaalapotilaiden perheterapian tuloksellisuudesta Hattelmalan sairaalassa Hämeenlinnassa. Hän tutki sairaalassa aloitetun systeemisen perheterapian vaikutusta. Parhaiten perheterapiaan osallistui kietoutunut perhe, jossa aviopuolisot olivat toisistaan riippuvaisia ja potilaan oireet suhteellisen voimakkaita. Kaikki potilaat olivat naimisisä. Skitsofreniapotilaiden perheiden koossapysyvyydessä ja sopeutuvuudessa sekä aviosuhteessa tapahtui suurempia muutoksia kuin ei-psykoottisten potilaiden perheissä. Jos perheterapia toteutettiin ensimmäisellä sairaalahoitokerralla, näytti se ratkaisevasti vähentävän sairaalahoidon tarvetta jatkossa (1/20 potilasta joutui uudelleen sairaalaan). Monta kertaa sairaalassa olleiden kohdalla ei perheterapialla näyttänyt olevan vaikutusta sairaalahoitokertojen määrään. Perheterapian loppumisen jälkeen tehdyssä seurannassa todettiin hoidossa olevan lähes puolet enemmän ei-psykoottisia pitkäaikaispotilaita hoidon tarpeeseen nähden (4 olisi tarvinnut hoitoa, 7 oli hoidossa).

Pohjois-Karjalan mielisairaanhoidopiirissä on kehitetty perhekeskeistä työtä vanhassa perinteisessä keskusmielisairaalassa (Apo & Kivimäki, 1988). Potilaskohtaisesti on erikseen suunniteltu kotikäynnit. Tällä toiminnalla on sairaalahoidoaikojen voitu lyhentää.

Perheen mukaanottamista sairaalan sisäänkirjoitustapahtumaan on kuvannut Virtanen (1986). Perlmutter (1986) selvitti USA:ssa sisäänkirjoitushetkeen liittyviä vuorovaikutustapahtumia. Sairaalaan sisäänkirjoitukseen vaikuttaa usein enemmän potilaan perheen vuorovaikutustilanne kuin potilaan oireen vakavuus. Kriisitilanteessa jo ennestään jäykästi toimivan perheen kyky ongelmanratkaisuun vähenee ja perhe voi painostaa poliklinikkaa potilaan sisäänkirjoittamiseksi. Poliklinikaryhmän tehtävänä on luoda sellainen eri tekijöiden vuorovaikutustilanne, missä avautuu mahdollisuus etsiä uusia ratkaisuja.

Turussa toimivassa psykiatristen sairaaloiden yhteisessä sisäänkirjoituspoliklinikassa on kehitetty samanlaista toimintatyyliä. Sairaalaan sisäänkirjoitus arvioidaan ongelma- ja kriisikeskeisesti. Toiminnan alettua sisäänkirjoitukset vähenivät olennaisesti. Noin puolet sairaalaan pyrkineistä otettiin sairaalaan, muille löydettiin toinen hoitomuoto (Virtanen, 1986).

Kuopiossa on kehitetty ns. psykoosityöryhmän toimintaa mielenterveystoimiston puitteissa. Tämä psykoosityöryhmä tapaa kaikki psykiatriseen sairaalaan lähetetyt potilaat ja toimii tiiviisti yhteistyössä terveyskeskuksen kanssa. Vain kolmasosa potilaista lähetettiin sairaalaan. Näin sairaalahoidon tarvetta voitiin olennaisesti vähentää (Jääskeläinen, 1987).

## 2.2. Sairaalan merkitys hoitojärjestelmässä

Psykiatrisen sairaalan paikkaa hoitojärjestelmässä on tutkittu paljon. Sairaalakeskeisyyden vähentämiseksi on pyritty hoitoaikojen lyhentämiseen, kuntoutusohjelmien kehittämiseen, perheen mukaanottamiseen hoitoon ja muihin vastaaviin toimenpiteisiin. Seuraavassa esitetään tutkimuksia, joissa sairaalan paikkaa hoitojärjestelmässä on pyritty muuttamaan.

Drake ja Sederer (1986) selvittivät pitkäaikaisten skitsofreniapotilaiden sairaalahoidon haittoja psykososiaalisessa kuntoutuksessa. Skitsofreniapotilaiden hoidossa on ollut ongelmana toisaalta liian vähäinen stimulaatio, mikä on johtanut potilaan apatiaan, vetäytymiseen, riippuvuuteen ja autismiin. Toisaalta hoidon sisältämä liian suuri stimulaatio on yhdistetty kliinisiin taka-askeluihin ja psykoottisiin regressioihin. Nämä tapahtumat taas voivat liittyä potilaan itsemurhaan tai kodittomuuteen. Hoidossa voi olla tekijöitä, jotka ovat liian intensiivisiä ja herättävät liian voimakkaita tunteita tai luovat odotuksia liian nopeasta muutoksesta. Tämän ehkäisemiseksi hoidossa pitäisi olla maltilliset päämäärät sekä tukea antava ja kasvattava suhde potilaaseen. Potilaan tukisysteemi pitää sitoa hoitoon. Huomion painopisteen tulee olla yhtä hyvin pitkän ajan sopeutumisessa kuin oireiden poistamisessa.

Mattes (1982) selvitti optimaalista sairaalahoidon pituutta vertailemalla oman tutkimuksen (pitkä psykodynaamiseen terapiaan perustuva hoito) tuloksia muihin tutkimuksiin (lyhytkestoinen hoito). Muiden kuin skitsofreniapotilaiden kohdalla ei ilmennyt minkäänlaista eroa pitkän ja lyhyen sairaalahoidon välillä. Yhden vuoden kuluttua tehdyssä seurannassa pitkään sairaalassa hoidetut skitsofreniapotilaat selvisivät hieman paremmin, mutta kahden ja kolmen vuoden jälkeen ei ollut enää eroa. Jos potilaan toiminta oli ennen sairaalaan sisäänkirjoitusta ollut hyvä, oli pitkä sairaalahoido tuottanut paremman tuloksen kahden vuoden kuluttua. Hoidon jälkeen lyhyen aikaa sairaalassa hoidetut potilaat tulivat harvemmin uudelleen sairaalaan. Sairalahoidon korvaamiseksi Mattes suosittelee esimerkiksi perheterapeuttisia kriisi-interventioita.

Vaihtoehtona pitkälle psykiatriselle hoidolle kehitettiin Englannissa (Clarke Institute of Psychiatry) erityinen kriisi-interventioihin perustuva ympärivuorokautinen lyhyen hoidon osasto. Hoitoajaksi määriteltiin kaikille potilaille seitsemän vuorokautta. Potilaat tulivat suoraan kadulta ilman lähetettä. Ensimmäinen hoitoistunto järjestettiin heti. Hoidon tavoitteena oli saada tämän seitsemän päivän aikana jatkohoito järjestettyä. Osaston ohjelmassa oli vain yksi kiinteä ryhmä. Kaikki muu aika oli varattu potilas- ja perhekeskusteluille. Tämä järjestelmä tuotti erittäin hyvän hoitotuloksen diagnoosista riippumatta. Ainoastaan maanis-depressiivisten potilaiden hoitoaika merkittävästi ylitti seitsemän vuorokautta (Kennedy & Heard, 1980).

Martin, Cormignani ja Vainekos (1985) selvittivät edellämainitun kokeilun vaikutusta muihin sairaalan osastoihin. Koko sairaalan sisäänkirjoitusluvut lisääntyivät hieman vuoden aikana. Koska muille osastoille jäi paljon vapaita vuoteita, saattoi joidenkin potilaiden hoitoaika pitkittyä.

Yhdysvalloissa toteutettiin 1960–70 lukujen vaihteessa kaksi nopean kriisi-intervention kokeilua, joissa perheillä oli keskeinen asema. Rubinstein (1972) kuvaa Pennsylvanian kokeilua, missä kriisiryhmä kotikäynnillä mobilisoi perheen tukemaan potilasta. Noin kolmasosalla hoito järjestettiin sijoittamatta potilasta sairaalaan (27 kriisi-interventiona, 62 sijoitettiin sairaalaan). Ongelmana kokeilussa koettiin se, että muu henkilökunta korosti sairaalahoidon merkitystä liikaa.

Rhinen ja Mayersonin kuvaamassa (1971) Coloradon kokeilussa 24 tuntia vuorokaudessa päivystävään yksikköön potilaat tulivat sisälle 3–7 vuorokaudeksi. Hoito aloitettiin välittömästi. Perheet pyrittiin tapaamaan potilaan kotona. Alusta lähtien tavoitteena oli jatkohoidon järjestämisen. Sairaalaan sisääntuloon vaikutti useissa tapauksissa se, että oli vaikeuksia päästä yhteistyöhön potilaalle tärkeiden ihmisten kanssa. Sama havainto tehtiin edellä mainitussa Rubinsteinin tutkimuksessa. Lyhyen kriisi-intervention jälkeen potilaat tarvitsivat vähemmän sairaalahoitoa kuin sairaalassa olleet potilaat.

Lyhyissä sairaalahoidoissa on korostettu potilaan jälkihoito- ja muun verkoston integrointia hoitotapahtumaan (McNeill, Stevenson ja Longabough, 1980). Sairaalassa olevan potilaan perheen mukaanottamista hoitoon ovat käsitelleet mm. Hanrahan (1986) ja Hunter (1985). Kumpikin korostavat sitä, ettei potilaan perhe voi olla ulkopuolinen yksikkö, vaan perheen kanssa on luotava erityinen yhteistyöallianssi. Hanrahanin mielestä sairaalan osaston on pidettävä huolta selvästä hierarkiasta ja organisaation selkeydestä. Yhteisessä järjestelmässä sairaalan systeemi ottaa vastuun yhteisen systeemin ohjaamisesta. Tätä tapahtumaa Hanrahan nimittää koevoluutioksi. Hunter pitää perheterapeuttia sairaalassa "rajan murtajana". Perheterapeutin on suunnattava interventionensa sekä perheen että potilasta hoitavan osaston puolelle.

Costell ja Reiss (1982) arvioivat sairaalan perheryhmiin osallistuneita perheitä. He teettivät jokaisella perheellä kaksivaiheisen ongelmanratkaisutehtävän. Ensimmäisessä vaiheessa työskenneltiin yksin ja toisessa vaiheessa yhdessä perheen kanssa. Ongelmanratkaisutilanteesta saadut havainnot jaettiin kolmeen eri dimensioon, joista kaksi tuli tässä tutkimuksessa käyttöön, (1)

koordinaatio ja (2) konfiguraatio. Koordinaatiossa arvioidaan sitä, kuinka hyvin perhe integroi eri perheenjäsenten ideat ongelmatilanteessa. Konfiguraatiossa arvioidaan sitä, miten yhdessä työskentely vaikuttaa kuhunkin perheenjäseneseen, lisääkö se luovuutta vai hämmentääkö se.

He löysivät perheistä neljä toisistaan eroavaa tyyppiä. Itsensä yhtenäiseksi ryhmäksi kokevat perheet integroituivat tehokkaammin hoitoon kuin sellaiset perheet, joiden yhteenkuuluvuus ei ollut suuri. Näille perheille suositeltiin muunlaista hoitoa. Haas, Glick, Clarkin, Spencer ym. (1988) totesivat laajaan aineistoon perustuen sairaalassa toteutetun perheterapian auttaneen parhaiten affektiivisistä häiriöistä kärsiviä naispotilaita ja heidän perheitään.

Priebe (1989) tutki Länsi-Berliinissä potilaan terapeutisesta systeemistä tekemän arvion vaikutusta hoidon tulokseen. Tutkimukseen valittiin 41 sairaalaan sisäänkirjoitettua depressiopotilasta. Sisäänkirjoituksen jälkeisenä päivänä he esittivät arvion siitä, kuka pitää heidän ongelmaansa vaikeimpana, (1) potilas itse vai hänen läheisensä tai (2) potilas itse vai vastaanottohaastattelun suorittanut psykiatri. Potilaat olivat sairaalassa keskimäärin 56 päivää ja heidän hoitonsa käsitti sekä lääkehoitoa että perinteisiä sairaalan psykoterapeuttisia ja toiminnallisia hoitomenetelmiä. Psykiatrilta kysyttiin sama kysymys. Psykiatrin ja potilaan arvioissa siitä kuka pitää ongelmaa vaikeimpana ei ollut positiivista korrelaatiota. Potilas ja psykiatri toimivat erilaisen kartan pohjalta hoidon alussa. Puolet potilaista arvioi pitävänsä itse ongelmaansa vakavimpana. He eivät uskoneet läheisen tai psykiatrin ymmärtävän heidän ongelmansa vakavuutta. 3–4 kuukauden jälkeen toteutetussa seurannassa eniten sanoivat edistyneensä ne potilaat, jotka hoidon alussa arvioivat psykiatrin tai läheisen arvion poikkeavan omastaan. Priebein mielestä potilaan arvio ongelmansa vakavuudesta on tärkeä terapeutin systeemin toimintaa ennustava tekijä.

Uusien toimintamuotojen aloittaminen psykiatrisessa sairaalassa on aina edellyttänyt uudenlaista ajattelutyyliä. Oirekeskeisyydestä on siirrytty ongelmakeskeisyyteen ja potilaskeskeisyydestä on siirrytty vuorovaikutukselliseen ajatteluun. Vanistendael (1985) pohti teoreettisessa artikkelissa Italian mielisairaalaauudistuksen lähtökohtia. Hänen mukaansa oikea psykiatrisen vastaanottotapahtuman ongelman määrittely antaa mahdollisuuden koko lähestymistavan muuttamiseen.

### **2.3. Psykologis–kasvatuksellinen perheterapia**

Behaviorististen teorioiden sekä behavioristisen terapian pohjalta kehitetty ns. psykologis–kasvatuksellinen (psychoeducational) ja oppimisterapeuttinen perheterapia on levinnyt voimakkaasti 1980-luvulla sekä USA:ssa että Euroopassa. Wynnin mukaan (Wynne ym., 1986) USA:ssa tämä on suosituin perheterapian muoto. Teorian pohjalta on tehty laajaa tutkimus- ja kehittämistyötä.

Hubschmid (1985) näkee kolme keskeistä syytä uuden lähestymistavan etenemiselle. (1) Useat skitsofreniapotilaiden perheitä kuvaavat teoreettiset oletukset eivät ole saaneet empiiristä vahvistusta. Esimerkiksi kaksoissidos kommunikaatiota esiintyy kaikissa perheissä eikä vain skitsofreniapotilailla. (2) Skitsofreniapotilaiden perheterapian tulokset ovat olleet epätydyttäviä. (3) Skitsofreniapotilaiden perheterapian vaikeudet perustuvat myös Batesonin toteamaan "epistemologiseen erehdykseen". Perheterapiateorioihin on peitetysti sisällytetty oletus siitä, että skitsofreniaan sairastumiseen on jokin syyllinen.

Perheen ja omaisten mukaanottamiselle hoitoon on löydetty useita perusteita. Sairauden selvittäminen ja osoittaminen perheelle lisää perheen kokemaa häpeää, syyllisyyttä, pätemättömyyden tunnetta ja sosiaalisen poikkeavuuden tunnetta. Siksi tiedon jakaminen sairaudesta on tärkeää. Useissa riskitutkimuksissa on todettu perheilmaston olevan psykoosiin sairastumista ennustava tekijä. Tähän liittyy vielä perheessä oleva informaation käsittelyongelma. Monella taholla on tutkittu "expressed emotion" (EE) ilmiötä perheessä. Tälle termille ei ole suomenkielistä vastinetta. Se tarkoittaa sitä, että skitsofreniaperheiden vuorovaikutuksessa ilmenee emotionaalista yliherkkyyttä, kritiikkiä, tunkeutumista toisen henkilökohtaiselle alueelle (Buchkremer & Lewandowski, 1987).

Perheterapian sijasta on alettu puhua esimerkiksi perheelle tukea antavasta konsultaatiosta. Bernheim (1982) kuvaa perheelle tukea antavan konsultin roolia perheen jäsenten opettamisessa. Potilaan sairaudelle annetaan leima. Puhumalla sairaudesta, josta ammattiauttajat tietävät, skitsofrenian mystifointia vähennetään. Tällainen konsultti keskustelee hyvin laajasta hoitomenetelmien vaihtoehdosta ja auttaa perhettä asettamaan realistiset vaihtoehdot. Konsultaation tärkeä tehtävä on kehittää perheen tarkkailutaitoja. Potilaan liiallinen tarkkailu lisää painetta potilaaseen, mikä taas lisää psykoosin riskiä. Nyt perhe voi oppia kiinnittämään huomion oikeisiin asioihin.

Psykologis-kasvatuksellisen perheterapian piirissä tunnetuimmat työn kehittäjät ovat Carol Anderson ja Ian Falloonin johtama ryhmä. Anderson, Hogarty ja Reiss (1980) työskentelevät perheen kanssa neljässä vaiheessa. Ensimmäinen vaihe on kytkeytyminen perheen kanssa. Välittömästi potilaan tultua sairaalaan perhettä tavataan ilman potilasta kaksi kertaa viikossa. Keskustelut ovat kriisiluonteisia, niissä selvitetään perheen reaktiota sairastumiseen. Niissä pyritään molemminpuoliseen sopimukseen yhteistyön tavoitteista ja menetelmistä. Toinen vaihe on ns. survival skill workshop. Neljän tai viiden perheen muodostama ryhmä kokoontuu lauantapäiväksi kuulemaan valistusta skitsofreniasairaudesta. Tämäkin tapahtuu hoidon alkuvaiheessa. Kolmannessa vaiheessa tapahtuvat perheterapiaistunnot potilaan kanssa. Niissä käsitellään valistuksen tuomia teemoja. Istunnot ovat yhden tai kahden viikon välein noin puolen vuoden ajan. Neljännessä vaiheessa tapahtuu jatkoterapia tai suhteen lopettaminen. Anderson pitää tätä työskentelyvaihetta samankaltaisena Satirin perhekommunikaation selkeyttämiseen pyrkivän perheterapian kanssa.

Falloon, Boyd ja McGill (1984) työskentelevät kunkin perheen kanssa erikseen. Perhe tavataan useimmiten viikottain. Kahden ensimmäisen tapaamisen ohjelma on etukäteen määrätty. En-

simmaisella istunnolla perheelle annetaan tietoa skitsofreniasta mm. monisteen avulla, mitä perhe voi kotona lukea. Toisella istunnolla perheelle kerrotaan lääkkeiden vaikutusalueista ja säännöllisen käytön tärkeydestä. Seuraavia kertoja varten terapiaryhmä tekee kommunikaatiotaitojen puutteiden analyysin. Näitä taitoja perheen kanssa harjoitellaan tulevissa istunnoissa. Terapia jatkuu noin puoli vuotta. Falloon on soveltanut samanlaista työskentelymenetelmää myös muihin psykiatriisiin ongelmiin kuten masennukseen, neuroottisiin fobioihin, ahdistukseen.

Näiden lisäksi psykologis-kasvatuksellisen perheterapian toimintamalleja on paljon muita (McGill&Lee,1986). Boyd, McGill ja Polack (1981) kuvaavat perheen mukaanottamista psykiatriseen kuntoutustapahtumaan. Perheistä on löytynyt hoitojärjestelmää tukeva voimavara. Drake ja Osher (1987) tekivät valistuksellista työtä psykiatrisissa pienkodeissa elävien potilaiden ympäristössä. Skitsofreniapotilaiden kanssa työskentelevät ja toimivat ihmiset kehittävät usein samantyyppisiä liiallisesti stimuloivia ja paljon "expressed emotion" kommunikaatiota sisältäviä käyttäytymistyyliä.

Falloonin johtama tutkimusryhmä suoritti kaksivuotisen kontrolloidun seurantatutkimuksen (Falloon ym., 1984). Tutkimusryhmä sai valistuksellista perheterapiaa ja kontrolliryhmä yksilöterapiaa. Muu hoito oli samanlaista molemmilla ryhmillä. Perheterapiaryhmässä 1/18 potilaasta joutui psykoosin vuoksi uudelleen sairaalaan, kontrolliryhmässä 8/18. Psykoottiset oireet vähenivät merkittävästi enemmän perheterapiaryhmässä. Muiden oireiden kohdalla ei ollut eroa. Perheen kokemus stressi väheni myös merkittävästi enemmän perhevalisturyhmässä. Neuroleptilääkityksen määrä oli myös perheterapiaryhmässä pienempi kuin kontrolliryhmässä.

Falloon, McGill, Boyd ja Pederson (1987) selvittivät myös saman aineiston pohjalta potilaiden sosiaalista selviytymistä. Perheterapiaryhmässä ammattiin suuntautuvat pyrkimykset kaksinkertaisuivat, kun kontrolliryhmässä ei tapahtunut muutosta. Potilaiden oman arvioinnin perusteella yleinen sosiaalinen selviytyminen oli tilastollisesti erittäin merkittävästi parempaa kontrolliryhmässä. Sosiaalinen roolikäyttäytyminen kasvoi perheterapiaryhmässä, kun yksilöterapiahoitossa olleiden potilaiden kohdalla sosiaalinen eristäytyminen lisääntyi.

Liberman ym. (1981) vertailivat 10 viikon hoitajakson aikana perheen kanssa potilaan kotona suoritettua sosiaalisten taitojen harjoitusohjelmaa tavanomaiseen kokonaisvaltaiseen kuntoutusohjelmaan. Perheet eivät olleet systemaattisesti tässä ryhmässä mukana hoidossa. Näin lyhyessä ajassa psykopatologisten oireiden kehitys oli molemmissa ryhmissä samanlaista. Tavanomaisen hoidon ryhmässä sensijaan kaksinkertainen määrä joutui uudelleen sairaalaan.

McGill ym. (1983) selvittivät valistuksen vaikutusta perheen ja potilaan kykyyn hankkia ja omaksua tietoa skitsofreniasta. Valistuksellisessa perheterapiassa mukana olleiden kyky oli selvästi parempi kuin yksilökeskeiseen hoitoon osallistuneiden potilaiden perheissä. Tämä kyky omaksua tietoa skitsofreniasta antaa mahdollisuuden perheenjäsenille tehokkaammin osallistua skitsofreniapotilaan tukemiseen sairaalahoidon jälkeen.

Koska psykologis–kasvatuksellisen perheterapian tekniikka on hyvin selkeä ja suoraviivainen sekä painottaa literaalista vuorovaikutusta on Yhdysvalloissa voitu tehdä erityinen opaskirja psykiatrisen sairaan ja perheen yhteistyöstä. Kirjassa on toimintaohjeet sekä työntekijöille että perheille (GAP,1985).

#### 2.4. Yhteenveto

Perheen ja potilaan verkoston yhteistyöstä sairaalan kanssa on vielä vähän empiiristä, kontrolloitua tutkimustietoa. Vakuuttavimmat tutkimustulokset skitsofreniapotilaiden hoidossa on saatu psykologis–kasvatuksellisen perheterapian vaikutuksesta. Psykoottiset oireet ovat vähentyneet, sairaalahoidon tarve on ratkaisevasti pienentynyt ja potilaiden sosiaalinen aktiivisuus on kasvanut verrattuna yksilökeskeisesti hoidettuun potilasryhmään. Psykologis–kasvatuksellinen perheterapia tarjoaa hyvin selkeän strukturoidun työskentelymenetelmän ja suhteellisen helposti tutkittavat käsitteet. Tällaisen perheterapian onnistumiseen vaikuttaa ilmeisesti myös se, että muutos vallitsevaan hoitokäytäntöön ei ole liian suuri. Siinä ei pyritä esimerkiksi suoraan sairaalakeskeisen hoitojärjestelmän muuttamiseen. Tämän vuoksi psykologis–kasvatuksellinen terapia voidaan ottaa hoitomenetelmäksi myös laitoskeskeiseen hoitoon.

Psykologis–kasvatuksellisen perheterapian tutkimuksen puutteena on se, että tutkittava aineisto on ollut valikoitua, skitsofreniapotilaita. Tuorin tutkimuksessa todettiin skitsofreniapotilaiden saaneen suuremman hyödyn perheterapiasta kuin muut potilasryhmät, vaikka hoitomentelmänä oli systeminen perheterapia. Psykologis–kasvatuksellisen perheterapian ominaisuuksia on alettu soveltaa myös perinteisen perheterapian piirissä (ks. Wynne & Bernheim).

Sairaalahoidon kehittämisessä on keskitytty hoitoajan lyhentämiseen sairaalahoidon haittavaikutusten poissulkemiseksi. Jo 1960–70 lukujen vaihteessa toteutettiin Rubinsteinin sekä Rhinen ja Mayersonin kuvaamat hyvin rohkaisevat lyhyen hoidon kokeilut. Jatkohoidosta huolehtivien viranomaisten ja potilaan perheen mukaanottamisella hoitotapahtumaan on voitu korvata tarpeettomat sairaalahoidot muilla hoitomuodoilla. Useissa tutkimuksissa on todettu omaisten painostuksen tai yhteistyön puuttumisen omaisten kanssa vaikuttavan enemmän sairaalaan sisäänkirjoitukseen kuin psykiatriset syyt. Hyvin lyhyessä ajassa on myös Suomessa voitu sairaalahoidon merkitystä vähentää nopealla perhe- ja ongelmakeskeisellä kriisihoidolla.

### 3. TUTKIMUKSEN TEORIA

Tutkimuksen teoria rakentuu edellämainittujen tutkimus- ja kehittämistöiden pohjalta. Toisaalta lähtökohtana on Suomen skitsofreniaprojektin hoitosuositukset ja toisaalta ajatus sairaalan kytkeytymisestä ympäristöönsä. Sairaalan hoitokäytäntöä ei voi olennaisesti uudistaa vain sisältä käsin. Sairaalan raja ympäristöönsä on keskeinen. Sairaalan aseman määrittämisessä käytetään sosiaalisen verkoston teoriaa. Potilas nähdään sosiaalisen vuorovaikutuksen osana. Vuorovaikutuksen luonteen voi parhaiten ymmärtää sosiaalisen verkoston teorian kautta.

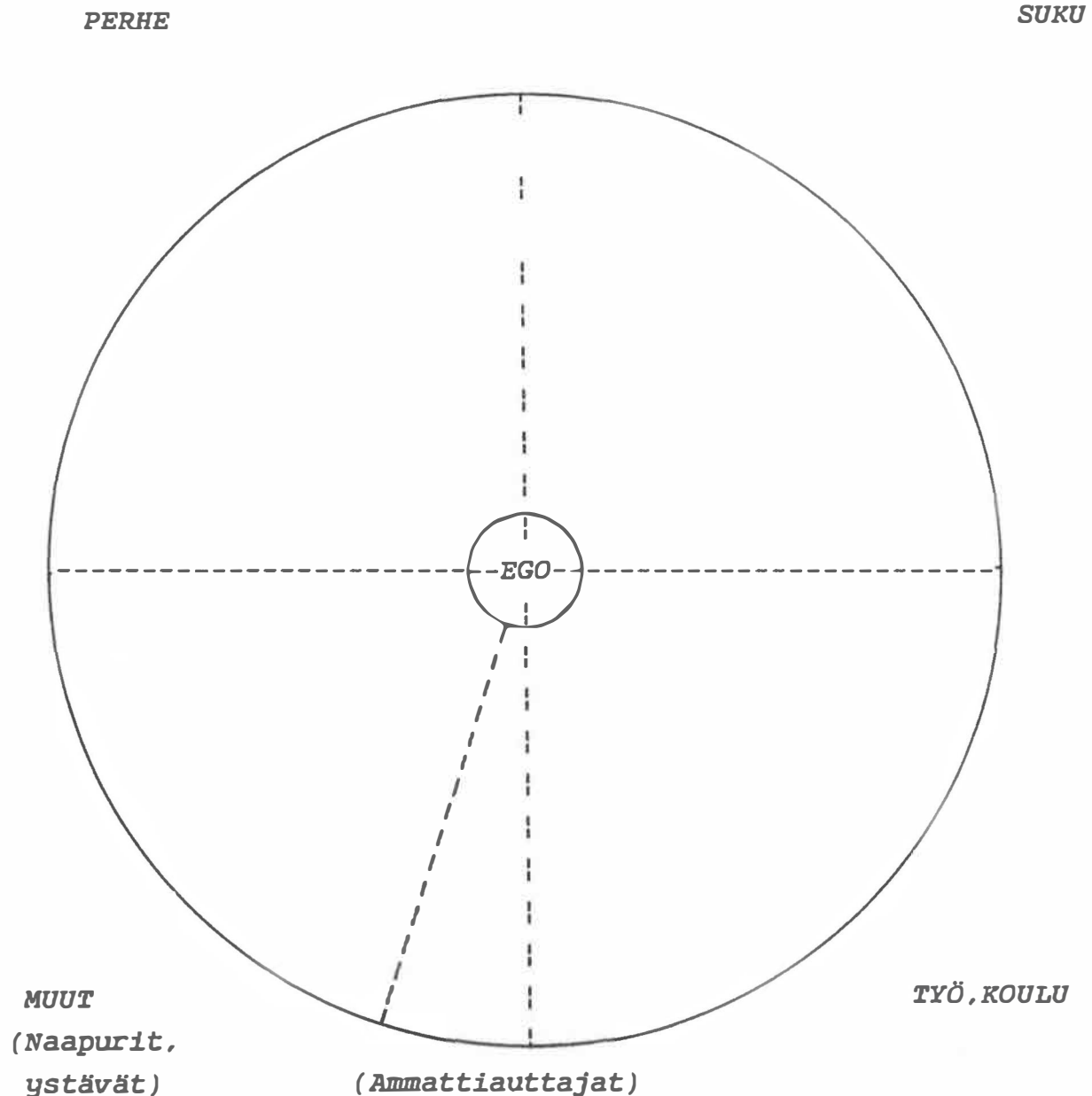
#### 3.1. Sosiaalisen verkoston käsitteen määrittelyä

Sosiaalisen verkoston käsitteellä tarkoitetaan yleensä niitä vuorovaikutussuhteita, joiden kautta yksilö ylläpitää sosiaalista identiteettiään. Näistä vuorovaikutussuhteista hän saa henkistä tukea, materiaalista apua ja palveluja, tietoja sekä uusia ihmissuhteita (Marsella & Snyder, 1981). Kliinisessä käytännössä sosiaalista verkostoa tarkastellaan sosiaalisena yksikkönä, jossa tällä hetkellä kunkin ihmisen sosiaaliset suhteet ilmenevät. Tämä ryhmä on suhteellisen pieni ja käsitettävä (Llamas, Pattison & Hurd, 1981). Esimerkiksi Garrison (1981) määrittelee tämän ryhmän "toimintasosiaaliseksi verkostoksi" (action social network).

Systemisenä käsitteenä sosiaalista verkostoa on kuvattu ns. nelilohkoisena enttänä (Pattison & Pattison, 1981; Klefbeck, Bergerhed, Forsberg, Huktcranz-Jeppson & Marklundt, 1988a). Sosiaaliseseen verkostoon luetaan ihmisen (jota kutsutaan egoksi) (1) perhe, hänen (2) sukunsa, (3) työ tai koulu tai muut päivittäiset suhteet sekä (4) muut (ystävät, naapurit ja ammattiauttajat)



suhteet. Klefbeckin johtama ryhmä on kehittänyt näiden käsitteiden avulla Bronfenbrennerin teorian pohjalta ns. verkostokartan. Tämä kartta esitetään kuviossa 1.



KUVIO 1. Sosiaalinen verkosto verkostokarttana

Sosiaalinen verkosto muodostuu niistä suhteista, joita verkoston jäsenillä on toisiinsa. Koska kaikki verkoston jäsenet eivät välttämättä tunne toisiaan, ei verkosto ole sosiaalinen ryhmä. Pattisonin ja Pattisonin mukaan sosiaalinen verkosto on yksilön ja merkitsevien toisten ihmisten välisten linkkien sosiaalinen rakennelma (1981).

Bronfenbrenner tutki lapsen kehityksen ekologiaa. Hänen ajatuksensa mukaan lapsi ei ole vain ympäristössään vaikutuksen kohde. Hän vaikuttaa myös itse käyttäytymisellään ja kehityksellään ympäristöönsä. Siksi sosiaalisen verkoston käsitteessä on tärkeää tutkia yksilön (ego) oma käsitys

verkostostaan. Verkostossa yksilön suhde ympäristöönsä on vastavuoroinen ja verkoston eri osat vaikuttavat vastavuoroisesti toisiinsa (Bronfenbrenner, 1981). Näin sosiaalinen verkosto muodostaa systeemin, jota Bronfenbrenner tarkastelee mikrosysteemin, mesosysteemin, eksosysteemin ja makrosysteemin alakäsitteillä (Klefbeck ym.,1988).

Mikrosysteemi on se osa verkostoa, johon yksilö on suoraan vuorovaikutussuhteessa. Yksilö voi kuulua samaan aikaan useampaan mikrosysteemiin. Eri mikrosysteemien väliset kontaktit (esimerkiksi lapsen päiväkodin ja perheen) muodostavat mesosysteemin. Eksosysteemiin yksilö vaikuttaa, muttei suoraan osallistu siihen. Esimerkiksi lapsen päiväkotin muodostaa yhden mikrosysteemin, ja päiväkodin johto, sosiaalilautakunta muodostaa eksosysteemin. Makrosysteemi muodostuu niistä arvoista, jotka ohjaavat esimerkiksi lapsen kasvatusta päiväkodissa tai kotona. Nämä sosiaalisen verkoston eri kerrostumat vaikuttavat toisiinsa vastavuoroisesti ja muuttavat kokonaisuutta ja itseään.

### **3.2. Sosiaalinen verkosto hoidon yksikkönä**

Sosiaalisen verkoston kuvausta on kehitetty kahdesta eri lähtökohdasta. Ensin tämä käsite on esiintynyt sosiaaliantropologien tutkimuksissa. Bronfenbrenner (1981) on tutkinut ihmisen kehityksen ekologiaa. Hän on luonut kuvauksen sosiaalisen verkoston rakenteesta. Antropologien käsitteiden kautta sosiaalista verkostoa on alettu tutkia psykiatrista epidemologiaa auttavana ilmiönä. Sosiaalisen verkoston käsite on antanut mahdollisuuden selvittää sosiaalisten prosessien ja yksilön käyttäytymisen välistä yhteyttä (Llamas ym.,1981). Tämän käsitteen avulla voitiin diagnosoida kunkin ihmisen saaman sosiaalisen tuen laatua ja määrää. Yleisemmät sosiaalisia olosuhteita kuvaavat tekijät eivät antaneet vastausta ympäristön vaikutuksesta mielenterveyteen. Esimerkiksi johonkin sosiaaliluokkaan kuulumisen ei sinällään vielä selittänyt psyykkistä sairastamista.

Toinen lähtökohta sosiaalisen verkoston kuvauksessa on ollut 1960-luvun lopulta lähtien kehittynyt verkostoterapia. Carolyn Attneave ja Ross Speck aloittivat kriisissä olevan ihmisen auttamista kutsumalla paikalle tämän lähintä verkostoa. Attneave oli myös työssä intiaanien asuttamalla alueella, mikä vaikutti verkostoterapian käsitteisiin (Attneave, 1969 ja 1987). Systeemitheorian myötä sosiaalisen verkoston kuvausta on selkeytetty ja terapiamenetelmiä täsmennetty (Klefbeck ym.,1988; Halevy–Martini, Hemley–van der Welden, Ruhf & Schoenfeld, 1984).

### 3.3. Sosiaalisen verkoston rakenne ja psyykinen merkitys

Vaikka sosiaalista verkostoa tarkastellaan yhtenä välittävänä tekijänä yhteiskunnan ja mielisairauden välillä, ei siitä ole etsitty "syyllistä" mielisairauteen. Psykiatriassa sosiaalinen verkosto on yhdistetty usein sosiaalisen tuen käsitteeseen (Beels, 1981; Hammer, 1981; Marsella & Snyder, 1981). Sosiaalista verkostoa pidetään yleensä "puskurina" yksilön elämäntilanteesta tulevaa liiallista stressiä vastaan. Sosiaalisen verkoston tuella yksilö voi sopeutua ja selviytyä stressistä. Jos tällaista puskuria ei ole, voi stressi johtaa somaattiseen tai psyykkiseen sairastamiseen (Marsella & Snyder, 1981).

Sosiaalisen verkoston rakennetta on jäsennelty verkoston psyykkisen merkityksen selvittämiseksi. Samalla on luotu käsitteet sosiaalisen verkoston operationaalistamiseksi. Pattison ja Pattison (1981) aloittivat sosiaalisen verkoston mittarin kehittämisen jakamalla yksilön verkoston viiteen vyöhykkeeseen. (1) Henkilökohtaiseen vyöhykkeeseen kuuluvat ne ihmiset, joiden kanssa yksilö elää ja joihin hän on sitoutunut voimakkaasti. (2) Läheiseen vyöhykkeeseen kuuluvat psykososiaalisesti tärkeät ihmiset, joiden kanssa yksilö on toistuvasti yhteydessä. (3) Tehokkaassa vyöhykkeessä ovat ne ihmiset, jotka eivät ole niin tärkeitä tai joiden kanssa yksilö on vähemmän tekemisissä. (4) Nimellisessä vyöhykkeessä ovat tutut ihmiset, joiden kanssa ei ole paljon vuorovaikutusta. (5) Laajennetussa vyöhykkeessä ovat tutut tai toisten ihmisten kautta yhteydessä olevat henkilöt.

Pattisonin työryhmä kehitti psykososiaalisen verkoston analysointimenetelmän (Pattison Kinship Psychosocial Inventory). He totesivat, että tavanomaiseen verkostoon kuului keskimäärin 25 tärkeää ihmistä. Näistä ihmisistä 3–6 koettiin erityisen läheisiksi. Nämä ihmiset jakautuivat suurinpiirtein tasaisesti neljään eri ryhmään (perhe, suku, ystävät sekä naapurit–työtoverit). Vuorovaikutussuhteissa oli luonteenomaista toistuvat yhteydenotot, positiiviset ja voimakkaat tunteet, vahvat välineelliset osatekijät ihmissuhteissa (auttaminen jne.) sekä tasapaino vastavuoroisten välineellisten ja tunnesuhteiden välillä. Nämä suhteet olivat pääasiassa kahdessa ensinmainitussa vyöhykkeessä. Termillä *psykososiaalinen verkosto* Pattison ja Pattison (1981) tarkoittavat sitä, että kysymys on yksilön kokemasta sosiaalisesta verkosta.

Attneaven (1990) mielestä juuri Pattisonin työryhmä teki verkostotyöstä soveltamiskelpoisen viralliseen auttamisjärjestelmään. Tärkeintä oli se, että Pattisonin ryhmä löysi *ydinverkoston* (*core network*). Koska ydinverkoston koko on näin pieni, voidaan se huomioida realistisesti sosiaalisessa auttamistyössä. Attneaven omassa työssä verkostokokoukseen odotettiin osallistuvan noin 50 ihmistä.

Psykososiaalisen verkoston käsite on suunnannut huomion enemmän kunkin yksilön subjektiiviseen verkostoon objektiivisen verkoston sijasta. Psykiatrisen hoidon kehittämisessä tärkeämmäksi on noussut yksilön oma käsitys siitä, ketä hänen verkostoonsa kuuluu. Tämän verkoston

kanssa on mahdollista päästä hoidolliseen yhteistyöhön. Verkoston "objektiivista" kokoa on tutkittu vertailemalla potilaan perheenjäsenten arvioita toisiinsa. Tällaiset verkoston mittaukset eivät anna kuitenkaan paljon kliinisesti käyttökelpoista tietoa.

Sosiaalisen verkoston analysoimiseksi on kehitetty verkoston kuvausjärjestelmä. Pohjan tälle työlle tekivät Cohen ja Sokolovsky (1979). He tutkivat sekä psykiatrisia potilaita että laitoksessa eläviä vanhuksia. He erottivat sosiaalisessa verkostossa vuorovaikutukselliset ominaisuudet ja rakenteelliset ominaisuudet. *Vuorovaikutukselliset ominaisuudet* sisältävät vuorovaikutuksen suunnan, sen vastavuoroisuuden tai yksisuuntaisuuden. Vuorovaikutuksellisen sisällön he erittelivät yksipuolisuuden (uniplex) ja monipuolisuuden (multiplex) käsitteillä. Yksipuoliset vuorovaikutussuhteet sisältävät vain yhden merkityksen (esimerkiksi vierailu, rahan lainaaminen, lääkkeiden antaminen kukin erikseen). Monipuoliset suhteet taas sisältävät samanaikaisesti useita merkityksiä.

*Rakenteellisiin ominaisuuksiin* kuuluvat verkoston koko (kuinka monta yksilöä verkostossa on), verkoston tiheys ja ryhmittäytyminen (clustering). Tiheys kuvaa verkostossa tällä hetkellä olevien vuorovaikutussuhteiden osuutta kaikista mahdollisista. Verkoston ryhmät (clusters) ovat tiheydeltään korkeita ryhmittymiä, joihin yksilö voi kuulua samanaikaisesti. Tämä käsite vastaa Bronfenbrennerin mikrosysteemin käsitettä. Israelin mukaan (1985) verkoston toimintaa voi näiden lisäksi tarkastella myös funktionaaliselta kannalta. *Funktionaaliset ominaisuudet* kuvaavat sitä, mitä merkityksiä verkoston jäsenten toiminnalla on. Ne voivat ilmaista välineellistä tukea, henkistä tukea, uusien sosiaalisten suhteiden luomista tai sosiaalisen identiteetin säilyttämistä.

Cohen ja Sokolovsky (1979) kehittivät tämän kuvauksen pohjalta Network Analysis Profile tutkimus menetelmän. Menetelmän käyttöä ovat Lipton, Cohen, Fischer ja Katz (1981) kuvanneet tarkemmin omassa tutkimuksessaan ( ks. myös tämän tutkimusraportin tutkimusmenetelmistä).

Ruotsalainen tutkimusryhmä (Klefbeck ym., 1988a) on selvittänyt yksittäisten verkoston jäsenten asemaa verkostossa. He erottivat kaksi erityistä tehtävää. *Keskushenkilö* (nexus=verkon silmä) on yksilön sosiaalisen verkoston tärkein voimavara. Hänen kauttaan kulkee verkostossa tietoa, hän on ikäänkuin välittäjä eri verkoston osien kesken. Verkostokartassa hänen kauttaan kulkee eniten viivoja toisiin verkoston jäseniin. Keskushenkilön avulla yksilön sosiaalinen verkosto pysyy käyttökelpoisena.

Toinen tärkeä yksittäinen henkilö verkostossa on *isolaatti*. Hän ei kuulu mihinkään verkoston ryhmään, vaan hänellä on suhde vain yksilöön. Isolaatti henkilö on olemassa siis vain yksilöä varten. Hänen kanssaan voi jakaa salaisuuksia ja intiimejä asioita. Tällaista tehtävää voi verkostossa hoitaa myös sellainen henkilö, joka kuuluu johonkin ryhmään. Isolaatti henkilön kautta saadaan uusia voimavaroja ja puhdistetaan ilmaa. Edellä esitettyjen peruskäsitteiden pohjalta on tehty paljon tutkimuksia, joissa on selvitetty sosiaalisen verkoston yhteyttä eri elämänvaiheisiin, terveyteen ja erityyppisiin sairauksiin.

Verkoston eri osat ovat tavallisessa verkostosta suurin piirtein yhtä suuria. Verkostokartan yläosa (perhe ja suku, ks. kuvio 1.) painottaa perinteitä, jatkuvuutta ja siten verkostossa samana pysymistä. Tämä osa korostaa muuttumattomuutta ja muutoksen vastustamista (Klefbeck ym., 1988b). Sen osan ihmissuhteet ovat pitkiä ja jatkuvia. Verkostokartan alaosa (työ tai koulu ja muut) edustaa muuttumista ja uudistumista. Kun verkoston yläosan suhteet ovat pysyviä, niin alaosan suhteet ovat elämäntilanteen mukaan vaihtuvia. Eri elämänvaiheissa eri osa-alueet painottuvat eri tavoin. Esimerkiksi nuoruusiässä on suurin osa kontakteista alaosan koulun ja ystävien sektoreissa. Aktiivisimmassa työiässä taas suurin osa ihmissuhteista on perheen ja työpaikan sektoreissa. Eläkeiässä taas korostuvat sukulaisuus- ja ystävyysuhteet.

Solomon (1974) on kuvannut perheen kehitysvaiheita. Hänen kuvauksensa sopii yhteen verkoston eri sektorien merkityksen muutoksen kuvaukseen. Lapsuuden perheen suhteet ovat alussa tärkeimmät. Niiden suhteiden kautta lapsi saa sekä affektiivisen että instrumentaalisen tyydytyksensä. Itsenäistymisiässä nuoren tehtävä on siirtää lapsuuden perheen primäärit tyydytyksen lähteet omiin ihmissuhteisiin. Kun verkostossa toverisuhteet painottuvat, tulevat muutokset mahdollisiksi. Nuoren on muutettava sekä koko elämäntyyliä että haettava oma itsenäinen tapa jokapäiväisten tehtävien ratkaisemiseen. Avioliiton solmiminen merkitsee painopisteen siirtymistä affektiiviseen tyydytyksen muotoon. Rakastuminen on vastavuoroisen suhteen perusta. Lasten syntyessä vanhempien tehtävä on huolehtia sekä affektiivisestä että instrumentaalista tyydytyksestä. Lapset ovat riippuvaisia vanhemmistaan. Tällaiset riippuvaiset vuorovaikutussuhteet korostavat ihmisen merkitystä.

Sosiaalisessa verkostossa on työikäinen aikuinen aktiivisimmillaan. Hänellä on sekä vastavuoroisia että riippuvaisia ihmissuhteita. Näissä suhteissa on mukana sekä affektiivisia että instrumentaalisia ominaisuuksia. Toimiessaan useassa eri tehtävässä perheessä, työpaikalla, ystäväseurassa hän kuuluu useaan eri verkoston ryhmään. Eläkeiässä yksilö ei enää kuulu yhtä useaan ryhmään. Hänen ihmissuhteissaankaan ei ole yhtä paljon eri ominaisuuksia mukana, eivätkä ne ole yhtä tiiviitä.

Phillips (1981) on tutkinut amerikkalaisen normaaliväestön hyvinvoinnin edellytyksiä. Hän kertoo Arlingin tutkimuksesta, jonka mukaan verkoston vallitsevat ihmissuhdetyyppit ovat yhteydessä moraaliin. Perheen painottuessa verkostossa ovat moraaliarvot alhaisempia. Sen sijaan laajat ystävyys- ja naapuriverkostot ennustavat korkeaa moraalia, koska ihmissuhteet silloin rakentuvat todennäköisesti samoille arvoille. Sukulaisverkostoissa on vähemmän tukea, koska arvostuserot ovat todennäköisemmin suuremmat kuin ystävien kesken.

Tavanomaiseen sosiaaliseen verkostoon on laskettu kuuluvaksi keskimäärin 20–50 ihmistä. Erot eri tutkimuksissa johtuvat paljolti tutkimusmenetelmien erosta. Yksilön oman käsityksen mukaan mitattuna verkostoon kuuluu vähemmän ihmisiä, kuin ns. objektiivisten mittausten mukaan. (Hammer, 1981; Llamas ym., 1981). Tällaiseen verkostoon kuuluu 4–6 ryhmää, joissa yksilö on eri

rooleissa. Yleensä eri ryhmien välillä ei ole paljonkaan kontakteja. Psykologisesti tämä eri ryhmiin samanaikainen kuuluminen edistää kehitystä. Niiden kautta yksilö omaksuu erilaisia näkökulmia ja edistää sisäistä dialogiaan. Eri ryhmien säännöt ovat erilaisia, mikä opettaa sopeutumaan aktiivisesti uusissa tilanteissa.

Verkoston tiheyden merkityksestä on toisistaan poikkeavia tutkimustuloksia. Phillipsin mukaan (1981) tiheät verkostot ovat yhteydessä hyvinvointiin, koska niissä on saatavissa paljon tukea. Lipton työryhmineen (Lipton ym.,1981) ei löytänyt yhteyttä verkoston koon ja tiheyden välillä. Hammerin (1981) mukaan tiheys voi nousta sellaisissa verkostoissa, joissa on vain yksi tai kaksi eri ryhmää. Wolfe (1981) olettaa, että skitsofreniapotilailla verkoston tiheys voi olla korkea, koska suurin osa ihmissuhteista tapahtuu perheen sisällä.

Verkoston suhteiden vastavuoroisuutta ja monipuolisuutta on yleensä pidetty hyvin toimivan verkoston ominaisuuksina (Llamas ym.,1981; Phillips,1981; Israel, 1985). Hammerin (1981) mukaan pitkäaikaiset suhteet sitoivat yksilöä verkostoonsa. Tällöin hänen oli helpompi saada sosiaalista tukea. Sosiaalisen verkoston merkitsevät tekijät eroavat toisistaan miesten ja naisten keskuudessa (Phillips, 1981). Kummallakin sukupuolella verkoston koko oli yhteydessä hyvinvointiin. Iso verkosto antaa enemmän tukea. Naisilla verkoston koon lisäksi hyvinvointia edisti se, että he olivat olleet sosiaalisissa tilanteissa useasti edeltävän kolmen kuukauden aikana. Miehillä taas sukulaisverkoston painottuminen heikensi hyvinvointia. Phillips tulkitsee tämän johtuvan siitä, että yhteiskunta odottaa miesten huolehtivan perheestä, sen taloudesta jne. Näin mies voi vetäytyä sosiaalisista tilanteista ja menettää mahdollisuuden sosiaaliseen tukeen.

### **3.4. Skitsofreniapotilaan verkoston erityispiirteet**

Pattison ja Pattison (1981) esittävät skitsofreniapotilaan verkoston ominaispiirteistä kokoavan luettelon. Huomattavimmat erot tavanomaisen aikuisväestön verkostoon ovat seuraavat:

- verkostot ovat kooltaan paljon pienempiä, 8–12 ihmistä;
- verkostoon kuuluu usein sellaisia ihmisiä, joihin suhde ei ole pitkäaikainen (esimerkiksi potilaskaveri, hoitaja tai uudet tuttavat);
- verkostosta puuttuvat usein sosiaalisesti merkitsevät suhteet, kuten hyvät tuttavat tai sukulaiset;
- verkostossa ei ole samanaikaisesti tunne- ja välinesuhteita (affektiivisiä ja instrumentaalaisia), vaan joko välineellisiä tai tunnesuhteita;
- verkostossa on tunnekokemusten ambivalenssi;

-verkoston suhteet ovat epätasapainoisia siten, että niissä ei esiinny vastavuoroista tunne- ja välinevaihtoa;

-verkostossa on usein salaisia suljettuja suhdejärjestelmiä, jotka eristävät potilaan ulkopuolisilta sosiaalisilta vaikutuksilta ja vangitsevat hänet toiminnallisesti suljettuun sosiaaliseen systeemiin.

Beels on useissa eri artikkeleissa selvittänyt skitsofreniapotilaan verkoston sisällöllisiä tapah-  
tumuksia (1978,1979, 1981a,1981b). Akuutissa psykoottisessa vaiheessa ratkaisevaksi tekijäksi tulee potilaan sosiaalisten aloitteiden loppuminen. Potilas menettää neuvokkuutensa toimia sosiaalisissa tilanteissa. Hänen on mahdotonta pitää etäisyys verkoston ihmisiin oikeana. Sosiaalisen aloitteellisuuden menettämisen vuoksi potilas menettää myös mahdollisuuden muuttaa potilasuraansa uusilla ihmissuhteilla. Hän turvautuu tiheisiin verkostoryhmiin (esimerkiksi perhe tai sairaalan osasto), joissa vaaditaan hyvin vähän aloitteellisuutta jäsenyyden säilyttämiseksi. Tämä aloitteettomuus psykoottisen kriisin aikana vaikeuttaa toimintaa sairaalahoidon jälkeen. Beelsin mukaan selviytymisen ratkaisee se, onko potilaalla käytössään sellaisia ryhmiä, joihin kuuluminen ei edellytä aloitteettomuutta.

Hammer (1981) on osoittanut, että psykoottisen käyttäytymisen myötä ensimmäisenä häviävät ryhmien ulkopuolella olevat yksittäiset ihmissuhteet (isolaattihenkilöt), koska näille ei ole verkostossa tukea. Tällaiset suhteet ovat olemassa vain yksilön ja ystävän vastavuoroisen toiminnan tuloksena. Ryhmät voivat säilyä siksi, että ryhmien sisällä kukin jäsen saa tukea myös toisiltaan. Vastavuoroisuuden häviäminen psykoottisen vaiheen aikana on hyvin ratkaiseva tekijä. Hammer väittää, että skitsofreniapotilaat kyllä saavat sosiaalista tukea yhtä paljon kuin muutkin, mutta verkostossa ei ole ketään, kenelle he voisivat antaa tukensa. Kukaan ei ole riippuvainen potilaasta. Sitoutuminen tiheään ryhmään merkitsee myös oman vastuun vähenemistä.

Lipton ym. (1981) vertasivat tutkimuksessaan ensimmäistä kertaa sairaalaan tulleita skitsofreniapotilaita monta kertaa sairaalassa olleisiin potilaisiin. Suurin verkoston rakenteellinen ero oli ensikertalaisten verkoston suurempi koko ja keskinäisten suhteiden määrä. Sukulaisten ulkopuolisen verkoston määrä väheni enemmän kuin sukulaisten määrä. Näiden kahden ryhmän verkoston tiheydessä ei ollut eroja. Toiminnallisesti ensikertalaisten potilaiden verkoston suhteet sisältävät enemmän monipuolisia elementtejä (sekä affektiivisiä että välineellisiä) sekä toisistaan riippumattomia linkkejä verkoston jäsenten välillä. Tutkijat olettivat ensimmäisen sairaalahoidon aikana potilaan sosiaalisen verkoston romahtavan, mikä taas altistaa kroonistumiselle. Heidän mielestään ensimmäisellä kerralla pitäisi tehdä kaikki mahdollinen potilaan verkoston mobilisoimiseksi.

Hamilton pyrki työryhmänsä kanssa selvittämään negatiivisten ja positiivisten skitsofreniaoireiden vaikutusta verkoston ominaisuuksiin (Hamilton, Ponzoha, Cutler & Weigel, 1989). Heidän oletuksensa oli, että psykoottiset oireet eivät vaikuta verkoston pienemiseen. Verkostoa pienentää sosiaalisen käyttäytymisen muuttuminen. He tutkivat 40 pitkäaikaispotilasta, jotka olivat

tutkimushetkellä sairaalassa. Tutkimusmenetelmänä heillä oli mm. Pattison Psychosocial Kinship Inventory.

Potilaiden verkostossa oli keskimäärin 13 ihmistä, joista noin puolet sukulaisia. Merkitsevästi pienempi verkosto oli niillä potilailla, joilla oli enemmän negatiivisia oireita. Positiivisten oireiden suuri määrä ei sen sijaan ollut yhteydessä verkoston pieneen kokoon. Tutkijat havaitsivat näiden potilaiden olevan aloitteellisia tutkimuhaastattelussa, vaikka heidän puhettaan olikin vaikea ymmärtää. He tekivät tästä johtopäätöksen, että sosiaalisia kontakteja eivät katkaise pelottavat harhat, harhaluulot tai outo käyttäytyminen, vaan sosiaalinen vetäytyminen. Tämä vetäytyminen karkoitti ennenkaikkea perheen ulkopuolisen verkoston.

Slater ja Depue (1981) tutkivat itsemurhaa yrittäneiden masentuneiden potilaiden eroja muihin masentuneisiin potilaisiin. Itsemurhapotilaat olivat useissa tapauksissa menettäneet ratkaisevasti sosiaalista tukea, kun jokin läheinen oli lähtenyt pois tai kuollut. Sosiaalisen tuen löytyminen ehkäisi itsemurhayritystä. Suurin riski oli niillä, jotka elivät yksin tai pelkästään alle 16-vuotiaan lapsen kanssa.

Wan ja Weissert (1981) tutkivat sosiaalisen tukiverkoston merkitystä kroonisesti sairaiden vanhusten elämässä. Laajassa aineistossa (N=1119) lähes kaikilla vanhuksilla oli jonkinlainen verkosto. Ystäviä oli 85 %:lla, kaksi kolmasosalla etäisempiä sukulaisia, puolella lapsia, lastenlapsia tai läheisempiä sukulaisia ja kolmasosalla puoliso. Fyysiset ja henkiset toiminnot korreloivat positiivisesti verkoston kokoon. Sairaalassa olon pituus taas oli yhteydessä yksin elämiseen. Parasta sosiaalista tukea saivat ne vanhuset, joiden verkostoon kuului lapsi tai lapsenlapsi. Tekijöiden mielestä sosiaalinen verkosto toimii puskurina sairaalaan joutumista vastaan.

### **3.5. Verkostotyö ja verkostoterapia**

Sosiaalisessa verkostossa voi ammattiauttaja työskennellä monella tavalla. Yhdyskuntatyö, ystävä-palvelutoiminta yms. ovat verkostotyön osa-alueita (Israel, 1985). Asiakastyössä verkoston voi huomioida jo kahdenkeskisessä keskustelussa. Klefbeck ym. (1988b) kuvaavat verkostotyön omaksumisen kolme askelta. Ensimmäinen askel tapahtuu kahdenkeskisessä keskustelussa, kun työntekijä selvittää potilaan kanssa ketkä tietävät nykyisestä ongelmasta ja keneltä voi saada apua ongelman ratkaisemisessa. Näin työntekijä omaksuu asiakkaansa verkoston näkökulmaa ja toisaalta asiakas itse rakentaa mieleensä psykososiaalista verkostoaan. Tätä voi selkeyttää piirtämällä verkostokartan.



Toinen askel verkostotyön kehittämässä on omaksua koko työyhteisössä verkostonäkökulma. Huomio ei enää ole perheen vuorovaikutustavassa. Kyseessä oleva ongelma määrittää, kenen kanssa ryhdytään yhteistyöhön, ketä kutsutaan neuvotteluun. Usein nämä tahot tulevat useammasta kuin yhdestä verkoston ryhmästä tai mikrosysteemistä. Kolmas askel verkostotyössä sisältää erityisten verkostoterapiamenetelmien omaksumisen. Tässä yhteydessä järjestetään erityinen verkostokokous. Verkostokokouksen edellytyksenä on se, että siihen kutsuttavat ihmiset kokevat käsiteltävän ongelman riittävän vaikeana (Attneave, 1969; Garrison, 1981).

Verkostotyön tavoitteena on potilaan verkoston mobilisoiminen niin, että se voi auttaa esimerkiksi perhettä ratkaisemaan ongelman. Verkostoterapiassa ei pyritä itse verkoston muuttamiseen. Verkostoa ei nähdä muutoksen kohteena, vaan sen toteuttajana. Tässä asiassa verkostoterapia eroaa useiden perheterapiasuuntausten ajatusmallista. Perheterapiassa perhe nähdään terapian kohteena (Halevy–Martini ym.,1984; Klefbeck ym.,1988a ja b). Verkostoterapiassa voi tietysti itse verkostokin muuttua siksi, että yhden verkoston osan muutos muuttaa väistämättä muiden verkoston osien asemaa systeemissä. Verkostoterapeutit eivät kuitenkaan kohdistu terapeuttisia toimenpiteitä verkoston muuttamiseen, vaan sen mobilisoimiseen.

Myös verkostoterapiaa voi tehdä usealla eri tavalla. Seuraavassa esitetään kolme erilaista verkostokokousten järjestämistapaa.

**(1) Verkostokokous ongelmanratkaisutilanteena.** Tätä työskentelytapaa on erityisesti kehittänyt Garrison (1974; 1981) työryhmänsä kanssa. Sosiaalinen verkosto nähdään intervention yksikkönä, jonka koostumus riippuu kunkin ongelman erityisluonteesta. Potilaan kanssa arvioiden kutsutaan verkoston jäsenet kokoukseen, jossa ongelma pyritään ratkaisemaan. Kokouksen vetäjä määrittelee ongelman yleisesti, minkä jälkeen kukin verkostokokouksen osallistuja esittää oman "valituksensa". Nämä valitukset kirjataan ylös. Niistä valitaan ne, joita aletaan ratkaista ensimmäisenä. Iso kokous voi jakautua työryhmiin, jotka käsittelevät kukin eri ongelmaa. Garrisonin mukaan on tärkeää kirjata ylös useita eri etenemisteitä. Hän pyrkii myös kokousten aikana rakentamaan verkoston kollektiivista muistia esimerkiksi perheen valokuva–albumeja selaillen.

Garrison kritisoi omaa aikaisempaa toimintaansa siitä, että verkostokokouksissa herätettiin liikaa ahdistavia tunnekokemuksia (1981). Verkostokokouksen osallistujien määrän ollessa suuri, ei kaikkea tapahtunutta voinut kontrolloida. Tämän vuoksi hänen työskentelynsä on korostetun sktrukturoitua. Kokouksen puheenjohtaja ohjaa koko ajan kokouksen kulkua ja päätöksiä. Kokouksessa sovitaan hyvin tarkkaan kaikkien tehtävät kokouksen jälkeen. Samoin päätetään seuraava kokous. Työskentely tapahtuu yleensä järjestämällä sarja verkostokokouksia.

**(2) Verkostokokous sktrukturaalisena interventiona.** Useat verkostotyöryhmät näkevät verkostokokouksen verkoston rakenteeseen vaikuttavana terapeuttisena toimenpiteenä (Pattison & Pattison, 1981; Halevy–Martini ym.,1984; Erickson, 1984). Terapeuttisena tavoitteena on muuttaa systeemin jäsenten havaintoja toistensa roolista (Pattison & Pattison, 1981). Halevy–Martinin (1984) työryhmä

olettaa, että rakentamalla suuremman verkoston kanssa uutta tasapainoa, voi ydinryhmässä (perhe) tapahtua muutos. Koska perhe on vuorovaikutuksessa verkostonsa kanssa, vaikuttaa perheen muuttuminen koko verkoston kokemukseen. Tällaista verkostokokousta on pidetty analogisena perheterapian strukturaaliselle istunnolle, missä systeemin muutokseen pyritään istunnon aikana. Tätä perheterapiasuuntaa edustaa erityisesti Minuchin (1974). Verkostoistunnon parantava voima ei tule niinkään käyttäytymisen muuttumisesta tässä ja nyt, vaan jaetusta yhteisestä tunnekokemuksesta. Tämä tunnekokemus lisää verkostossa olevien suhteiden ominaisuuksia. Esimerkiksi vain välineelliseen suhteeseen tulee mukaan tunnekokemusta tai päinvastoin (Halevy–Martini ym., 1984).

Verkostotyö etenee kolmessa vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa verkosto kutsutaan kokoon (convene). Laitos toimii aloitteentekijänä. Perhe kutsuu haluamansa ihmiset kokoukseen. Erilaisilla rituaaleilla ensimmäisen kokouksen alussa vahvistetaan yhteenkuuluvuuden tunnetta. Toisessa vaiheessa verkosto liitetään yhteen (connect). Kokouksen vetäjät pyrkivät mahdollistamaan käsittelemättömien tunteiden esittämisen ja salaisuuksien paljastamisen. Tässä vaiheessa edelleen laitos on aloitteentekijä. Kolmannessa vaiheessa ongelman kontrollin painopiste pyritään siirtämään verkostolle. Ongelma havainnollistetaan vielä kerran ja rohkaistaan verkoston jäseniä päättämään kantansa tehtäviin päätöksiin. Skitsofreniapotilaiden kanssa tämä prosessi edellyttää tavallisesti kolmen verkostokokouksen järjestämistä 2 – 6 kuukauden aikana (Scoenfeld, Halevy, Hemley–vander Welden & Ruhf, 1986).

Verkostokokouksen johtajan tehtävä ei ole yhtä strukturoitu kuin Garrisonin työskentelytavassa. Pattison ja Pattison (1981) vertaavat terapeutteja orkesterinjohtajaan, joka panee verkoston liikkeelle ja pyytää tätä soittamaan. Hän antaa verkoston soittaa sävelmäänsä. Orkesterinjohtajan tehtävä on tunnistaa eri sektoreiden väliset riitasoinnut ja auttaa niiden ratkaisemisessa ja yhteensovittamisessa.

**(3) Verkostokokous prosessispiraalina.** Speck ja Attneave (1973) havaitsivat verkostokokousten aikana tapahtuvan ryhmäprosessin, jonka he nimittivät verkostospiraaliksi. Verkostokokouksen alussa kokouksen vetäjät kokoavat verkoston jollain rituaalilla. Tätä vaihetta he nimittivät (1) heimomuodostukseksi (retribalisation). Siinä luodaan verkosto. Heimomuodostuksen lopuksi verkostotyöryhmän vetäjä pitää verkostopuheen, missä hän selkeyttää käsiteltävää ongelmaa ja rohkaisee salaisuuksien avoimeen puhumiseen. Toisessa spiraalin vaiheessa rohkaistaan verkostoa (2) polarisaatioon, esittämään toisilleen vastakkaisia mielipiteitä. Tämän jälkeen verkosto etsii ratkaisuja ongelmiin (3) mobilisaatiovaiheessa. Nämä ratkaisut ovat kuitenkin epäkypsiä, koska niiden takana ei ole riittävän vahvaa tunnekokemusta. Tämä tunnekokemus tulee (4) masenusvaiheesta, jossa verkosto kokee toivottomuutta ja voimattomuutta. Tätä verkostokokouksen vetäjät vielä syventävät tiivistääkseen verkoston yhteenkuuluvuutta. Verkostokokous voi loppua tässä vaiheessa, jos ratkaisua ei löydy. Toivottomuudesta voidaan kuitenkin löytää uudella tasolla (5)

ratkaisu, jossa verkosto järjestäytyy uudelleen. Tämän jälkeen kokous loppuu (6) uupumukseen ja intoon (Klefbeck ym., 1988b).

Kokouksen vaiheiden kuvaaminen spiraalina perustuu siihen ajatukseen, että kokouksen jälkeenkin spiraalin mukaisesti verkosto jatkaa kulkuaan vaiheesta toiseen. Niinpä esimerkiksi masennusvaiheessa lopetettu kokous vaikuttaa kokouksen jälkeen niin, että verkosto voi löytää ratkaisun itsenäisesti.

Verkostokokouksen vetäjät muodostavat 3 hengen työryhmän (ruotsiksi nätverkslag), joka noudattaa tarkoin spiraalin vaiheita kokouksen aikana. Verkostotyöryhmän tehtävä on seurata kokouksen prosessia enemmän kuin sen sisältöä. Suurissa verkostokokouksissa tällainen tarkka toimintakaava on perusteltu turvallisten raamien luomiseksi. Kukin kokous on itsenäinen tapahtuma, eikä siinä useinkaan sovita seuraavista kokouksista. Verkostotyöryhmä lupautuu olemaan käytettävissä, jos verkosto tarvitsee vielä apua.

Verkostoterapian alkuinnostuksen lähteenä 1970-luvun alussa oli Speckin ja Attneaven työskentelytyyli. Heidän järjestämänsä kokoukset olivat suuria ja niissä tapahtui voimakkaita tunnekokemuksia. Monet näkivät verkostokokouksen vetäjän ikäänkuin heimoa johdattavana shamaanina, joka tekee vaikeitten asioiden läpikäymisen turvalliseksi. Tällainen karismaattisuuden korostaminen teki kuitenkin verkostoterapian menetelmien soveltamisen vaikeaksi. Esimerkiksi Attneave piti verkostokokouksen vetäjän tärkeänä ominaisuutena hallita stanislavskylaisen teatterin taitoja (Speck & Attneave, 1973). Tällaisia taitoja on hyvin vaikea välittää terapeuttien koulutuksessa. Merkitsevämmäksi asiaksi on jäänyt verkostokokouksissa tapahtuvan prosessin kuvaus. Tämänkaltainen ryhmäprosessi näyttää tapahtuvan ilman karismaattisia shamaanejakin. Erityisen tärkeältä tuntuu verkostokokouksessa yhteisen voimattomuuden jakaminen. Tämä tunnekokemus lähentää verkoston jäseniä toisiinsa.

Attneave (1990) näkee ydinverkoston käsitteen muotoutumisen verkostotyön realistisen toteuttamisen ehdoksi. Tällainen verkosto voidaan kutsua kokoon. Siinä verkostossa on kaikki perheen elämään olennaisesti vaikuttavat suhteet läsnä. Samoin verkostokokouksen vetäjälle (joita on 1 tai 2) 12–20 hengen ryhmä on helpommin hallittavissa kuin isot ryhmät. Tällaisessa verkostossa voi tapahtua ambivalenttien tunnekokemusten jakamista. Tämän lisäksi Attneave korostaa ydinverkoston voimaa ongelmanratkaisussa. Verkostoistunnossa tällainen ryhmä voi olla ongelmanratkaisussa hyvin tehokas. Attneaven mukaan virallisten auttamisjärjestöjen auttamistyössä ongelmaksi saattaa tulla se, että ei riittävästi seurata verkoston kehitystä verkostoistunnon jälkeen. Verkostoistunto herättää jokaisessa osallistujassa niin voimakkaita tunnekokemuksia, että ne vaikuttavat istunnon jälkeen. Tämän vuoksi kaikille kokouksen osallistujille tulisi taata riittävä henkinen tuki.

Verkostokokouksen näkeminen strukturaalisena vaikuttamisena on terapeuttisena menetelmänä helppo omaksua. Siinä annetaan paljon vastuuta verkostolle eikä tuoda kokoukseen liian epätavallisia aineksia. Toisaalta tämä näkemys antaa mahdollisuuden vaikeiden tunnekokemusten käsittelyyn.

Verkostokoukoksissa käsitellään usein voimakkaita tunteita herättäviä asioita. Kokouksissa käsitellään koskettavia teemoja, joista ei aiemmin ole voinut puhua. Esimerkiksi usein kokouksissa ilmenevä surun tunne on niin voimakas, että myös kokouksen vetäjät liikuttuvat helposti. Tällaista tunnekokemusta ei voi verkostolta kieltää. Verkostokokouksen vetäjä ei voi pysyä pelkästään neutraalina havainnoitsijana. Työnohjaus- ja koulutustilanteissa ovat Johan Klefbeck ja Kerstin Marklund todenneet suomalaisten verkostojen eroavan tässä suhteessa ruotsalaisista tai norjalaisista verkostoista. Liikutus, suru ja itku ovat suomalaisilla paljon herkemmissä kuin näissä muissa pohjoismaissa. Heidän oletuksensa mukaan tämä johtuu siitä, että ruotsalaisessa ja norjalaisessa yhteiskunnassa käytetään kieltä paljon enemmän tunnekokemusten selittämiseen ja tunteiden merkitysten vähentämiseen (Klefbeck, Marklund, henkilökohtainen tiedonanto, 1989).

Verkostoterapian toiminnallisia tutkimuksia on hyvin vähän. Schoenfeld ym. (1986) tutkivat verkostoterapiaohjelmaan osallistumisen vaikutusta kroonisesti mielisairaiden potilaiden sairaalahoitoon. He tutkivat 20 potilaan sairaalahoidon määrää kaksi vuotta ennen sisäänkirjoitusta ja kaksi vuotta sen jälkeen. Kontrolliryhmä ei osallistunut verkostoterapiaohjelmaan. Koeryhmän potilailla sairaalahoitokertojen määrä väheni 74 %:lla, kontrolliryhmässä 19 %:lla. Koeryhmän jäsenistä kaksikolmasosalla sairaalahoitokerrat vähenivät. Kontrolliryhmässä hoitokerrat vähenivät kolmasosassa tapauksia. Suurin ero tuli sairaalahoitopäivien määrässä. Kontrolliryhmässä sairaalahoitokertojen määrän väheneminen merkitsi sairaalahoitopäivien määrän kaksinkertaistumista. Koeryhmän sairaalahoitopäivät vähenivät 67 %.

Klefbeckin johtama ryhmä tutki Ruotsissa Botkyrkan kunnassa verkostoterapian vaikutusta moniongelma-perheiden hoidossa. Verkostoterapiaohjelmaan osallistuivat kaikki ne perheet, joista tehtiin ilmoitus sosiaalitoimistoon lastensuojeluasioissa (Klefbeck ym., 1988a). Sosiaalinen verkosto saatiin mobilisoitua lähes kaikissa tapauksissa. Vähiten apua verkostoterapiasta oli niille perheille, joiden ongelma ei herättänyt verkostossa kriisitunteita. Eniten verkostoa liikkeellesaanut ongelma poistui kaikissa tapauksissa (7/7). Vähemmän mobilisoituneessa ryhmässä yhdessä tapauksessa 12:sta ei tapahtunut mitään muutosta. Jos ongelma ei saanut verkostoa hälytystilaan, niin viidessä tapauksessa 20:stä ei tapahtunut oireen vähenemistä. Puolen vuoden kuluttua tehdyssä seurantatutkimuksessa todettiin neljän ottaneen uudelleen yhteyttä sosiaalitoimistoon (4/39). Verkostoterapia ei vaikuttanut lasten huostaanottojen määrään, mutta lapsille löydettiin sijoituspaikka perheen verkostosta, jolloin lapsen ja perheen yhteydet säilyivät.

Suomessa verkostotyötä on alettu kehittää 1980-luvulla. Esimerkiksi Vantaalla verkostotyön avulla on pyritty ratkaisemaan jengiytymisen ongelmia (de Bruijn, 1989). Verkostotyöhön liittyvää tutkimusta ei ole vielä tehty.

### 3.6. Sairaalan ja perheen raja sosiaalisen verkoston osana

Psykiatrisessa hoidossa sairaalasta tulee olennainen osa potilaan verkostoa. Beelsin (1981a) mukaan sairaala on skitsofreniapotilaiden verkostossa suljettu ryhmä, mihin osallistuminen edellyttää aloitteettomuutta. Tämä merkitsee sitä, että potilaan tullessa sairaalaan muun sosiaalisen verkoston merkitys romahtaa (Lipton ym., 1981).

Näiden vaikutusten ehkäisemiseksi on tärkeintä sairaalan rajalla tapahtuva vuorovaikutus. Kuten Halevy–Martini ym. (1984) totesivat, pitää suljetun järjestelmän rajaa tehdä läpäisevämmäksi. Perheen suhteessa sosiaaliseen verkostoonsa se tapahtuu verkostokokouksessa. Sairaalan suhteessa potilaan verkostoon se tapahtuu vuorovaikutuksena sairaalan ja perheen rajalla. Rajalla tapahtuvalla vuorovaikutuksella voidaan potilaan perheen ja verkoston merkitystä korostaa, vaikka harkitaankin potilaan sairaalaantulemistä. Rajalle kehittyvää vuorovaikutusjärjestelmää olemme nimittäneet rajasysteemiksi (Seikkula, 1987).

Seuraavassa esitettävät ajatukset rajasysteemin ominaisuuksista eivät muodosta valmista teoreettista kokonaisuutta. Tässä luvussa pyritään esittämään alustavia oletuksia tutkimuksen pohjaksi. Esitettävät teesit ovat syntyneet kliinisen käytännön pohjalta. Niitä ei ole perusteltu systemaattisella tutkimustyöllä. Tutkimuksen tavoitteena on myös täsmentää näitä teoreettisia teesejä.

#### 3.6.1. Rajasysteemin käsite

Keroputaan sairaalassa kehitetyssä hoitomallissa yhdistyvät systeemisen perheterapian, perhekeskeisen konsultaation ja verkostoterapian eräät ominaisuudet. Perheen ja sairaalan yhteistyö näyttää synnyttävän itsenäiseltä vaikuttavan toimintajärjestelmän, jota olemme nimittäneet rajasysteemiksi. Tässä termissä sana systeemi viittaa siihen, että järjestelmän osat muodostavat vuorovaikutuksessa toistensa kanssa kokonaisuuden, jota ei voi määritellä yhden osan perusteella. Perhe–sairaala –suhde nähdään itseään ohjaavana prosessimaisena systeeminä, missä molemmat osapuolet vaikuttavat toistensa ymmärrykseen ja toimintatapaan.

Aloimme kehittää perhekeskeistä työtä systeemisen perheterapian tekniikan pohjalta. Systeemisen perheterapian teorian luojat korostavat perheterapian vaikeutta mielisairaalassa. Selvini–Palazzoli ym. (1978) toteavat oman perheterapiametodin löytymisen edellytykseksi sen, että he työskentelivät yksityisesti. Mitkään hallinnolliset velvoitteet eivät kontrolloi terapiaa. Haleyn (1980) mukaan taas nuorten potilaiden perheterapiassa ensimmäinen hoitotoimenpide on potilaan

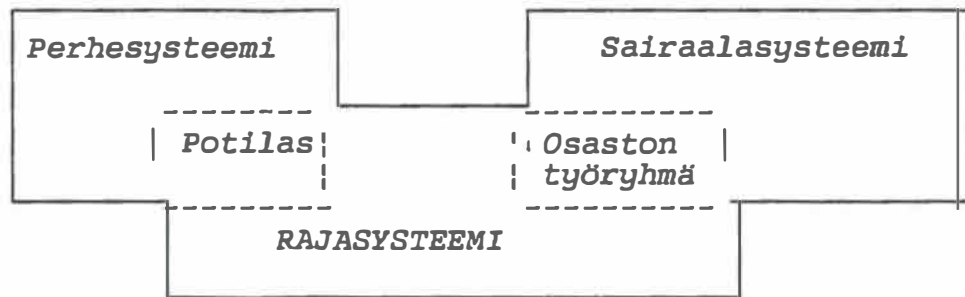
uloskirjoittaminen sairaalasta. Hänen mukaansa sairaala ottaa vallan perheeltä, kun yksi perheenjäsen on sairaalassa. Tällöin on mahdotonta vaikuttaa perheen hierarkiseen systeemiin.

Sekä Haley että Milanon työryhmän tavoitteena on päästä pelkästään terapeuttien ja perheen muodostamaan suhteeseen, mihin muut tekijät eivät pääse häiritsevästi vaikuttamaan. Psykiatrisessa sairaalassa tällaiseen yhteistyösuhteeseen pääseminen on mahdotonta. Siitä huolimatta havaitsimme itse, että perheiden kanssa työskentely oli mahdollista.

Systeemisen perheterapian teorian ja oman hoitokäytäntömme välinen ristiriita pakotti etsimään sekä sellaista hoitomenetelmää että sellaista teoriaa, joka tekisi perheterapeuttisen työn mahdolliseksi mielisairaalassa. Systeemisessä perheterapiassa tavoitteena on perheen vuorovaikutusrakenteen muuttaminen. Meidän hoitokäytännössämme huomio kiinnittyi kuitenkin toistuvasti myös osaston sisäisiin ja perheen ja osaston välisiin ilmiöihin. Kun Haley ja Milanon työryhmä pyrkivät karsimaan näiden ilmiöiden vaikutuksen neutraalista perheterapiasuhteesta, pyrimme me itse tekemään tilaa myös näiden asioiden käsittelemiselle.

Perhekeskeisen työn vaikutuksesta psykiatrisen sairaalan toimintaan on vähän tutkimustietoa. Ns. valistuksellisen ja oppimisterapeuttisen perheterapian koulukunnat ovat eniten tehneet työtä mielisairaalassa (Falloon ym., 1984), mutta hekään eivät ole pohtineet perheen vaikutusta laitoksen organisaatioon. Heidän tavoitteenaan on ollut kehittää kaava, jota voidaan toistaa vaikeimpien psykiatristen ongelmien perheterapiassa kerrasta toiseen. Hunter (1985) ja Hanrahan (1986) ovat pohtineet pitkäaikaispotilaiden ja nuorten sairaalapotilaiden perheterapian erityispiirteitä. Heidänkin työssään perheterapeutti nähdään sairaalan osaston muusta työstä irrallisena työntekijänä.

Potilaan tullessa sairaalaan tapahtuu useiden eri järjestelmien kytkeytyminen toisiinsa: sairaala-perhe, sairaala-lähettävä viranomainen, sairaala-potilaan mahdollinen jatkohoitopiste jne. Näissä kytkeytymissä syntyneen uuden systeemin, rajasysteemin, toiminnan määrää syntynyt rakenne, ei esimerkiksi sen julkilausuttu terapeuttinen tavoite (Dell, 1985). *Potilasta hoitavana osapuolena olemme huomanneet, että yhteistyösuhteen toisen osapuolen kontrollointi on mahdotonta.* Tämänkaltaisessa yhteistyössä on hyvin vaikeaa muuttaa perhettä joillakin terapeuttisilla interventioilla haluamaamme suuntaan. Tällainen perheen muuttamisyritys merkitsisi asettumista perheen yläpuolelle. Pyrkiessämme yhteistyön tasavertaiseksi osapuoleksi ei perheen muuttaminen ole mahdollista. Toiminnassamme tulee hoidon kohteeksi perheen ja hoitavan työryhmän suhde. Jokainen hoitajakso on itsenäinen prosessi, jossa sekä perheen että meidän on muututtava. Kuviossa 2 on esitetty tämän vastavuoroisesti kehittyvän toimintajärjestelmän kaavakuva.



KUVIO 2. Vastavuoroisesti kehittyvän järjestelmän kaavakuva

Hoitavan työryhmän tarkastelu yhteistyösuhteen tasavertaisena osapuolena ei tarkoita sitä, että perheellä ja sairaalalla olisi yhtä paljon valtaa. Hoitotilanteessa hoitavalla työryhmällä on paljon enemmän vaikutus- ja kontrollimahdollisuuksia perheeseen, kuin perheellä hoitavaan työryhmään. Näiden kontrollitoimien käyttö tekee avoimen yhteistyösuhteen luomisen hyvin vaikeaksi. Siksi kokemuksemme mukaan hoitavan työryhmän on asetettava samalla viivalle perheen kanssa. Mitä tiiviimmäksi yhteistyösuhte perheeseen tulee, sitä enemmän hoitava työryhmä on vastavuoroisen vaikutuksen kohteena.

Rajasysteemissä sairaala ei ole hahmoton laitos, vaan sen tehtävä tulee esille yksittäisten työryhmän jäsenten toiminnan kautta. Samalla tavalla perhesysteemin säännöt säätelevät sekä potilasta että hoitoon osallistuvia perheenjäseniä, vaikka koko perhe ei olekaan mukana. Hoitavan työryhmän jäsenet ovat rajasysteemissä siis yksilöinä, mutta perheelle he samaan aikaan edustavat myös sairaalan tehtävää. Kuten jäljempänä ilmenee, on työntekijöiden toiminta yksittäisinä henkilöinä olennaista. He eivät voi kuitenkaan sulkea pois sitä, että he samalla edustavat sairaalalaitosta.

Wynne ym. (1986) viittaavat samankaltaiseen toimintatapaan puhuessaan systeemikonsultaatiosta perheterapian sijasta. He pyrkivät löytämään ratkaisun perheen esittämään ongelmaan ja etenemään perheen ehdoilla. Vaikka tämä eroaakin meidän toimintatavastamme, niin kummassakin luotetaan perheen omiin voimavaroihin, eikä pyritä perheen muuttamiseen ulkopuolelta. Tällaisessa tasavertaisessa asemassa perheen omat parantavat voimavarat pääsevät esille. Heidän mukaansa systeemikonsultaatiossa terapeutin (l.konsultin) toimintamahdollisuudet ovat laajemmat kuin pelkässä perheterapiassa. Hoidettavan ongelman luonnetta ei tarvitse rajata oireeksi tai patologiaksi. Konsultti voi tässä työskentelytavassa luopua parantajan roolista ja ottaa meta-aseman ongelmaan uusien tarkastelukulmien löytämiseksi. Konsultti voi joustavasti vaihdella ammatillista rooliaan, hän voi olla toisena hetkenä sosiaalityöntekijä, toisena neuvonantaja tai terapeutti. Konsultaatiossa pyritään ongelman uudelleenmäärittelyyn ja perheen terveiden voimavarojen hyödyntämiseen.

Myös verkostoterapiassa yhtenä peruslähtökohtana on se, että toiminnan kohde, perhesysteemin laajennus nähdään muutoksen toteuttajana eikä muutoksen kohteena (Halevy–Martini ym. 1984).

Sekä systeemikonsultaatioistunnossa että verkostokokouksessa hoidettava ongelma nähdään terapeuteista riippumattomana ongelmana. *Keroputaan sairaalan hoitokokouksissa taas hoitava työryhmä nähdään osana potilaan ongelman herättämää vuorovaikutusprosessia.* Verkostokokouksessa verkostoterapeutit pyrkivät mobilisoimaan verkostoa siten, että sen voimat ongelmanratkaisuun kasvavat. Tapahtumien kontrolli pyritään siirtämään mahdollisimman pian verkoston kannettavaksi. Hoitokokouksessa hoitava työryhmä pyrkii ottamaan perheen tuomaa ongelmaa kannettavakseen lisätäkseen näin perheen ja verkoston valintamahdollisuuksia. Tämä on hoitokokousten keskeisin ero verkostokokouksiin ja systeemikonsultaatioistuntoihin.

Rajasysteemiä voi kuvata sosiaalisena organisaationa. Tässä sitä ei kuitenkaan kuvata perinteiseltä sosiologiselta kannalta. Rajasysteemin käsitteen taustalla olevaa organisaatioiden toimintaa kuvaavaa filosofiaa voi tarkastella Maturanan ja Varelan teorioiden avulla (Maturana & Varela, 1980; Maturana, 1988; Varela, 1985). Elävät systeemit säätelevät itse itseään ja ne voidaan määritellä vain niiden omista lähtökohdista. Näiden systeemien sisäinen toiminta on suljettua, niitä ei voi kontrolloida ulkopuolelta. Samaan aikaan ne ovat myös joustavia ja kytkeytyvät rakenteensa määräämällä tavalla muihin systeemeihin (structural coupling). Tällainen kahden elävän järjestelmän toisiinsa kytkeytyminen on elämän perusta. Milloin tahansa kaksi tai useampi rakenteeltaan joustavaa systeemiä on tekemisissä toistensa kanssa, ne alkavat yhdessä kehittää (coevolve) suljettua vuorovaikutustapaa (Dell, 1985). Tämä uusi systeemi muotoutuu sillä tavalla, miten sen rakenteellisesti joustavat elementit sopivat yhteen toistensa kanssa. Toiminta määräytyy siis toistensa kanssa yhteensopivista rakennetekijöistä. Tämän vuoksi kummatkin osapuolet ovat tasavertaisessa asemassa tässä uudessa suljetussa systeemissä, eikä toisen osapuolen ole mahdollista kontrolloida toisen toimintaa. Yhteistyöjärjestelmän luomiseksi on kummankin osapuolen mukauduttava aina vastavuoroisesti toisen käyttäytymiseen.

Rakenteen määrämisen kytkeytymisen perusajatuksen Maturana loi biologisia systeemejä kuvatessaan. Hän on kuitenkin soveltanut samaa ajatusta myös sosiaaliin organisaatioihin. Sosiaaliset organisaatiot ovat autonomisia. Autonomisia systeemejä ei voi kontrolloida ulkopuolelta. Koska sekä ihminen että hänen havaitsemansa kohde ovat autonomisia, ovat ne samassa tasossa suhteessa toisiinsa. Jos ihminen on vuorovaikutuksessa jonkin toisen, esimerkiksi perheen kanssa, tulee hänen havainnoistaan osa vuorovaikutussysteemiä. Havainnot muodostuvat yhdeksi rakenteelliseksi tekijäksi tässä havaittajan ja kohteen muodostamassa uudessa organisaatioissa. Havaitsemisprosessi on aktiivista osallistumista eikä passiivista ulkopuolista tarkkailua. Varelan (1985) mukaan subjekti ja objekti sekottuvat toisiinsa.

Omien havaintojemme perusteella tällaisen vuorovaikutuksen kehämäisyyden vuoksi sairaalan ja perheen yhteistyössä kumpikin osapuoli on yhtä vaikuttava tekijä. Sairaala ja perhe perustavat



kytkeytymällä kumpikin rakenteensa mukaisesti toisiinsa uuden yhteistyöjärjestelmän, jos tämän yhteistyön sisältämä muutos ei ylitä perheen (tai sairaalan) vaihtoehtojen sietokyvyn rajaa. Muutoksen määrän pitää olla sopivan epätavallista aiempaan nähden (Andersen, 1987). Maturanan (1988) mukaan sosiaaliset organisaatiot syntyvät rakenteista. Sosiaalisessa organisaatiossa rakenne voi muuttua, mutta organisaatio pysyy muuttumattomana. Perhe ja vastaanottoryhmä voivat muodostaa toisiinsa kytkeytymällä uuden sosiaalisen organisaation, jos tässä organisaatiossa käytävä keskustelu säilyttää kummankin osapuolen aikaisemmat käyttäytymistavat.

Rajasysteemin käsitteen olemme luoneet itse. Maturanan ja Varelan teoria tarkastelee samaa tapahtumaa. Nämä kaksi ajatusta eivät kuitenkaan ole identtiset. Kahden sosiaalisen organisaation vastavuoroisesti kehittyvästä systeemistä Maturana käyttää termiä "co-structure", "yhteisrakenne". Meidän kokemuksemme mukaan pelkkä perheen ja sairaalan muodostama yhteisrakenne ei ole riittävä kuvaamaan sairaalan ja perheen rajan tapahtumia. Sairaalan ja perheen kohdatessa muodostuu uusi alue, joka saa alkunsa sairaalan ja perheen rakenteista, mutta jossa syntyy myös uusi toimintajärjestelmä. Mielestäni Maturanan yhteisrakenteen käsitteellä ei voi riittävän tarkasti kuvata sairaalan ja perheen välistä yhteistyösuhdetta. Tässä yhteistyössä sairaala näyttää olevan hierarkisesti voimakkaampi, koska yksi perheen jäsen tulee sairaalaan sisälle. Näin sairaala voi hallinnollisilla toimenpiteillä säädellä perheen elämää päättämällä esimerkiksi sairaalahoidon pituudesta. Juuri tästä syystä systeeminen perheterapia voi olla vain hoitomenetelmä, missä sairaala on hoidon toteuttaja ja perhe hoidon kohde. Tällaista yhteistyösuhdetta voidaan Maturanan määritelmän mukaan kutsua yhteisrakenteeksi (co-structure), mutta rajasysteemin kaltaiseksi vastavuoroisesti kehittyväksi yhteistyöksi sitä ei voi kutsua.

### 3.6.2. Rajasysteemin esimerkki

Työskentelytapamme on löytynyt useiden erilaisten hoitotapahtumien kautta. Esimerkiksi sairaalan suljetulla osastolla oli vaikeasti temppuileva nuori mies. Ajan myötä osaston ja potilaan välille kehittyi symmetrinen taistelutilanne, jossa toisen osapuolen käyttäytyminen sai aikaan toisen vastauksen jne. Kun potilas kieltäytyi noudattamasta osaston sääntöjä rikkomalla esineitä tai poistumalla luvatta osastolta, osasto vastasi siihen kieltämällä potilaan vapaakulun. Muutaman päivän kuluttua potilas rikkoi osaston sääntöjä vieläkin rajummin. Potilas sai alituisella raivoamisellaan ja vihallaan henkilökunnan aseman hyvin tukalaksi. Kun mikään toimenpide ei tuntunut auttavan, aloimme itse miettiä, miten me voisimme muuttaa omaa toimintaamme niin, ettei hänen tarvitsisi vastata siihen temppuilemalla. Pidimme osaston työryhmän ja potilaan kesken hoitokouksen. Sanoimme tässä kokouksessa potilaalle, että hän on voittanut meidät, emme pysty enää keksimään vielä tiukempia rangaistuksia. Tätä kokousta seuraavan viikon aikana tapahtui käänne,

potilaan oireiksi kuvattu käyttäytyminen hävisi – hän ei enää perhekeskusteluissa yrittänyt lyödä esineillä äitiään, hänen raivoamisensa osastolla väheni, hän lopetti tavaroiden rikkomisen ja alkoi hoitajan kanssa käsitellä omia ongelmiaan.

### **3.6.3. Terapeuttinen toiminta rajasysteemissä**

Perheen ja sairaalan yhteistyösuhteen luonne määrittelee yhteistyön tapahtumien merkityksen. Hoitava työryhmä ei voi yksin kontrolloida sitä suhdetta. Tällaisen kontrollin yrittäminen olisi "epistemologista harhaa" (Bateson, 1972). Myöskään perheen ominaisuudet tai meidän havaintomme perhesysteemin rakenteesta eivät ratkaise lopputulosta. Toimintajärjestelmän ratkaisevaksi tekijäksi pitäisi tulla potilaan ja perheen esittämä ongelma. Järjestämme hoidon alusta lähtien hoitokokouksia, joissa keskustellaan ongelman herättämistä mielikuvista. Kaikkia ongelman herättämiä tunteita, havaintoja ja selityksiä pidetään yhtäaikaan oikeina ja samanarvoisina. Kaikkien niiden tehtävä on kasvattaa prosessiin osallistuvien ymmärrystä niin, että vähitellen päästään ratkaisuihin. Muodostuu eräänlainen "ongelman määrittelemä systeemi" (problem determined system) (Hoffman 1985; Anderson & Goolishian, 1988).

#### **3.6.3.1. Potilaan vastaanotto**

Sairaalan, perheen, muiden viranomaisten muodostama toimintajärjestelmä syntyy ensimmäisessä yhteisessä hoitokokouksessa. Tämä kokous pyritään järjestämään ennen sairaalaan sisäänkirjoitusta tai vastentahtoisessa hoidossa ensimmäisen vuorokauden kuluessa sisääntulosta. Kun lähettävä taho ottaa yhteyden sairaalan päivystävään lääkäriin, pyytää tämä potilasta ja hänen perhettään tai perheenjäsentä saapumaan tiettyä aikana poliklinikalle samana päivänä tai seuraavana. Poliklinikan työryhmä voi myös lähteä potilaan kotiin pitämään tämän hoitokokouksen.

Ensimmäisen hoitokokouksen tavoitteena on saada aikaan kuva lähetetyn potilaan ongelmasta ja hänen perheensä (ja muiden osapuolien) liittymisestä ongelmaan. Siinä kysytään kaikkien havainnot ongelmatilanteesta. Keskustelun perusteella tilanne määritellään uudelleen niin, että potilaan jäädessä sairaalaan sairaalahoito ei ole vain potilaaseen liittyvä tapahtuma, vaan sillä on merkitystä koko perheelle. Samalla potilaan hoidon merkitys määritellään myös sille osastolle, minne potilas menee. Ensimmäisessä hoitokokouksessa osastolle määritellään myös tehtävä potilaan hoidossa. Esimerkiksi jonkun pitkäaikaispotilaan hoidon tarkoituksiksi voidaan määritellä potilaan vanhempien saama lepo siksi ajaksi, kun potilas on sairaalassa. Osaston tehtävä on pitää potilas osastolla. Jos taas hoitoon pyrkivä on perheessään asuva nuori, joka psykoottisella käyttäytymisellään on

saanut huomion siirrettyä pois vanhempien suhteesta, voidaan potilaalle antaa tehtävä sairaalasaololla yhdistää vanhempien välit. Tällöin osaston tehtäväksi voidaan määritellä yhteisten hoitokokousten pitäminen.

Poliklinikan ensimmäisessä hoitokokouksessa voidaan myös päätyä ongelman hoitamiseen poliklinikkakäynneillä tai poliklinikkaryhmän kotikäynnillä niin, että potilas ei tulekaan sairaalaan. Poliklinikalla pidettävän vastaanottoryhmän kokoukseen osallistuu tavallisesti poliklinikan työryhmästä lääkäri, psykologi ja hoitaja sekä yksi hoitaja potilaan mahdolliselta tulevalta osastolta. Kokoukseen voi osallistua myös lähettävä viranomainen paikallaollen tai neuvottelupuhelimen kautta. Osastolla pidettävään hoitokokoukseen osallistuu osaston lääkäri, psykologi sekä 1–2 osaston hoitajaa. Tällaista hoidon alussa pidettävää hoitokokousta nimitetään tässä tutkimuksessa vastaanottokokoukseksi. Vastaanottokokous ei eroa työskentelyperiaatteiltaan muista hoitokokouksista.

### 3.6.3.2. Hoitokokoukset hoitojakson aikana

Hoitokokous voi kokoontua erilaisissa kokoonpanoissa. Jokaisen potilaan kanssa pidetään ns. minihoitokokous (työryhmäkokous, konsultaatiokokous) 1–5 kertaa viikossa. Osastonlääkäriin, psykologin ja hoitajien lisäksi niihin osallistuu ylilääkäri käsiteltäessä päätöstä tahdosta riippumattomasta hoidosta sekä muita osaston yhteistyökumppaneita tarpeen mukaan (toimintaterapeutti, sosiaalityöntekijä jne.). Tällainen hoitokokous voi olla hyvin lyhyt, rutiininomaisesti toistuva tapahtuma, mutta jos vuorovaikutukseen ilmenee uusia ominaisuuksia voi kokous jatkua pitempään.

Hoidettavat psykiatriset ongelmat pyritään aina ymmärtämään vuorovaikutuksellisessa suhteessa potilaan lähiympäristöön. Siksi alkuvaiheessa potilaan perhe pyydetään mukaan. Jos perhe ei tule mukaan tai jos sitä kuten muutakaan verkostoa ei ole, *muodostaa vastaanottava työryhmä sen ihmissuhdeverkoston, minkä synnyttämien mielikuvien pohjalta ongelmaa määritellään ja hoitoa suunnitellaan.*

Toinen tavallinen hoitokokous tapahtuu osaston työryhmän ja potilaan perheen kesken. Toivomme yleensä mukaan useampia sukupolvia. Näihin hoitokouksiin voi osa työryhmästä osallistua videoseurannan kautta ja esittää oman näkemyksensä reflektiivisenä tiiminä (Andersen, 1988). Seurattuaan hoitokokouksen keskustelua, tämä työryhmä joko omasta tai haastattelijoiden aloitteesta pohtii ongelmaa perheen ja haastattelevan työryhmän kuullen. Tavallisesti kaikki työryhmän jäsenet ovat samassa huoneessa. Hoitojakson aikana voidaan perheen kanssa sopia säännölliset hoitokokoukset esimerkiksi kahden viikon välein. Ainakin yhteen hoitokokoukseen pyrimme kokoamaan laajemmin potilaan verkostoa. Jos potilas ja hänen perheensä suostuvat,

pidämme tämän verkostokokouksen mieluummin potilaan kotona. Potilaan elämään liittyvät viranomaiset – sosiaalityöntekijät, mielenterveystoimiston työntekijät, poliisit – osallistuvat hoitokouksiin joko yhdessä perheen kanssa tai yksin potilaan kanssa.

Hoitokokouksessa pyritään keskusteluprosessin läpikäymiseen. Ensimmäisessä hoitokokouksessa luodaan kuvaa perheen tilanteesta. Seuraavissa hoitokokouksissa seurataan enemmän perheen tuomia keskustelunaiheita. Tavoitteenamme on luoda hoitokokouksessa sellainen vuorovaikutus perheen ja osaston välille, että perheen oireita ylläpitävä vuorovaikutus käy tarpeettomaksi. Tässä pyrkimyksessä hoitokokouksella on kolme tärkeää funktiota:

1. Määritellä mahdollisimman selkeästi keskinäisiä suhteita. Tämä koskee sekä perheen sisäisiä, hoitavan työryhmän sisäisiä (esim. erilaiset hoitoa koskevat mielipiteet) että perheen ja osaston välisiä suhteita. Selvini–Palazzoli ym. (1978) mukaan keskinäisten suhteiden määrittelemättömyys on psykoottisten potilaiden perheiden keskeinen ominaisuus. Perheenjäsenet toimivat yhteistyössä pitääkseen keskinäisten suhteiden täsmällisen määrittelyn piilossa, koska kunkin perheenjäsenen tunteiden, toiveiden ja tarpeiden tarkka ilmaisu voi esimerkiksi uhata perheen yhtenäisyyttä.

Hoitokokouksessa sanomme havainnot keskinäisistä suhteista positiivisessa muodossa. Henkilökunta pyrkii keskenään keskustellen käsittelemään erilaiset – myös ristiriitaiset – havainnot keskustelun pohjalta. Tällaista reflektointia kuvaava myös Andersen (1987). Hoitokokouksissa tämä keskustelu tapahtuu koko ajan samassa tilassa.

2. Kerätä tietoa sairaalaan tuloon liittyvistä tapahtumista, perheen elämästä ja perheen maailmankuvasta. Tavoitteenamme on, että meidän käsityksemme perheen kokemuksesta vastaisi mahdollisimman paljon perheen omaa käsitystä. Pyrimme rakentamaan eräänlaista "yhteisen kokemisen tilaa" (Winnicotin yksilöterapiaan liittyen kuvaama termi, Aaltonen ja Rökköläinen, 1984). Kaikki työryhmän jäsenet osallistuvat keskusteluun saadakseen henkilökohtaisen kokemuksen siitä, miltä tuntuu olla tekemisissä tämän perheen jäsenten kanssa. Näin työryhmän jäsenet osallistuvat kokoukseen reaalina ihmisinä eivätkä vain mielikuvien kohteena, jollaisiksi hiljaiset ryhmän jäsenet jäävät.

3. Säilöä perheen työntekijöissä herättämiä vastatunteita. Työntekijät keskustelevat ääneen havainnoistaan ja perheen ongelmaa koskevista oletuksistaan. Toivomme mahdollisimman paljon erilaisia, ristiriitaisiakin havaintoja. Perhe voi silloin itse olla reflektiivisessä asemassa suhteessa hoitavaan työryhmään. Me emme etsi kokouksessa yhtä oikeaa hoitolinjaa, vaan pidämme kaikkia havaintoja ja vastatunteita oikeina. Oikea tulos syntyy näiden kaikkien subjektiivisten totuuksien vuorovaikutuksesta. Näin *totuus eräällä tavalla synnytetään tässä keskustelussa*.

Tämä vastatunteiden säilöminen muistuttaa skitsofreniapotilaiden yksilöpsykoterapiassa tapahtuvaa "container" funktiota (Bion, 1967). Terapeutti ottaa kantaakseen potilaan tuomaa aineistoa, jota tämän on vielä liian vaarallista itse käsitellä. Terapeutti varastoi tämän ja palauttaa sen potilaalle vaarattomammassa muodossa, jolloin potilas voi sen käsitellä. Hoitokokouksessa tapahtuvassa keskustelussa työryhmän jäsenet puhuvat havainnoistaan, joilla ei vielä ole selvää yksiselitteistä hahmoa. Tämän hahmottomuuden tai määrittelemättömyyden vuoksi näiden perhettä ohjaavien sääntöjen paljastuminen tuntuu uhkaavalta. Keskenään keskustelemalla niistä asioista, mistä perheen olisi pitänyt puhua, työryhmä voi tehdä asioita vähemmän uhkaaviksi.

Nämä havainnot jäävät työntekijöiden käyttöön. Samalla kuitenkin perheellä on mahdollisuus omaksua niistä heille sopivia uusia näkemyksiä.

Olemme löytäneet hoitokokouksen funktiot pohtimalla hoitokokouksen tapahtumia. Niitä ei ole suunniteltu ensin, vaan päinvastoin terapeutin käytäntö on johtanut tällaisiin johtopäätöksiin. Ensin ylitimme sen kynnyksen, että aloimme keskenämme puhua perheen ja potilaan kuullen havainnoistamme. Tämä muutti sairaalan osaston ja perheen välisen vuorovaikutuksen olennaisesti.

Kaksi ensinmainittua funktiota ovat hyvin selvästi nähtäviä tapahtumia. Kolmas hoitokokouksen funktio – vastatunteiden säilöminen keskenään puhumalla perheen kokemusten vaarattomaksi tekemiseksi – on spekulatiivisempi, ei niin selvästi nähtävissä. Jokin näkymätön, kielen tavoittamattomissa oleva alue hoitokokouksissa näyttää kuitenkin vaikuttavan. Tätä selventää Batesonin (1972) esittämä *kaksoissidoksen käsite* perheen vuorovaikutuksessa. Ensisijainen (primaarinen) negatiivinen jonkinlaisen rangaistuksen sisältävä tunnekokemus liittyy toissijaiseen (sekundaariseen) verbaaliseen viestiin, missä primaarinen kokemus pyritään tekemään tyhjäksi. Viestinnän kohde tulee sidotuksi yhteen paikkaan, missä hänen on mahdotonta päättää kumpaan viestiin hän vastaa. Tällaisessa tilanteessa metaforiset viestit otetaan kirjaimellisesti. Tämä kokemus viestien ristiriidasta sisältää Batesonin mukaan vihjeitä hengenvaarasta. Hoitokokouksessa tapahtuva työryhmän jäsenten keskinäinen keskustelu voi huomioida yhtäaikaan kummatkin viestit. Kun toinen työntekijä puhuu enemmän primaarisen viestin synnyttämän kokemuksen pohjalta, ja kun toinen huomioi ääneen lausutun verbaalisen viestin, voi tämä avata sidoksen ja tehdä mahdolliseksi puhua hengenvaaralliselta tuntuneesta asiasta.

Semiotiikassa on tutkittu enemmän tällaisia kielen merkkejä. Neuvostoliittolainen Mihail Bahtin on analysoinut Dostojevskin romaanimaailman monikielisyyttä, polyfoonisuutta (Bahtin, 1979; Peuranen, 1980). Dostojevskin henkilöt taistelevat aina ulkopuolisen esittämää heistä itsestään tekemää kuvaa vastaan. Jokainen romaanihahmo on oikeassa toteuttaessaan omaa ideaansa. Dostojevski kuvaa tapahtumat aina dialogina. Bahtin analysoi Rikoksen ja rangaistuksen sankarin Raskolnikovin ensimmäistä pitkää sisäistä monologia, jossa tämä vastaa ulkopuolelta tulleisiin sanoihin. Raskolnikov luokittelee polyfoonisessa puheessaan kaikkien henkilöiden asemat tosiksi. Vain sellaiset toteamukset, joita kukaan henkilöahmo ei ole sanonut ovat epätosia. Dostojevskin romaanissa elää samanaikaisesti "monikielisesti" monta totuutta. Hoitokokouksissa työryhmän keskenään käymän keskustelun tehtävä on antaa elintilaa perheen monikieliselle elämälle siten, että kaikkien perheenjäsenten kuvat omasta perheestään voivat olla samanaikaisesti elossa.

Bahtinin mukaan Dostojevskin dialogiselle ja polyfooniselle tyyliä on olennaista se, että hän itse on dialogissa henkilöahmojensa kanssa. Joissakin tapauksissa romaanin henkilöt näyttävät tietävän toisistaan enemmän kuin kirjailija itse, kun esimerkiksi Tolstoi tekee aina tilanteet valmiiksi henkilöahmoilleen, tietää aina enemmän kuin ne (Peuranen, 1980). Hoitavan työryhmän

ja perheen suhteen voi myös nähdä dialogisena siten, että työryhmä ei tiedä perheestä ja sen ongelmista yhtään enempää kuin perhe itse ja *on näin riippuvainen koko ajan sekä sisäisestä että perheen ja sen välisestä dialogista luodessaan kuvaa systeemistä*. Bråtenin (1986) mielestä tällaisen dialogin ylläpitäminen on terapeutin muutoksen ehto. Jos dialogi pelkistyy monologiksi, juuttuu terapiasuhde paikoilleen (ks myös Hoffman, 1988).

Jos hoitokokouksessa on muita ammattiauttajia tai viranomaisia, on työskentely usein strukturoidumpaa. Tällaisessakin kokouksessa edellä mainitut funktiot ovat tärkeitä. Keskustelulla on johtaja ja siinä pyritään johonkin selvään päämäärään. Kokousta ei kuitenkaan katsota epäonnistuneeksi, vaikka selvää päätöstä tai hoitoyhteistyötä ei saada aikaan. Hyvä tulos voi olla sen toteaminen, että tällaiset päätökset ovat toistaiseksi mahdottomia. Sairaalassa oli yksinäinen raskaana oleva Päivi, joka vietti irtolaiselämää. Hän mm. irtisanoi asuntonsa ilman selvää syytä. Kutsuimme hoitokokouksiin hänen vanhempansa ja siskonsa Etelä-Ruotsista sekä toiseen hoitokokoukseen sosiaalityöntekijät sosiaalilautakunnan tehtyä päätöksen lapsen huostaanotosta heti syntymän jälkeen. Sairaalan hoitava työryhmä halusi antaa Päiville ja lapselle mahdollisuuden aloittaa yhteinen elämä sairaalassa. Sosiaalityöntekijät olivat tästä eri mieltä, heidän mielestä paras vaihtoehto oli lapsen huostaanotto. Kahdessa hoitokokouksessa ei päästy asiassa eteenpäin. Kolmanteen hoitokokoukseen osallistui yllättäen Päivin Etelä-Ruotsista paikalle tullut sisko miehensä kanssa. He ilmoittivat olevansa valmiit ottamaan vauvan huostaansa ja hankkimaan Päiville asunnon kotinsa läheltä, jolloin äidin ja lapsen suhde ei katkeaisi. Vuoden kuluttua näistä ratkaisuista Päivin käydessä vierailulla tervehtimässä osaston henkilökuntaa hän kertoi asioiden menevän hyvin Ruotsissa. Kummankaan viranomaisen ratkaisuesitys ei voittanut, vaan potilaan verkosto löysi aivan uuden ja todennäköisesti parhaan ratkaisun.

### 3.6.3.3. Hoitokokouksen vaiheet

Havainnollisuuden vuoksi hoitokokouksen kulun voi jakaa eri vaiheisiin. Näiden vaiheiden välillä ei ole mitään selvää rajaa.

1. Aloitusvaihe. Liitytään perheeseen, tutustutaan jokaiseen perheenjäseneseen ja aletaan perheen haastattelu. Esittelemme itsemme tavallisesti kahteen kertaan sekä kätellessä että istuttuamme paikoillemme. Kyselemme kunkin perheenjäsenen havaintoja ongelman alkamisesta ja keskinäisestä vuorovaikutuksesta ongelman ympärillä. Kun meille alkaa kertyä tietoa perheestä, siirrymme toiseen vaiheeseen.
2. Tilanteen määrittelyvaihe. Tekemiemme havaintojen ja niistä heränneiden vastatunteiden perusteella keskustelemme keskenämme. Tämä voi tapahtua lyhyesti yhdellä lauseella tai hyvinkin laajasti keskustellen. Esimerkiksi joku työryhmän jäsen voi mennä jonkun perheenjäsenen puolelle sanomalla, että "nyt kyllä ymmärrän kuinka vastuullisessa asemassa isä on tässä perheessä. Hän on ottanut tehtäväkseen suojella lapsiaan ja

vaimoan, vaikka lapsilla on jo omat perheet". Toinen työryhmän jäsen voi vastata siihen, että "lapset puolestaan tuovat kaikki asiat isälle ja turvautuvat häneen. Perhe toimii varmaan yhteistyössä tämän säännön mukaisesti." Pyrimme näin luomaan kuvaa perhesysteemin vastavuoroisesta toiminnasta. Näiden kommenttien perusteella meille alkaa syntyä jonkinlainen alustava hypoteesi tilanteesta. Silloin siirrymme keskustelun kolmanteen vaiheeseen.

3. Tarkentava kyselyvaihe. Julkilausuttujen oletusten pohjalta haastattelemme tarkemmin – perhettä ja keskustelemme joistakin teemoista.
4. Kokouksen päättämisvaihe. Keskustelemme keskenämme, mitä johtopäätöksiä keskustelusta voi tehdä. Tässä pohdinnassa pyrimme määrittelemään omaa asemaamme hoitajärjestelmässä. Ensimmäisessä hoitokokouksessa emme pyri niinkään täsmälliseen hoitosuunnitelmaan kuin tilanteen mahdollisimman tarkkaan määrittelyyn. Tällainen määrittely voi sisältää esimerkiksi sen, ettei nopeita ratkaisuja ole tehtävissä, vaan meidän on vain kestettävä ratkaisematonta tilannetta. Verkostoterapiassa tämä tapahtuma vastaa ns. depressiovaihetta, missä työryhmä toteaa tilanteen toivotomuuden. Hoitokokouksen loputtua työryhmä käsittelee vielä lyhyesti tunteitaan ja erittelee kokouksen hoitoprosessiin tuomaa lisätietoa.

Hoitokokouksia järjestetään hoitajakson aikana tarvittaessa. Mitä enemmän potilaan ongelma näyttää liittyvän joko perhesysteemin vuorovaikutuksen tai hoitajärjestelmään sitä tärkeämmäksi muodostuu yhteistyö hoitokokouksissa.

### 3.6.4. Koevoluutio

#### 3.6.4.1. Käsitteen määrittely

Englanninkielinen termi coevolution muodostuu "co" ja "evolution" sanoista. Englantilaisen sanakirjan (The Penguin English Dictionaryn) (1973) mukaan "co" etuliite tarkoittaa "yhdessä", "kanssa" tai "vastavuoroisesti" (together, jointly, mutually), "evolution" tarkoittaa jatkuvasti etenevää kehitystä. Coevolution termi on tässä yhteydessä paras kääntää merkitsemään "etenevää vastavuoroista kehitystä". Englanninkielisessä perheterapiakirjallisuudessa samaa asiaa kuvataan käsitteellä "coevolving system".

Käytän tässä tutkimuksessa koevoluutio termiä, koska termillä coevolution ei ole vakiintunutta suomenkielistä vastinetta. Samaa asiaa tarkoitetaan puhuttaessa jatkossa "yhteiskehityksestä", tai "vastavuoroisesta kehityksestä". Sillä kuvataan tapahtumaa, missä kaksi eri systeemiä kytkeytyy toisiinsa ja muodostaa uuden systeemin, jossa alkaa yhteinen kehitys. Vastavuoroinen kehitys muuttaa koko ajan sekä yhteistä toimintajärjestelmää että vastavuoroisesti kumpaakin yhteistyöhön osallistuvaa.

Perheterapian englanninkielisessä sanakirjassa (Simon ym., 1985) koevoluutio määritellään tapahtumaksi, jossa systeemi kehittyessään koko ajan vaikuttaa sitä ympäröivään todellisuuteen ja on samaan aikaan ympäristön vaikutuksen kohde. Koevoluution vuorovaikutuksessa osa A määrittää osan B muutoksen kehitysvaiheen ja päinvastoin. Tavallisesti perhe ei ole tiukasti rajattu järjestelmä, vaan ulkopuoliset asiat vaikuttavat perheen sisällä ja vastavuoroisesti perhe muuttaa ympäristöään. Samaan aikaan perheen sisällä perhe ja sen jäsenet ovat sellaisessa vuorovaikutuksessa, että perhe muuttuu ja sen jäsenet yksilöityvät tässä kehityksessä. Perheterapeutin ja perheen muodostamaa systeemiä sanakirja ei kuitenkaan määrittele samalla tavalla koevoluutioksi. Terapeuttien käsitteiden kehittäminen on perheen sisäisen koevoluution ja vastavuoroisen yksilöitymiskehityksen täydentävä tekijä.

Koevoluution käsite on uusi perheterapiassa. Sen kuvaamia ilmiöitä on teoreettisesti alettu tutkia lähinnä konstruktivistisen teorian myötä. Kliinisesti koevoluutioon liittyviä asioita on selvitetty itse asiassa koko perheterapian ajan, mutta niitä ei ole nimitetty tällä käsitteellä. Esimerkiksi Selvini-Palazzoli ym. (1978) kuvaavat perheterapiaa tapahtumaksi, missä perhe voi uudessa suhteessa kokea sen mitä se itse ei yksin ole voinut tehdä, määritellä keskinäiset suhteensa. Muutoksen mahdollistamiseksi perheterapeutin tehtävä on määritellä perheen keskinäiset suhteet positiivisesti. Psykoottisen potilaan perhe on määritelty ne negatiivisesti, mikä vahvistaa muutumattomuutta.

Koevoluution kuvaamaa ilmiötä on selvitetty paitsi edellämainitussa perheterapeutti – perhe systeemissä myös perheen ja sairaalan yhteistyötä kuvattaessa. Hunter (1985) käsitteli pitkäaikaisten skitsofreniapotilaiden perheterapiaa mielisairaalassa. Hänen mukaansa osaston henkilökunta vaikuttaa ratkaisevasti pitkäaikaispotilaiden perheterapian onnistumiseen. Henkilökunnan vastarinta (resistance) on usein suuri. Tästä johtopäätöksenä hän esittää, että perheterapeutin pitää tehdä terapeutitiset interventionsa sairaalan ja perheen välisen rajan molemmin puolin. Perheterapeutti on tämän rajan murtaja.

Suomessa koevoluution kuvaama tilannetta on enemmän selvitetty skitsofreniaprojektin yhteydessä. Projektin väliraportissa (Lääkintöhallitus, 1985) esitetään akuutteja psykooseja hoitavan osaston hoitomalli. Hoitomallin perustana on työryhmätyöskentely ja hoitokokoukset, joihin potilas ja hänen perheensä osallistuvat. Hoitomallin päätavoitteeksi asetettiin kaikkien asianosaisten ymmärryksen lisääntyminen:

"Ryhmäprosessit, perheen kanssa työskentely ja yksilökeskeiset ... hoitotilanteet muodostavat siten toinen toisiaan informaatiolla ruokkivan kokonaisprosessin, jolla siinänsä on hoidollinen arvo, koska se lisää kaikkien asianosaisten (potilas, omaiset, hoitavat henkilöt ja teamit) tapauskohtaista ymmärtämystä nykyhetken tilanteesta ja sen tekijöistä. Ymmärryksen lisääntyminen johtaa myös asteittain selkeytyviin hoitosuunnitelmiin.."(s 103)



Määritelmässä perhe ja hoitava työryhmä asetetaan samalle tasolle. Samalla siinä esitetään termin "ymmärryksen lisääntyminen" liittyminen hoitokäytäntöön. Tällä termillä on tärkeä osuus tutkimuksen yhtenä muuttujana.

### 3.6.4.2. Koevoluutio terapeuttisessa käytännössä

Yksilöterapiassa koevoluutiolle analogista tapahtumaa on kuvannut Ogden (1982) analysoidessaan projektiivista identifikaatiota. Hän ei tarkastele sitä viettipohjaisena defenssinä, vaan potilaan vuorovaikutustapana ympäristönsä kanssa. Yksilö sijoittaa jonkin hänelle kestäättömän tunteen toiseen ihmiseen ja yrittää toista ihmistä kontrolloimalla saada myös tuohon tunteeseen liittyvät kokemukset hallintaansa. Tähän toimintaan liittyy aina uuden kasvun mahdollisuus silloin, kun projektion kohteena oleva ihminen ymmärtää asemansa ja vastaa siihen huomioimalla projektion taustalla olevan tunnekokemuksen. Tämä edellyttää sitä, että tunteen sijoittaja näkee kohteen tuntevan samankaltaisia tunteita kuin hän itse. Ogdenin mukaan tällainen tapahtuma on myös osa jokaisen lapsen kehitystä. Kun lapsi sijoittaa vanhempaansa esimerkiksi kiukuttelemalla sellaisia kokemuksia, joita hän itse ei vielä voi täysin hallita, isä tai äiti käsittelee tätä aineistoa ja palauttaa sen lapselleen kehitystä edistävässä muodossa. Vanhemmat toimivat sekä vaikeiden asioiden käsittelyn mallina että niiden palauttajana.

Balis ja Harris (1982) kuvaavat toimintaansa umpikujaan juuttuneiden ongelmaperheiden ja viranomaisten välisen suhteen muuttamiseksi. Umpikujatilanteissa viranomaisten käyttäytyminen on vain vastinetta perheen käyttäytymiselle. Tämä vahvistaa perheen hämmennystä heidän kohdattessa ammattiauttajan, joka ei ymmärrä heitä. Balis ja Harris alkavatkin hoitaa perheen ja viranomaisen välistä suhdetta. Perheen huonosti järjestäytyneen systeemin on nielaissut viranomaisten systeemin. Tämän umpikujan avaaminen edellyttää kolmannen näkökulman osallistumista hoitotilanteeseen.

Hanrahanin mukaan potilaan tullessa sairaalaan, perhe ja sairaala muodostavat yhdessä muiden viranomaisten kanssa yhteistyöallianssin, missä sairaalan tehtävä on joustavana systeeminä rakentaa mahdollisuutta tässä yhteisessä systeemissä perheen kasvulle (Hanrahan, 1986). Potilaan ja hänen verkostonsa tuoma ongelma alkaa elää rajasyteemissä. Tämä ongelma toimii yhteisen systeemin nimittäjänä. Hoitavan työryhmän toiminta ratkaisee sen, "valloittaako" tämä ongelma vuorovaikutuksen. Tällöin siihen ei löydy ratkaisua. Toisessa tapauksessa alkaa työryhmän mukanaan tuoma järjestäytyneisyys, joustavuus ja kyky mahdollisimman monipuoliseen ongelman hahmottamiseen kasvattaa perheen tai muun verkoston toimintakykyä.

Hoitavan työryhmän toiminta voi vaihdella paljon ongelmien mukaan. Jotkut kaoottiset tai avuttomat perheet "pakottavat" työryhmän toimimaan jäykästi ja strukturoiden. Jotkut paljon

kommunikoivat perheet voivat houkutella työryhmän kaoottiselta näyttävään käyttäytymiseen. Tällainen toiminnan muutos voi tapahtua myös hoidossa tapahtuvien muutosten seurauksena. Kun hoitojakson alussa työryhmä saattaa pelkästään haastatella perhettä, voi se jossakin vaiheessa itse keskustella keskenään suurimman osan hoitokokousajasta. Tällöin perhe voi katsoa itseään ikäänkuin monivivahteisesta peilistä ja rakentaa omaa kuvaa itsestään. Perhe on näin reflektiivisessä asemassa suhteessa hoitojärjestelmään ja itseensä.

Uuden hoitojakson alussa ei hoitava työryhmä voi ennustaa hoidon lopputulosta. Vaikeissa, kroonisissa ongelmissa voidaan tavoite määritellä alussa täsmällisesti, mutta silloinkin potilas ja tämän perhe voivat löytää oman ratkaisun. Toimintaa ei siis määrää jokin teoria psyykkisten häiriöiden synnystä ja niiden parantamisesta, vaan *sellaisen vuorovaikutuksen synnyttäminen, että ongelmaan liittyvän systeemin rakenne voi muuttua ja mahdollisesti tehdä oireet tarpeettomiksi*. Yhteistyöjärjestelmä voi löytää hyvin monia tapoja ongelman ratkaisemiseksi. Se voi olla yksilöpsykoterapia, perheterapia tai joku muu.

Sairaalassa käytetään kaikkia tavallisia hoitomenetelmiä. Osaston toimintajärjestelmän perusta on yhteisöllisyyden periaate. Potilaat osallistuvat yhteisöryhmiin, missä kaikkien potilaiden ja henkilökunnan havainnot toisistaan pyritään rohkaisemaan. Esimerkiksi potilaiden vapaakävelyt tai lomamat keskustellaan näissä ryhmissä. Omahoitajasuhde on potilaan tärkein ihmissuhde hoitojakson aikana. Tavallisesti tämä suhde on kriisiterapeuttinen, mutta jos suhde on muodostunut hyvin tärkeäksi, voi potilas jatkaa sitä sairaalasta päästyään. Perheterapiasopimuksia teemme, jos perheen vuorovaikutuksessa on ongelmia ja jos perhe haluaa sellaista sopimusta. Tavallisimmin tämä tapahtuu sairaalahoidon jälkeen. Sovimme tavallisesti perheterapiakäyntien määrän, jotta perheen ja sairaalan yhteistyösuhteen loppumiselle olisi selkeä raja.

Koska toiminta ei perustu yhteen psykologiseen teoriaan, ei hoitojärjestelmän asiantuntijoiden tehtävä ole hoitomenetelmien puhtaudesta huolehtiminen. Asiantuntijoiden (lääkärit, psykologit ja muut, esimerkiksi erityistason perheterapiakoulutuksen saaneet) tehtävä on *organisoida osaston hoitajien voimavarat rajasysteemin vuorovaikutuksen monipuolistamiseen*. Kaikki esilletulevat havainnot ovat yhtä tärkeitä osia kokonaisuudessa. Jokainen työntekijä kytkeytyy ongelmaan oman rakenteensa mukaisesti. Toiset hoitajat arvioivat asiat henkilökohtaisten tunteiden perusteella, toiset jonkin oppimansa psykopatologian teorian pohjalta. Jos kaikki nämä erilaiset lähtökohdat voidaan organisoida vuorovaikutusprosessin voimaksi, synnyttää tämä prosessi oikeat ratkaisut lisäämällä vähitellen kaikkien siihen osallistuvien ymmärrystä. Tätä tapahtumaa on käsitelty skitsofrenia-projektin väliraportissa (1985).

Edellä mainittu ei merkitse sitä, että psykodynaamisilla ja perhesysteemisillä teorioilla ei olisi merkitystä hoitotyössä. Nämä teoriat tulevat hoitokokouksissa osaksi mahdollisimman monipuolista ongelman ymmärtämistä. Esimerkiksi psykodynaamisen teorian tuntemus auttaa ymmärtämään tässä yhteydessä yksilön kokemusta paremmin. Systeemitheorian avulla voidaan lisätä ymmärrystä

perheen vuorovaikutuksen tai rakenteen ongelmista. Samalla systeemiteoria on pohja koko hoidollisen vuorovaikutuksen arvioimiseksi. Mitä enemmän työryhmässä on asiantuntemusta yksilopsykologiasta, systeemiteoriasta, lääkkeiden vaikutuksen biologiasta, potilaan kuntoutuksen teoriasta jne. sitä monipuolisemmaksi hoitokokouksen työskentely voi muodostua. Minkään alan asiantuntija ei voi yksin löytää parasta tulosta, vaan kytkeytymällä toisiin hoitokokoukseen osallistuviin asiantuntijoihin. Näin sekä jonkin teorian pohjalta työskentelevä asiantuntija että pelkästään oman tunnekokemuksensa pohjalta työskentelevä asiantuntija ovat tasavertaisessa asemassa.

Hoidon lopputuloksen yleisten kriteerien määrittäminen on vaikea tehtävä. Periaatteenamme on se, että jokainen potilas ja hänen perheensä elävät heille parhaalla mahdollisella tavalla. Me emme pyri muuttamaan perhettä johonkin tiettyyn suuntaan. Me kytkeydymme perheen kanssa tietyksi ajaksi yhteiseksi toimintajärjestelmäksi, *elämme yhdessä jonkin aikaa potilaan ja hänen perheensä tuomat ongelmat ja pyrimme yhteistyöllä kasvattamaan perheen voimavarojen variaatiota itse selviytyä ongelmista paremmin*. Hoffman (1985) määrittelee oman periaatteen: "Give it a bump and watch it jump".

Maturanan (1988) mukaan sosiaalisessa organisaatiossa muutos on yksilöiden toimintoja ohjaavien keskustelujen laadun muutosta. Hän on todennut:

"Change in any particular social or non-social human community takes place as a conversational change...If such a conversational change takes place with conservation of the configuration of co-ordinations of actions and emotions that defines the identity of the particular community that is changing, this is conserved, otherwise it disintegrates."

Hänen mukaansa siis muutos on keskusteluprosessin muuttumista. Jos tämä keskustelu samaan aikaan antaa mahdollisuuden säilyttää aikaisemmat tavat organisaation tunteiden ja toimintojen koordinointiin, niin sen organisaation identiteetti voi säilyä. Tämä merkinnee sitä, että jos keskusteluprosessin muutos on liian suuri, ei organisaation identiteetti voi säilyä, vaan se hajoaa.

Me pyrimme toiminnallamme antamaan perheelle sekä perheen ja sen verkoston suhteelle mahdollisuuden Maturanan kuvaamaan muutokseen. Me emme vaadi perheeltä tietynlaista muutosta, vaan pyrimme tasavertaiseen toimintaan perheen kanssa keskenämme keskustellen. Reflektiivisellä keskustelulla annamme perheelle mahdollisuuden nähdä itsensä ikäänkuin monivahteisesta peilistä. Näin toimintamme pyrkii vahvistamaan perheen identiteettiä samaan aikaan säilyttämällä perheen perinteisen tavan toimintojensa koordinointiin.

### 3.6.5. Yhteenveto

Edellä on esitetty yksi mahdollinen tapa kehittää perhekeskeinen psykiatrinen hoitojärjestelmä. Lähdimme perheterapian pohjalta. Perheterapia oli mahdollista kuitenkin vain hyvin harvoissa tapauksissa, kun me itse suunnittelimme potilaan hoidon. Perheen osallistuminen hoitotapahtumaan heti alusta alkaen muutti tilanteen ratkaisevasti. Hoitavan työryhmän asema ei voinut enää olla ennalta suunnitellun hoidon toteuttaja ja kontrolloija, vaan hoitavan työryhmän piti asettua perheen kanssa samalle lähtötasolle. Näin perheen muutokseen tähtäävästä perheterapiasta tuli perheen kanssa yhteistä ongelmaa jakavaa neuvottelua. Me emme pyri muuttamaan perhettä, vaan elämään tietyn matkan yhteistä elämää, mikä antaa perheelle itselleen lisää voimia jatkaa elämäänsä omalla tavallaan.

## 4. TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN

### 4.1. Tutkimusta ohjaavat periaatteet

Edellä esitetty tutkimuksen teoria on syntynyt käytännön hoitotyön ja teoreettisen opiskelun kautta. Teoreettisen pohdinnan ja käytännön kliinisten kokemusten kautta syntynyt teoria on lähtökohta tutkimuksen tekemiselle. Vaikka uudenlainen kliininen käytäntö on johtanut uudenlaisiin teoreettisiin ajatuksiin, ei vielä ole syntynyt valmista teoriaa. Tämä tutkimus tarjoaa ensimmäisen mahdollisuuden järjestelmällisesti keskittyä käytäntöön ja teoriaan. Huomion kohteena on sekä käytännön työstä tehtävät johtopäätökset että mahdolliset uudet teoreettiset ajatukset. Seuraavassa selvitetään tällaisen tutkimusotteen ohjaavia periaatteita.

Tutkimus on suoritettu kiinteässä yhteydessä käytännön hoitotapahtumiin Keroputaan sairaalassa. Tavoitteena on kuvata mahdollisimman tavallista hoitotapahtumaa siten, että tutkimusasetelma ei muuta hoidon peruslähtökohtia. Tutkijana olen itse tutkittavan hoitoyhteisön ja hoitomenetelmien osa. En ole pyrkinyt olemaan ulkopuolinen tarkkailija, vaan tutkittavan kohteen yksi osa. *Tämä tutkimus on osallistuva toimintatutkimus (Grönfors,1982)*. Pääosa tutkimusmateriaalista perustuu itse tekemiini tai avustajina toimineiden koulutettujen perheterapeuttien havaintoihin. Havaintojen järjestämiseksi on käytetty apuna Olsonin kehittämää vuorovaikutuksen kehämallia (ks. perhekoh-  
taiset tutkimusmenetelmät).

Toimintatutkimuksen lähtökohtana on tutkimustilanteen tuominen tutkimuskohteen jokapäiväiseen elämään. Tutkija on itse mukana toiminnassa ja pyrkii muiden osallistujien kanssa ratkaisemaan tutkittavan yhteisön ongelmat. Tällaista tutkimustyötä tulee tarkastella enemmän erityisenä lähestymistapana kuin tekniikkana. Olennaisena osana toimintatutkimuksessa on kokeilu-

jen suorittaminen, niiden tarkka arviointi sekä palautteen antaminen tutkimuksessa olevalle ryhmälle (Jyrkämä, 1978).

Tutkimuksen kuluessa vastaanottokokoukseen osallistuvat työryhmän jäsenet saivat palautetta toiminnastaan. Työntekijät saattoivat tämän palautteen pohjalta kehittää toimintaansa ja mahdollisesti korjata vastaanottokokouksen toiminnassa havaittuja puutteita. Samoin tutkimusraporttien valmistelun yhteydessä on pidetty tulosten esittelytilaisuuksia. Tällä tavalla on annettu koko yhteisölle palautetta. Samalla tutkija on kuullut työntekijöiden arvioita tuloksista. Näin tuloksista tehtyjä johtopäätöksiä on pohdittu yhdessä, mikä on auttanut syventämään niitä.

Osallistuva toimintatutkimus soveltuu hyvin konstruktivistiseen teoriaan. Von Glasersfeld (1988) kuvaa konstruktivismia aktiivisen tietämisen teoriaksi. Se ei pyri löytämään ulkopuolisesta todellisuudesta yhtä totuutta, joka kuvaisi elämää sinänsä havaitsijasta riippumattomana todellisuutena. Radikaalin konstruktivismiin kaksi pääperiaatetta ovat:

1. Tietoa ei saavuteta passiivisesti aistien kautta havaitsemalla tai kommunikoimalla, vaan yksilö rakentaa tiedon aktiivisesti kognitiivisten prosessien kautta.

2. Kognitiivisen toiminnan tehtävä on sopeuttaa yksilöä ja palvella yksilöä kokemansa maailman organisoimisessa, eikä objektiivisen ontologisen todellisuuden löytämistä. (Von Glasersfeld, 1988).

Näemme potilaan mukanaan tuoman ongelman organisoivan kulloisenkin vuorovaikutuksen. Tässä vuorovaikutuksessa eri henkilöiden subjektiivisten totuuksien, so. mielikuvien, vuorovaikutuksessa synnytetään paras mahdollinen selitys ja etenemistie. Tutkimuksessa pyritään kuvaamaan ja ymmärtämään näitä vuorovaikutustapahtumia.

Osallistuvan toimintatutkimuksen ajatuksen mukaisesti tutkija ei ole ulkopuolinen tarkkailija. Tutkijan tehtävänä on tehdä itse osallistumalla havaintoja ja näillä havainnoilla luoda yhteistä todellisuutta. Tutkijana olen kytkeytynyt tutkimuksen kohteeseen. Molemmat osapuolet vaikuttavat toisiinsa. Konstruktivistinen teoria ei ole kuitenkaan ollut tietoisesti valittu, vaan se on sopinut kuvaamaan käytännössä havaitsemiamme asioita. Konstruktivistinen teoria on valikoitunut "parhaaksi selitykseksi" teoriassa, rajasynteesin käsite nähdään "parhaana selityksenä" hoitokäytännöstä (ks. myöhemmin enemmän tästä ajatuksesta, Niiniluoto, 1983).

Tieteenteoreettisesti tutkimus lähtee lähinnä hermeneuttisesta tutkimusajatuksista (Naskali, 1983). Von Wright (1970) jakaa filosofian kehityksen kahteen perinteeseen. (1) Positivistisen ajatuksen mukaan tieteelle on löydettävissä yksi metodi, jota voidaan soveltaa eri kohteisiin. Tällaisen tieteellisen menetelmän ihanne on luonnontieteiden eksaktisuus. Luonnontieteellisten menetelmien käytöllä pyritään myös kausaaliseen selittämiseen, missä yksittäistapaukset alistetaan yleisten luonnonlakien alaisuuteen. Positivismin vastakohtaksi kehittyi 1800 – luvun lopulla vallitsevaksi suunnaksi (2) hermeneuttinen tieteenfilosofia, jossa on hyvin erilaisia ajattelutapoja.

Yhteistä on von Wrightin mukaan se, että hermeneuttinen tieteenfilosofia torjuu metodologisen monismin. Kun luonnontieteellinen tutkimus pyrkii selittämään maailmaa, hermeneuttinen tutkimus pyrkii ymmärtämään sitä.

Niiniluodon (1983) mukaan hermeneutiikka merkitsee tulkintaa, merkityksen antamista. Positiivistisen tieteenkäsityksen mukaan luonnontieteiden kohteena on ajateltu olevan todellisuuden "luonnostaan", ihmisistä riippumatta. Tällä kohteella ei ole omaa erityistä "merkitystä". Luonnontiede tutkii luonnonobjekteja ja luonnonlakeja, kun "tulkintatieteet" tutkivat ihmisen luomia konkreetteja ja abstrakteja kulttuuriobjekteja. Luonnontieteissä merkityksiä esiintyy yhdellä tasolla, tutkijan luomassa käsitejärjestelmässä. Tulkintatieteissä merkityksiä sen sijaan esiintyy kahdella tasolla – itse tutkimuksen kohteessa ja tutkijan käsitejärjestelmässä.

Sosiaalitieteissä tutkimuksen tekee monimutkaisemmaksi se, että tutkimuksen kohde on luotu tulkinnoilla. Tätä ongelmaa on Habermas pohtinut paljon (Habermas, 1987). "Sosiologian on etsittävä ymmärtävää lähestymistapaa kohdealueeseensa, joka jo ennalta, ennen minkäänlaista teoreettista otetta, on ymmärtämisprosessien konstituoima. Sosiaalitieteilijä kohtaa symbolisesti ennalta rakenteistuneita kohteita..." (Kangas, 1987, s.55). Tämän tulkintaongelman ratkaisuksi Habermas on esittänyt Kankaan mukaan sitä, että tutkimuksen kohteeksi tulee kommunikatiivinen toiminta. Yhteisymmärryksen saavuttaminen on mahdollista kommunikaatiossa, kun kuulija ymmärtää sanotun taustalla olevat kokemukset ja ehdot.

Tutkimuksessa pyritään tarkemmin todentamaan ja tekemään ymmärrettäväksi käytännön hoitotyössä syntyneitä intuitiivista ajatusta siitä, että hoitava työryhmä ja perhe kytkeytyvät uudeksi systeemiksi rakenteidensa määrämällä tavalla. Tämä havainto on alkanut ohjata meidän sairaalamme perhekeskeistä hoitotyötä. Toisaalta olemme itse osallisina tuossa rajajärjestelmissä, toisaalta olemme itse nimenneet toimintamme tällä käsitteellä. Tämä tarkastelutapa on kehittynyt Keroputaan sairaalan hoitotyön kehittämisessä meidän historiamme mukaisesti. Tällaisenaan sitä voidaan soveltaa vain tässä yhteydessä.

Verrattuna luonnontieteelliseltä pohjalta lähtevän positiivistisen tutkimuksen tavoitteeseen löytää yleistettäviä lainalaisuuksia ja säännönmukaisuuksia tässä tutkimuksessa pyritään tekemään ilmiöitä enemmän ymmärrettäviksi. Tämä tapahtuu pääasiassa kvalitatiivisen analyysin avulla (Grönfors, 1982;). Tutkimusaineistosta on kerätty myös laajasti tietoa standardoiduilla psykologisilla tutkimusmenetelmillä (psykologiset testit, sosiaalisen verkoston analyysi, taustatietojen kirjaaminen ja oirekuvaukset) lähinnä kuvaamaan tutkimusaineiston ominaisuuksia. Tästä aineistosta ei ole tavoitteena löytää yksittäisiä ongelmien syitä selittäviä tekijöitä. Näillä tarkoilla yksityiskohdilla kuvataan potilaan ja hänen perheensä rakennetta. Tämä rakenne määrää heidän kytkeytymistä hoitojärjestelmän vastaanottotapahtumaan.

Hoitotapahtuman havainnoimiseksi meillä on alustavat kehykset rajajärjestelmän teoriassa. Tämä hoitokäytännön pohjalta syntynyt intuitiivinen havainto toimii eräänlaisena johtolankana. Yksittäiset

havainnot kytketään kuvauksen kautta toisiinsa tämän johtolangan pohjalta. Kuvattavat tapahtumat ovat tapahtuneet aikaisemmin, nyt niille etsitään paras mahdollinen selitys. Niiniluoto (1983) vertaa tällaista työskentelytapaa salapoliisin työhön, missä myös etsitään historiallisia selityksiä jo tapahtuneelle. *Rajasysteemiä ei ymmärretä objektiivisesti olemassaolevaksi yksiköksi, vaan kartaksi, jonka avulla sairaalan ja perheen yhteistyötä voi parhaalla mahdollisella tavalla selittää.*

Kun tutkimuksen tavoitteena on tehdä ilmiöitä ymmärrettäväksi, voidaan tutkijan suhde tutkimuksen kohteeseen nähdä myös koevoluutiosysteeminä. Tutkijan havainnot vaikuttavat hoitavaan työryhmään ja hoitotapahtumaan. Nämä ohjaavat vastavuoroisesti tutkijan huomiota. Tutkija on samaan aikaan kytkeytynyt kirjoittamiinsa teoreettisiin lähtökohtiin. Koska tavoitteena ei ole todistaa teoreettisia teesejä oikeiksi, vaan tehdä tutkimuskentän tapahtumia ymmärrettäviksi, kehitty teoriakin koevoluutiassa. Kaikkea tutkimusraportissa esitettävää teoreettista aineistoa ei ole ollut mahdollista kuvata teoriaosassa. Jotkut teoreettiset asiat eivät vielä siellä liittyneet kuvattavaan todellisuuteen. Vasta tutkimuksessa tehtyjen havaintojen perusteella uudet teoreettiset ulottuvuudet tulevat tarpeellisiksi. Tutkimuksen teoria toimii näin johtolankana. Sen avulla voidaan määrittää tutkimuksen tavoitteet ja ongelmat. Johtolangan avulla voidaan myös etsiä uusia teorioita tutkimusongelmien ratkaisemiseksi.

## 4.2. Tutkimusongelmat

Tutkimuksen yleisenä tavoitteena on tehdä Keroputaan sairaalan hoitokäytännön ilmiöitä ymmärrettäviksi. Tavoitteena on sekä kuvata käytännön hoitotapahtumia että luoda tähän liittyvää uutta teoriaa selittämään havaittuja asioita.

Tutkimusongelmat voi jakaa kolmeen osaan:

1. Potilaan vastaanottotapahtuman kuvaus rajasysteemissä.
2. Työryhmän ja perheen välisen koevoluution kuvauksen täsmentäminen.
3. Potilaan sosiaalisen verkoston yhteydet hoidon kulkuun.

### 1. Vastaanottotapahtumaan liittyvät tutkimusongelmat:

1.1. Mitkä potilaan, hänen perheensä ja sosiaalisen verkostonsa ominaisuudet ovat yhteydessä hoidon aloittamiseen. Tähän liittyy sekä potilaan sosiaalista ja hoidollista taustaa koskevien ominaisuuksien selvittäminen että potilaan persoonallisuuden, perheen ja sosiaalisen verkoston laadullisten ominaisuuksien selvittäminen.

1.2. Miten perheen ja vastaanottoryhmän vastavuoroinen toiminta vastaanottotilanteessa ilmenee hoidon aloituksessa ja hoitopaikan valinnassa.



## 2. Koevoluution kuvaukseen liittyvät ongelmat:

2.1. Voidaanko perheen ja työryhmän koevoluutio todentaa etsimällä perheen ja vastaanottoryhmän toisiinsa korreloivat ominaisuudet vastaanottokokouksessa.

2.2. Onko rajasysteemin käsite hedelmällinen kuvattaessa perheen ja sairaalan vastavuoroista yhteistyötä.

2.3. Miten perheen ja vastaanottoryhmän välistä koevoluution kuvausta voidaan tämentää siten, että vastaanottotapahtumaa voidaan kehittää vastaamaan kunkin potilaan tapauskohtaisia ominaisuuksia parhaalla mahdollisella tavalla.

## 3. Hoitotapahtumaan liittyvät tutkimusongelmat:

3.1. Ovatko sosiaalisen verkoston ominaisuudet yhteydessä hoidon aloitukseen ja hoitotapahtumiin 4 kuukauden ja 1 vuoden aikana hoidon aloituksesta.

3.2. Näkyykö vastaanottoryhmän ja perheen koevoluution laatu 4 kuukauden ja 1 vuoden kuluttua hoidon aloituksesta.

3.3. Mitä erityisiä hoito-ongelmia syntyy tässä kuvatun hoitokäytännön soveltamisesta 4 kuukauden ja 1 vuoden aikana.

Näiden erityisten tutkimusongelmien kautta tavoitteena on luoda hoitotapahtuman yleiskuva. Liittämällä tämän kuvauksen tiedot teoreettisiin havaintoihin, voidaan saatuja tuloksia välittää.

### 4.3. Tutkimusasetelma

Tutkimusaineistona on kahden kuukauden aikana Keroputaan sairaalaan lähetetyt tai itse tulleet potilaat. Vastoin tahtoaan sairaalaan lähetetyt potilaat (MT 1 -lähete) tulivat sairaalan vastaanotto-osastolle, missä ensimmäinen hoitokokous potilaan ja hänen verkostonsa kanssa pyrittiin järjestämään 24 tunnin kuluessa sisäänkirjoituksesta. Vapaaehtoisesti sairaalaan hakeutuvien potilaiden kanssa vastaanottokokous tapahtui sairaalan poliklinikalla tai potilaan kotona. *Vastaanottoryhmä* päätti sisäänkirjoitetaanko potilas sairaalaan vai järjestääkö poliklinikka kriisihoidon. Poliklinikka toimii myös *kriisiryhmänä* siten, että kaikki sinne tulevat potilaat eivät pyri sairaalaan. Myös nämä potilaat otettiin tutkimusaineistoon mukaan. Tutkimusajankohtana poliklinikan työryhmälle esitetyt konsultaatiokäyntipyynnöt rajattiin tutkimuksen ulkopuolelle. Nämä konsultaatiot liittyivät meneillään olevaan mielenterveystoimiston tai terveystieteiden keskuksen työntekijän tai työryhmän hoitosuhteeseen, eikä niissä pohdittu sairaalaan tuleamista.

Tutkimusaineisto jaettiin tutkimuksessa kahteen ryhmään. *Ryhmä 1.* muodostuu niistä potilaista, jotka poliklinikka hoitaa ilman sairaalaan sisäänkirjoitusta. *Ryhmä 2.* muodostuu sairaalaan sisäänkirjoitetuista potilaista.

Tutkimusaineiston kokoaminen tapahtui syys- ja lokakuussa 1988. Tutkimusajankohta valittiin riittävän pitkän valmisteluajan ja esitutkimusajan turvaamiseksi (esityöt aloitettiin joulukuussa 1987). Toinen peruste tutkimusajankohdaksi on se, että henkilökunnan vuosilomat eivät häiritse tutkimusaineiston keräämistä. Koska tutkimuksen pääosa tapahtui hoitotilanteiden seurannassa, sitoi se suhteellisen suuren määrän pienen sairaalan henkilökunnasta. Tutkimuksen kaikki tutkitut hoitotapahtumat liittyvät sairaalan hoitokäytäntöön.

Tutkimusaineiston seurantatutkimus suoritettiin neljän kuukauden kuluttua hoidon aloituksesta tammi- ja helmikuussa 1989. Tämän lisäksi vuoden kuluttua hoidon aloituksesta syys- ja lokakuussa 1989 koottiin sairaskertomuksista seurantatiedot tutkimusaineiston sairaalahoitomäärästä.

#### **4.4. Tutkimusmenetelmät vastaanottotilanteessa**

##### **4.4.1. Taustamuuttujien kerääminen**

Taustamuuttujia ovat potilaan ikä, sukupuoli, perhesuhteet, sosiaalinen asema, koulutuksen taso, toimeentulon laatu sekä työtilanne tutkimushetkellä. Hoitotapahtumaan liittyviä taustatietoja ovat diagnoosi, aiempien sairaalahoitokertojen määrä yhteensä sekä kahden edellisen vuoden aikana ja aiemmat perhekeskustelut (Liite 1). Taustatiedot kokosi tutkimuksen sihteeri sairaskertomuksesta, lähetteen tiedoista sekä lyhyellä potilaan haastattelulla ennen vastaanottokokouksen alkua.

##### **4.4.2. Yksilöön liittyvät tutkimusmenetelmät**

Vastaanottava työryhmä arvioi potilaan oireiden tason lääkintöhallituksen ohjeiden mukaisesti GAS:n (Global Assessment Scale) asteikolla 0–9 (Sairaalaliitto, 1980). Potilaan tila arvioidaan asteikolla lineaarisesti. Arvio 0 merkitsee huonointa psyykkisen toiminnan tasoa. Potilas tarvitsee tällöin jatkuvasti valvontaa, eikä hän huolehdi lainkaan omasta siisteydestään. Esimerkiksi arviossa 4 potilaalla on mitä tahansa vakavia oireita tai toiminnan huononemista, josta useimmat ammatti-ihmiset arvioisivat potilaan tarvitsevan hoitoa. Arviossa 7 potilaalla saattaa esiintyä vähäisiä oireita ja arkipäivän huolet voivat ajoittain saada yliotteen. Arvio suoritettiin ensimmäisessä kontaktissa tehtyjen havaintojen perusteella. Jos potilas esimerkiksi tuli sairaalaan illalla, ja vastaanottokokous pidettiin seuraavana päivänä, annettiin GAS:n pistemäärä illalla potilaan vastaanottaneen työryhmän havaintojen mukaisesti. Usein GAS:n arviossa pyritään arvioimaan edeltäneen viikon huonoin tilanne (Tuori, 1987). Koska tässä tutkimuksessa keskitytään vastaanottotapahtumaan, niin GAS:n arvio suoritetaan tästä ajankohdasta.

GAS:n asteikon reliabiliteettiä testattiin kahdessa erillisessä arvioissa. Toisen arvion suoritti ylilääkäri Jyrki Keränen haastattellessaan samat potilaat omaa tutkimustaan varten. Hoitavan työryhmän arvion ja Jyrki Keräsen arvion välinen korrelaatio on tilastollisesti erittäin merkitsevä ( $r=0.627; p<.001$ ). Kahden arvion poikkeamat toisistaan olivat korkeintaan yhden pisteen suuruisia. Kahdessa riippumattomassa arviotilanteessa on siis GAS:n asteikkoa käytetty samojen periaatteiden mukaisesti.

Potilaan saamien psyykenlääkkeiden määrä kirjattiin tulotilanteessa neuroleptisten, antidepressiivisten ja anksiolyyttisten lääkkeiden osalta (Achté, Alanen & Tienari, 1981). Neuroleptit muutettiin antipsykoottisen vaikutuksen määrässä vastaamaan klooripromatsiinia (Seppälä, 1987). Samalla tavalla anksiolyyttien annostusmäärä yhdenmukaistettiin (Syvälahti, 1988). Kaikista lääkkeistä ilmoitetaan milligrammamäärä yhden vuorokauden annoksesta. Osastonlääkäri Birgitta Alakare toimi lääkeasioiden asiantuntijana.

Kaikille potilaille suoritettiin psykologinen tutkimus. Testikokoelmaan kuului neljä osiota WAIS:n älykkyydestä (yleinen tietomäärä, aritmeettinen päättely, merkkikoe ja kuutiotehtävä) (Wechsler, 1971) sekä Rorschachin persoonallisuustesti. Älykkyydestestiosoiden tavoitteena oli selvittää yleisluonteisesti potilaan perusälykyys ja siinä mahdollisesti tapahtunut suoritustason lasku. Tällä on myös erotusdiagnostista merkitystä. Rorschachin persoonallisuustestistä arvioitiin sekä kvantitatiiviset että kvalitatiiviset ominaisuudet (Rorschach, 1975; Klopfer & Davidson, 1962; Helsingin yliopiston psykologian laitos, 1965).

Testit suoritettiin tavanomaisen psykologin testikäytännön mukaisesti. Testisuorituksen, tulosten skoorauksen ja tulosten tulkinnan yhdenmukaisuuden varmistamiseksi pyrin itse suorittamaan testaukset. Sairaalan psykologit Markku Sutela (neljä testausta) ja Kauko Haarakangas (kolme testausta) suorittivat kuitenkin muutaman testauksen. Yhden testauksen suoritti mielenterveystoimiston psykologi Kerstin Tuomala. Näiden testausten tulkinnan suoritin itse testipöytäkirjojen perusteella. Testien tulkinnan koulutuksen olen saanut psykologin peruskoulutuksen lisäksi apulaisprofessori Risto Friedin Rorschach diagnostiikan kursseilla (1980; 1982).

Persoonallisuuden ominaisuuksien ja kognitiivisen suoritustason perusteella potilaat diagnosoitiin viiteen eri luokkaan seuraavasti: 1. Ei diagnoosia, 2. neuroottinen persoonallisuus, 3. rajatila-persoonallisuus, 4. psykoottinen persoonallisuus, 5. kroonistunut skitsofrenia. Luokitusasteikkoa käytetään tutkimuksessa järjestysasteikon tasoisesti siten, että luokkaa 1. arvioidaan parhaiten toimivaksi persoonallisuudeksi ja luokkaa 5. suurimpien vaikeuksien persoonallisuudeksi. Tämä luokitus perustuu mm. Tähkän (1979) esittämään teoriaan psyykkisten ongelmien synnyn vaihespesifitydestä.

Testiin valittiin strukturoitu ja strukturoimaton testi yksilön persoonallisuuden eri osien hahmottamiseksi. Testaustilanteessa suoritettiin ensin WAIS:n älykkyydestin osiot ja sen jälkeen Rorschachin testi kokonaisuudessaan. Kustakin taulusta kysely suoritettiin välittömästi. Testin lopuksi testaaaja

pyysi vielä nimeämään äitiä, isää, ahdistusta, pelkoa, rakkautta ja seksiä sekä itseään esittävät taulut.

Diagnoosiluokkiin jakaminen tapahtui yhdistämällä Rorschachin persoonallisuustestin ja WAIS:n älykkyystestin osioiden tulokset. Rorschachin testi oli ensisijainen ja älykkyystestin osioita käytettiin sen tuloksia täydentävänä. Luokittelun odotetaan yleensä perustuvan useamman testin yhtäaikaiseen käyttöön (Antikainen, 1989).

Rorschachin persoonallisuustestistä suoritettiin sekä vastausten skooraus että kvalitatiivinen analyysi. Mattlarin ja Lahtelan (1982) mukaan psykogramman tulkinta antaa poikkileikkauksenomaisen kuvan persoonallisuuden eri puolista. Sisältöanalyysi täydentää tätä ja antaa mahdollisuuden kokonaiskuvan integrointiin. Eri kulttuureja vertailevassa tutkimuksessa Mattlar ja Lahtela (1982) ovat todenneet esimerkiksi vastausten yleisyydessä paljon eroja. Tässä tutkimuksessa pyrin löytämään psykogramma- ja sisältöanalyysissa mahdollisimman yksinkertaiset kriteerit persoonallisuuden luokitteluksi. Tulkinnassa päähuomio kiinnitettiin primaariprosessivastausten ilmenemiseen. Ajattelun primaariprosessit edustavat primitiivisiä päättelyn muotoja. Rorschach (1975) havaitsi psykoottisilla ihmisillä outoja ajatuskulkuja vastauksissa. Holt ja Havel (1965) erottavat näitä useita eri lajeja. Testattava yleensä sekottaa rationaalisen ja irrationaalisen ajattelun yhdessä vastauksessa. Esimerkiksi kontaminaatioksi kutsutussa primaariprosessiajattelun luokassa testattava sekoittaa kaksi eri tason käsitettä samassa vastauksessa. Toinen keskeinen primaariprosessivastausten luokka on erilaiset satuilun (fabulisation) muodot, joissa testattava tekee liiallisia johtopäätöksiä eri ärsykkeistä (Fried, 1982). Tunnusomaista on myös liiallisten affektien liittäminen yhteen vastaukseen ja yleensä sellainen päättelytapa, mihin toisen on vaikea eläytyä.

Persoonallisuuden diagnoosiluokituksen pohjana oli rajatila ja akuutin psykoosin luokkien erottaminen toisistaan. Useissa eri Rorschachin testejä koskevissa tutkimuksissa (Singer, 1977; Antikainen, 1989) on havaittu rajatilapotilaiden esittävän testissä primaariprosessivastauksia. Heidän on todettu anatavan jopa skitsofreniapotilaita oudompia vastauksia (Antikainen, 1989). Rajatilapotilaat eivät testitilanteessa näytä olevan tietoisia vastaustensa kummallisuudesta, kun psykoottiset potilaat saattavat vastauksia esittäessään olla hämillään. Tärkein rajatila ja skitsofreniapotilaita erotteleva tekijä on se, että strukturoidussa testissä (WAIS:n älykkyystesti) rajatilapotilaiden suoritukset ovat hyviä ja tasaisia. Psykoottisilla potilailla älykkyystestin suoritus heikkenee ja tulee epätasaiseksi. Rajatilapersonallisuuden ja psykoottisen persoonallisuuden keskeisenä erottelijana käytettiin tässä yhteydessä WAIS:n osioiden suorituksen vertailua Rorschachin persoonallisuustestiin. Kummassakin luokassa esiintyi primaariprosessiajattelua. Psykoottisilla potilailla WAIS:n suoritus-taso oli heikentynyt.

Psykoottisista vastauksista eroteltiin kroonistunut skitsofrenia, jos Rorschachin persoonallisuustestin vastaukset olivat selvästi köyhtyneet ja WAIS:n älykkyystestin osioiden suoritukset epätasaiset.

Neuroottisen persoonallisuuden luokassa ei esiintynyt primaariprosessivastauksia eikä WAIS:n suoritustason merkittävää laskua. Neuroottisen persoonallisuuden kriteerinä olivat erilaiset shokkivastaukset (Klopfer & Davidson, 1962). Aluksi pyrin erottelemaan neuroottisen persoonallisuuden vastauksista depressiovastaukset. Depression kriteerinä oli vastausten jähmeys ja liikkeen puuttuminen, vastausten määrän vähäisyys ja vastauksista kieltäytyminen. Rorschachin mukaan (1975) neuroottiset ihmiset torjuvat sisäisiä ristiriitojaan, mikä saattaa johtaa vastauksen estymiseen. Tällaisia testituloksia ei kuitenkaan ollut kuin kaksi. Tulosten käsittelyssä ne on yhdistetty neuroottisen persoonallisuuden luokkaan, jossa on yhteensä viisi havaintoa. Kaikki testatut potilaat sijoittuivat joihinkin näistä luokista. Yhtään tapausta ei jäänyt ilman diagnoosia luokkaan.

Edellä esitetyn perusteella Rorschachin yleisdiagnoosiksi kutsutun muuttujan kriteerit ovat yhteenvetona seuraavat:

**Luokka 5 (kroonistunut skitsofrenia):**

- WAIS:n tason taantuma ja vaihtelut osioittain.
- Rorschachin testissä köyhtynyt tuotos, missä ei juuri liikevastauksia.
- (Selviä psykoottisia oireita).

**Luokka 4 (psykoottinen persoonallisuus):**

- WAIS:n osioissa voimakkaita vaihteluja tai suoritusvaikeuksia.
- Rorschachin vastauksissa elävyyttä enemmän kuin edellä, mutta mukana primaariprosessivastauksia.
- (Psykoottisia oireita)

**Luokka 3 (rajatilapersonoallisuus):**

- WAIS:n suoritus tasainen, eivätkä psyykkiset ongelmat vaikuta suoritukseen.
- Rorschachissa elävyyttä, mutta mukana primaariprosessivastauksia.
- (Ei psykoottisia oireita, vaikka sellaisten epäilyä voi olla)

**Luokka 2 (neuroottinen persoonallisuus):**

- WAIS:n suorituksessa ei merkitsevää tason laskua, vaikka esimerkiksi ahdistuneisuus saattaa vaikeuttaa suoritusta.
- Rorschachin vastauksissa varjostus- ja värishokkivastauksia.
- (Neuroottisia oireita, kuten ahdistus, masennus, jännittäminen)

**Luokka 1 (ei diagnoosia):**

- WAIS:n suoritus tasainen, ei tasonlaskua.
- Rorschachin vastauksissa ei shokkireaktioita, vaan päinvastoin mukana monipuolisesti erilaisia ratkaisutapoja.
- (Ei oireita, tai vähän kriisiin liittyvää ahdistusta tai masennusta).

Edellä mainittua luokitusta käytettiin siten, että kummankin ehdon tuli olla voimassa samanaikaisesti. Sen sijaan oireiden esiintymistä käytettiin vain ehdollisesti siten, että testien

tulokset saattoivat kumota oireiden merkityksen. Aineistossa oli esimerkiksi potilas, jolla ei ollut psykoottisia oireita, mutta testien tuotos oli köyhtynyt. Tämä tapaus kirjattiin kroonistuneeksi skitsofreniaksi. Toisessa tapauksessa näytti olevan psykoottisen apaattista ja taantunutta käyttäytymistä, mutta testien tulos kertoi henkisistä voimavaroista. Tämä kirjattiin rajatilapersoonallisuudeksi.

#### **4.4.3. Työryhmän ja perheen välisen koevoluution arviointi**

Perheen ja vastaanottavan työryhmän toiminnan toisistaan riippuvuutta mitattiin arvioimalla samanaikaisesti perheen sisäistä ja työryhmän sisäistä vuorovaikutusta. Arviointiasteikot muodostettiin samankaltaisiksi Olsonin vuorovaikutuksen ympyrämallin pohjalta. Kummastakin arviosta saatujen tietojen keskinäinen riippuvuus testattiin tilastollisesti regressioanalyysillä.

Jokaista vastaanottokokousta seurasi kaksi arvioitsijaa. Toinen seurasi perheen vuorovaikutusta ja toinen työryhmän sisäistä vuorovaikutusta. Sekä perheen vuorovaikutuksen arvioitsijat (osastonlääkäri, LL Birgitta Alakare ja psykologi, YK Markku Sutela) että työryhmän vuorovaikutuksen arvioitsijat (osastonlääkäri, LL Pirjo Saastamoinen ja Jaakko Seikkula) valmentautuivat tutkimukseen samalla tavalla. Opiskelimme seminaarissa Olsonin mallin taustateoriaa ja käsitteitä. Tämän jälkeen katsoimme yhdessä keskustellen ja yhteisymmärrykseen pyrkien viisi vastaanottokokouksen videonauhoitusta. Ennen tutkimuksen alkua arvioimme vielä riippumattomasti yhden nauhoituksen alustavan arvioiden yhdenmukaisuuden varmistamiseksi.

Kaikki arvioitsijat voidaan luokitella kokeneiksi perheterapeuteiksi. Markku Sutela ja Jaakko Seikkula ovat suorittaneet Suomen Mielenterveysseuran erityistason perheterapiakoulutuksen ja toimivat perheterapiakouluttajina. Birgitta Alakare ja Pirjo Saastamoinen olivat tutkimusajankohtana suorittaneet vastaavasta koulutuksesta jo 2/3. He ovat toimineet perhekeskeisessä hoitotyössä yli viisi vuotta.

#### **4.4.4. Perheen vuorovaikutuksen arviointi**

Perheellä tässä tutkimuksessa tarkoitetaan avio- tai avoparin ja lasten muodostamaa kokonaisuutta. Perhearvio suoritettiin myös sellaisista perheistä, joissa kaikki perheenjäsenet eivät asuneet samassa taloudessa.

Perheen vuorovaikutusta tutkittiin Olsonin kehittämän vuorovaikutuksen ympyrämallin pohjalta (*Clinical Rating Scale*–CRS) (Olson, McCubbin, Barnes, Larsen, Muten & Wilson, 1985). Arvioitsija antaa pistemäärän 1–8 kullekin arviointilomakkeessa olevalle osiolle. Osiot muodostavat kolme akselia, (1) koossapysyvyyden (cohesion), (2) sopeutuvuuden (adaptability) sekä (3) kommunikaation akselit. Koossapysyvyyden ja sopeutuvuuden akseleiden osiot ovat "käyräviivaisia" (curvilinear) siten, että parhaiten toimivan perheen arvioidaan sijoittuvan kahteen keskimmaiseen luokkaan (pistemäärät 3–6, kun kullakin luokalla on kaksi pistemäärää) ja huonosti toimivan perheen äärimmäisiin päihin (pistemäärät 1 ja 2 sekä 7 ja 8) (Olson, Russell & Sprenkle, 1983). Kommunikaation akselin pistemäärät ovat 1 – 6. Ne ovat lineaarisia siten, että huonoin kommunikaatio saa pistemäärän 1 ja paras kommunikaatio pistemäärän 6. Kuviossa 3 on esitetty Olsonin ympyrämallin koossapysyvyyden ja sopeutuvuuden akselit sekä kummankin akselin neljä luokkaa. Kommunikaatio on perheen vuorovaikutuksen helpottava ominaisuus, eikä sitä merkitä tälle akselistolle.

Koossapysyvyyden ja sopeutuvuuden akseleiden pistemäärä saadaan kummankin akselin *osioiden moodiluvusta*. Perheen koossapysyvyyttä edustaa siis koossapysyvyyden osioissa useimmin esiintyvä luku, sopeutuvuutta taas sopeutuvuuden osioiden useimmin esiintyvä luku. Samoin kommunikaation kokonaisarvio saadaan osioiden moodiluvusta. Liitteessä 2 on esitetty arviointiskaalan (CRS) perusteet.





saattaa kuitenkin johtaa vaikeuksiin ehkäisemällä perheenjäsenten yksilöitymistä (Olson ym., 1983). Perheen koossapysyvyyttä arvioidaan tarkkailemalla perheenjäsenten emotionaalista sitomista, toisten asioihin puuttumista, aviosuhdetta, vanhempien ja lasten välisiä koalitioita sekä perheen sisäisiä ja ulkoisia rajoja.

*Perheen sopeutuvuus* (Olson nimittää tätä akselia myös perheen muutos akseliksi – change) määritellään avioliiton tai perhesysteemin kyvyksi muuttaa valtarakennettaan, roolisuhteitaan ja suhteiden sääntöjä akuutin tilanteen tai perheen kehitysvaiheen aiheuttamassa stressissä. Sopeutuvuus mittaa perheen muutoskyvyn astetta (1) jäykäksi, (2) strukturoiduksi, (3) joustavaksi tai (4) kaoottiseksi. Sopeutuvuutta arvioidaan tarkkailemalla perheen johtajuutta, sisäisen neuvottelun laatua, kuria, rooleja ja sääntöjä. Suurin sopeutuvuus saa arvon 4 (kaoottinen). Tällainen perhe saattaa oletuksen mukaan joutua vaikeuksiin, koska se pyrkii jokaiseen uuteen tilanteeseen etsimään uudet ratkaisut eikä säilytä omaa rakennettaan.

*Perheen kommunikaatio* määritellään vuorovaikutusta helpottavaksi tekijäksi. Hyvä kommunikaatio auttaa avioparia tai perhettä liikkumaan kahdella rakenteellisella akselilla. Hyvät kommunikaatiotaidot (empatia,huomioiva kuuntelu, tukea antavat kommentit) auttavat perheenjäseniä jakamaan toistensa kanssa muuttuvat tarpeet koossapysyvyyden ja muutoskyvyn määrittelemissä asioissa. Negatiiviset kommunikaatiotaidot (kaksoisviestit, kaksoissidokset, kriittisyys) rajoittavat tunnekokemusten jakamista ja liikkumista kahdella rakenteellisella akselilla.

Yllä esitetyn ympyrämallin akseleiden pohjalta on myös kehitetty perheenjäsenille esitettävä kyselykaavake, josta uusin muoto on FACES III (Olson ym., 1985). Kliinisen arvion lisäksi potilas ja muut perheenjäsenet täyttivät FACES III kyselykaavakkeen, missä he arvioivat oman perheensä vuorovaikutusta (Liite 4).

Haastattelutilanteessa arvioitsija huomioi sekä perheenjäsenten kertomuksen omasta elämästään että kokouksessa tapahtuvan vuorovaikutuksen. Koossapysyvyyden ominaisuuksia selvitettyä haastattelija kysyi perheen ajankäytöstä. Perhettä voidaan pyytää kuvaamaan tavanomaisen viikonlopun kulku. Perheen vuorovaikutuksen rakennetta selvitettiin kuitenkin pääasiassa käsittelemällä ongelmien ilmenemistä sekä perheen historiaa.

*Irrallisen* perheen jäsenet viettävät aikaansa paljon erillään perheestä, eivätkä toisten perheenjäsenten tekemiset vaikuta toisten käyttäytymiseen. *Erillisessä* perheessä vietetään myös paljon aikaa erillään toisista, mutta selvä yhteenkuuluvuuden tunne on havaittavissa. Esimerkiksi perheenjäsenet ovat kiinnostuneita toistensa tekemisistä, vaikka vanhemmat ja lapset eivät liiku paljon yhdessä. *Yhtenäisessä* perheessä yhteenkuuluvuus määrää yksittäisten perheenjäsenten käyttäytymistä. Esimerkiksi yhden perheenjäsenen ratkaisut tehdään yhdessä neuvotellen. *Kietoutuneessa* perheessä ovat sukupolvien väliset rajat hämärtyneet ja voimakas lojaalisuus esimerkiksi jompaa kumpaa vanhempaa kohtaan estää lapsia eriytymästä.

*Kietoutuneen* luokkaan merkittiin sellaiset perheet tai avioparit, joissa yhden perheenjäsenen ahdistus valtasi muutkin perheenjäsenet. Näissä perheissä joku perheenjäsen saattoi hyvin tarkkaan kuvata potilaan tunnetiloja ikäänkuin tämän sisälle tunkeutuen. Sen sijaan *irrallisessa* perheessä näytti usein siltä, ettei yhden perheenjäsenen ahdistus tai selittämätön käyttäytyminen aiheuta muissa minkäänlaista ahdistusta. Tällaisissakin perheissä saatettiin hyvin tarkkaan kertoa potilaan tekemisiä, mutta kertomukset olivat kuin ulkopuolisia raporteja, joissa potilaan tekemiset leimattiin sairaiksi.

Olsonin ympyrämalliin liittyvän oletuksen mukaisesti ne perheet, joilla on ollut paljon kriisejä eri elämäntilanteissa todennäköisesti sijoittuvat sopeutuvuuden akselin päihin. Keskeisinä asioina huomio kiinnittyi usein perheen johtajuuden ja neuvottelun tapoihin. *Kaoottisissa* perheissä keskustellaan paljon, mutta keskustelusta näyttää puuttuvan järjestys. Ongelmien ratkaisut saattavat syntyä selittämättömistä syistä. Jonkun vastalause saattaa aiheuttaa sen, että juuri tehty päätös otetaan uudelleen käsittelyyn. Sen sijaan *jäykässä* perheessä neuvottelua ei juuri tapahdu, vaan kommunikaatiossa saatetaan vain vahvistaa perheen johtajan sanominen. *Strukturoidun* perheen toiminta tapahtuu ennakkosuunnitelmien mukaisesti, kuitenkin tilanteen vaatiessa joustavasti. Johtajuus on selvästi tilanteesta toiseen vanhemmilla, mutta lapsia kuullaan päätöksenteossa. *Joustavasti* sopeutuva perhe taas neuvottelee paljon ja tasavertaisesti. Kussakin erityisessä tilanteessa ja ongelmassa päästään tällä tavalla kaikkia kuulleen ratkaisuun.

Arvioitsija tarkkaili kommunikaatiota vastaanottokokouksen vuorovaikutuksen perusteella. Positiiviset kommunikaatioarviot tulivat sellaisesta käyttäytymisestä, mihin sisältyi selvät ja ristiriidattomat viestit, tukevat ja kannustavat lausunnot ja empatia. Negatiiviset arviot sisälsivät paljon arvostelevia ja tyhjäksi tekeviä lausuntoja, ymmärryksen puuttumista, toisen sanomisen huomiotta jättämistä sekä kahden tai useamman vastakkaisen viestin välittämistä yhtäaikaan (kaksoissidos). Huonosti kommunikoivassa perheessä kukin perheenjäsen puhuu toisista välittämättä omasta teemastaan. Hyvin kommunikoivassa perheessä perheenjäsenet ikäänkuin ruokkivat keskustelussa toinen toisiaan keskusteltavan teeman eteenpäinviemiseksi.

#### 4.4.5. Työryhmän vuorovaikutuksen arviointi

Työryhmän sisäinen vuorovaikutus arvioitiin vastaanottokokouksessa Olsonin mallin akseleilla. Perhettä koskevasta mallista on kehitetty tätä tutkimusta varten sopivat osiot valiten työryhmän toiminnan arviointimalli. Työryhmän koossapysyvyyttä kuvaavat toisten asioihin puuttuminen (involvement), sisäiset rajat ja ulkoiset rajat. Työryhmän sopeutuvuutta kuvaavat samat osiot kuin

perheelläkin. Nämä ovat johtajuus–kontrolli, kuri, neuvottelu, roolit ja toiminnan säännöt. Työryhmän sisäinen kommunikaatio arvioitiin samalla skaalalla kuin perheen kommunikaatio.

*Työryhmän koossapysyvyydellä* mitataan sitä, kuinka kiinteästi työryhmän jäsenet pyrkivät toimimaan ryhmänä (1) irrallisen, (2) erillisen, (3) yhtenäisen ja (4) kietoutuneen asteikolla. Irrallisesti toimivan työryhmän jäsenet toimivat kukin itsenäisesti toisistaan riippumatta keskittyen haastattelussa vain perheeseen. Kietoutuneeksi määritellään sellainen työryhmä, jonka vuorovaikutuksen määrää työryhmän sisäiset tunnekokemukset. Rajasysteemin teorian pohjalta on tehty oletus, että erillisesti ja yhtenäisesti toimivat työryhmät toimisivat optimaalisesti kussakin tilanteessa. Tällaiset työryhmät pyrkivät luomaan työryhmän ja perheen yhteistä ymmärrystä ongelmasta.

*Työryhmän sopeutuvuudella* mitataan työryhmän kykyä muuttaa toimintatapaansa tilanteen vaatimalla tavalla vastaanottokokouksessa. Asteikkona on (1) jäykkä, (2) strukturoitu, (3) joustava ja (4) kaoottinen. Jäykästi toimiva työryhmä toimii samalla tavalla tilanteen vaihteluista huolimatta. Kaoottisesti toimiva työryhmä ei löydä työskentelyssään "punaista lankaa", jolloin perhe johtaa tilannetta. Oletuksen mukaan strukturoidusti ja joustavasti toimivat työryhmät reagoivat optimaalisesti kuhunkin tilanteeseen. Tällainen työryhmä pystyy keskenään neuvotellen sekä johtajuuttaan ja roolejaan joustavasti vaihdellen sopeutumaan vastaanottokokouksen käännteisiin.

*Työryhmän kommunikaatio* on helpottava tekijä työryhmän koossapysyvyyden kehittämisessä. Se auttaa myös työryhmän jäseniä jakamaan havaintojaan ja kokemuksiaan vastaanottotilanteeseen sopeutumisen parantamiseksi (Työryhmän toiminnan arviointiperusteet esitetään liitteessä 3).

Työryhmän sisäistä vuorovaikutusta arvioitiin työryhmän käyttäytymisen perusteella. Työryhmän koossapysyvyyden arvion keskeisimmäksi tekijäksi nousi se, oliko työryhmä valmis keskenään pohtimaan havaintojaan kokouksen aikana. *Irrallisessa työryhmässä* yksi työryhmän jäsen suoritti perhehaastattelun keskittyen perheen ongelmaan ja vuorovaikutukseen. Muut työryhmän jäsenet olivat usein hiljaa tai antoivat vain haastattelijaa tukevia lausuntoja. *Kietoutunut työryhmä* sen sijaan keskittyi alusta lähtien vain omiin havaintoihinsa ja keskinäiseen keskusteluun. *Optimaalisesti toimiva työryhmä* pyrki rakentamaan yhteyden perheen ja itsensä välille. Pääasiallinen tiedon lähde oli perheessä, mutta työryhmän jäsenet pyrkivät keskenään jatkuvasti käsittelemään kuulemaansa ja näin koko ajan antamaan myös perheelle enemmän mahdollisuuksia ongelman ymmärtämiseen. Etukäteistieto tai ennakkosuunnitelma ei sitonut työryhmään, vaan tilanteen mukaan se saattoi muuttaa kantansa esimerkiksi hoitopaikasta.

Työryhmän sopeutuvuuden arvioinnissa huomio kiinnittyi pääasiassa johtajuuteen ja keskinäiseen neuvotteluun. *Kaoottisesti* toimiva työryhmä ei tuntunut pääsevän mihinkään ratkaisuun, vaan pyöritti keskinäisessä keskustelussa asiaa. Kokous saattoi pitkittyä. *Jäykässä työryhmässä* päätökset syntyivät neuvottelematta lähinnä yhden auktoriteetin esityksen mukaisesti. Näissä työryhmissä saattoi kokouksen jälkeen syntyä paljonkin keskustelua ja kritiikkiä tehdystä päätöksestä. *Op-*

*timaalisesti muutokseen sopeutuva työryhmä* neuvotteli ja vaihtoi esimerkiksi johtajuuttaan tarvittaessa. Työryhmässä saattoi olla yksi johtaja, mutta tämä ei rajoittanut keskustelua, vaan toi järjestystä työskentelyyn. Tällainen johtaja myös herätti työryhmän sisäistä keskustelua kyselemällä toisten havaintoja ja "ihmettelemällä" havaitsemaansa.

Työryhmän kommunikaatiossa päähuomio kiinnittyi siihen, kuinka eri työryhmän jäsenten lausunnot huomioitiin ja kuinka ne vaikuttivat tapahtumien kulkuun. Hyvän kommunikaatioarvion saaneessa työryhmässä työryhmän jäsenet "auttoivat" toisiaan keskustelussa esimerkiksi selventäen jonkun toisen työryhmän jäsenen epäselväksi jäänyttä lausuntoa. Työryhmän jäsenten kommentit myös liittyivät käsiteltyyn teemaan, kun huonossa kommunikaatiossa työryhmän jäsenten kommentit vaihtelivat asiasta toiseen.

Työryhmän jäsenet vastasivat hoitokokouksen jälkeen lomakkeella muutama kysymykseen, joissa käsitellään työntekijän käsitystä kokouksen vuorovaikutuksen laadusta ja määrästä sekä oman ymmärryksen lisääntymisestä tämän vastaanottokokouksen aikana. Työryhmän jäsenet täyttivät lomakkeen toisistaan riippumatta (Liite 5).

Vaikka työryhmän toimintaa arvioidaan perheen vuorovaikutusmallista kehitetyllä menetelmällä, ei työryhmää ja perhettä pidetä samanlaisina systeemeinä. Perheellä on pitkä kehityshistoria, kun taas työryhmä on "historiaton", vain tätä vastaanottotilannetta varten koottu ryhmä. Työryhmän yksi tärkeä tehtävä on jokaisessa kokouksessa rakentaa itselleen säännöt, jotka tekevät siitä ryhmän. Mittareiden samankaltaisuudella pyritään tekemään mahdolliseksi perheen ja työryhmän toisiinsa vaikuttamisen arviointi.

#### **4.4.6. Perhearvion reliabiliteetti**

Perheen vuorovaikutuksen kliinisen arvion suoritti yksi työntekijä seuraamalla vastaanottokokousta joko videoiden kautta tai samassa huoneessa. Nämä arvioinnit suoritti lääkäri Birgitta Alakare ja psykologi Markku Sutela. Arviointien yhtäpitävyys on testattu siten, että tutkimusaineistosta arvottiin 10 potilaan vastaanottokokouksesta tehdyt videonauhoitukset. Näistä nauhoituksista kaksi perheen vuorovaikutuksen arvioijaa teki toisistaan riippumatta omat arvionsa. Tehdyt arviot muutettiin arviointiasteikolla järjestysasteikon tasoiseksi siten, että Olsonin mallin koossapysyvyyden ja sopeutuvuuden akseleiden ääripäät sijoitettiin peräkkäin.

### PERHEEN KOOSSAPYSYVYYS

Irrallinen		Kietoutunut		Erillinen		Yhtenäinen	
1	2	3	4	5	6	7	8

### PERHEEN SOPEUTUVUUS

Jäykkä		Kaoottinen		Joustava		Strukturoitu	
1	2	3	4	5	6	7	8

Irrallinen ja jäykkä luokat on siis arvioitu huonoimmiksi vuorovaikutuksen tavoiksi ja yhtenäinen ja strukturoitu luokat parhaimmiksi vuorovaikutustavoiksi perheissä. Erityisesti huonoa vuorovaikutusta osoittavan pään kohdalla tämä muutos on ongelmallinen. Tilastollisen jakauman mukaan kuitenkin (suorat jakaumat, liite 9) kaikissa käytettävissä osioissa irrallinen luokka koossapysyvyyden akselilla saa vähemmän havaintoja kuin kietoutunut luokka. Sopeutuvuuden akselilla perheen roolien ja sääntöjen osioissa on kaoottisia havaintoja enemmän kuin jäykkää. Jakaumien noudattaessa näin enemmän normaalijakaumaa tulevat laskutoimitukset luotettavimmiksi. Perheiden huonon vuorovaikutuksen laadun arviointi kietoutuneeksi tai irralliseksi (jäykäksi tai kaoottiseksi) ei kuitenkaan ole tämän muutoksen jälkeen mahdollista. Tulosten käsittelyn yhteydessä ei kietoutunutta ja irrallista (jäykkää ja kaoottista) eroteta toisistaan.

Työryhmän toimintaa kuvaavien muuttujien kohdalla ei näin voinut kuitenkaan menetellä, koska näiden muuttujien suorat jakaumat poikkesivat perhemuuttujista siinä, että arvoihin 7 ja 8 tuli vain muutama havainto. Monessa muuttujassa nämä työryhmän koossapysyvyyden kietoutuneisuutta ja muutokseen sopeutumisen kaoottisuutta kuvaavat luokat saivat yhteensä vain yhden havainnon. Nämä arvot yhdistettiin ja asetettiin akselin alkuun. Näin nämä arvot kuvaavat kunkin työryhmämuuttujan huonointa käyttäytymistä. Akselit ovat muutoksen jälkeen seuraavanlaisia:

### TYÖRYHMÄN KOOSSAPYSYVYYS

Kietoutunut		Irrallinen		Erillinen		Yhtenäinen	
2	3	4	5	6	7	8	

### TYÖRYHMÄN SOPEUTUVUUS

Kaoottinen		Jäykkä		Strukturoitu		Joustava	
2	3	4	5	6	7	8	

Olsonin (1983) mukaan mallin ääripäät edustavat huonosti selviytymistä ja keskialueet parasta selviytymistä. Näin ääripäät on perusteltua sijoittaa akselin alkuun. Perhesysteemin toiminnan kannalta ääripäiden ominaisuuksien kesken on usein vaikea löytää eroa. Niillä ei ole todettu olevan perheiden ongelmia erottelevaa merkitystä (Hoffman, 1981). Hoffmanin mukaan usein esimerkiksi irralliselta näyttävän toiminnan taustalla on hyvin voimakkaat kietoutuneet tunteet.

Friedman, Utada ja Morrissey (1987) vertasivat huumeongelmaperheiden itsearviota (FACES) kokeneiden perheterapeuttien arvioihin. Kun perhe arvioi itsensä jäykäksi tai irralliseksi, näkivät arvioitsijat nämä perheet usein kietoutuneina ja kaoottisina. Arviointiskaala näyttää siis selvästi erottelevan huonosti toimivat perheet, mutta huonon toiminnan laadulla ei eri päissä ole ilmeisesti paljonkaan eroa mitattaessa sitä Olsonin ympyrämalliin kehitetyillä mittareilla. Tilastollisen käsittelyn mahdollistamiseksi on perhettä ja työryhmää kuvaavat huonot arvot pantu eri järjestykseen. Tässä analyysissä ääripäitä käsitellään nimenomaan huonon käyttäytymisen ominaisuutena, ei niinkään niiden sisältöä kuvaavilla nimillä.

Tutkimustulosten mukaan akselit suuntautuvat suoraviivaisemmiksi, kuin Olson itse on olettanut. Parhaiten toimivat perheet saavat useammin perusakseleilla arvot 5 ja 6 kuin 3 tai 4 (Pratt & Hansen, 1987; Olson, 1986). Tämän vuoksi on perusteltua pitää erillinen – yhtenäinen ja toisaalta sktrukturoitu – joustava tässä järjestyksessä.

Riippumattomasti toistettujen mittausten yhtäpitävyyden tilastollinen merkitsevyys testattiin yksisuuntaisella varianssianalyysilla. Testi laskee ensin kymmenen havaintoyksikön kohdalla toistettujen mittausten keskiarvojen erotukset. Näistä ohjelma laskee puolitusreliabiliteetin toistettujen mittausten välillä. Puolitusreliabiliteettiin on tehty Spearman – Brownin korjaus. Seuraavassa taulukossa esitetään puolitusreliabiliteetin arvot.

**TAULUKKO 1. Perheen vuorovaikutuksen ja työryhmän vuorovaikutuksen arvioitsijoiden reliabiliteettikertoimet**

KOSSAPYSYVYYS	PERHE		TYÖRYHMÄ	
	r	p-arvo	r	p-arvo
<i>Emotionaalinen sitominen</i>	0.802	.013		
<i>Puuttuminen toisen asioihin</i>	0.728	.037	0.862	.004
<i>Aviosuhde</i>	0.918	.031		
<i>Vanhempi-lapsi koalitia</i>	0.744	.036		
<i>Sisäiset rajat</i>	0.792	.016	0.920	.002
<i>Ulkoiset rajat</i>	0.733	.023	0.964	.000
<i>Koossapysyvyyden kokonaisarvio</i>	0.784	.017	0.920	.002
<b>SOPEUTUVUUS MUUTOKSIIN</b>				
<i>Johtajuus</i>	0.897	.010	0.920	.001
<i>Neuvottelu</i>	0.900	.002	0.658	.087
<i>Roolit</i>	0.906	.002	0.923	.001
<i>Säännöt</i>	0.954	.000	0.881	.004
<i>Sopeutuvuuden kokonaisarvio</i>	0.829	.008	0.932	.001
<b>KOMMUNIKAATIO</b>				
<i>Teemassa pysyminen</i>	0.564	.123	0.923	.004
<i>Kunnioitus ja huomiointi</i>	0.889	.002	0.423	.242
<i>Kommunikaation selkeys</i>	0.627	.080	0.725	.035
<i>Ilmaisun vapaus</i>	0.842	.018	0.925	.002
<i>Empatia</i>	0.929	.001	0.516	.180
<i>Huomioiva Kuuntelu</i>	0.850	.005	0.872	.004
<i>Puhuminen omasta puolesta</i>	0.494	.217	1.000	.000
<i>Puhuminen muitten puolesta</i>	0.300	.303	0.908	.001
<i>Tunkeutuminen toisten alueelle</i>	0.853	.005	0.576	.126
<i>Kommunikaation kokonaisarvio</i>	0.990	.000	0.908	.001

Taulukosta 1 ilmenee, että arvioitsijoiden havainnot vastaavat toisiaan hyvin koossapysyvyyden ja sopeutuvuuden akseleilla. Kommunikaation arvioinnin yhtäpitävyydessä on enemmän ongelmia. Kaikki kolmen akselin kokonaisarviot ovat käytännössä täysin yhtäpitäviä. Vaikka kaikkien osioiden korrelaatiot eivät ole tilastollisesti merkitseviä, ovat korrelaatiot kuitenkin selvästi positiivisia.

Tutkimuksessa eniten käytettävien osioiden reliabiliteetit ovat tilastollisesti merkitseviä jo näin pienellä otannalla (N=10 kpl). Perheen koossapysyvyyden akselilla aviosuhde ja vanhempi-lapsi koalitia osioihin tuli niin paljon puuttuvia tietoja, ettei niiden käyttö ole tarkoituksenmukaista. Kommunikaation akselilla teemassa pysyminen, kommunikaation selkeys, puhuminen omasta puolesta sekä puhuminen muitten puolesta eivät saaneet tilastollisesti merkitsevää reliabiliteettia. Näitä osioita lukuunottamatta voidaan reliabiliteettia pitää riittävänä.

#### 4.4.7. Työryhmäarvioiden reliabiliteetti

Arviointien reliabiliteetti laskettiin tutkimusaineistosta. Perheen arvioista arvottiin 10 videonauhoitusta, joista tutkijat suorittivat riippumattomat arviot. Työryhmän arviointien luotettavuuden määrittelyssä ei näin voinut menetellä, koska arvioinnit jakautuivat epätasaisesti. Pirjo Saastamoinen suoritti 10 vastaanottokokouksen arvioinnin ja Jaakko Seikkula 60. Reliabiliteettimittauksen 10 tapausta valittiin siten, että tämän tutkimuksen tekijä arvioi kaikki videonauhoitetut Pirjo Saastamoisen alunperin suorittamat arviot (yhteensä viisi nauhoitusta). Tämän lisäksi Pirjo Saastamoinen arvioitsi viisi arvalla valittua videonauhoitusta.

Taulukossa 1 on esitetty samaan aikaan perheen arvion reliabiliteetin kanssa työryhmäarvioiden reliabiliteetit. Arvioiden reliabiliteetti-arvot ovat kauttaaltaan hyvin korkeat. Työryhmäarvioiden reliabiliteettikertoimet ovat korkeammat kuin perhearvioiden reliabiliteetit ilmeisesti siksi, että työryhmäarvioiden skaala on kapeampi kuin perhearvioiden.

Taulukko 1:n perusteella työryhmän sopeutuvuuden akselilla neuvottelun osio sekä työryhmän kommunikaation akselilla kunnioituksen ja huomioinnin, empatian ja tunkeutuminen toisen alueelle osiot ovat reliabiliteetiltään heikkoja. Muilta osin reliabiliteetti on riittävän korkea.

#### 4.4.8. Sosiaalisen verkoston mittaus

Sosiaalisen verkoston analyysimenetelmänä käytettiin Cohenin ja Sokolovskyn (1979) alunperin kehittämää verkostanalyysin profiilia (Network Analysis Profile) skaalaa. Tämä mallin pohjalta Lipton ym. (1981) kehittivät omaa tutkimustaan varten sosiaalisen verkoston analyysimenetelmän. He vertasivat ensimmäistä kertaa sairaalaan sisäänkirjoitettuja psykoottisia potilaita useamman kerran sairaalassa olleisiin skitsofreniapotilaisiin. Tällä menetelmällä löytyi selvät erot näiden kahden ryhmän sosiaalisen verkoston ominaisuuksissa.

Verkoston analyysissa huomioidaan kaksi pääkriteeriä – verkoston rakenteelliset ja verkoston vuorovaikutukselliset ominaisuudet. *Verkoston rakenteellisia* ominaisuuksia ovat:

1. Verkoston koko – kuinka monta yksilöä kuuluu egon verkostoon (termi ego merkitsee tässä yhteydessä verkostokartan piirtäjää).
2. Verkoston tiheys – ajankohtaisten suhteiden määrän suhde potentiaalisesti mahdollisiin suhteisiin.
3. Verkoston taso – kaikkien verkostossa olevien ihmisten keskimääräinen suhdemäärä toisiin verkoston jäseniin.

*Verkoston vuorovaikutukselliset kriteerit* ovat seuraavat:

4. Sosiaalisten kontaktien määrä yhden viikon aikana.



5. Kahdenkeskisessä suhteessa tulevan tuen suunta. Välineellinen suhde antaa tuen egosta toiseen ihmiseen, vastavuoroinen suhde tuo tuen kummallekin osapuolelle ja riippuva suhde tuo tuen toiselta ihmiseltä egolle.

6. Vuorovaikutuksellinen sisältö erottelee suhteiden materiaaliset ja ei-materiaaliset piirteet.

7. Suhteiden monipuolisuus (multiplexity) kuvaa sitä, onko egon suhteessa toisiin mukana vain yksi vuorovaikutuksen ominaisuus vai onko siinä useampia ominaisuuksia.

Verkostoston analyysin kaavake on esitetty liitteessä 6.

Sosiaalisen verkoston analyysin suorittivat osastoilla ja sairaalan poliklinikalla olevat tutkimuksen yhdyshenkilöt hoitojakson aikana. Potilasta pyydettiin piirtämään verkostokartta, jonka pohjalta hoitaja haastatteli potilaan. Verkostokartan piirtämisessä on noudatettu Klefbeckin ym. (1988b) esittämää tapaa. Klefbeckin johtama ryhmä on antanut myös koulutusta tutkijoillemme kartan piirtämisessä.

Verkostokartan piirtäjää pyydetään ensin listaamaan kuhunkin neljään lohkoon kuuluvat hänelle tärkeimmät ihmiset. Hänen tulee sijoittaa kartassa hänestä itsestään sopivalta tuntuvan etäisyyden päähän. Tämän jälkeen hän yhdistää viivalla ne verkostokartan ihmiset, jotka ovat tekemisissä toistensa kanssa. Jos potilas ei itse pystynyt piirtämään paperille, teki haastattelija merkinnät verkostokartalle keskustelun pohjalta. Analyysin yhdenmukaisuuden varmistamiseksi suoritin itse lomakkeen skoorauksen yhteistyössä yhdyshenkilöiden kanssa verkostokartan pohjalta.

#### 4.5. Seurantatutkimuksen suorittaminen

Tutkimukseen tulleiden potilaiden hoidon kulun selvittämiseksi suoritettiin seurantatutkimus *neljän kuukauden kuluttua*. Tavoitteena oli selvittää yhden hoitojakson aikaiset tapahtumat. Hoitojakson pituuserojen poissulkemiseksi valittiin kaikkien kohdalla sama neljän kuukauden jakso. Keskimääräiset hoitoajat ovat osastoilla hyvin lyhyitä (n. 20 vuorokautta), mutta jotkut hoidot ovat pidempiä. Seuranta-ajan pituus on määritelty siten, että mahdollisimman moni hoitojakso olisi jo päättynyt. Salokankaan (1977) tutkimuksessa kolmen kuukauden kuluessa oli loppunut 93 % hoidoista ja viiden kuukauden kuluttua jo 99 %. Tämä vahvisti sitä arviota, että lähes kaikki hoidot olisivat päättyneet neljän kuukauden kuluttua.

Seurantatutkimus suoritettiin siten, että päättyneissä hoidoissa otettiin yhteys potilaan kotiin ja sovittiin seurantakäynti. Vielä jatkuvissa hoidoissa sovittiin yksi hoitokokous yhden viikon tarkkuudella neljän kuukauden päähän hoidon alusta. Seurantakäynnillä oli mukana vähintään kaksi haastattelijaa. Toinen arvioi perheen vuorovaikutuksen Olsonin ympyrämallin mukaisella asteikolla. Arvioitsija arvioi saman perheen kuin hoidon alussa. Tällä tavalla pyrittiin turvaamaan arvioiden

samankaltaisuus. Neljän kuukauden jälkeen oli mahdotonta muistaa, mitä arvosanoja antoi kyseiselle perheelle aikaisemmin. Yksin hoitoon tulleiden potilaiden seurantahaastattelun suoritti joko hoitava työryhmä tai tutkimuksen tekijä. Seurantahaastattelussa työryhmä arvioi myös GAS:n nykyisen tason sekä kirjasi potilaan käyttämän lääkemäärän.

Toinen osa seurantatutkimuksessa oli hoitavan työryhmän suorittama arvio hoidon kulusta. Tässä arvioissa kirjattiin hoidon kulun tilastoja. Hoitava työryhmä arvioi hoitotapahtumien merkitystä. Nämä asiat olivat seuraavat:

- hoitokokousten lukumäärä, eri verkoston sektoreista osallistuneiden lukumäärä, tärkeiden poisjääneiden lukumäärä sekä kotona pidettyjen kokousten lukumäärä;
- työryhmäkokousten (vain potilaan läsnäollessa pidetyt hoitokokoukset) lukumäärä ja niiden merkitys hoidolle arvioituna asteikolla 0–2 (0= ei mitään lisää, 1=auttava, 2=ratkaisevan tärkeitä);
- omahoitaja/terapiakeskustelujen määrä ja merkitys hoidolle asteikolla 0–2;
- lääkkeiden määrä seuranta-ajankohtana ja lääkehoidon merkitys hoidolle asteikolla 0–2;
- potilaan osallistuminen yhteisöryhmiin asteikolla 0–3 (0=ei yhtään, 1=vähän, 2=paljon passiivisesti, 3=paljon aktiivisesti);
- sairaalahoitopäivien ja sairaalahoitokertojen lukumäärä.

Hoitojakson aikaisten tapahtumien merkityksen selventämiseksi suoritettiin *yhden vuoden kuluttua* hoidon alusta toinen seuranta. Sairaskertomuksista kirjattiin vuoden aikana tapahtuneiden sairaalahoitokertojen ja sairaalahoitopäivien lukumäärä.

#### 4.6. Vertailuaineiston merkitys

Tutkimusasetelman luonteen vuoksi tässä tutkimuksessa ei ole varsinaista kontrolliryhmää. Kuten mm. Eisler, Dare ja Szmukler (1988) ja Jacobson (1985) osoittavat, kontrolliryhmän valitseminen perheterapiatutkimuksessa kohdistaa huomion tutkimusasetelmaan hoidon sisällön sijasta. Tässä tutkimuksessa tavoitteena on tehdä ymmärretyksi perhekeskeisen hoidon tapahtumaa Keroputaan sairaalassa yleisesti ja vielä tapausselostusten kautta erityisesti kussakin hoitotilanteessa. Kontrolliaineiston valitseminen tällaisessa tutkimuksessa veisi huomion pääasiasta.

Eisler ym. (1988) mukaan perheterapeutin ja tutkijan kiinnostuksen kohteet eroavat toisistaan. Perheterapeutti pyrkii ymmärtämään ensisijaisesti kunkin hoidettavan perheen erityispiirteitä. Koeasetelmaa rakentava tutkija etsii sen sijaan kaikkia tapauksia koskevia yleistyksiä. Tällaisessa tutkimuksessa kontrolliryhmä antaa vertailtavaa tietoa. Tässä tutkimuksessa keskitytään perheterapeutin ongelmaan. Osallistuvana havainnoitsijana olen ollut vain Keroputaan sairaalassa. Tämän takia mistään muista olosuhteista ei voi saada vertailukelpoista tietoa.

Koko tutkimusastelmaa koskevaa vertailuaineistoa ei voi siis käyttää. Hoitotapahtuman ja hoidossa tapahtuneen muutoksen ymmärtämiseksi käytetään kuitenkin kahdentyyppistä vertailuaineistoa. Näillä vertailuaineistoilla selvennetään joitakin tutkimuksen osa-alueiden tietoja. (1) Saman sairaalan potilaista on valittu viisi vuotta aiemmin ( 1983 syys-lokakuussa tulleet potilaat) hoidossa ollut ryhmä. Tästä ryhmästä on sairaskertomuksista etsitty taustatiedot ja hoitokertojen sekä hoitopäivien lukumäärä neljän kuukauden ja yhden vuoden kuluttua hoidon alusta. Seuranta-aineiston ajankohta on valittu vuodeksi 1983, koska silloin oli ensimmäinen vuosi, jolloin sairaalan sisäänkirjoitettiin potilaita suurin piirtein yhtä paljon kuin tutkimusvuonna. Se oli myös viimeinen vuosi, milloin tässä esitetty systemaattinen perhekeskeinen hoitokäytäntö ei vielä ollut voimassa. Perheitä tavattiin silloinkin, mutta perheet eivät olleet systemaattisesti alusta lähtien hoitoprosessia suunnittelemassa.

(2) Vertailuaineistona käytetään myös vastaavilla menetelmillä toisissa tutkimustilanteissa kerättyä tietoa. Tällaista vertailutietoa on käytettävissä sosiaalisen verkoston analyysissä Lipton ym. (1981) tutkimuksesta. Jacobson (1985) suosittelee kummankintyyppistä vertailuaineiston käyttöä perheterapiatutkimuksessa.

#### 4.7. Käytetyt tilastolliset menetelmät

Tutkimuksessa käytetään paljon ristiintaulukointia erojen selventämiseksi. Nominaaliasteikon tasoisten ristiintaulukoiden erojen tilastollista merkitsevyyttä testataan  $X^2$  testillä (lue *Khin neliö*). Testisuure lasketaan Pearsonin ehdottamasta kaavasta

$$X^2 = \sum_{i=1}^1 \frac{(o_i - e_i)^2}{e_i}$$

missä  $o_i$  = havaittu frekvenssi luokassa  $i$   
 = odotettu frekvenssi tai sen estimaatti luokassa  $i$

*Khin neliö* testin ajatellaan sopivan pienille frekvensseille. Hyvin pienten frekvenssien luokkia jouduttiin kuitenkin yhdistämään. Frekvenssien suuruudesta on kaksi vaatimusta:

- 1.korkeintaan 20 % odotetuista frekvensseistä on pienempiä kuin 5;
- 2.jokaisen odotetun frekvenssin on oltava suurempi kuin 1 (Vasama-Vartia,1973).

Eri ryhmien muuttujissa saamien keskiarvojen eroja testataan sekä *t*-testillä että varianssianalyysillä (*F*-arvo). *T*-testi mittaa kahden riippumattoman ryhmän keskiarvon eron tilastollisen merkitsevyyden. Testisuure on seuraava:

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{s \sqrt{\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2}}}$$

missä  $\bar{x}$  = ryhmien keskiarvot muuttujassa

$s$  = ryhmien keskihajonta (Vasama-Vartia, 1973; Manninen, 1978).

Riippumattomien ryhmien yksisuuntainen varianssianalyysi laskee kahden tai useamman ryhmän muuttujasta lasketun keskiarvon eron tilastollisen merkitsevyyden. Testisuure *F* lasketaan kaavasta

$$F = \frac{s_2^2}{s_1^2}$$

missä  $s_2^2$  on ryhmien välisen vaihtelun *SS B* varianssiestimaatti

ja  $s_1^2$  on ryhmien sisäisen vaihtelun *SS W* varianssiestimaatti.

Kaksisuuntainen varianssianalyysi testaa muuttujien keskiarvojen eroavuuksia kahden luokittelevan muuttujan suhteen. Edellytyksenä sen käytölle on, että jokaisessa luokassa on useampi kuin yksi havainto, jotta voitaisiin tutkia sarakke- ja rivimuuttujien yhdysvaikutusta. Testisuure *F* lasketaan (1) rivien välisestä vaihtelusta, (2) sarakkeiden välisestä vaihtelusta sekä (3) yhteisvaihtelusta. Nämä testisuuret lasketaan periaattessa yksisuuntaisen varianssianalyysin kaavojen mukaisesti. Mikäli ruudussa on vain yksi havainto, lasketaan vaihtelu sillä oletuksella, että yhteisvaihtelua ei esiinny. (Vasama-Vartia, 1973; Manninen, 1978).

*Regressioanalyysissa* tutkimusongelma on samansuuntainen kuin varianssianalyysissa. Tutkitaan yhden muuttujan vaihtelua (selitettävä muuttuja) useiden eri muuttujien suhteen (selittävät muuttujat). Näiden muuttujien tulee olla tasoltaan vähintään intervalliasteikolla (Manninen, 1978). Regressioanalyysin suure regressiokerroin perustuu muuttujien välisen korrelaation laskemiseen. Koska regressiokertoimessa lasketaan muuttujien hajonnat, voidaan regressiokertoimesta tehdä luotettavampia ennusteita muuttujien käyttäytymisestä kuin korrelaatiokertoimesta (Valkonen, 1974). Esimerkiksi joidenkin muuttujien välinen korrelaatio voi nousta korkeaksi sen vuoksi, että toisessa

muuttujassa havaintojen hajonta on suuri. Regressiokerroin huomioi tämän, jolloin voidaan tehdä tarkempi ennuste muuttujien välisestä suhteesta.

*Kiinteällä regressioanalyysillä* etsittiin selitysmalli selittävien muuttujien merkitsevyyden löytämiseksi. Kiinteän regressioanalyysin jälkeen regressiomallin testauksella tutkittiin, johtuuko kussakin muuttujassa selitysosuudet yhdestä muuttujasta, vai onko muilla selittävillä muuttujilla merkitystä kussakin mallissa. Taulukoissa esitetään mallintestauksen tulokset.(Lokki, 1980; Manninen, 1978).

Taulukoissa esitetään muuttujien korrelaatio ( $r$ ), tilastollinen merkitsevyys tässä mallissa ( $p$ -arvo), yhteisvaikutuskerroin ( $S_{mc}$ = yhteiskorrelaatiokertoimen neliö) ja osittaiskorrelaatiokerroin ( $ok$ ). Selitysprosentit ( $Sel.\%$ ) merkitsevät sitä, kuinka paljon kukin muuttuja lisää regressiomallin selittävyttä selitettävän muuttujan kohdalla. Näin ensimmäisellä tai ensimmäisillä muuttujilla on aina suurempi selitysprosentti, mutta jos viimeisinä esitetyt muuttujat vielä lisäävät selitysprosenttia, voidaan niillä katsoa olevan merkitystä.

Merkitseviksi tulleissa regressiomalleissa analysoitiin muuttujien yhteisvaikutus laskemalla yhteiskorrelaatiokertoimen neliö ( $S_{mc}$ ) kussakin merkitsevästi selittävässä muuttujassa.  $S_{mc}$ :n arvo merkitsee sitä, kuinka paljon tämä muuttuja selittää muista mallissa olevista selittävästä muuttujista.

Muuttujien yhteisvaikutuksen lisäksi tutkittiin kunkin merkitsevästi selittävän muuttujan vaikutusta, kun muiden mallissa mukana olevien muuttujien vaikutus on poissuljettu. Tämä osittaiskorrelaatiokerroin ilmoitetaan taulukoissa sarakkeessa "ok". Tilastollinen analyysi suoritettiin PATO tilasto-ohjelmistolla (Mikrovuo, 1986).

#### 4.8. Yhteenvedo käytetyistä muuttujista

Edellä olevan esityksen pohjalta eri muuttujat voidaan ryhmitellä seuraavasti:

##### 1.Taustatiedot

–hoitotapahtumat ennen sairaalaantuloa

–potilaan ominaisuudet: GAS:n arvo tullessa ja 4 kuukauden kuluttua, psykologiset testit.

2.Perheen vuorovaikutusominaisuuksien selvittäminen vastaanottotilanteessa ja 4 kuukauden kuluttua Olsonin kliinisellä arviokaalalla (Clinical Rating Scale–CRS).

3.Työryhmän vuorovaikutusominaisuuksien selvittäminen CRS:sta kehitetyllä arviointiasteikolla vastaanottotilanteessa sekä työryhmän kokemuksen mittaaminen kyselylomakkeella.

4.Vastaanottotapahtuman osallistuva havainnointi tapausesimerkkien kuvaamisella.

5. Potilaan sosiaalisen verkoston analyysi (Network Analysis Profile) verkostokartan piirtämisen jälkeen.
6. Hoitotapahtumien kirjaaminen ja niiden merkityksen arviointi 4 kuukauden kuluttua hoidon alusta.
7. Sairaalan käytön määrän kirjaaminen 1 vuoden aikana.

## 5. TULOKSET I OSA

### 5.1. Tutkimusaineiston taustatiedot ja edustavuus

Tutkimusaineiston muodosti syys- ja lokakuussa 1988 sairaalaan lähetetyt tai sinne itse pyrkineet potilaat. Kaikkiaan 70 potilaasta 42 sisäänkirjoitettiin sairaalaan ja 28 hoidettiin poliklinikalla. *Tutkimusryhmään 1. tuli siis 28 potilasta ja tutkimusryhmään 2. 42 potilasta.*

*TAULUKKO 2. Tutkimusryhmien jakauma verrattuna koko vuonna 1988 sairaalaan tulleiden jakaumaan*

	<i>Poliklinikka</i>		<i>Sairaala</i>		<i>Yhteensä</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Syys- ja lokakuu</i>	28	40	42	60	70	100
<i>Koko vuosi 1988</i>	118	31	258	69	376	100

$\chi^2 = 2.362$ , ei tilastollisesti merkitsevä.

Taulukosta 2 ilmenee, että tutkimusjakson aikana poliklinikalle jäi hoitoon jonkin verran suurempi osa potilaista kuin koko vuonna 1988. Tutkimuksen suorittaminen ilmeisesti vaikutti vastaanottoryhmän toimintaan niin, että sairaalaan sisäänkirjoittamiseen kiinnitettiin tavallista suurempi huomio. Suhteellisen jakaantumien ero ei ole kuitenkaan tilastollisesti merkitsevä.

Potilaat diagnosoitiin mielenterveydenhäiriöiden osalta diagnoosiryhmittäin lääkintöhallituksen tautiluokitusohjeiden mukaisesti (Lääkintöhallitus, 1987). Taulukossa 3 on esitetty aineiston jakautuminen diagnoosiryhmittäin sekä vertailtu sitä koko vuoden jakaumaan.

**TAULUKKO 3. Tutkimusaineiston ja koko vuoden potilaiden jakauma diagnoosiryhmittäin**

Diagnoosi	Syys- ja lokakuu		Koko vuosi 1988	
	N	%	N	%
1. Alkoholin aiheuttamat oireyhtymät (291)	2	2.9	8	2.5
2. Skitsofreeniset häiriöt (295)	31	44.3	114	36.6
3. Vakavat mielialahäiriöt (296)	9	12.9	30	9.6
4. Harhaluuloisuushäiriöt (297)	4	5.7	11	3.5
5. Muut psykoottiset häiriöt (298)	4	5.7	56	18.0
6. Neuroottiset häiriöt (300)	8	11.4	46	14.8
7. Persoonallisuushäiriöt (301)	1	1.4	10	3.2
8. Alkoholiriippuvaisuus (303)	1	1.4	12	3.9
9. Sopeutumishäiriöt (309)	7	10.0	13	4.2
10. Älyllinen kehitysvammaisuus (317-319)	0	0.0	11	3.5
11. Muu (Diagnoosi puuttuu)	0		9	2.9
	2	2.9	56	
<b>Yhteensä</b>	<b>70</b>	<b>100</b>	<b>376</b>	<b>100</b>

Diagnoosien jakautuminen muistuttaa tutkimusryhmän osalta pääpiirteittäin koko vuoden jakautumista. Selvä poikkeama tulee skitsofreenisten häiriöiden kohdalla. Tutkimusryhmässä skitsofreenisten häiriöiden diagnooseja on enemmän kuin koko vuoden aineistossa. Koko vuoden aikana taas muitten psykoottisten häiriöiden luokassa on enemmän havaintoja kuin tutkimusaineistossa. Jos skitsofreenisten häiriöiden ja muitten psykoottisten häiriöiden luokat lasketaan yhteen, ovat jakaantumat suurin piirtein samanlaisia. Tutkimusaineistosta on 50 % näissä luokissa ja koko vuoden aineistosta 54.6%.

Koska potilasaineisto muilta osiltaan näyttää hyvin edustavan koko vuoden aineistoa, johtunee diagnoosien eroavuus diagnosointitapahtuman erosta. Koko vuoden aineiston diagnoosit on otettu sairaskertomuksista. Diagnosointi tapahtuu vastaanottokokousten ja muiden hoitokokousten tiedon pohjalta. Tutkimusaineiston diagnoosi on vielä tarkennettu erityisellä kahdenkeskisellä psykiatrisella haastattelulla, jonka suoritti ylilääkäri Jyrki Keränen. Ilmeisesti tarkemman haastattelun takia



diagnosoinnit on voitu täsmällisemmin kohdentaa, koska luokassa Muut psykoottiset häiriöt on selvästi vähemmän havaintoja tutkimusaineistossa.

Tutkimusaineistoa verrattiin koko vuoden aineistoon perheolosuhteiden osalta. Taulukossa 4 on esitetty tämän vertailun tulokset.

**TAULUKKO 4. Tutkimusaineiston perheolosuhteiden vertailu koko vuoden aineistoon**

	Syys- ja lokakuu		Koko vuosi 1988	
	N	%	N	%
1. Asuu lapsena perheessä ("primaariperhe")	19	27	98	28
2. Asuu vanhempana perheessä ("sekunaadaariperhe")	22	31	101	29
3. Asuu yksin	29	41	151	43
Yhteensä	70	100	350 (Pt=26)*	100

\*Pt=puuttuvien tietojen määrä.

Taulukon 4 mukaan tutkimusaineiston ja koko vuoden aineiston perheolosuhteet ovat samanlaiset. Yli 40 % kaikista potilaista asuu yksin. Huomiota herättää primaariperheissä asuvien suuri määrä.

**TAULUKKO 5. Tutkimusaineiston ikäjakauman vertailu koko vuoden aineistoon**

Ikäryhmä	Syys- ja lokakuu		Koko vuosi 1988	
	N	%	N	%
Alle 19	1	1	11	3
20 - 25 v.	4	6	23	7
26 - 31 v.	16	23	65	19
32 - 37 v.	17	24	81	24
38 - 43 v.	11	16	55	16
44 - 49 v.	3	4	31	9
50 - 55 v.	8	11	21	6
56 - 61 v.	4	6	22	6
62 - 67 v.	4	6	21	6
68 - 73 v.	2	3	7	2
Yli 74 v.	0		5	1
Yhteensä	70	100	342 (Pt=34)	100

Taulukon 5 mukaan tutkimusaineistosta suurin osa on *iältään 26–43 vuotta*. Ikäjakauma vastaa hyvin koko vuoden aineiston jakaamaa. Vaikka potilaat ovat aikuisiässä, asuu lähes kolmannes primaari-perheessään. Vain kymmenesosa potilasaineistosta on alle 25-vuotiaita. Nuorin potilas tutkimusaineistossa oli 19-vuotias ja vanhin 68-vuotias. Koko tutkimusaineiston *keski-ikä oli 39,7 vuotta*.

**TAULUKKO 6. Tutkimusaineiston sukupuolijakauman vertailu koko vuoden aineistoon**

Sukupuoli	Syys- ja lokakuu		Koko vuosi 1988	
	N	%	N	%
Nainen	25	37	144	38
Mies	44	63	232	62
<b>Yhteensä</b>	<b>70</b>	<b>100</b>	<b>376</b>	<b>100</b>

Taulukossa 6 on esitetty tutkimusaineiston sukupuolijakauma. Noin kaksikolmasosaa potilaista on miehiä sekä koko vuonna että tutkimusajankohtana.

Tutkimusaineiston sosiaalista asemaa kuvataan toimeentulon laadun ja koulutustason muuttujilla. Taulukossa 7 on tutkimusaineiston jakautuminen toimeentulolajin ryhmiin.

**TAULUKKO 7. Tutkittavien toimeentulo**

Toimeentulon lähde	N	%
Palkka	18	26
Työttömyyskorvaus	9	13
Eläke	41	59
Sosiaaliavustus	1	1
Toinen perheenjäsen	1	1
<b>Yhteensä</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

Tutkimusaineistosta neljäsosa on työssä. Eläkkeellä on lähes 60 % potilaista. Taulukossa 8 esitetään tutkittavien koulutustaso. Opiskelijat on sijoitettu siihen luokkaan, minkä asteista tutkintoa

he ovat suorittamassa. Vain 36 %:lla potilaista on ammatillinen loppututkinto ja lähes puolella ei ole minkäänlaista ammattikoulutusta.

**TAULUKKO 8. Tutkittavien koulutustaso**

Koulutusaste	N	%
Ei ammattikoulutusta	30	43
Ammattikurssi	15	21
Ammattikoulu	16	23
Opistotason tutkinto	6	9
Korkeakoulututkinto	3	4
<b>Yhteensä</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

**Yhteenvedona** voidaan todeta tutkimusaineiston edustavan taustaominaisuuksiltaan hyvin koko vuoden aineistoa. Tutkimusaineisto on diagnosoitu jonkin verran vaikeammaksi kuin koko vuoden aineisto. Tämä ero johtunee pääosin diagnosointitapahtuman erosta. Tutkimusaikana diagnosointi suoritettiin tarkemmin vielä erityisellä psykiatrisella haastattelulla. Koko vuoden aineiston diagnoosit on koottu sairaskertomuksista.

Tutkimusajankohtana on poliklinikalle hoitoon jääneiden potilaiden osuus suurempi kuin koko vuonna. Tähän on ilmeisesti vaikuttanut kaksi asiaa. (1) Tutkimuksen suorittaminen on korostanut entisestään vastaanottotilanteen merkitystä ja hoitopaikan valintaa. Näin vastaanottoryhmä on paneutunut hoitopaikan valintaan perusteellisemmin kuin ennen tutkimusta. Tämä on toiminnan kannalta hyvin suotava muutos. (2) Poliklinikka oli toiminut tutkimusajankohtana noin vuoden ajan. Toiminta on vasta muotoutumisvaiheessa, ja vasta tutkimuksessa on voitu järjestelmällisesti keskittyä hoitopaikan valinnan ongelmaan. Tässä suoritetussa aineiston jakauman analyysissä ei ilmene se, onko loppuvuonna poliklinikalle jäänyt hoitoon enemmän potilaita kuin alkuvuonna.

Tämän tutkimuksen aineistoa (samoin koko vuoden aineistoa) voi pitää ongelmiltaan vaikeana. Psykoottisia ongelmia oli 71.5 %:lla tutkimusaineiston potilaista (koko vuoden aikana 70.2 %), kun kaikki psykoottiset reaktiot sisältävät diagnoosit lasketaan yhteen. Potilaiden keski-ikä on lähes 40 vuotta, kaksikolmasosa on miehiä ja iästään huolimatta lähes kolmasosa asuu primaariperheessään. Yksin asui 40 % potilaista, mikä vaikeuttaa sosiaalisten yhteyksien rakentamista. Eläkkeellä on 59 % tutkimusaineiston potilaista ja vain 18 % saa toimeentulonsa palkasta. Ammattikoulutusta ei ole lainkaan 43 %:lla potilaista. Tutkimushetkellä oli päivä- tai vuorotyössä vain yksi neljäsosa potilaista.

### 5.1.1. Vertailuaineiston taustatiedot

Vertailuaineisto koostuu viisi vuotta aiemmin 1983 syys- ja lokakuussa sairaalaan tulleista potilaista. Näiden potilaiden taustatiedot koottiin sairaskertomuksista. Näin ne eivät ole yhtä luotettavia kuin tutkimusaineiston tiedot. Suurimmat virhemahdollisuudet ovat diagnoosien vertailussa. Tähän vaikuttaa myös se, että diagnoosiluokittelun perusteet ovat muuttuneet.

**TAULUKKO 9. Ikäjakauman vertailu vv. 1983 ja 1988**

Ikäryhmä	1983		1988	
	N	%	N	%
Alle 25 v.	9	15	5	7
26 - 37 v.	27	35	33	47
38 - 55 v.	12	20	20	31
yli 56 v.	12	20	10	15
<b>Yhteensä</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

Keski-ikä v. 1983 aineistossa on 39.3 vuotta. Tämä on lähes sama kuin v. 1988 (39.7 vuotta), vaikka ikäjakaumassa näyttää olevan eroavuuksia. Vertailuaineistossa v. 1983 on sekä nuoria alle 25-vuotiaita että vanhoja yli 56-vuotiaita enemmän kuin tutkimusaineistossa. Työikäisiä on tutkimusaineistossa enemmän kuin vertailuaineistossa. Nuorten kohdalla saattaa olla kysymys sattumasta, koska koko vuoden aineistossa 1988 on alle 25-vuotiaiden osuus suurempi kuin syys-lokakuun aineistoissa. Sen sijaan yli 56-vuotiaiden osuus näyttää potilaista vähentyneen viiden vuoden aikana.

Taulukossa 10 vertaillaan aineistoja toimeentulon lähteen suhteen.

**TAULUKKO 10. Toimeentulon jakauman vertailu vv. 1983 ja 1988**

Toimeentulon lähde	1983		1988	
	N	%	N	%
Palkka	10	17	18	26
Työttömyyskorvaus	3	5	9	13
Eläke	38	63	41	59
Sosiaaliapu	4	7	1	1
Muu (esim. toinen perheenjäsen)	5	8	1	1
<b>Yhteensä</b>	<b>60</b>	<b>100</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

Toimeentulon lähettä määritettäessä on virhelähteen mahdollisuus, koska sairaskertomuksissa ei ole tätä asiaa erikseen kirjattu. Näin 1983 tiedot ovat epätarkkoja. Tämä ilmenee jo siitä, että sekä

sosiaaliavun että luokkaan muu on merkitty selvästi enemmän havaintoja kuin tutkimusaineistossa. Näissä luokissa on ilmeisesti tapauksia, jotka 1988 tutkimusaineistossa on merkitty joko palkalla tai työttömyyskorvauksella toimeentuleviksi.

Palkalla ja eläkkeellä elävien suhteen voi tehdä johtopäätökset. Palkallaan elävien osuus on suurempi 1988 tutkimusaineistossa ja vastaavasti eläkkeellä elävien osuus pienempi. Tämä vahvistanee jo ikäjakaumassa havaittua eroa. Työikäisten osuushan oli 1988 tutkimusaineistossa suurempi kuin vertailuaineistossa. Nämä erot eivät kuitenkaan näytä kovin suurilta.

Koulutustasossa olevia eroja selvitetään taulukossa 11.

*TAULUKKO 11. Koulutustason jakauman vertailu vv. 1983 ja 1988*

Koulutusaste	1983		1988	
	N	%	N	%
<i>Ei ammattikoulutusta</i>	36	60	30	43
<i>Ammattikurssi</i>	13	22	15	21
<i>Ammattikoulu</i>	7	12	16	23
<i>Opistotutkinto</i>	3	5	6	9
<i>Korkeakoulututkinto</i>	1	2	3	4
<i>Yhteensä</i>	60	100	70	100

Koulutustason arvioinnissa on sama virhelähteen mahdollisuus kuin toimeentulon arvioinnissa. Tutkimusaineisto näyttää käyneen koulua enemmän kuin vertailuaineisto. Tähän saattaa vaikuttaa ikäjakauman erot vanhojen ikäryhmien painottuessa vertailuaineistossa. Vanhemmissa ikäryhmissä ei koulutusta ole arvostettu yhtä paljon kuin tämän päivän työikäisessä väestössä.

Vertailu- ja tutkimusaineiston välisiä hoidollisen luonteen eroja selvitetään taulukoissa 12 ja 13.

*TAULUKKO 12. Sairaalahoitokertojen määrä kahtena edeltävänä vuonna 1983 ja 1988*

Sairaalahoitokerrat	1983		1988	
	N	%	N	%
<i>Ei yhtään</i>	25	42	23	33
<i>1-2 kertaa</i>	12	20	30	43
<i>3-4 kertaa</i>	12	20	7	10
<i>yli 5 kertaa</i>	11	19	10	14
<i>Yhteensä</i>	60	100	70	100

Taulukon 12 mukaan vuosien 1983 ja 1988 ryhmät eroavat toisistaan. Vertailuaineistossa on enemmän sellaisia potilaita, jotka eivät ole olleet sairaalahoidossa edeltävänä kahtena vuotena. Vertailuaineiston potilaat ovat siis selviytyneet hoitoa edeltävänä aikana paremmin kuin tutkimusaineiston potilaat. Jos sairaalahoitokertoja oli kahtena edeltävänä vuotena, niin vuonna 1983 tulleet potilaat olivat olleet sairaalassa useammin kuin vuonna 1988 tulleet potilaat. Tältä osin

etenkin vertailuaineiston potilasryhmä on hyvin heterogeeninen. Siinä on enemmän selviytyneitä potilaita, mutta myös enemmän useita sairaalahoitoja tarvinneita potilaita.

*TAULUKKO 13. Vuosien 1983 ja 1988 aineistot diagnoosiryhmittäin*

<i>Diagnoosi</i>	<i>1983</i>		<i>1988</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Alkoholi-ongelmat</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>Skitsofrenia ja mieli- alahäiriöt</i>	<i>24</i>	<i>40</i>	<i>40</i>	<i>58</i>
<i>Psykoottisuus ja harha- luuloisuus</i>	<i>11</i>	<i>19</i>	<i>8</i>	<i>12</i>
<i>Neuroottiset häiriöt ja sopeutumishäiriöt</i>	<i>18</i>	<i>31</i>	<i>15</i>	<i>21</i>
<i>Persoonallisuushäiriöt</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>1</i>	<i>1</i>
<i>Muut</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>Yhteensä</i>	<i>60</i>	<i>100</i>	<i>70</i>	<i>100</i>

Diagnooseja verrattaessa on huomioitava diagnosointimenetelmässä tapahtunut muutos viiden vuoden aikana. Taulukossa 13 ongelmat on pyritty luokittelemaan niin, että toisiaan vastaavat diagnoosit on sijoitettu samoihin ryhmiin nimeämällä ryhmät toisin kuin uusimmassa DSM III:een perustuvassa diagnoosiluokittelussa. Siitä huolimatta taulukkoon jää virhetulkinnan mahdollisuuksia. Samoin on huomioitava jo koko vuoden 1988 ja syys-lokakuun tutkimusaineistossa ilmennyt ero diagnooseissa. Tämä ero johtui diagnosointitapahtuman eroista. Vertailuaineiston diagnoosit on otettu samoin kuin koko vuoden 1988 diagnoosit sairaskertomuksista.

Taulukosta 13 voi kuitenkin päätellä, että vertailuaineistossa on vaikeita ongelmia vähemmän ja lieviä ongelmia enemmän kuin tutkimusaineistossa. Psykoottisia oireita sisältäviä ongelmia on vertailuaineistossa 59 %:lla, kun tutkimusaineistossa niitä on 70 %:lla. Neuroottisia ongelmia sen sijaan vertailuaineistossa on 31 %:lla kun tutkimusaineistossa niitä on 21 %:lla.

**Yhteenvetona** tutkimus- ja vertailuaineiston taustatiedoista voi todeta ryhmien sisäisten jakaumien erilaisuuden. Vaikka keski-ikä on kummassakin ryhmässä lähes sama, on vertailuaineistossa enemmän sekä nuoria alle 25-vuotiaita että vanhempia yli 56-vuotiaita. Työssäkäyviä on enemmän tutkimusryhmässä ja eläkkeellä olevia vertailuryhmässä. Samoin koulutustaso on tutkimusryhmässä korkeampi. Hoitokokemukset jakautuvat vertailuryhmässä enemmän kuin tutkimusryhmässä. Vertailuryhmässä on enemmän ilman sairaalahoitoa selvinneitä. Psykkiset ongelmat ovat vertailuryhmässä lievemmat kuin tutkimusryhmässä. Tämä vahvistaa kliinisessä käytännössä tullutta havaintoa, että sairaalahoitoa harkitaan hoitomuotona vakavammissa ongelmissa kuin vielä viisi vuotta sitten.

## 5.2. Tutkimusaineiston perusanalyysi

Seuratessani 60 vastaanottokokousta ja tehdessäni ensimmäisiä yhteenvetoja aineistosta kiinnitti huomiota erilaisten potilaiden vastaanottotilanteiden vaihtelut. Ensimmäistä kertaa sairaalaan tulevien potilaiden vastaanottokokoukset näyttivät olevan hyvin erilaisia pitkäaikaispotilaiden vastaanottokokouksiin verrattuna. Kun sairaalaantuleminen ensimmäisellä kerralla on elämän perusteita koetteleva kriisi, pitkäaikaispotilailla se oli usein ikäänkuin elämän kohokohta. Näillä potilailla psyykinen sairastaminen näytti määrittävän koko elämän.

Tämän havainnon pohjalta aineiston ominaisuuksien kuvaamiseksi potilaat jaettiin ryhmiin. Perusteena oli se, mikä asema psyykkisellä sairastamisella on heidän elämässään. Tällaisen jaon suorittamiseksi on vaikea löytää mitään yleispäteviä kriteerejä. Potilaan sairauden kroonistuneisuuden astetta on yleensä mitattu yhtäjaksoisen laitoshoidon määrällä. Laitoshoidon pituudeksi on esitetty 1 vuosi tai kaksi vuotta. Rud ja Noreik (1982) osoittavat kuitenkin omassa norjalaisella aineistolla tekemässään tutkimuksessa, että jo 6 kuukautta laitoshoidossa olleiden potilaiden kohdalla pitäisi ryhtyä tehostettuihin toimenpiteisiin kroonistumisen estämiseksi.

Ojanen (1988) kuvaa kroonistumiseen ja sosiaalisen irtaantumiseen johtava prosessia, jonka Gruenberg ja Zusman ovat esittäneet. Kroonistuvat potilaat ovat psyykkisesti alttiita, koska he eivät ole pystyneet luomaan kiinteitä sosiaalisia siteitä eivätkä liittymään suojaavaan viiteryhmään. Hoitokäytännössä nämä ihmiset mukautuvat heille annettuihin leimoihin ja käsitykseen omasta avuttomuudestaan. Sairaalan roolin oppiminen ja arkisten taitojen rappeutuminen johtaa kroonisesti sairaan roolin sisäistämiseen. Tämä tapahtuma antaa uuden identiteetin, missä sairastaminen on toiminnan määräävänä tekijänä.

Suomessa tehdyissä tutkimuksissa kroonistumista on selvitetty lähinnä skitsofreniapotilaiden kohdalla. Esimerkiksi skitsofreniaprojektissa kroonistuneisuuden kriteeriksi asetettiin keskimäärin 1,5 vuoden yhtäjaksoinen sairaalahoito (Lääkintöhallitus, 1988). Perheterapiatutkijat ovat jakaneet aineistonsa usein diagnostisten kriteereiden perusteella (ks. esim. Tuori, 1987).

Yllämainitut kriteerit eivät sovellu tämän tutkimuksen lähtökohtiin. Tämän tutkimuksen aineisto on valikoimaton ja tässä tutkitaan hoitojärjestelmän käyttäytymistä osana ongelmaa. Siksi jakokriteeriksi pyrittiin löytämään selkeästi *potilaan omasta elämästä vastaamisen astetta ja ongelmien kroonistumista kuvaavat tekijät*. Ryhmiin jakokriteereiksi valittiin (1) sairaalahoidon aiempi määrä ja (2) potilaan asema työelämässä. Nämä ryhmät on siis luotu itse aineiston havainnollistamiseksi (ks. Glaser ja Strauss, 1967, miten tällaisia ryhmiä tulisi kuvata). Vasta aineiston käsittelyn yhteydessä selviää, onko tällaiselle jaolle olemassa luonnollista perustaa.

Tällä jaolla pyritään hoitokäytännön selkeyttämiseen. Taulukossa 14 on esitetty aineiston jakautuminen näihin ryhmiin, ryhmien kriteerit ja nimet sekä jakautuminen poliklinikka- ja sairaalahoidon kesken.

Taulukossa 14 esitetyn aineiston havainnollistamiseksi toteutetun ryhmäjaon tavoitteena on erityisesti ilmentää, millaisten hoidollisten ongelmien kanssa vastaanottotilanteessa toimitaan.

*TAULUKKO 14. Tutkimusaineiston jakauma kolmeen ryhmään*

<i>Ryhmien nimet</i>	<i>Kriteerit</i>	<i>Pkl/Sair.</i>	<i>Yhteensä</i>	<i>%</i>
<i>I:Ensimmäisen hoidon ryhmä</i>	<i>-Mukana työelämässä<sup>a</sup> -Ensimmäinen psykiatrinen sairaalakontakti</i>	<i>12 / 2</i>	<i>14</i>	<i>20</i>
<i>II:Uusiutuvan hoidon ryhmä</i>	<i>-Mukana työelämässä viimeisen 2 vuoden aikana -Ollut ainakin kerran sairaalahoidossa</i>	<i>10 / 14</i>	<i>24</i>	<i>34.3</i>
<i>III:Pitkäaikaishoidon ryhmä</i>	<i>-Ollut sairaalassa -Psykiatrinen eläke vähintään 3 vuotta</i>	<i>6 / 26</i>	<i>32</i>	<i>45.7</i>
<i>Yhteensä</i>		<i>28 / 42</i>	<i>70</i>	<i>100</i>

*a:kotiäidit kuuluvat tähän ryhmään.  
X<sup>2</sup> = 18.238; p<0.001*

Taulukon 14 mukaan tutkimusjakson aikana sairaalaan tulleista 70 potilaasta viidennes oli ensikertalaisia, 34.3 % uusiutuvan hoidon ryhmään kuuluvia ja 45.7 % pitkäaikaispotilaita. Pitkäaikaispotilaat sisäänkirjoitettiin sairaalaan erittäin merkitsevästi useammin kuin ensikertalaiset potilaat. Näistä vain kaksi sisäänkirjoitettiin. Jo tästä taulukosta voi tehdä oletuksen siitä, että ryhmäjako kuvaa olennaisia eroja vastaanottotilanteessa. Aikaisemmalla psykiatrisella sairastamisella on hyvin suuri merkitys vastaanottotilanteiden hoitopäätökseen.



### 5.2.1. Vapaaehtoinen ja vastentahtoinen hoidon alku

Taulukossa 15 on esitetty tutkimusaineiston hoidollinen luonne. Sairaalaan sisäänkirjoitetuista yli puolet tuli Mt 1 läheteellä. Yksi potilaan määrättiin vastentahtoiseen hoitoon huolimatta siitä, että hän oli tullut vapaaehtoisesti. Tähän toimenpiteeseen oli syynä alkoholipsykoosi. Kaksi potilasta tuli siirtoina toisesta sairaalasta vastentahtoiseen hoitoon. Toinen näistä tuli neurologiselta osastolta aivoleikkauksen jälkeen. Toisesta mielisairaalasta siirretyn potilaan pakkohoitopäätös purettiin kolmen päivän kuluessa.

TAULUKKO 15. Hoidollisten pakkotoimenpiteiden määrä ja niiden purkamisen hoidon alussa

	Poliklinikka %	Sairaala %	Yhteensä %	
MT1 lähete ("Pakkolähete")	2	21	23	
Siirto muusta sairaalasta(MT1)	0	2	2	
Vapaalähete, tark- kailupäätös		1	1	
<b>Yhteensä</b>	<b>2</b>	<b>24</b>	<b>8.6</b>	<b>57.1</b>
Ei tehty tarkkai- lupäätöstä	2	1	3	
Purettiin 3 vrk:n kuluessa		1	1	
<b>Toteutunut vasten- tahtoinen hoito</b>	<b>0</b>	<b>22</b>	<b>52,4</b>	<b>22</b>
				<b>31,4</b>

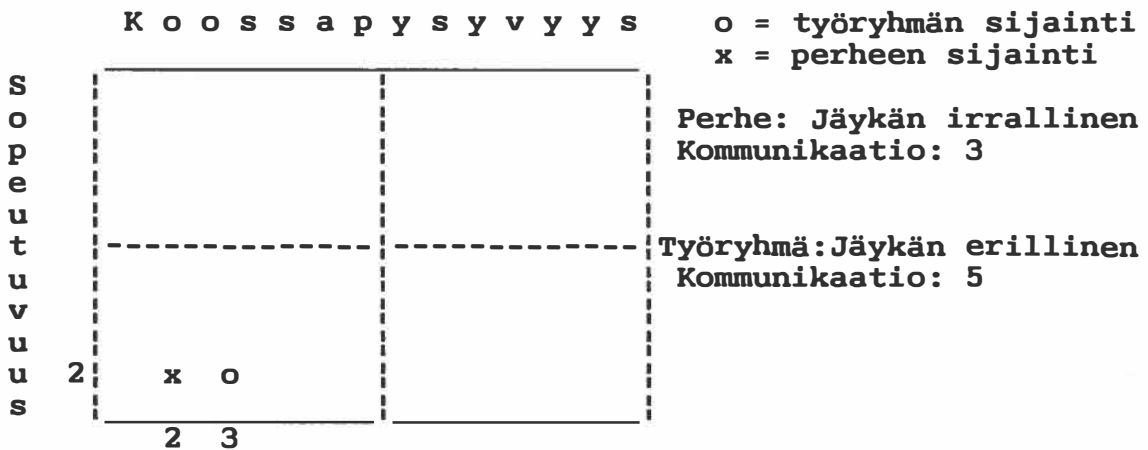
MT1 lähetteen tai toisen sairaalan tekemän pakkohoitopäätöksen mukaiseen hoitoon ei alettu neljässä (4) tapauksessa. Näistä kolmessa tapauksessa potilaan perheellä tai verkoston mobilisoinnilla oli ratkaisevan tärkeä osuus.

Tapausesimerkki 1: Siirto toisesta mielisairaalasta(S)<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Tapausesimerkkien yhteydessä esitettävä (P) tarkoittaa kuulumista poliklinikan ryhmään ja (S) sairaalan ryhmään. Tapausten yhteydessä esitetään työryhmän ja perheen sijoittuminen Olsonin ympyrämallille. Lisäksi esitetään perheen ja työryhmän kommunikaatioarvot.

Aino oli joutunut mielisairaalaan epäiltyään työtovereiden puhuvan hänestä pahaa. Aino oli muuttanut perheensä kanssa toiselle paikkakunnalle. Ainolla on kaksi lasta. Aiemmin he olivat asuneet miehen kotipaikkakunnalla, jossa miehen äiti oli hyvin paljon vaikuttanut perheen elämään. Pian muuton jälkeen Aino oli lähtenyt äitinsä luokse toiselle paikkakunnalle, josta hänet toimitettiin mielisairaalaan vainoajatus ten ja itsemurha-ajatusten vuoksi. Viikon jälkeen hänet lähetettiin Keroputaan sairaalaan. Siirtolähetteessä painotettiin Ainon tunteiden paranoidista luonnetta ja suurta itsemurhavaaraa.

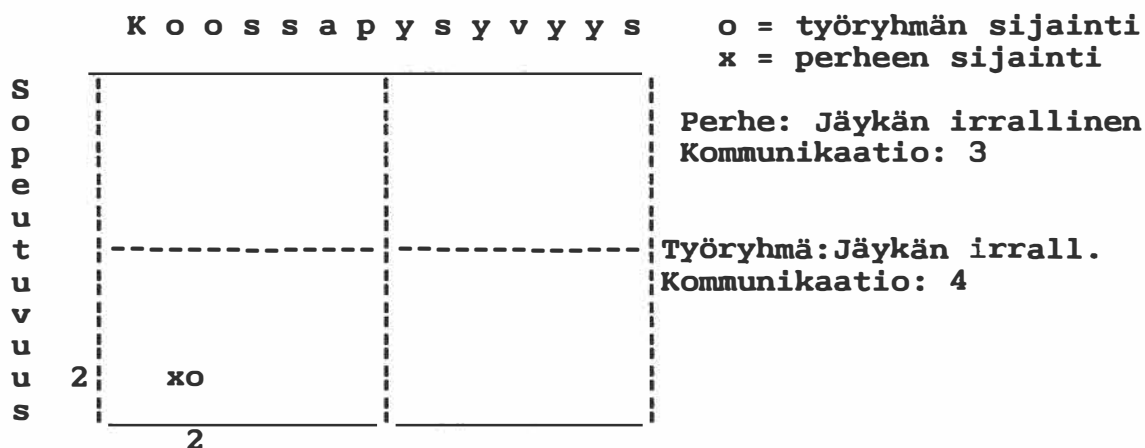
Seuraavana päivänä olleessa vastaanottokokouksessa oli mukana Ainon puoliso ja lapset. Aino vaati perheen muuttamista Etelä- Suomeen, jossa ei tunnettaisi häntä eikä tiedettäisi hänen vaikeuksistaan. Mies ei tätä hyväksynyt, vaan halusi järjestää Ainolle tukea kotona selviämiseen. Aino oli rauhallinen ja kysyttäessä vakuutti, ettei suunnittele itsemurhaa. Haastatteleva työryhmä painotti sairaalahoidon merkitystä, mutta kokousta videoiden kautta seuranneet asettivat tämän kyseenalaiseksi. Sovittiin, että Aino on sairaalassa niin kauan kunnes hoitava työryhmä voi lähteä pitämään kotiin hoitokokouksen. Tämä kokous pidettiin heti viikonlopun jälkeen maanantaina. Kokouksessa pakkohoitopäätös purettiin ja tehtiin sopimus perhekeskustelujen järjestämisestä kotona.



#### Tapausesimerkki 2: Avioliittokriisi – ei tarkkailuun (P)

Tauno on ollut viisi vuotta aikaisemmin pakkohoidossa Keroputaan sairaalassa vauhdikkaan käyttäytymisen vuoksi. Silloin Tauno ja hänen vaimonsa Hilikka kävivät kolme kertaa avioparikeskustelussa. Kolme kuukautta ennen pakkolähetettä ovat Tauno ja Hilikka aloittaneet aviopariterapian Keroputaan sairaalan poliklinikalla sen jälkeen kun Tauno oli joutunut vaikeuksiin työpaikallaan.

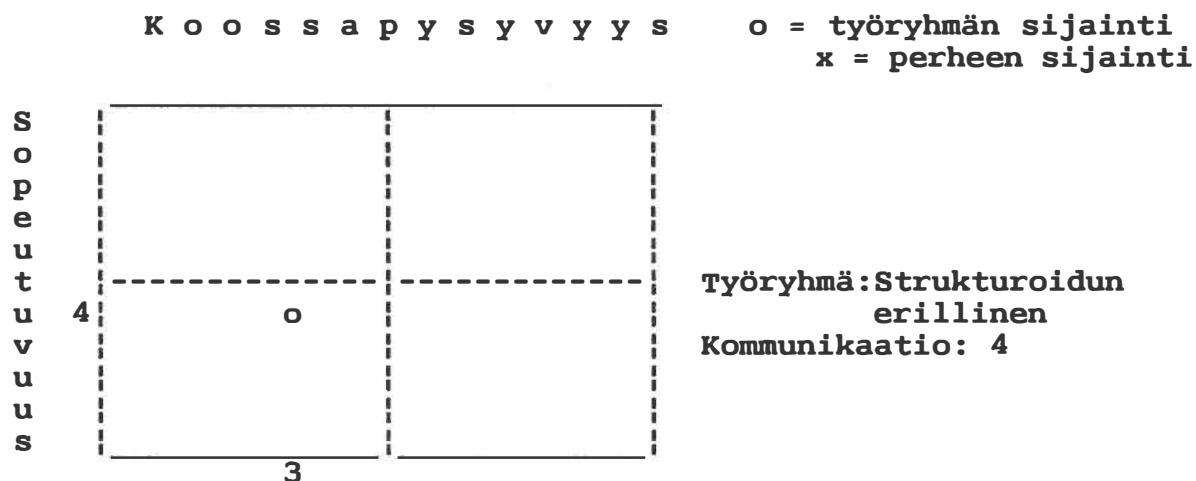
Terapia on ollut intensiivistä. Juuri ennen lähetettä oli Taunon ja Hilkan suhde alkanut muuttua ymmärtävämpään suuntaan. Tauno oli humalassa suuttunut naapureilleen. Naapurin siitä moittiessa oli Tauno tarttunut tähän kiinni. Naapuri soitti poliisin, joka terveyskeskuksen kautta toimitti Taunon sairaalaan myöhään illalla. Seuraavana päivänä olleessa vastaanottokokouksessa oli vaimo mukana. Tässä kokouksessa olivat kaikki sitä mieltä, että Tauno voi lähteä kotiin ja että Tauno ja Hilikka jatkavat aviopariterapiaa poliklinikalla. Alunperin sovitusta viidestä yhteiskeskustelusta oli vielä yksi keskustelukerta käyttämättä.



### Tapausesimerkki 3: Verkosto tukee yksinjäänyttä (P)

Taina on ollut kolmen lapsen yksinhuoltaja. Nuorin pojista on lähtenyt kolme viikkoa aiemmin opiskelemaan Ruotsiin. Jo kaksi kertaa aiemmin on Taina joutunut lyhyeksi ajaksi mielisairaalaan vastaavissa erotilanteissa. Nyt hän on ollut viisi yötä uneton, minkä jälkeen hän on alkanut voimakkaasti pelätä yksinjäämistä. Pelot vaikuttavat psykoottisilta.

Seuraavana päivänä olevassa vastaanottokokouksessa on mukana Tainan ystävätär Irma. Yhdessä työryhmän kanssa päätetään, että Taina voi palata kotiin. Irma lupaa yhdessä Tainan entisen työtoverin Seijan kanssa turvata, ettei Taina jää yksin. Työryhmä luottaa tähän sosiaalisen verkoston tukeen. Verkoston aktivoituminen ei ilmeisesti kuitenkaan ollut riittävää, vaan Taina tulee uudestaan sairaalaan kuukauden kuluttua omasta tahdostaan viikoksi.



Potilaiden vastentahtoiseen hoitoon liittyviä ratkaisuja voitiin arvioida uudelleen neljässä tapauksessa. Näistä kolmessa tapauksessa potilaan perheen osallistumisella hoitokokoukseen oli keskeinen merkitys. Yhdessä tapauksessa (tapausesimerkki 1) perheen osallistuminen hoitoprosessin aloittamiseen Keroputaan sairaalassa auttoi muuttamaan toisessa mielisairaalassa aloitetun yksilökeskeisen hoidon. Tämä merkitsi mahdollisen pitkän laitoshoidon sijasta nopeaa uloskirjoitusta sairaalasta ja kotona tapahtuvaa hoitoa.

Perheen osallistuminen hoitoprosessiin hoitopäätösten tekemiseen lisäsi erilaisten hoitomuotojen valinnan mahdollisuuksia. Tämä on erityisen tärkeä asia pakkohoitoratkaisujen kohdalla. Mobiilisoimalla potilaan perhettä ja verkostoa hoitotilanteeseen voidaan hänen *itseään määräämisoikeuttaan lisätä vaikeassakin psyykkisessä kriisissä*.

### 5.2.2. Ensimmäistä kertaa hoitoon tulevat potilaat

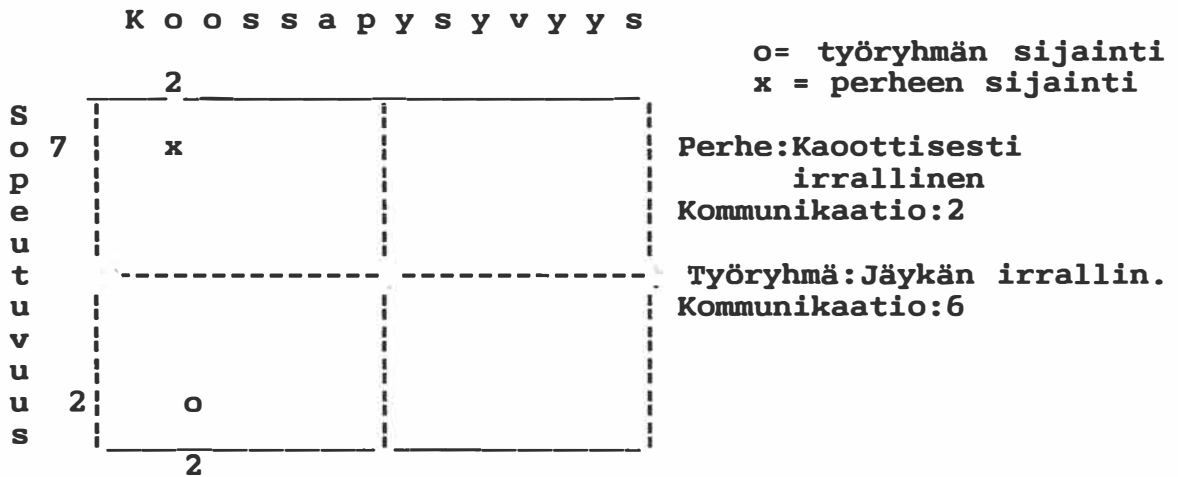
Taulukosta 14 ilmenee, että ensikertalaisia oli 20 %. Näistä kaksitoista hoidettiin poliklinikalla ja vain kaksi sisäänkirjoitettiin sairaalaan. Potilaiden jakauma poliklinikan ja sairaalan ryhmiin poikkeaa tilastollisesti erittäin merkitsevästi ( $p < 0.001$ ) koko tutkimusaineiston jakaumasta ko. ryhmiin. Näin ensimmäisessä kontaktissa sairaalaan olevalle potilaalle voitiin löytää sairaalahoitoa korvaava hoitomuoto paremmin kuin muille potilaille.

#### Tapausesimerkki 4: Alkoholipsykoosi ja perhe (S)

Tapani tulee vaimonsa Eevan kanssa terveyskeskuslääkärin kirjoittamalla vapaalähetteellä viiko juomakauden jälkeen. Tapani sanoo valvoneensa viisi yötä ja Eeva koko edellisen yön Tapanin taistellessa näkö- ja kuuloharjojaan vastaan. Tapani sanoo mm. kissojen kiipeävän hänen jalkojaan pitkin. Vastaanottoryhmä alkaa selvittää Tapanin ja Eevan perheen kehityshistoriaa. Sekä työryhmän sisälle että työryhmän ja avioparin välille tulee hyvin avoimelta tuntuva ja pohdiskelleva ilmapiiri. Työryhmä toimii yhtenäisesti ja joustavasti. Tapani ja Eeva selvittävät hyvin mielellään taustojaan, kun siihen aiemmin ei ole ollut mahdollisuutta. Tapani tulee aktiivisemmaksi ja "unohtaa" kokonaan deluusionsa. Pitkän ja yhteisymmärryksessä sujuvan kokouksen jälkeen päätetään, että Tapani palaa kotiin saatuaan tarpeelliset lääkkeet. Poliklinikan ryhmä sopii heti aamulla menevänsä kotikäynnille.

Muutama tunti kokouksen jälkeen Eeva soittaa hädissään ja kertoo Tapanin lähteneen ajamaan autolla. Päivystävän lääkärin päätöksellä Tapani otetaan osastolle tarkkailuun. Osastolla tulee ilmi Tapanin voimakkaat deluusiot. Viiden päivän jälkeen Tapani palaa kotiin ja poliklinikka sopii parista kotikäynnistä.

Ilmeisesti avioparin avoimuus sai työryhmän luottamaan siihen jaettuun tunteeseen, että Eevan ja Tapanin voimat riittävät kemiallisesti aiheutettujen harhojen voittamiseen. Toisaalta työryhmän keskusteluun luoma avoin ja turvallinen ilmapiiri sai Tapanin harhat pysymään taka-alalla hoitokokouksen ajan.

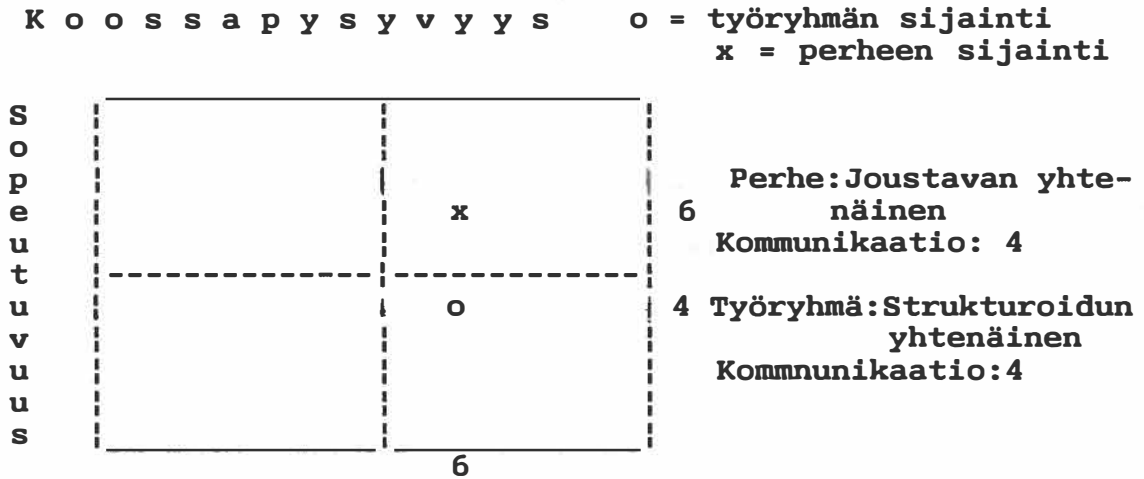


**Tapausesimerkki 5: Hätä Sannan tulevaisuudesta(P)**

Sanna on palannut kesken opintonsa eteläsuomalaisesta yliopistosta perheensä luokse. Sannan poissaollessa kaksi siskoa on jo lähtenyt kotoa perustettuaan perheen, yksi sisko asuu vielä kotona. Perhe on hyvin kyllästynyt siihen, että Sanna rukoilee öisin huutaen apua. Mielenterveystoimiston työryhmä on useamman kerran yrittänyt auttaa tarjoamalla Sannalle mm. yksilöterapia-aikoja. Sanna ei ole kuitenkaan katsonut tällaista apua tarvitsevansa.

Mielenterveystoimisto on viimein saanut koko perheen yhteiseen keskusteluun, missä on sovittu Sannan tulevan sairaalaan pitemmälle hoitoajalle. Kokouksen jälkeen sekä mielenterveystoimiston psykologi että sairaalan ylilääkäri soittavat poliklinikalle vakuuttaakseen Sannan ongelman olevan niin vakavan että poliklinikkaryhmän on tehtävä päätös sairaalaan sisäankirjoittamisesta. Näin poliklinikkaryhmä tavallaan aloitti vastaanottokokouksen jo päivää ennen perheen tapaamista. Valmistautuessaan kokoukseen ryhmä toisaalta purki ärtymystään siitä, että heidän työtään pyritään ohjaamaan ja toisaalta yritti ymmärtää muiden auttajien hätää niin, ettei tämä ärtymys sokaisisi työryhmän toimintaa.

Kokouksessa on mukana Sanna sekä hänen kotona asuva siskonsa ja isä. Perhe toimii yhtenäisesti ja strukturoidusti, joskin siskon asema vaikuttavimpana ihmisenä korostuu. Työryhmä toimii niin, että se pyrkii selvittämään sekä perheen toimintatavat että syyn perheen sosiaalisen verkoston suureen hätään. Pitkän kokouksen jälkeen sovitaan että Sanna kuitenkin olisi kotona vielä viikon sitoutuen olemaan huutamatta öisin. Poliklinikkaryhmä käy kaksi kertaa seuraavina päivinä kotona ja sopii perhekeskustelujen aloittamisesta. Näitä keskusteluja on kolme kertaa, minkä jälkeen Sanna päättää palata opiskelemaan. Jotkut mielenterveystoimiston työntekijät olivat sitä mieltä, että tämäkin hoito jäi kesken.



#### Tapausesimerkit 6 ja 7: Iäkkäiden ongelmat (P)

Erityisesti ensikertalaisten ryhmän kohdalla kannattaa mainita vielä kaksi vanhuuden masennuksen hoitotapausta. Molemmat tapaukset hoidettiin poliklinisesti, vaikka potilaat itse olisivat halunneet jäädä sairaalaan. Heidän tuekseen järjestettiin sekä lähisukulaisia (lapsia) että muuta vapaaehtoista verkostoa. Hoitava työryhmä kävi kotikäynneillä, toisen luona alussa joka päivä, toisessa tapauksessa kerran viikossa. Kolmen viikon intensiivisen tuen jälkeen käynnit lopetettiin, koska kummankin tilanteessa oli tapahtunut selvä paraneminen.

Ensimmäistä kertaa sairaalaan yhteyttä ottavien potilaiden kohdalla voitiin jo toteuttaa uudenlaista hoitoajattelua. Vain kahdessa tapauksessa tehtiin pakkohoitopäätös ja sairaalaan sijoitus. Valtaosalle löydettiin hoitomahdollisuus poliklinikalta joko kotikäynteinä tai poliklinikalla tapahtuvana kriisihoitona. Tämän mahdollisti se, että lähes kaikilla potilailla perhe oli mukana hoidonaloituksessa. Vaikeassakin tilanteessa perheen kanssa tapahtuvalla tasavertaisella keskustelulla voitiin löytää sairaalahoidon korvaavia hoitomuotoja (tapausesimerkki 5, "Hätä Sannan tulevaisuudesta").

Hoitokulttuurin muutosta voi kuvata vertaamalla nyt tulleita ensikertalaisia viisi vuotta aiemmin samoina kuukausina tulleisiin ensikertalaisiin. 1983 ensikertalaisia potilaita tuli 13, joista kaikki muiden vaihtoehtojen puuttuessa sisäänkirjoitettiin sairaalaan (Taulukko 16). Vuosi 1983 on valittu vertailuvuodeksi siksi, että se oli viimeinen vuosi, jolloin nykyinen hoitokokouksiin perustuva hoitokäytäntö ei vielä toiminut Keroputaan sairaalassa.

TAULUKKO 16. Ensimmäisen hoitokerran potilaiden jakauma vv. 1983 ja 1988, syys- ja lokakuun aineisto

Hoitopaikka	1983	1988
Poliklinikka	*	12
Sairaalaan sisäänkirjoitus	13	2
<b>Yhteensä</b>	<b>13 (21.7%)</b>	<b>14 (20%)<sup>a</sup></b>

a: prosenttiosuus kaikista vastaanotoista

Taulukossa 16 esitettyjen lukujen merkitys on suuri. Viiden vuoden aikana psykiatrisen sairaalan paikka mielenterveyshuollossa on muuttunut. Viisi vuotta sitten sairaalaa tarvittiin useasti heti hoidon alussa, kriisiryhmän toiminnan alettua tämä tarve on korvattu lähes kokonaan avohoidolla. Sairaala osallistuu edelleen näiden potilaiden hoitoon, mutta ei enää välttämättä sisäänkirjoittamalla, vaan tukemalla potilaan omaa verkostoa ratkaisemaan yhdessä kriisin.

Ensikertalaisten kohdalla yksi tärkeä tekijä on reaktion nopeus. Tämän tutkimuksen aineistossa voitiin heti alussa saada liikkeelle potilaan perhe, joka saattoi antaa hoitavan työryhmän tuella turvan vaikeastikin ahdistuneelle potilaalle. Tämä oli tärkeää iäkkäiden masennuksesta kärsivien potilaiden kohdalla. Perheen ja hoitavan työryhmän välille syntyi yhteistyösuhde yhteisen ongelman ratkaisemiseksi.

Tällä tavalla sairaalahoidon tarvetta voidaan vähentää ja korvata sairaalahoidon avohoidolla ensimmäistä kertaa hoitoon pyrkivien potilaiden kohdalla. Ilmeisesti potilaat ja heidän perheensä ovat valmiit muuttamaan laitoseskeistä hoitokäytäntöä, jos he voivat saada muuten ymmärrystä. Heillä on oltava tunne, etteivät he jää yksin kriisissä.

### 5.2.3. Pitkäaikaispotilaiden hoito-ongelmat

Lähes puolet kahden kuukauden aikana sairaalaan pyrkineistä potilaista oli pitkäaikaispotilaita (45,7 %). Päinvastoin kuin ensikertalaisten kohdalla, pitkäaikaispotilaista alle viidesosa voitiin hoitaa poliklinikalla. Pitkäaikaispotilaat kirjoitettiin sairaalaan merkitsevästi useammin kuin muut potilaat ( $p < 0.001$ , taulukko 14).

Psyykkinen sairaus näyttää ohjaavan näiden potilaiden toimintaa ja valintoja. *Sairaudesta ja sairastamisesta on tullut elämän pääsisältö. Tässä tutkimuksessa näiden potilaiden hoitaminen näytti vaativan aivan erityistä hoidollista asennetta.*

#### Tapausesimerkki 8: Poliisi puuttuu asiaan (P)

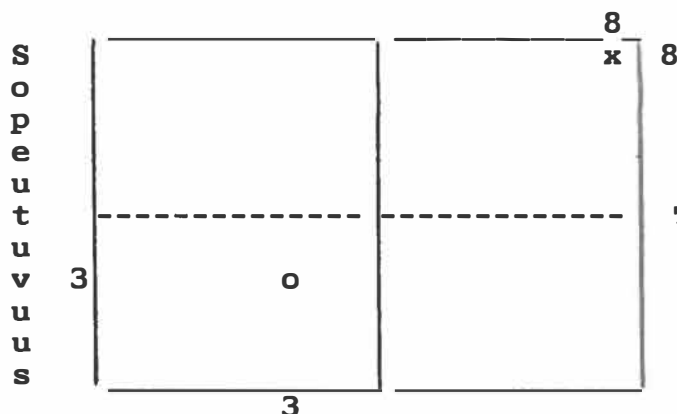
Risto on poikamies, joka asuu lapsuudenkodissaan kuuden muun perheenjäsenen kanssa. Muillakin lapsilla on ollut mielenterveydenongelmia. Riston veli Ahti on käynyt Riston tavoin useita kertoja mielisairaalassa. Risto pyrki sairaalaan sanoen pinnan taas piristyneen niin, että on ajatellut rikkoa jotain tai lyödä jotain. Riston tultua osastolle poliklinikan työryhmä otti kuitenkin yhteyden kotiin äitiin ja sopi kotona pidettävästä vastaanottokokouksesta. Risto lähti mukaan.

Kokoukseen osallistui kotona asuvat perheenjäsenet sekä mielenterveys-toimiston työntekijöitä. Keskustelu oli hyvin kaoottista ja tapahtui pääasiassa huutamalla. Työryhmä yritti jäykästi toimien luoda rakenteen keskustelulle esimerkiksi esittämällä, että joku toimisi puheenjohtajana. Kokouksessa sovittiin, ettei Risto tule sairaalaan, vaan poliklinikan työryhmä tulee yhdessä mielenterveystoimiston työntekijän kanssa kotikäynnille muutaman kerran. Kahden päivän kuluttua olleessa kokouksessa selvitettiin perheen elämäntapaa. Vain äidillä on pysyvä nukkumapaikka, muiden yöpymispaikan äiti aina määrää illalla. Useimmiten kaikki nukkuvat tiiviisti alakerran huoneissa yläkerran ollessa tyhjä. Eräs työryhmän miesjäsen esitti tähän pysyvää järjestystä koeajaksi kuukaudeksi. Yhdessä Riston kanssa he kantoivat yläkertaan vuoteen, missä Risto voisi nukkua. Ennen seuraavaa sovittaa kokousta äiti ilmoitti poliklinikalle ettei hän halua ryhmän enää tulevan kotiin. Hän kertoi soittaneensa poliisille ja kysyneensä saako mielisairaalan työntekijä tulla siirtämään vuoteita. Poliisi oli ollut sitä mieltä, ettei näin saa tehdä. Tämän jälkeen poliklinikan työryhmä pyysi saada tulla kotiin esittämään anteeksipyyntöns toiminnastaan. Tällä käynnillä he sanoivat ymmärtävänsä tehneensä virheen asettaessaan äidin harkintakyvyn kyseenalaiseksi. Kaikki perheessä tuli tapahtua äidin tahdon mukaisesti. Äiti hyväksyi anteeksipyyntöns ja antoi luvan sille, että Risto voisi kuukauden nukkua omassa huoneessaan.

#### K o o s s a p y s y v y s

o = työryhmän sijainti

x = perheen sijainti



Perhe: Kaoottisen kietoutunut  
Kommunikaatio: 1

Työryhmä: Strukturoidun erillinen  
Kommunikaatio: 4

Usein pitkäaikaispotilaiden perheestä oli helppo löytää systeemin patologiset piirteet, kuten Riston perheen kaoottisuus ja sisäisten rajojen selkiytymättömyys. Tämä houkuttelee yrityksiin muuttaa perheen toimintajärjestelmää. Nämä yritykset eivät useinkaan onnistu siksi, ettei niissä



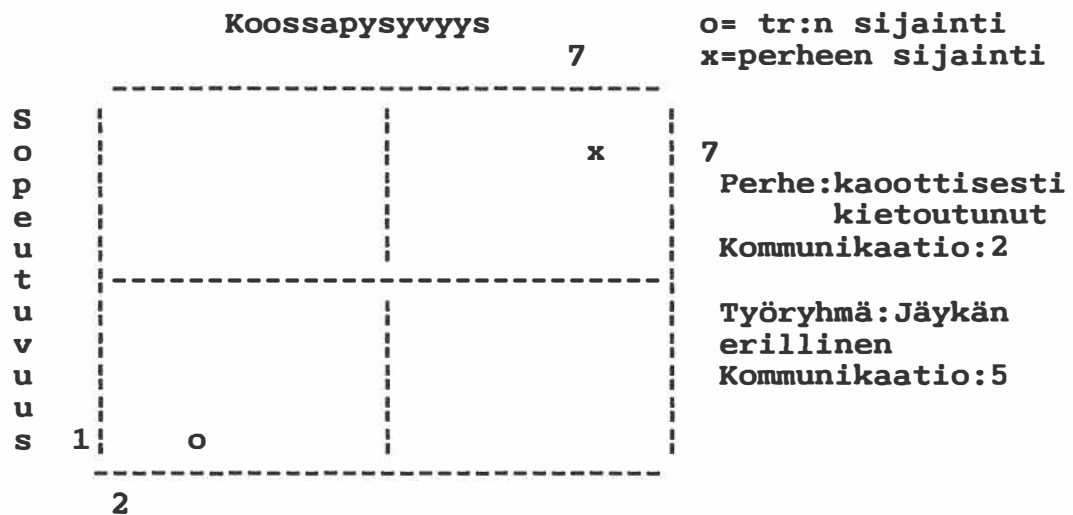
huomioida perheen toimintaa säätelevää perusajatusta. Tämä perusajatusta ei ole aina suoraan nähtävissä perheen ulkopuolelle, vaikka perheen jäsenet sen tuntevat.

#### Tapausesimerkki 9: Vanhuus tuo rajat (S)

Maija on asunut kahdestaan nyt 90 vuotiaan äitinsä kanssa. Lyhyen ajan sisällä sekä isä että perhettä paljon auttanut sukulainen ovat kuolleet. Kahden vuoden aika Maija on ollut sairaalassa kolme kertaa. Kaikkien hoitojen aikana on pidetty hoitokokouksia, joissa on päätetty Maijan palaavan äidin luokse. Nyt vastaanottokokoukseen äiti ei tule paikalle, vaan hänelle soitetaan puhelimella. Äiti sanoo olevansa väsynyt eikä jaksa enää ottaa Maijaa kotiin. Maija on osastolle tultuaan kaksi viikkoa hyvin psykoottinen mm. virtsatien alueen.

Osaston työryhmä pitää yhden kokouksen kotona äidin kanssa. Osastolla pidettävään kokoukseen tulee etäämmällä ollut sisko mukaan. Hän sanoo sukulaisten haluavan auttaa Maijaa, mutta että asuminen yhdessä äidin kanssa ei tunnu enää mahdolliselta. Tämän kokouksen aikana Maija selkiintyy ja arvelee itsekin asumisen äidin kanssa olevan mahdollista. Kokoukseen kutsutaan mukaan sairaalan kotiosastolta hoitaja, jonka kanssa tehdään alustava suunnitelma Maijan kuntoutuksen aloittamisesta. Siskolle kerrotaan kuntoutuksen portaista ja sovitaan uudesta kokouksesta, kun Maija on lähtemässä pois sairaalasta.

Hoitavan työryhmän luopuminen aiemmista tavoitteistaan ja sopeutuminen perheen ajatusmaailmaan näytti antavan Maijalle mahdollisuuden ajatella elämää yksin.



Pitkäaikaispotilaiden kohdalla oli vaikeinta saada perhe tai verkosto mukaan vastaanottotapahtumaan. Heiltä tällainen verkosto puuttui myös muita useammin. Yhteistyö sujui usein tuttavallisesti. Totuttujen *käyttäytymiskaavojen muuttaminen suoraan ei ole mahdollista (tapausesimerkki 8, "Poliisi puuttuu asiaan")*, vaan heidän kanssaan pitää lähteä elämään perheen toimintatähtöjen mukaisesti. Sairaala ja poliklinikan vastaanottoryhmä ovat potentiaalinen osa potilaan verkostoa. Sairaala voi tulla tarpeelliseksi pienenkin ympäristössä tapahtuvan muutoksen takia (ks. myös tapausesimerkki 11, "Jatkuva puolustautuminen").

Pitkäaikaispotilaiden kohdalla on usein helppo löytää esimerkkejä siitä, että perhe ja sairaalan hoitava työryhmä ovat mukana yhteisessä toimintajärjestelmässä, rajasyteemissä. Hoitavan työryhmän käyttäytymisessä tapahtuva muutos voi antaa mahdollisuuden uusien asioiden etsimiselle potilaan elämässä (tapausesimerkki 9, "Vanhuus tuo rajat").

Pitkäaikaispotilaat joutuvat muita useammin pientenkin ongelmien takia sairaalaan. Tämän kuvailun perusteella ei tähän ongelmaan löydy ratkaisuesityksiä.

#### 5.2.4. Kroonistumisriskin kasvaminen

Hoidollisesti hyvin tärkeä on myös uusiutuvan hoidon ryhmä. Tähän ryhmään asetetut potilaat ovat olleet ainakin kerran sairaalahoidossa, he siis ottavat yhteyttä sairaalaan toista tai useampaa kertaa. Vajaat puolet heistä hoidettiin poliklinikalla (10/24:sta) ja yli puolet sairaalaan sisäänkirjoittamalla (14/24). Potilaiden jakautuma poliklinikan ja sairaalan ryhmään noudatti koko aineiston jakaumaa. Uusiutuvan hoidon ryhmän potilas oli siis tavallaan Keroputaan sairaalan tyyppipotilas.

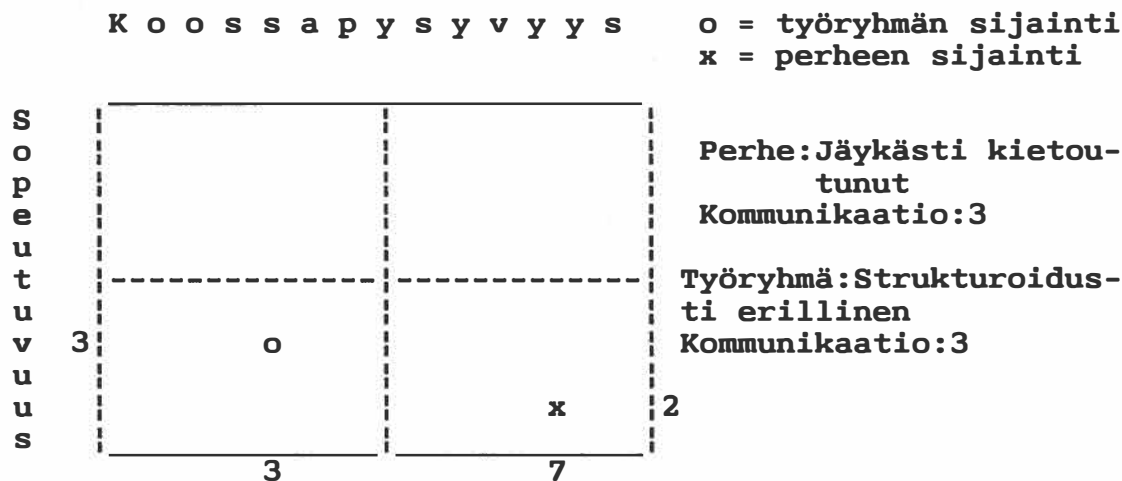
Uusiutuvan hoidon ryhmässä viidellä on keskeisimpänä vakava alkoholiongelma, mikä johtaa toistuviin avuntarpeisiin. Neljä viidestä alkoholiongelmaisesta hoidettiin poliklinikalla. Näistä kaksi kävi poliklinikan vastaanottokokouksessa ilman perhettä, kahdella oli perhe mukana.

#### Tapausesimerkki 10: Lievästä oireesta suuri ongelma (S)

Antti asuu kotonaan yhdessä veljen ja äidin kanssa. Perheen muilla lapsilla on jo omat perheet. He kaikki ovat hyvin kiinteästi suhteessa kotiin, jossa sairas äiti vielä asuu.

Antti ottaa poliklinikalle yhteyttä työterveyslääkärin kautta tullakseen sairaalaan. Hän on masentunut ja alkanut suunnitella itsemurhaa. Hän sanoo myös, että hänellä on pelkotiloja. Poliklinikkaryhmä menee pitämään hoitokokouksen Antin kotiin, missä on mukana Antin veli ja yksi sisko. Hyvin pian perheen varsinaiseksi ongelmaksi selviää kiista siitä, pitäisikö äidin muuttaa vanhusten palvelutaloon vai hoideaanko häntä kotona. Antti siskonsa kanssa kannattaa vanhustentaloon muuttamista, kaksi veljeä äidin kanssa kannattavat kotona asumista. Veljet esittävät myös, että Antin kannattaisi mennä sairaalaan, sisko kannattaa kotona tapahtuvia hoitokokouksia. Tällainen kokous sovitaan viiden päivän päähän. Ennen tätä kokousta Antti tulee kuitenkin eräänä iltana sairaalaan. Seuraavana aamuna vastaanottoryhmässä päätetään, että Antti lepäisi sairaalassa viikonlopun yli, jotta jaksaisi mennä hoitamaan sairasta äitiään. Seuraavassa kotona pidettävässä hoitokokouksessa on mukana äiti, veli ja sisko. Kokous on hyvin sekava siksi, että veljellä ja siskolla on kiire töihin. Perheen hätä ja toimintakyvyttömyys näyttää ottaneen valtaansa myös hoitavan työryhmän, joka yrittää saada tilanteen hallintaansa pitämällä 14 minuutin avauspuheenvuoron. Tämä ei kuitenkaan lisää järjestystä, vaan päinvastoin lisää kiirettä veljen aikapulan vuoksi. Kokouksen jälkeen Antti päättää jäädä vielä sairaalaan, koska on niin masentunut.

Seuraavaan hoitokokoukseen osallistuu enemmän sisaruksia. Tässä kokouksessa löydetään perheen toimintaa säätelevä sääntö, etteivät Antti ja äiti voi olla yhtäaikaan kotona. Siksi äidin jäädessä kotiin on Antin tultava sairaalaan. Vasta tämän jälkeen päästään perheen kanssa järjestelmällisempään työskentelyyn hoitokouksissa ja Antin kanssa sairaalan osastolla. Hoitokouksissa voidaan käsitellä mm. äidin lähestyvän kuoleman uhkaa. Alunperin suunniteltu kolmen päivän sairaalahoito pitkittyi kaikkiaan 1,5 kuukauden hoidoksi.



Antin tapaus on tätä ryhmää hyvin kuvaava esimerkki. Näiden potilaiden kanssa työskennellään pitkään ja perusteellisesti sairaalan ja perheen rajalla. Heidän kohdallaan on vaikea muuttaa jo totuttua sairaalakeskeistä hoitokäytäntöä. Ensi kertaa sairaalaan yhteyttä ottavien potilaiden kanssa on usein "helppo" löytää sairaalaa korvaavia hoitomuotoja, koska potilaan perhe ja verkosto on uuden ongelman edessä hälytystilassa, ja näin tukee hoitoa. Pitkäaikaispotilaiden kanssa taas vastaanottokokoukset näyttävät muodostuvan hyvin tuttavallisiksi, koska sairaalasta on tullut sairastamisen kautta olennainen osa potilaan verkostoa.

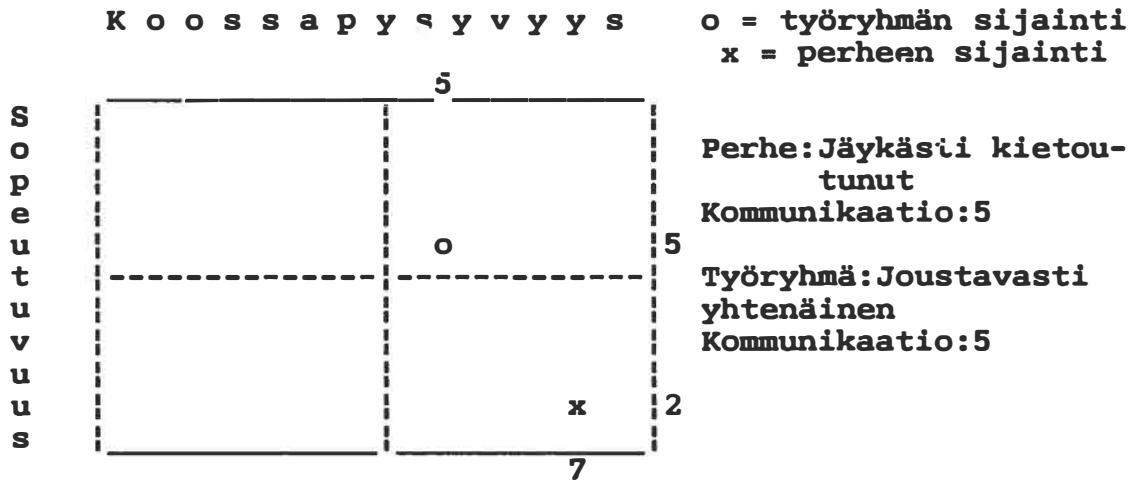
Sen sijaan kroonistumisvaarassa olevien potilaiden kohdalla tilanne on monimutkaisempi. Toisaalta potilaan perhe ja verkosto näyttävät jollakin tavoin tottuneen ongelmaan siten, että sitä ei koeta niin järkyttäväksi asiaksi kuin ensimmäisellä hoitokerralla. Toisaalta ongelman toistuva ilmeneminen saa vastaanottavan työryhmän helpommin neuvottomaksi. Vastaanottokokouksessa saattaa olla vaikea luoda yhteisesti jaettu ja koettu mielikuva ongelman luonteesta hoidon pohjaksi. *Jos tässä ei onnistuta, alkaa ongelma elää "taisteluna" siitä onko potilas kotona vai sairaalassa.*

#### Tapausesimerkki 11: Jatkuva puolustautuminen (S)

Markku elää yhdessä avovaimonsa Tarjan kanssa sivukylällä. Viimeisen 9 kuukauden aikana hän on ollut sairaalassa 6 kertaa. Voimakas paranoidinen pelko oli alkanut 9 kuukautta sitten, kun hänellä oli ollut naapureiden kanssa vaikeuksia. Markku pelkää näiden tulevan aseensa kanssa sekä kaasuttavan hänet ja Tarjan asunnon raoista heidän nukkuessaan. Sairaalakäynnit ovat harventuneet ja lyhentyneet kevään jälkeen, kun osaston työryhmä on tehnyt säännöllisiä kotikäyntejä tavoitteenaan lisätä Markun ja Tarjan turvallisuutta. Tässä on apuna ollut myös Markun veli, joka asuu samassa pihapiirissä.

Markun pelot saavat yliotteen aina jonkin tapahtuman jälkeen, jos tämän tapahtuman voi tulkita jotenkin oudoksi. Ennen tätä yhteydenottoa oli Markun pihalla kävellyt mies haulikko kädessään. Markku pyrki mielenterveystoimiston kautta sairaalaan. Poliklinikan ryhmä tapasi hänet ja suositti, että Markku odottaisi kolme päivää, jolloin oli määrä olla seuraava kotikäynti. Markulle oli kuitenkin luvattu, että suuren pelon ja Markun aggressiivisen käyttäytymisen vuoksi hän saa tulla sairaalaan

suoraan. Kotikäynnillä keskusteltiin tilanteesta ja sovittiin Markun jäävän kotiin. Sopimus ei kuitenkaan pitänyt, vaan kahden päivän kuluttua Markku tuli sairaalaan.



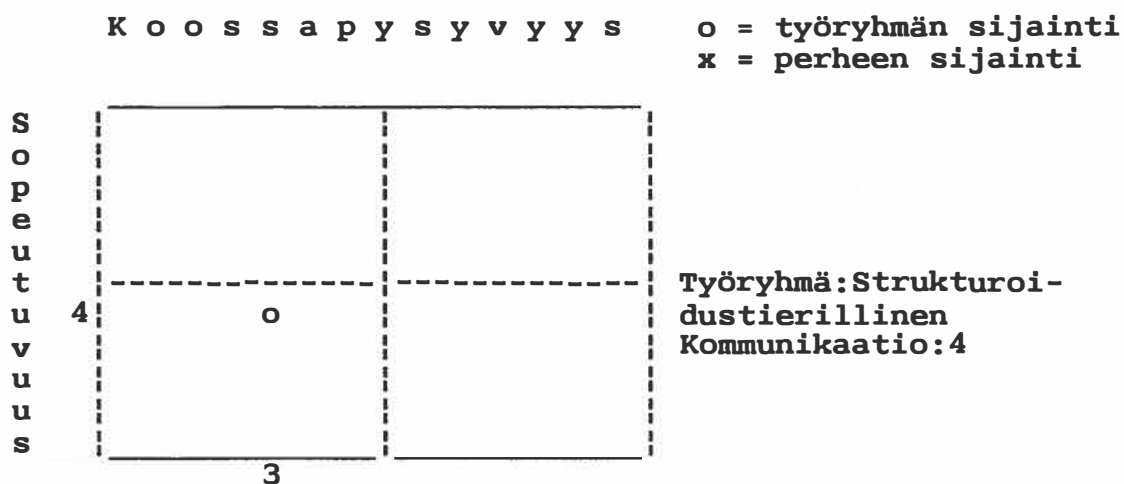
#### Tapausesimerkki 12: Verkosto järjestäytyy (P)

Susannalla oli avioero neljä kuukautta sitten. Tässä yhteydessä oli järjestetty verkostokokous, joka näytti onnistuvan avioerotilanteen todentamisessa. Ennen tätä kokousta Susanna oli ollut kahden vuoden aikana kolme kertaa sairaalassa, missä oli tehty mm. perheterapiaa. Sekä Susanna että hänen miehensä vaikuttivat hyvin avuttomilta, mikä usein pitkitti Susannan sairaalahoitoja.

Nyt Susanna tuli sairaalaan perjantai-iltana. Vastaanottokokous pidettiin heti maanantaiaamuna. Kokouksessa Susanna sanoi, ettei halua jäädä sairaalaan. Sovimme uudesta verkostokokouksesta, johon kutsutaan hänen siskonsa ja veljensä, joihin hänellä ei ole ollut yhteyksiä, sekä miehen vanhemmat. Lisäksi paikalle kutsutaan sosiaali-toimiston tarkkaaja sekä lasten- ja nuorisokodin henkilökuntaa, jotka hoitavat toistaiseksi perheen kahta lasta.

Verkostokokous on tunnelmaltaan tiivis. Susannan sukulaiset saavat selvän kuvan hänen ongelmistaan. He sopivat säännöllisestä yhteydenpidosta. Tämän mahdollistamiseksi Susanna aikoo myydä videot saadakseen puhelimen. Hän toivoo, että lapset olisivat vielä lasten- ja nuorisokodissa, koska ei jaksakaan vielä hoitaa heitä.

Kahden verkostokokouksen aikana Susanna näyttää saaneen ratkaistua onnetoman avioliittonsa sekä päässeensä oman elämän suunnittelun alkuun. Myös Susannan avuttomuudesta johtuva laitostumisen vaara on voitu ainakin toistaiseksi torjua mobilisoimalla potilaan mahdollista verkostoa sairaalan sijalle.



Uusiutuvan hoidon ryhmässä sairaalan ja perheen välinen raja nousee hyvin tärkeäksi tekijäksi. Hoitopaikan ja- muodon etsiminen vastaanottokokouksessa tai -kokouksissa tulee usein kriisin alussa tärkeimmäksi osaksi työskentelyä. Näillä potilailla saattoi olla kesken hoitoprosessi (tapausesimerkit 12, "Verkosto järjestäytyy" sekä 13, "Yksinelämisen vaikeus"). Sairaala ja heidän perheensä muodostivat jo yhteisen systeemin. Vastaanottokokouksen tapahtumat liittyvät näissä tapauksissa meneillään olevaan tapahtumaketjuun. Usein on monia vaihtoehtoja siitä, mihin hoidon arvioissa kiinnitetään päähuomio - eri hoitojärjestelmiin vai perheen ongelmiin esimerkiksi.

Kun sairaalaantulo liittyi jo meneillään olevaan hoitoprosessiin, osoittautui tärkeäksi se, että hoidon aloitusta oli mukana vastaanottoryhmässä arvioimassa jokin kolmas taho, useimmiten polikliinikan työntekijöitä. Näin sairaalaantulo on eräänlainen hoitoprosessin tarkkailupaikka, joka antaa mahdollisuuden uusien ulottuvuuksien löytymiseen hoitosuhteeseen. *Ongelmaa kannattaa silloin tarkastella hoitosuhteen ongelmana eikä pelkästään perheen ongelmana.*

Myös näiden potilaiden kohdalla voitiin sairaalahoitoa korvata avohoidolla. Hoitava työryhmä joutui usein toteamaan olevansa yksi keskeinen osa koko ongelmassa (tapausesimerkki 10, "Lievästä oireesta suuri ongelma"). Näyttää siltä, että *mitä selvemmin vastaanottoryhmä näkee oman asemansa ongelmassa, sitä enemmän on valittavia hoitomahdollisuuksia.*

### 5.2.5. Perheen puuttuminen vastaanottokokouksesta

Tutkimuksen esittelemän hoitomallin perusajatus on, että hoidettavat psykiatriset ongelmat pyritään aina ymmärtämään vuorovaikutuksellisessa suhteessa potilaan lähiympäristöön. Siksi alkuvaiheessa potilaan perhe pyydetään mukaan. Jos perhe ei tule mukaan tai jos sitä kuten muutakaan verkostoa ei ole, muodostaa vastaanottava työryhmä sen ihmissuhdeverkoston, minkä synnyttämien mielikuvien pohjalta ongelmaa määritellään ja hoitoa suunnitellaan. Tapausesimerkissä 12 on yksi tällainen hoidon aloitus.

TAULUKKO 17. Perheen tai verkoston puuttuminen hoidon aloituksesta

	Poliklinikka		Sairaala		Yhteensä	
	N	%	N	%	N	%
Perhe tai verkosto ei mukana vastaanottokokouksessa	10	35.7	10	23.8	20	28.6
Perhe tai verkosto mukana myöhemmin hoidossa	4		4		8	
Perhe tai verkosto ei osallistunut lainkaan hoitoon	6	21.4	6	14.3	12	17.1

Taulukossa 17 ilmenee, että 20 tapauksessa ei potilaan verkostoa ollut mukana vastaanottilanteessa (28.6% koko aineistoista). Näistä kahdeksassa tapauksessa verkoston kanssa voitiin työskennellä myöhemmin. Verkoston puuttuminen vastaanottokokouksesta ei vaikuttanut siihen, hoidettiinko ongelma poliklinikalla vai sairaalassa. Verkoston puuttuminen tässä ja nyt ei näyttänyt merkitsevän sitä, että potilaan olisi pitänyt tulla sairaalaan hoitoon. Yllättäen poliklinikkaryhmässä potilaan verkosto puuttui sekä hoidon alussa että hoitoprosessin aikana suhteellisesti useammin kuin sairaalaryhmässä. Ero ei ole tilastollisesti merkitsevä.

Tätä ryhmää tarkemmin tutkittaessa selviää eroja poliklinikan ja sairaalan välillä. Taulukossa 18. on esitetty syyt verkoston puuttumiseen vastaanottilanteessa. Poliklinikalla hoidettujen potilaiden ryhmästä enemmistö (6/10) on tilanteessa, jossa hän on juuri menettänyt lähimmän verkostonsa (luokat 4–6). Tämä näyttää olevan kriisin ilmeinen syy. Sairaalassa hoidetuista vain kahdella kymmenestä (2/10) on tällainen tilanne. Sairaalaan sisäankirjoitetuista kahdeksalla (8/10) ei ole ollut verkostoa pitkään aikaan (luokat 1 ja 2). Ero ei ole kuitenkaan tilastollisesti merkitsevä.

Perheen puuttumisella kokonaan tarkoitetaan sitä, että potilas asuu yksin, eikä hän ole ollut koskaan naimisissa tai avoliitossa. Ryhmään "Eronnut aiemmin, elää yksin" kuuluvat ne henkilöt, jotka ovat olleet naimisissa, mutta ovat sen jälkeen asuneet jo pitkän aikaa yksin. Kummassakin tapauksessa verkoston puuttuminen siis tarkoittaa vain lähiperhettä, muuta verkostoa voi henkilöllä siitä huolimatta olla (ks. tapausesimerkki 15, "Virkaholhooja tärkein omainen").

**TAULUKKO 18. Miksi perhe ei ollut mukana vastaanottokokouksessa**

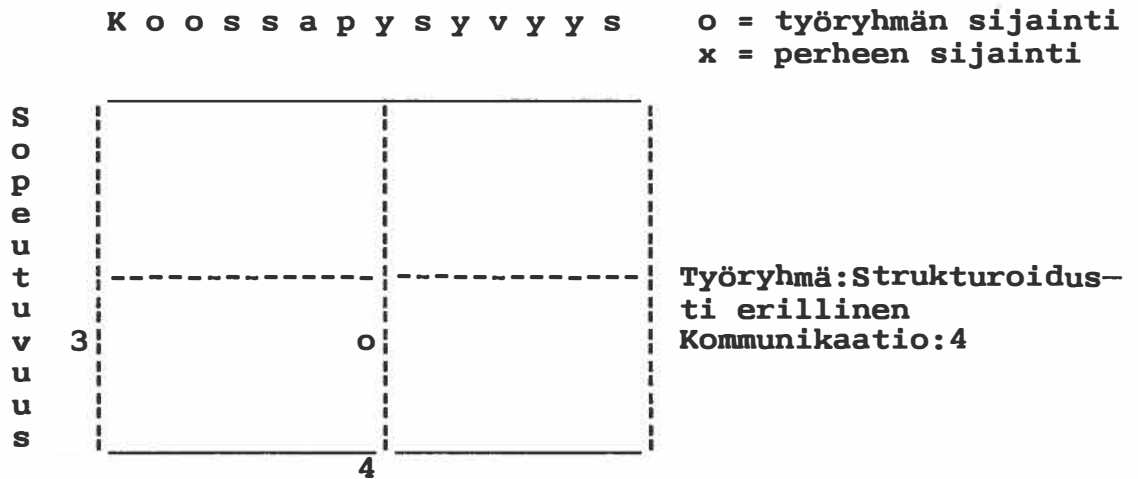
Syy	Poliklinikka	Sairaala	Yhteensä
1. Ei perhettä lainkaan	1	3	4
2. Eronnut aiemmin, elää yksin	3	5	8
3. Avioero kriisin syynä	3	1	4
4. Ongelmat vanhempien kanssa	1	1	2
5. Lapset lähteneet kotoa	1	0	1
6. Asunto-ongelma	1	0	1
Yhteensä	10	10	20

**Tapausesimerkki 13: Yksinelämisen vaikeus (P)**

Kaukolla on pienyritys. Isä kuoli kolme kuukautta sitten. Kauko otti ensimmäisen kerran yhteyttä sairaalaan puoli vuotta aiemmin hänen suhteensa katkettua tyttöystävään. Hän oli alkanut juoda, minkä jälkeen hän oli kuullut ääniä. Sekä vastaanottokokouksessa poliklinikalla että osastolla pidetyt pienet hoitokokoukset ovat olleet Kaukolle hyvin vaikuttavia. Niissä on käsitelty suvun historiaa. Yhdessä kokouksessa oli isä mukana ja yhdessä tyttöystävä. Kaukon äiti on lähtenyt kotoa Kaukon oltua 3 vuotta. Nytemmin äiti on yrittänyt ottaa yhteyttä. Äiti pitää yhteyttä samalla paikakunnalla asuvaan veljeen, jonka kanssa Kauko sanoo välien olevan poikki. Kauko pitää yhteyttä Ruotsissa asuvaan siskoon.

Kauko tulee vastaanottokokoukseen valittaen vapinaa. Kaksi päivää aikaisemmin hänen suhteensa tyttöystävään oli taas katkennut, Kaukon mielestä tällä kertaa lopullisesti. Nyt hän oli juonut jo useamman päivän ajan. Kauko haluaisi pariiksi päiväksi lepäämään sairaalaan. Kokouksessa nousee esille kokouskeskustelujen tärkeys Kaukolle. Poliklinikkaryhmä ei sisäänkirjoita Kaukoa, vaan sopii seuraavalle aamulle uuden hoitokouksen Kaukon kotona.

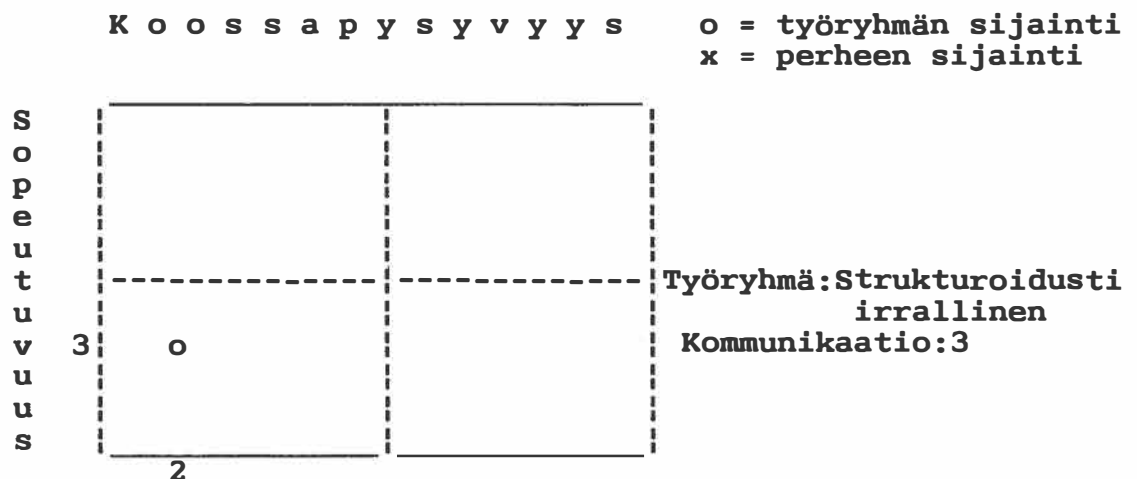
(Taulukon 13 luokituksen mukaisesti Kauko kuuluu luokkaan 3, Avioero kriisin syynä).



**Tapausesimerkki 14: Ei sisaruksia mukaan (S)**

Paavo on käynyt viimeisten vuosien aikana sairaalassa 2–6 kuukauden välein. Aiemmin hänen veljensä ja siskonsa ovat käyneet hoitokouksissa. He ovat olleet myös mukana verkostokouksessa, joka pidettiin Paavon kotona.

Paavo tuli nyt sairaalaan pelkojen lisääntyttyä uudessa asunnossa, minne oli muuttanut edellisen sairaalahoidon jälkeen kolme kuukautta sitten. Hän käy veljensä luona kylässä vähintään joka toinen päivä. Edellisellä hoitokerralla pidetyn hoitokouksen tekemän päätöksen mukaisesti on Paavo aloittanut käynnit mielenterveys-toimiston psykologin vastaanotolla. Kysyttäessä Paavo sanoo, ettei hän halua veljeä ja siskoa hoitokoukseen, koska haluaa hoitaa omat asiansa. Veli on sanonut, ettei hän halua tulla. Soitettaessa veljelle hän sanoo myös, ettei halua osallistua, koska hänellä itseäänkin on ollut mielenterveyden ongelmia. Vastaanottava työryhmä päättää, ettei tällä kerralla sukulaisia pyydetä mukaan. Tämäkin saattaa rauhoittaa Paavoja, sillä tämänkertainen hoitojakso jää tavallista lyhyemmäksi, kahteen viikkoon. (Taulukon 13 luokituksen mukaan Paavo kuuluu luokkaan 1, Ei perhettä lainkaan).





TAULUKKO 19. Verkoston puuttuminen ryhmittäin

	Poliklinikka N	Sairaala N	Yhteensä N	%	Osuus koko aineistosta **
Ensimmäinen hoito	2	0	2	10 %	20 % (14/70)
Uusiutuva hoito	5	1	6	30 %	34.4% (24/70)
Pitkäaikainen hoito	3	9	12	60 %	45.7% (32/70)
Yhteensä	10	10	20	100	100 70

$\chi^2 = 7.67; p = .022$

\*\* ks. Taulukko 14

Taulukossa 19 on vertailtu verkoston puuttumisen jakaumaa kolmen eri ryhmän kesken. Vertailukohdaksi on merkitty näiden ryhmien prosenttiosuus koko aineistosta. Uusiutuvan hoidon ryhmän kohdalla verkoston puuttumisen osuus vastaa tämän ryhmän osuutta koko aineistosta (34,3 %). Ensikertalaisten kohdalla verkosto puuttuu harvemmin kuin osuus koko aineistosta antaisi olettaa. Ero jakautumisessa ei ole kuitenkaan tilastollisesti merkitsevää. Pitkäaikaispotilaiden osuus on vastaavasti suurempi kuin osuus koko aineistosta.

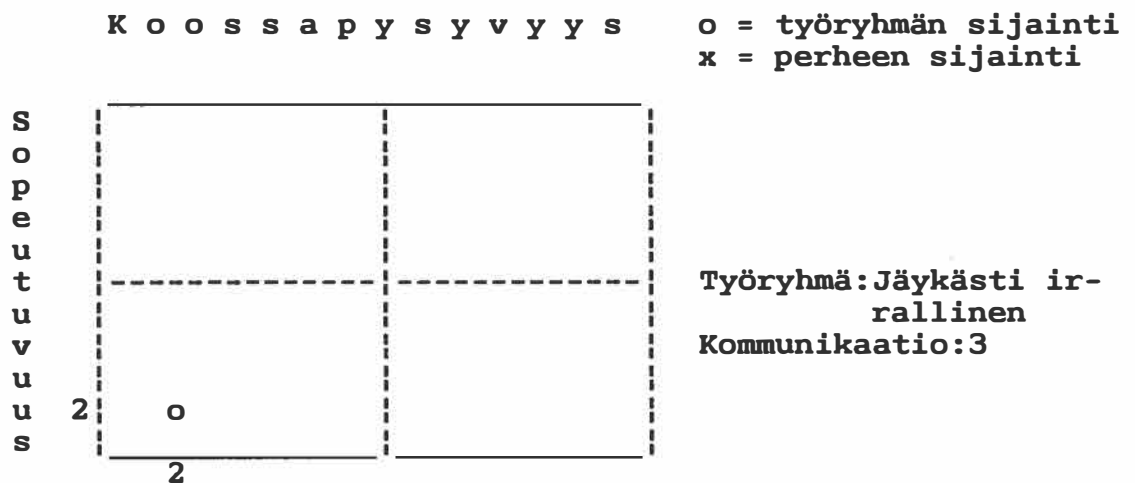
Tällä jakaumalla on merkitystä tämän tutkimuksen jatkoanalyysiin, kun selvitetään perheen vuorovaikutuksen ja vastaanottavan työryhmän vuorovaikutuksen välistä yhteyttä. Pitkäaikaispotilaiden kohdalla perhe puuttuu vastaanottokokouksessa jonkin verran useammin kuin sen ryhmän osuus koko aineistossa antaisi olettaa. Ero ei ole kuitenkaan tilastollisesti merkitsevää. Näin vastaanottokokoukseen osallistuneiden perheiden voidaan katsoa edustavan tässä suhteessa pitkäaikaispotilaiden ryhmää.

Sen sijaan merkitsevää ero syntyy verrattaessa verkoston puuttumisen jakaumaa poliklinikan ja sairaalan kesken hoitoryhmien sisällä ( $p = .022$ ). Pitkäaikaispotilailla verkoston puuttuminen vastaanottokokouksessa vaikutti päinvastoin kuin ensikertalaisten ja uusiutuvan hoidon potilaiden kohdalla. *Jos verkosto puuttui vastaanottokokouksesta, sijoittui pitkäaikaispotilas todennäköisemmin sairaalahoitoon, kun toiset potilaat sijoittuivat todennäköisemmin poliklinikan hoitoon.* Tämä on ilmeisesti yhteydessä taulukon 18 tulokseen siitä, että poliklinikalla hoidettavien verkoston poisjäännin syynä on jokin akuutti kriisitilanne verkostossa. Sairaalaan joutuneiden kohdalla verkostoa ei ole ollut pitkään aikaan. *Sairaala on olennainen osa pitkäaikaispotilaan verkostoa.*

**Tapausesimerkki 15:Virkaholhooja tärkein omainen (P)**

Sakari asuu yksin kaupungin vuokratiloissa. Hän on ollut eläkkeellä kaksikymmentä vuotta. Hänellä on toisella paikkakunnalla veli ja sisko sekä samassa kaupungissa siskon poika, jonka perhe tuntuu olevan hänelle tärkeä. Sairaalassa ja mielenterveys toimistossa Sakari tunnetaan filosofina, joka laveasti kertoo kaikille omasta elämästään – useimmiten veljestään – sekä maailmankatsomuksestaan. Hän käy kaksi kertaa viikossa virkaholhoojan sihteerin luona keskustelemassa raha-asi-oistaan. Joka päivä hän käy tutussa baarissa, jossa hän sanoo olevan 20 keskustelukaveria.

Sakari on kirjoittanut vihkolle elämäntarinaansa, jonka hän haluaisi esittää videonauhalle. Tämän vuoksi hän pyrkii sairaalaan hoitoon. Vastaanottokokouksessa päätetään kuitenkin, että Sakari voi lukea elämäntarinansa poliklinikan videonauhalle eikä häntä sisäänkirjoiteta sairaalaan. Tämän Sakari kokee loukkaavana, mutta tykkää kovasti tähän tutkimukseen liittyvästä psykologisesta tutkimuksesta.



### 5.2.6. Hoitopäätökset muuttuvat

Taulukossa 20 on esitetty heti alussa muuttuneiden hoitopäätösten määrä. Tämä muutos on tapahtunut joko ensimmäisen viikon aikana vastaanottokokouksesta tai ensimmäisen sovitun hoitokokouksen jälkeen.

**TAULUKKO 20. Muuttuneiden hoitopäätösten määrä**

	Poliklinikka		Sairaala		Yhteensä	
	N	%/28	N	%/42	N	%/70
<b>Hoitopaikka muuttuu</b>	3		0		3	
<b>Hoitosuhde katkeaa heti</b>	1		3		4	
<b>Yhteensä</b>	4	14,3 %	3	7,1 %	7	10 %

Poliklinikan hoitoryhmästä kolme on tullut ensimmäisen viikon aikana sairaalaan huolimatta päätöksestä hoitaa ongelma poliklinikalla.

**Tapausesimerkki 16: Eläkeläisten aviokriisi (P)**

Saara asuu yhdessä miehensä kanssa. Terveyskeskuslääkäri ottaa yhteyden poliklinikalle ja pyytää työryhmää arvioimaan Saaran tilanteen. Kotona pidetyssä hoitokokouksessa Saara sanoo olevan hyvin vaikean olon, hän ei pysty olemaan yhdessä paikassa. Hän haluaa sairaalaan, koska kaksi vuotta sittenkin oli niin mukava yhteisö osastolla. Poliklinikkaryhmä päättää kuitenkin, että Saara jää kotiin, ja seuraava hoitokokous pidetään kahden päivän kuluttua.

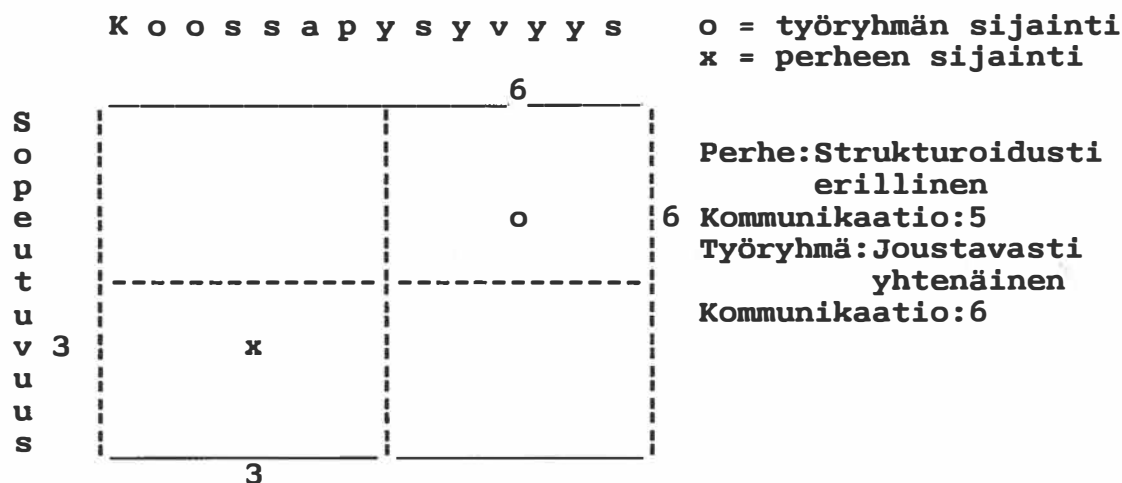
Seuraavan aamuna Saara kuitenkin tulee sairaalaan ja aikoo jäädä sinne. Sairaalassa sovitaan Saaran kotiin neljän päivän päästä hoitokokous, missä päätetään Saaran vastustuksesta huolimatta, että hän jää kotiin. Tässä kokouksessa Saara puhuu itsemurha-ajatuksista ja ongelmistaan miehensä Kalevin kanssa. Poliklinikkaryhmä sopii hoitokokouksesta, mihin kotoa lähteneet lapset tulisivat mukaan.

Viiden päivän kuluttua Saara oli ottanut unilääkkeitä niin paljon, että mies toimitti hänet sairaalaan. Täällä poliklinikkaryhmä kävi tapaamassa häntä ja suositti sairaalaan tulemistä. Saara on sairaalassa 20 vuorokautta. Tänä aikana pidetään kolme hoitokokousta. Vastaanottoryhmä lähetti Saaran miehelle ja lapsille kirjeen, missä todettiin työryhmän tehneen virheen, kun ei toiminut kuten perhe oli halunnut. Tämän kirjeen jälkeen lapset tulivat mukaan hoitoprosessiin. Molemmat lapset ovat hyvin aktiivisia sekä kokouksissa että suhteessaan Saaraa hoitavaan osastoon. Kokouksissa käsiteltiin paljon Saaran ja Kalevin suhdetta.

Saara käy kahden viikon kuluttua terveystieteiden osastossa valittamassa vatsavaivoja ja sitä, että mies katsoo häntä vihaisesti ja on mustasukkainen. Lääkäri lähettää Saaran sairaalaan, missä kuitenkin yhdessä miehen ja tyttären kanssa arvioidaan, että Saara voi lähteä kotiin.

Saara on ollut aiemmin kolme kertaa hoidossa sairaalassa. Jokaisella hoitokerralla vaikea suhde mustasukkaisen mieheen on ollut keskeisesti esillä. Samoin lasten vaikeudet, kuten tyttären syöpä. Nämä hoitokerrat ovat kestäneet 1–3 viikkoa. Saara ja Kalevi eivät pystyneet omaksumaan poliklinikkaryhmän esittämää uudenlaista kriisihoitovaihtoehtoa. Poliklinikkaryhmä ei ilmeisesti riittävästi ensimmäisessä tapaamisessa ymmärtänyt Saaran ja Kalevin perheen toimintajärjestelmän perusluonnetta eikä sitä, että itsemurha-ajatusten kautta eletyt kriisit ovat tulleet perheen olennaiseksi osaksi. Näin taistelu hoitopaikasta saattoi jonkin verran pidentää sairaalahoitoa.

Saara kuuluu "uusiutuvan hoidon"potilaiden ryhmään.



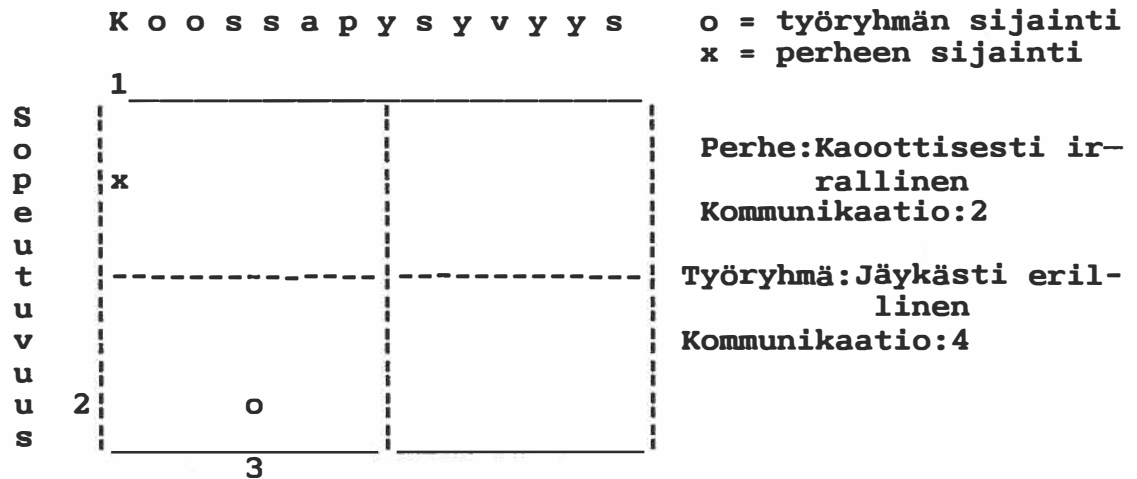
### Tapausesimerkki 17: Kodittomuus liian suuri ongelma (P)

Helena tuli poliklinikalle yritettyään jälleen kerran asua yhdessä äitinsä kanssa viisi kuukautta. Häntä oli saattamassa isä Heikki, joka vaati Helenan ottamista sairaalaan. poliklinikkaryhmä esitti kuitenkin, että asia päätettäisiin kuuden päivän kuluttua hoitokokouksessa yhdessä äidin ja isän ja Helenan kanssa. Heikki ja Helenan äiti Marketta ovat eronneet 15 vuotta sitten.

Seuraavaan kokoukseen tulee kuitenkin vain Helena ja vihainen Heikki, joka syyttää kaupunkia ja sairaalaa Helenan heitteillejätöstä. Helena saa jäädä yöksi, kunhan Heikki ja Marketta ovat seuraavana päivänä hoitokokouksessa. Tässä kokouksessa on Heikki ja Helena paikalla, äiti osallistuu kokoukseen neuvottelupuhelimen kautta. Ensimmäistä kertaa tässä kokouksessa aletaan puhua Heikin ja Marketan perheen historiasta ja Helenan toistuvasta palaamisesta kotiin. Helena on aina voimakkaasti kieltänyt odottavansa mitään kotoa. Vastaanottavan työryhmän jäsenet pohtivat keskenään paljon Helenan hoidon toistuvaa epäonnistumista sairaalassa ja tämän vastaavuutta Heikin ja Marketan perheen hajoamiseen sekä voimakkaisiin vieläkin eläviin negatiivisiin tunteisiin.

Kokouksessa todetaan, että Heikiltä ja Marketalta on jäänyt kesken Helenan itsenäiseen elämään saattaminen. Tämä heidän on tehtävä, vaikka heidän avioliittonsa onkin hajonnut. Helenan kodittomuuden hoitamiseksi Helena jää sairaalaan ja vanhemmat lupautuvat 10 kerran perhekeskustelusopimukseen. Perhekeskusteluissa ovat vanhemmat vuorotellen paikalla.

Helena kuuluu "uusiutuvan hoidon" ryhmään.



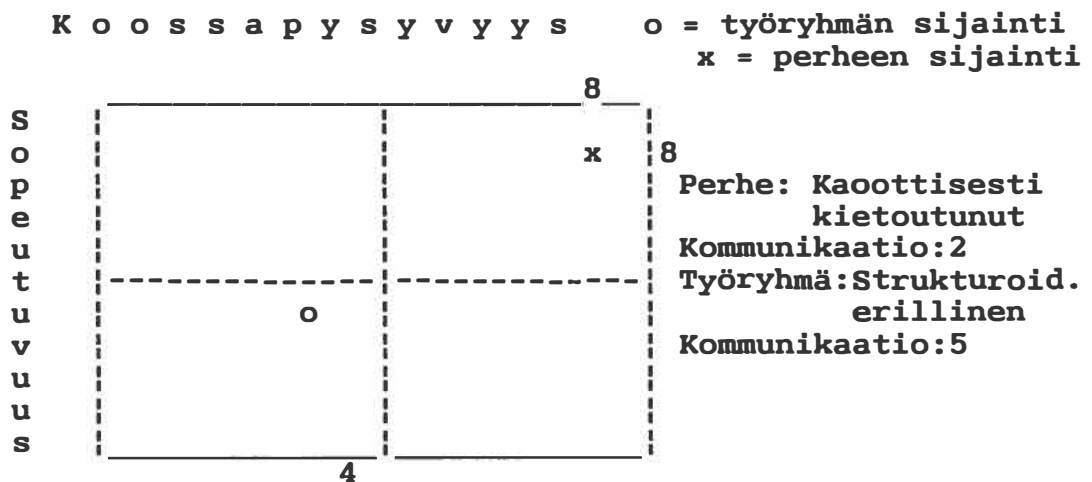
Hoitosuhte katkesi heti alussa neljässä tapauksessa (taulukko 5). Kolme näistä oli sairaalahoidossa.

**Tapausesimerkki 18: Niina - "irtolainen" (S)**

26 vuotias Niina juo hyvin paljon, eikä hänellä ole omaa asuntoa. Hän on asunut viimeiset vuodet vanhan äitinsä kanssa palvelutalossa, mutta äidin lähdettyä vanhainkotiin on Niinan sairaalakierre lisääntynyt. Aiemmillä kerroilla on äiti osallistunut hoitokokouksiin.

Vastaanottokouksessa on äiti mukana ja Niina poissaolevana ja ilmeisesti psykoottisena. Sovitaan Niinan tulevan sairaalaan. Vastaanottoryhmä ei löydä sairaalahoidolle mitään tavoitetta ja olettaa, että Niina lähtee parin päivän perästä pois. Niina poistuu sairaalasta saman päivän iltana, eikä tule sinne takaisin.

Niina kuuluu pitkäaikaishoidon ryhmään.

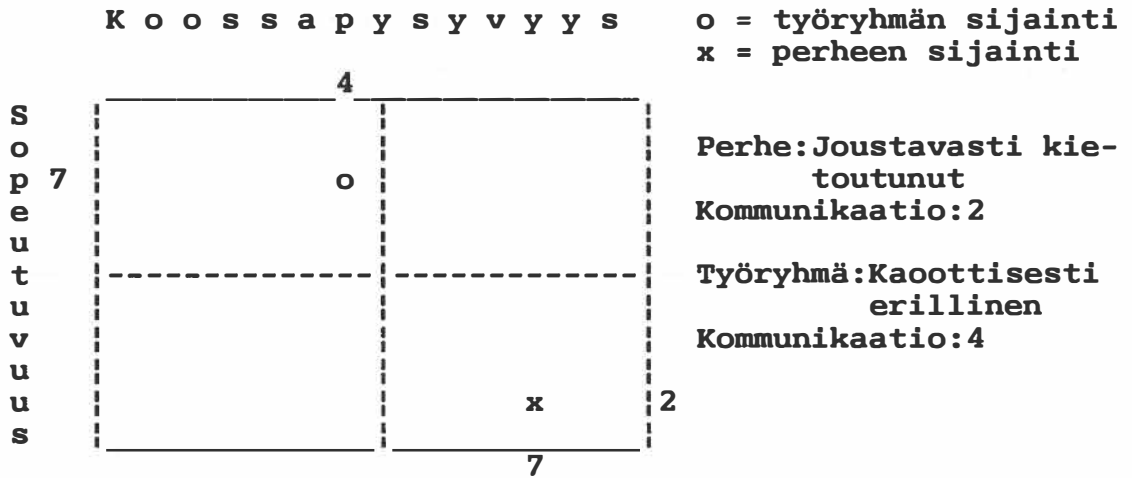


**Tapausesimerkki 19: Anna - maailmanmatkaaja (S)**

Anna tulee sairaalaan, kun hän oli kotona suuttunut äidilleen ja rikkonut astian. Äiti soittaa perään ja sanoo, ettei Annalla ole enää kotiin tulemista, vaan hän haluaa asua yhdessä Annan veljen Tuomon kanssa kaksistaan. Äiti osallistuu vastaanottokokoukseen neuvottelupuhelimella. Hän valittaa väsymystään ja sairauksiaan. Anna on sairaalassa kuusi päivää ja lähtee ilmoittamatta mitään pois. Osastolla arvellaan

hänen lähteneen Tukholmaan, missä hänellä on myös asunto. 1,5 kuukauden kulu-  
tua hän tulee kuitenkin sairaalaan takaisin, kun äiti on kuollut ja hän on jäänyt  
kahdestaan veljensä kanssa.

Anna kuuluu pitkäaikaishoidon ryhmään.



Hoidon alussa muuttuneissa hoitopäätöksissä tulee esiin potilaiden ja hoitojärjestelmän "vaikea" suhde. Näissä tapauksissa sairaala on jo osa potilaiden elämää. Kun vastaanottoryhmä yritti vähentää sairaalan merkitystä perheiden elämässä, vastustivat tällaiset perheet sitä. Usein perheenjäsenet näyttivät vastustavan enemmän kuin itse potilas tätä muutosta. Sekä tapauksessa 16 että tapauksessa 17 olisi ongelman hoitaminen kotona merkinnyt liian suurta muutosta siihen suuntaan, että perheiden olisi pitänyt itse pystyä vastaamaan toiminnastaan. Sekä perheen voimavarojen arvioinnissa että oman aseman arvioinnissa on työryhmä toiminut puutteellisesti.

#### Tapausesimerkki 20: Isä – poika (P)

Yksi kolmesta sairaalahoidon tarvinneista oli ensikertalainen mies. Hän oli sairaalassa kolme päivää, koska hänen isänsä oli matkoilla. Tässä ei syntynyt mitään erityisongelmaa sairaalan ja perheen rajalla, vaan hoito toteutettiin poliklinikalla.

Sairaala on mukana hoitonsa keskeyttäneiden elämässä huolimatta katkenneesta suhteesta. Tapausesimerkeissä kuvatut potilaat Anna ja Niina kävivät hakemassa omaan toimintajärjestelmäänsä hieman "ravintoa", joka voi alkaa kasvaa nyt tai myöhemmin sekä heidän omassa vuorovaikutusverkostossaan että sairaalan ja heidän yhteisessä toimintajärjestelmässään.

### 5.2.7. Kotikäyntien merkityksen kasvu tutkimusaikana

Aineiston kuvauksesta nousee esille kotona pidettyjen kriisikokousten merkitys. Poliklinikan työssä kotikäyntien määrä on jatkuvasti lisääntynyt sekä tätä tutkimusta suunniteltaessa että tutkimuksen aineiston kokoamisen aikana.

Useissa perheterapian seuranta tutkimuksissa kerrotaan perheterapiaistuntojen tapahtuneen kotona. Useimmiten tätä perusteellaan sillä, että näin varmistetaan perheiden osallistuminen hoitoon (esim. Falloon ym., 1984; Langsley ym., 1968; Pittman, 1984). Aaltonen (1982) tutki Turussa perhekeskeistä avohoitoa. Keskeisellä sijalla oli kotona tapahtuneet perheistunnot. Hänen mukaansa kotona pidettyjen perheistuntojen terapeutit saivat muita paremman kuvan perheen suhteesta ulospäin.

Vaikka tutkimus- ja teoriatietoa kotikäynneistä on julkaistu hyvin vähän, ovat useat perheterapioiden tapauselostukset kotikäynneistä hyvin mielenkiintoisia. (Pittman, 1984; Cecchin & Fruggeri, 1986). Kun terapeutti lähtee vastaanottohuoneestaan ja menee asiakkaan kotiin, hän astuu terapia-asiantuntijan roolista elämän kokijaksi ja tarkkailijaksi. Perheen muutokseen tähtäävässä perheterapiassa kotona tehdyn työn merkitys ei nouse niin suureksi kuin tämän tutkimuksen lähestymistavassa. Pyrimme kytkeytymään perheen kanssa yhteiseen kokemisen tilaan. Kotikäynnillä koko perheen elämä tulee esille, vastaanottotilassa vain perheen kertomat ja muuten välittämät kokemukset. Hoidon tapahtuminen potilaan kotona pakottaa työryhmän avoimempaan ja vastaanottavampaan asenteseen.

Esimerkiksi tapausesimerkissä 8 ("Poliisi puuttuu asiaan") ei kuvattu vuorovaikutus olisi ollut mahdollista vastaanottotilassa. Samoin tapausesimerkeissä 6 ja 7 hoidon piti tapahtua dementoitumisvaarassa olevien iäkkäiden ihmisten turvallisimmassa ympäristössä, kotona. Kotona pidettävät kriisikokoukset korostavat perheen osuutta rajasyteemissä. Vastaanottotilassa perhe on usein uuden tilanteen aiheuttaman epävarmuuden vuoksi altavastaaajana, mikä saattaa nostattaa vastarintaa työryhmän kyselyihin. Kotona työryhmä pyytää perheeltä rajatuksi ajaksi isännyyden asioiden käsittelemiseksi.

Kotikäyntien merkitys korostui kaikissa hoitoryhmissä. Ensimmäistä kertaa hoitoon tulevissa tapauksissa kotona pidettävä kriisikokous korostaa potilaan ja hänen verkostonsa toimintamahdollisuuksia eristämättä potilasta vaikeine oireineen. Uusiutuvan hoidon ryhmässä kotona pidettävä vastaanottokokous siirtää rajasyteemin sisällä painopistettä kriisitilanteessa perheen puolelle, kun perhe aiemman kokemuksensa mukaisesti pyrkii painottamaan sairaalan osuutta. Pitkäaikaishoidon ryhmässä kotona pidettävä vastaanottokokous voi avata tuttuna pidetyn potilaan elämän ymmärtämiseen aivan uuden näkökulman. Kaikissa tapauksissa kotona tapahtuvan kriisihoidon ehto on se, että vastaanottoryhmä pystyy ottamaan hoitovastuun ja hyvin selvästi välittämään tämän perheelle.

### 5.2.8. Muutoksen merkitys koevoluution systeemissä

Perheen ja hoitojärjestelmän koevoluutiota voidaan näiden kuvailujen perusteella tarkastella myös laajassa mittakaavassa. Perhe tuo vastaanottokokoukseen oman toimintajärjestelmänsä, joka tavalla tai toisella muodostuu kokouksen tapahtumien pohjaksi. Hoitavan työryhmän tehtävä on ymmärtää tämä toimintajärjestelmä, hyväksyä se työskentelyn lähtökohdaksi ja tuoda yhteiseen systeemiin oma järjestäytyneisyytensä ja omat mielikuvansa. Näiden toivotaan antavan perheelle mahdollisuuden arvioida uudelleen esittämänsä ongelma. Tällä tavalla alkaa perheen ja hoitavan laitoksen koevoluutio pienessä mittakaavassa.

Suuressa mittakaavassa yhteinen rajasysteemi sulkee sisäänsä eri hoitojärjestelmien ja muun verkoston toiminnan. Pitkäaikaispotilaiden kohdalla tämä näyttää selvältä. Tapausesimerkissä 8 laajan hoito- ja toimintajärjestelmän tasapainon säilyttäminen näytti tarvitsevan sitä, että perheen äiti otti yhteyden poliisiin. Tämä teko antoi poliklinikan työryhmälle mahdollisuuden arvioida oman toimintansa sisältämä uhka perheelle ja pyytää anteeksi ymmärtämättömyyttään äidiltä. Tasapaino palautui siis siten, että hoitava työryhmä itse otti alemman aseman ja määritteli perheen toimintajärjestelmän mukaisesti äidin parhaaksi asiantuntijaksi. Tasapainon palautuminen ei kuitenkaan merkinnyt vain paluuta aiemmin vallinneeseen tilanteeseen, vaan mahdollisti uudenlaisen elämänjärjestyksen kokeilemisen perheessä (sisäisten rajojen lisääntyminen, kun potilas nukkuu samassa paikassa kuukauden yksin). Tällainen muutos saattaa antaa mahdollisuuden ehkäistä perheen ongelman leviämisen auttamisjärjestelmiin. Esimerkiksi sairaalakierre voitaisiin katkaista edes lyhyeksi ajaksi.

Tältä kannalta mielenkiintoinen on myös tapausesimerkissä 5 esitetty ensikertalaisen potilaan ja hänen auttamisjärjestelmänsä vuorovaikutus. Perheessä potilaan ongelman tuoma tilanne oli käynyt niin ylivoimaiseksi, että se näytti menettäneen tavanomaisen hierarkiensa ja sopeutumiskykynsä. Yhdestä lapsesta (potilaan siskosta) oli tullut perheen "johtaja". Potilaan ongelma oli kietonut vanhemmat niin, että he näyttivät toimintakyvyttömiltä. Avohoidon auttamisjärjestelmä yritti ratkaista tilanteen määräämällä autoritaarisesti vastaanottoryhmää. Se käski poliklinikkaa ottamaan potilas sairaalaan. Tämä sai kuitenkin vastaanottoryhmän etsimään tavallista tarkemmin perheen piilossa olevan toimintajärjestelmän mieltä. Vastaanottokokouksessa selvitettiin laajasti potilaan huutamiseen liittyviä asioita. Siinä etsittiin myös tuosta käsketystä hoitomallista poikkeavia ratkaisuja. *Potilaan ja sairaalan yhteiskehitys – koevoluutio – ei alkanut vastaanottokokouksessa, vaan silloin, kun mielenterveystoimiston työntekijä varasi perheelle ajan poliklinikalta.* Yhteiset perhekeskustelut eivät näyttäneet tuovan olennaista muutosta perheen toimintajärjestelmään. Sen sijaan yksi oireista (potilaan huutaminen yöllä) poistui. Tämä antaa perheelle ainakin enemmän



aikaa. Se mahdollisesti myös avartaa vuorovaikutuskenttää niin, että useammat valinnat tulevat mahdollisiksi.

Havaintoja voidaan verrata ns. reflektiivisen perheterapiamuodon perusajatusten luojaan Tom Andersenin teoriaan (Andersen, 1987). Hoitokokouksessa työntekijöiden keskustellessa keskenään reflektiivisesti perheen tuomasta ongelmasta perhe saa mahdollisuuden tarkastella itseään. Ei ole oikeita tai vääriä valintoja, on vain sekä-että näkökulmat. Jotta perhe voisi saada keskustelusta uusia toiminta-ajatuksia, on esitysten oltava "sopivan epätavallisia". Tällöin ne toisaalta sisältäisivät jonkin uuden näkökulman ja toisaalta eivät liian epätavallisina olisi perheen tavoittamattomissa tai uhkaisi sen tasapainoa.

Tämä yksinkertaistettuna esitetty teoria näyttää saavan hyvin suoraviivaisestikin vahvistusta. Ensikertalaisten potilaiden kohdalla oli mahdollista keskustelun kautta löytää sairaalahoidolle vaihtoehtoja, koska heidän elämänpiirissään nimenomaan sairaala on "liian epätavallista" ja kriisin yhdessä käsittely perhekeskusteluissa taas sopivan epätavallista. Mitä suuremman osan psyykkiset ongelmat tai mielisairaus käsittää potilaan elämästä, sitä tavallisemmaksi tulee sairaalahoito hoitoratkaisuna.

Erityisesti "uusiutuvan hoidon" potilaiden kohdalla vastaanottokokousten keskustelussa tämä asia korostui. Rajalla tapahtuva vuorovaikutus, ongelmiin liittyvän ymmärryksen etsiminen oli pääosa työskentelyä. Jos hoitava työryhmä löysi tämän hetken ongelmien perusluonteen, voitiin vastuu asioista siirtää yhteisellä päätöksellä nopeasti potilaalle (esim. tapausesimerkki 12, "Verkosto järjestäytyy"). Sen sijaan tapausesimerkissä 10 ("Pienestä oireesta suuri ongelma") näytti keskustelu olevan liian epätavallista perheen tietynlaisen hysterian vuoksi. Kun löydettiin yhteisesti jaettu tilanteen määrittely, olivat hoitoratkaisut sen jälkeen helpompia. Tapausesimerkissä 11 ("Jatkuva puolustautuminen") taas työskentely oli aluksi liian tavallista, siihen ei sisältynyt mitään uusia näkökulmia. Nämä esimerkit osoittavat myös sen, että hoitomallissa pitää olla sekä-että ratkaisuja. *Jos hoitava työryhmä pitää yksiviivaisesti avohoitoa hyvänä hoitona ja sairaalahoitoa huonona hoitona pitkittyy sairaalan ja perheen rajalla tapahtuva toiminta tarpeettomasti.*

Vastaanottoryhmä ei voinut toimia ottamatta huomioon perheen tai potilaan tuomia ehtoja. Työryhmä saattoi "vain" panna alulle joitakin sirkulaarisia vuorovaikutuskehiä, muttei toimia yksin subjektina. Varela (1985) on todennut, että subjekti ja objekti kietoutuvat erottamattomasti toisiinsa.

"By this logic, we stand in relation to the world as in a mirror that does not tell us how the world is: neither does it tell us how it is not. It reveals that it is possible to be the way we are being, and act the way we have acted. It reveals that our experience is viable."(s.322)

Jos vastaanottoryhmä paasi ongelman lähelle perheen kokemuksen suuntaisesti, niin hoitoratkaisut syntyivät siten, että yhdessä suunnitellut toimenpiteet alkoivat toteutua. Mitä enemmän potilas oli oman toimintansa ja perhe yhteisen toiminnan subjekti, sitä helpommin

yhteisen kokemisen tilan löytäminen tuntui olevan. *Mitä enemmän potilaan identiteetti oli jo kietoutunut hoitojärjestelmään, mitä enemmän subjekti oli jo kietoutunut, sitä mahdottomampi oli löytää aiemmasta poikkeavia ratkaisuja* tai sitä vaikeampi vastaanottavan työryhmän oli löytää perheen toimintaa ohjaava periaate.

Bråtenin (1986) mukaan sosiokulttuuralliset yhteisöt luovat tarkoituksia, joiden tavoitteena on ylläpitää ja muuttaa osallistuvien identiteettiä jaetulla ymmärryksellä maailmasta ja itsestään. Hänen mukaansa tämä ymmärrys ei ole subjektiivista tai objektiivista, vaan "intersubjektiivista". Subjekti-objekti ovat toisiaan täydentäviä systeemin osia.

Kun työryhmä alkoi kokea perheen kanssa tätä yhteistä kietoutunutta subjektiä, saattoi tilanne muuttua. Tämä muutos ei kuitenkaan tapahtunut suoraan hoitavan työryhmän toimenpiteiden seurauksena, vaan enemmän koko vuorovaikutuskentän laajenemisen seurauksena (tapausesimerkki 12). Tämä havainto sopii hyvin yhteen Maturanan kuvaaman muutoksen luonteen kanssa (Maturana, 1988, ks. "koevoluutio terapeuttisessa käytännössä"). Vaikka muutos tapahtui, se ei pakottanut potilasta tai perhettä luopumaan aiemmista säännöistään, vaan päinvastoin näytti vahvistavan niitä samaan aikaan. (Tapausesimerkit 8, "Poliisi puuttuu asiaan" ja 7, "Vanhuus tuo rajat").

### 5.3. Perheen ja työryhmän käyttäytymisen analyysi

Tutkimusaineiston kuvailevan perusanalyysin jälkeen tutkittiin vastaanottokokouksessa alkavaa perheen ja sairaalan koevoluutiota tarkemmin. Tavoitteena oli löytää työryhmän toimintaan yhteydessä olevat tekijät.

Hypoteesi 1: Perheen ominaisuudet, potilaan taustatekijät ja ominaisuudet sekä potilaan verkoston ominaisuudet ovat yhteydessä siihen, miten hyvin työryhmä toimii vastaanottokokouksessa, kun mittarina käytetään Olsonin ympyrämalliin kehitettyä Kliinistä arviokaalaa (Clinical Rating Scale).

Työryhmän toimintaa analysoitiin laskemalla työryhmän toimintaa kuvaavien muuttujien korrelaatiot perhettä kuvaaviin, potilaan verkostoa kuvaaviin, potilaan psyykkistä tilaa kuvaaviin sekä potilaan taustaa kuvaaviin muuttujiin. Näin syntynyt korrelaatiomatriisi on esitetty liitteessä 7. Havaittuja korrelaatioita analysoitiin tarkemmin regressioanalyysin avulla ja tapausesimerkkejä tutkimalla. Tutkimuksen teorian pohjalta pitää seuraavia tuloksia lukiessa huomioida kaksi asiaa. (1) Arvioit-sijoiden havaintoja perheistä ja työryhmien toiminnasta ei nähdä objektiivisena totuutena erillisestä systeemistä. Havainnot kuvaavat prosessia, missä he itse ovat mukana. (2) Perheen toimintaa ei tarkastella erillisenä diagnostisoitavana systeeminä, josta haettaisiin selityksiä ongelmille. Koko ajan etsitään perheen käyttäytymisen yhteyksiä vastaanottotilanteeseen ja työryhmän toimintaan. Näin korrelaatioista ei etsitä syy-yhteyksiä, vaan vastaanottokokouksen tapahtumien kuvaamista selkeyttäviä ominaisuuksia. Vastaanottokokouksen tapahtumia tehdään ymmärrettäviksi.

Korrelaatioiden merkityksen tarkentamiseksi testattiin eräät muuttujat regressioanalyysillä. Regressiomalliin valitaan selitettävät ja selittävät muuttujat. Tässä yhteydessä näistä ei kuitenkaan haeta lineaarisia syy-seuraus suhteita. Tavoitteena on selvittää työryhmän ja perheen vastavuoroista suhdetta. Näin kummankin käyttäytyminen voi olla selitettävänä ja selittävänä muuttujana.

#### 5.3.1. Mittarien validiteetti

Perheen ja työryhmän samanaikaisen arvioinnin tavoitteena oli löytää sellaiset ominaisuudet, joilla vastaanottoryhmä ja perhe vaikuttavat toisiinsa vastaanottokokouksessa. Työryhmän arvioinnin mittari kehitettiin Olsonin kehittämästä CRS skaalasta. Työryhmän ja perheen keskinäisen vuorovaikutuksen selvittämiseksi järjestettiin kummatkin arviointiskaalat lineaarisiksi akseleiksi. Näin tehtiin korrelaatioihin perustuvat tilastolliset menetelmät mahdollisiksi. Tämä toimenpide

kadottaa arviointiasteikoiden tuoma informaatiota. Kahden äärimmäisen pään erottaminen toisistaan käy mahdottomaksi, koska ne nyt sijaitsevat akselissa peräkkäin. Työryhmän ja perheen vuorovaikutuksen yhteyksien etsimisessä ei tällä asialla ole välttämättä merkitystä yleisessä analyysissä. Perheen ja työryhmän välisiä korrelaatioita tuli paljon esille.

CRS skaalan validiutta Olson (1986) on tutkinut vertaamalla kunkin perusakselin keskinäisiä korrelaatioita. Hänen mukaansa ideaalitilanne on se, että kahden pääakselin välillä ei ole korrelaatiota. Taulukossa 21 on esitetty perhearviointiasteikon ja työryhmäarviointiasteikon sisäiset korrelaatiot.

TAULUKKO 21. Perheen ja työryhmän arviointiakseleiden keskinäiset korrelaatiot

		Perheen arviointi			Työryhmän arviointi		
		I	II	III	I	II	III
Koossapysyvyys	I	1.00			1.00		
Sopeutuvuus	II	.274	1.00		.397*	1.00	
Kommunikaatio	III	.402*	.235	1.00	.230	.100	1.00

\* =  $p < .05$

Taulukosta 21 ilmenee, että perheen akseleiden lineaarinen muutos on nostanut koossapysyvyyden ja sopeutuvuuden akseleiden välistä korrelaatiota verrattuna Olsonin omiin validiteettitutkimuksiin. Akseleiden välinen yhteys ei kuitenkaan ole tilastollisesti merkitsevä. Regressioanalyysissä merkitseviksi selittäviksi tekijöiksi tuli pelkästään kummankin akselin sisäiset osiot. Tämä vahvistaa sitä, että *kumpikin akseli kuvaa itsenäisesti erilaisia perheen vuorovaikutuksen ominaisuuksia*. Perheen kommunikaatioakseli näyttää sen sijaan korreloivan tilastollisesti lähes merkitsevästi perheen koossapysyvyyteen. Mittarin kannalta tämä ei ole kovin suuri ongelma, koska kommunikaation tehtäväksi arvioidaankin helpottaa perheen koossapysyvyyttä ja sopeutuvuutta. Tässä tutkimuksessa perheen kommunikaatio näyttää enemmän helpottavan perheen koossapysyvyyttä.

Työryhmän arviointiasteikko toimii jonkin verran eri tavalla kuin perheen arviointiasteikko. Työryhmän koossapysyvyyden ja sopeutuvuuden kokonaisarvioiden korrelaatio on tilastollisesti lähes merkitsevä. Regressioanalyysissä kuitenkin kummankin akselin kokonaisarviota selittivät merkitsevästi vain akselin sisäiset osiot. Kommunikaatioakseli merkitsi vähemmän kuin perheen kohdalla. Se ei korreloi merkitsevästi kumpaankaan akseliin. Perheen ja vastaanottoryhmän välinen ero selittyy osittain sillä, että suorissa jakaumissa työryhmän saamien kommunikaatioarvioiden hajonta on paljon perhettä suppeampi ja arvot ovat parempia. Perheen ja työryhmän toiminnan arviointiasteikot tulivat (yllättävän) samankaltaisiksi. On todennäköistä, että jos asteikkoja olisi

käsitelty alkuperäisessä käyräviivaisessa muodossa, olisivat erot tulleet suuremmiksi. Tähän viittaa se, että työryhmän arvioinnissa kietoutuneen ja kaoottisen toiminnan ääripäähän ei tullut juuri lainkaan havaintoja. Näin puhuttaessa työryhmän huonosta toiminnasta tarkoitetaan lähes yksinomaan työryhmän irrallisuutta tai jäykkyyttä. Perheessä huono toiminta voi merkitä yhtä hyvin irrallista tai kietoutunutta koossapysyvyyden akselilla kuin jäykkää tai kaoottista sopeutuvuuden akselilla. Suorien jakaumien perusteella perheen arvioitu huono toiminta merkitsee useimmin kietoutunutta ja kaoottista kaikissa muissa osioissa paitsi perheen rooleissa ja säännöissä sekä sopeutuvuuden kokonaisarviossa. Näissä muuttujissa on enemmän havaintoja jäykässä luokassa.

CRS skaalan arviointiasteikkojen sisäistä reliabiliteettia selvitettiin vertaamalla työryhmän ja perheen asteikkojen osioiden korrelaatiota toisiinsa ja kokonaisarvioon (Taulukko 22).

**TAULUKKO 22. Työryhmän ja perheen arviointien sisäiset korrelaatiot koossapysyvyyden ja sopeutuvuuden akseleissa**

*Työryhmän koossapysyvyys*

Mja				
87	1.0			
88	.78	1.0		
89	.58	.65	1.0	
90	.91	.91	.67	1.0
	87	88	89	90

*sopeutuvuus*

Mja					
91	1.0				
92	.42	1.0			
93	.35	.60	1.0		
94	.31	.60	.76	1.0	
95	.54	.74	.79	.69	1.0
	91	92	93	94	95

*Perheen koossapysyvyys*

Mja					
61	1.0				
62	.33	1.0			
65	.42	.24*	1.0		
66	.33	.28*	.58	1.0	
67	.59	.49	.59	.66	1.0
	61	62	65	66	67

*sopeutuvuus*

Mja					
68	1.0				
70	.32	1.0			
71	.42	.33	1.0		
72	.50	.42	.69	1.0	
73	.46	.47	.84	.82	1.0
	68	70	71	72	73

\* =  $p < .05$

*alleviivaus = korrelaatiot kokonaisarvioon*

Arviointiasteikkojen sisäiset korrelaatiot ovat lähes kauttaaltaan merkitseviä. Ainoastaan perheen koossapysyvyyden asteikolla perheen sisäiset rajat (muuttuja 65) ja ulkoiset rajat (muuttuja 66) eivät korreloi merkitsevästi perheen jäsenten puuttumiseen toistensa asioihin (muuttuja 62). Sen sijaan sekä perheen että työryhmän arviointiasteikossa kaikki osiot korreloivat merkitsevästi kokonaisarvioon. Koossapysyvyyden ja sopeutuvuuden kokonaisarviot näyttävät siis kuvaavan hyvin niiden alla olevia osioita. Sisäiset korrelaatiot ovat todennäköisesti kohonneet asteikkojen suoraviivaiseksi muuttamisen

takia. Käytännössä asteikkojen kumpaankin päähän tulee eri osioissa arvioita. Kun asteikot muutettiin suoraviivaisiksi, tulevat nämäkin arviot nyt toistensa lähelle.

Taulukkoa 22 tarkemmin tutkittaessa näyttävät työryhmän arviointiasteikkojen korrelaatiot perheen korrelaatioita korkeammilta. Erityisesti työryhmän koossapysyvyyden akselissa näyttävät eri osiot saavan lähes samat arvot. Perheen arvioinnin osioiden kesken on enemmän vaihtelua. Tämä koskee erityisesti perheen koossapysyvyyden akselia.

**Yhteenvetona** arviointiasteikkojen validiteetista voi todeta, että kummankin asteikon koossapysyvyyden ja sopeutuvuuden skaalat mittaavat toisistaan poikkeavia asioita ja niiden osiot liittyvät toisiinsa. Sen sijaan sekä perheen että työryhmän kommunikaation arviot mittaavat toisistaan poikkeavia ominaisuuksia, niiden osiot eivät liity toisiinsa yhtä kiinteästi. Sekä työryhmän että perheen koossapysyvyyden ja sopeutuvuuden kokonaisarviot edustavat akseleiden sisäisiä osioita. Erityisesti työryhmän koossapysyvyyden osiot näyttävät kuvaavan lähes samaa asiaa, koska ne korreloivat toisiinsa korkeasti.

### 5.3.2. Työryhmän oman kokemuksen yhteydet tapahtumiin

Vastaanottokokouksen jälkeen työryhmän jäsenet arvioivat lomakkeella (liite 5) keskinäisen keskustelun määrää ja ymmärryksen lisääntymisen määrää. Ymmärryksen lisääntymisellä tässä yhteydessä tarkoitetaan skistofreniaprojektin kuvaaman hoitomallin käsitettä (Lääkintöhallitus, 1985; ks. myös tämän tutkimuksen teoriaosa). Muuttujan arvo on laskettu työryhmän jäsenten vastausten keskiarvosta (asteikko 0–3).

Taulukossa 23 esitetään työryhmän jäsenten kokeman ymmärryksen lisääntymiseen korreloivat muuttujat. Työryhmän jäsenten keskinäisen keskustelun määrä korreloi samoihin työryhmän toimintaa kuvaaviin muuttujiin, mutta ei muihin muuttujiin.

TAULUKKO 23. Työryhmän jäsenten ymmärryksen lisääntymisen yhteydet muihin tekijöihin;  $p < .05$

Muuttujan nimi	r
<i>Potilas:</i>	
Aiempien sairaalahoitokertojen määrä	-0.348
Toimeentulo	-0.337
Rorschachin diagnoosi	-0.291
Sijoittuminen hoitoryhmiin I,II,III	-0.337
<i>Työryhmä:</i>	
Työryhmän puuttuminen toisen asioihin	0.257
Työryhmän sisäiset rajat	0.347
Työryhmän ulkoiset rajat	0.257
Työryhmän koossapysyvyys	0.288
Työryhmän johtajuus	0.363
Työryhmän sopeutuvuus	0.259
Työryhmän kommunikaatio	0.274
Työryhmän jäsenten keskinäisen keskustelun määrä, oma arvio	0.355

Vastaanottoryhmän jäsenet kokivat ymmärryksensä lisääntyneen enemmän sellaisten potilaiden kohdalla, joilla on vähän aiempia sairaalahoitokertoja ja jotka vastaavat itse toimeentulostaan. Vastaanottokokouksen merkitys koettiin suuremmaksi niiden potilaiden kohdalla, jotka persoonallisuustestin perusteella kärsivät lievemmistä psyykkisistä ongelmista. Näillä potilailla on ilmeisesti paremmat sisäiset voimavarat elämänsä ohjaamiseen. Vaikean psyykkisen ongelman ymmärtäminen oli vaikeaa. Ensi kertaa hoitoon tulleiden potilaiden tilanteen ymmärtäminen oli helpompaa kuin toistuvasti hoitoon tulevien.

Työryhmän jäsenten omalla havainnolla kokouksen merkityksestä näytti olevan selvä yhteys työryhmän hyvään toimintaan. Jos työryhmä toimi arvioitsijan mielestä yhtenäisesti ja joustavasti ja jos sen keskinäinen kommunikaatio kokonaisuudessaan oli vuorovaikutusta helpottavaa, kokivat työryhmän jäsenet myös ymmärryksensä lisääntyneen potilaan tuomasta ongelmasta.

Työryhmän jäsenten tunne ymmärryksensä lisääntymisestä ja keskinäisen keskustelun määrästä liittyi työryhmän omaan toimintaan. Merkitseviä yhteyksiä ei sen sijaan ilmennyt perheen toimintaan. Eniten ymmärryksen lisääntymiseen oli yhteydessä se, kuinka paljon työryhmä oli omasta mielestään keskustellut tai neuvotellut keskenään. *Yhden työryhmän jäsenen kokema oman ymmärryksen lisääntyminen oli siis yhteydessä siihen, mitä työryhmän jäsenet olivat yhdessä tehneet.*

Tapausesimerkki 21: Potilas raivoaa-työryhmä ei ymmärrä(S)  
(Ymmärrys ei lisääntynyt)

Tapani on tullut sairaalaan pakkolähetteellä. Hän on hyvin vihainen ja epäilee ryssien vakoilevan hänen elämäänsä. Hän on käynyt entisessä kotitalossaan, missä veli nyt asuu. Siellä hän on riidellyt veljen kanssa ja uhannut tämän koiraa. Vastaanottokokouksessa on mukana äiti ja veli. Äiti haluaa ymmärtää Tapania. Hän kehuu myös kovasti nykyistä miestänsä. Tätä ei Tapanin veli ymmärrä. Veljen ja Tapanin välille tulee riita lähes kaikista asioista. Arvioitsija näkee perheen koossapysyvyydeltään irrallisena ja sopeutuvuudeltaan jäykkänä. Kommunikaatiossa perheenjäsenet puhuvat toistensa päälle, vaihtavat puheenaihetta kukin oman teeman mukaisesti. Kommunikaation kaikkien osioiden pistemäärät ovat 1 tai 2. Keskustelun siirrettyä koiraan suuttuu Tapani niin paljon, että lähtee huoneesta ulos eikä tule enää takaisin.

Työryhmässä aluksi yksi henkilö toimii puheenjohtajana, mutta epäjärjestyksen lisääntyessä alkavat työryhmän jäsenet pohtia yhä enemmän syntyneitä mielikuvia ongelmasta nyt ja Tapanista olevien aiempien kokemusten perusteella. Sen koossapysyvyys arvioidaan kietoutuneeksi ja sopeutuvuus strukturoiduksi. Kommunikaatiopistemäärät ovat hyviä (4–6). Työryhmän jäsenet arvioivat itse, että heidän keskinäinen keskustelunsa oli hyvin vähäistä. Kaikkien mielestä ymmärrys ongelmasta ei lisääntynyt yhtään, kaikkien antaman pistemäärä oli 0.

Tapani kuuluu pitkäaikaishoidon ryhmään.

Työryhmän johtajuus liittyy samaan asiaan siten, että joustavasti jaettu johtajuus ilmenee keskinäisen keskustelun kautta. Myös johtajuus oli yhteydessä ymmärryksen lisääntymiseen. Autoritaarisen johtajan kanssa toiminut työryhmä ei kokenut ymmärryksensä lisääntyneen. Tapausesimerkeissä 21 ja 24 työryhmät ovat johtajuudeltaan jäykkiä (pistemäärät 3 ja 4) ja ymmärrys ei ole lisääntynyt lainkaan (arvo 0) tai vain vähän (arvo 1).

#### Tapausesimerkki 22: Pelottava nuorimies (S) (Ymmärrys lisääntyy)

Mikko on ollut perheelleen ongelma jo usean vuoden ajan. Hän on juopotellut, haistellut tinneriä ja tehnyt pikkurikoksia. Sosiaalitoimisto on vuokrannut hänelle tukiasunnon, josta vaikeuksien vuoksi on uhannut Mikon irtisanoa. Äiti pelkää Mikkoa hyvin paljon. Pelkonsa vuoksi hän on ollut hoidossa mielisairaalassa kaksi vuotta aiemmin.

Mikko tulee sairaalaan ahdistuneena ja haluaa elämänsä muuttuvan. Vastaanottokokous pidetään vasta 8 vuorokauden kuluttua sairaalaan tulosta, koska vanhemmat eivät halunneet siihen aikaisemmin osallistua kyllästyttyään Mikon ongelmiin.

Vastaanottokokouksessa on tunnelma aluksi jännittynyt. Isäpuoli istuu hiljaa tarkkaillen tilannetta, äiti vastaa kysymyksiin yksisanaisesti ja vaatii Mikon pitämistä sairaalassa. Arvioitsija näkee perheen koossapysyvyydeltään kietoutuneeksi ja sopeutuvuudeltaan kaoottiseksi. Äidin pelko näyttää saavan perheen hyvin avuttomaksi. Kommunikaation arvot ovat 3 tai 4 paitsi empatian kohdalla 1. Äiti ei tunnu lainkaan ymmärtävän Mikon toimia, vaan pitää tätä syypäänä perheen kaikkiin ongelmiin.

Työryhmä toimii koossapysyvyydeltään erillisenä ja sopeutuvuudeltaan strukturoituna. Se ohjaa keskustelua kysymyksillään ja käy välillä keskustelua. Kokoukseen osallistuu äidin sairaalahoidon aikana perhettä tavannut psykologi, jonka mielikuvat silloisesta tilanteesta vievät työryhmän työskentelyä eteenpäin. Työryhmän kommunikaation pistemäärät ovat hyvät (5–6). Vain ilmaisun vapauden pistemäärä on 3. Kokouksen jälkeen kaikki työryhmän jäsenet arvioivat ymmärryksensä lisääntyneen



kokouksessa parhaalla mahdollisella pistemäärällä. Työryhmän jäsenet arvioivat keskustelleensa keskenään melko paljon (2).

Vastaanottokokous päätetään hyvin strukturoidusti siten, että sovitaan Mikon pidemmästä sairaalahoidosta ja perhekeskusteluista hoidon tueksi. Sovitaan myös laajempi verkostokokous hieman myöhemmin.

Mikko kuuluu uusiutuvan hoidon ryhmään.

Potilaan ominaisuuksista työryhmän ymmärryksen lisääntymiseen oli yhteydessä hänen toimeentuloaan kuvaava asteikko. Mitä enemmän potilas oli toisten tuen tarpeessa taloudellisesti, sitä vähemmän työryhmä ilmoitti ymmärryksensä kasvaneen (tapausesimerkki 21). Potilaan sijoittumista hoidollisiin ryhmiin kuvaava muuttuja korreloi myös ymmärryksen lisääntymiseen. Yleensä kroonistuminen ja toisten avun tuella eläminen tekee vaikeammaksi työryhmälle yhdessä vastaanottokokouksessa lisätä ongelman ymmärtämistä. Nämä potilaat ovat jo ennestään usein niin tuttuja, ettei yksi kokous nouse jatkuvassa vuorovaikutuksessa merkittäväksi.

### 5.3.3. Työryhmän ja perheen toimintaan korreloivat tekijät

Työryhmän arvioituun käyttäytymiseen yhteydessä olevat tekijät selvitettiin etsimällä työryhmän koossapysyvyyteen, sopeutuvuuteen ja kommunikaatioon korreloivat muuttujat (Taulukko 24). Tässä on huomioitu vain ulkopuoliset muuttujat. CRS:n sisäisiä korrelaatioita ei ole mukana.

TAULUKKO 24. Yhteenveto työryhmän ominaisuuksiin korreloivista muuttujista;  $p < .05$

Koossapysyvyys	Sopeutuvuus	Kommunikaatio
<i>Potilas:</i>		
	Rorschach dgn -	
	GAS arvio	
	Pkl/sair. sij. -	
<i>Perhe:</i>		
Emotion. side	Kommunikaatio yht.	Sisäiset rajat -
Kunn. ja huom.(K)	selkeys	Ulkoiset rajat -
	kunn. ja huomiointi	Puhuminen toisten
	teemassa pysyminen	plsta (K)
<i>Työryhmän oma käsitys:</i>		
Ymmärryksen lis.	Ymmärryksen lis.	Ymmärryksen lis.

K= kommunikaatioasteikon muuttuja; - = negatiivinen korrelaatio

Työryhmän käyttäytyminen on yhteydessä moniin ulkopuolisiin tekijöihin. Potilaan persoonallisuuden taso ja psyykkisen toiminnan taso tulotilanteessa (GAS) näyttävät olevan yhteydessä työryhmän sopeutuvuuteen vastaanottokokouksessa. Mitä korkeampi potilaan psyykkisen toiminnan

taso oli, sitä joustavammin työryhmä sopeutui muutokseen. Poliklinikan ryhmään tulleiden potilaiden kanssa työryhmä toimi joustavammin.

Potilaan perheen ominaisuudet olivat yhteydessä työryhmän koossapysyvyyteen, sopeutuvuuteen ja kommunikaatioon. Perheen tiivis emotionaalinen läheisyys ja toistensa kunnioitus ja huomiointi näyttivät olevan yhteydessä työryhmän kiinteeseen. Tällaisten perheiden kanssa työryhmä toimi ryhmänä, pyrkien yhteisen ymmärryksen luomiseen. Perheen hyväksi arvioitu kommunikaatio oli myös yhteydessä työryhmän hyvään sopeutuvuuteen uusiin tilanteisiin.

Mielenkiintoinen on työryhmän kommunikaation ja eräiden perheen ominaisuuksien negatiivinen korrelaatio. Työryhmä näytti kommunikoivan keskenään paremmin, jos perheen ulkoiset ja sisäiset rajat olivat joko jäykät tai kietoutuneet. Jos perheenjäsenet eivät puhuneet toistensa puolesta, oli työryhmän kommunikaatio hyvää.

Koevoluution vastavuoroisen vaikutuksen selventämiseksi etsittiin myös perheen ominaisuuksiin korreloivat muuttujat (taulukko 25). Työryhmän ja perheen toimintaan yhteydessä olevien tekijöiden selvittämisellä saadaan vastaanottokokouksen koevoluution peruskuvaa.

*TAULUKKO 25. Perheen ominaisuuksiin korreloivat muuttujat;  $p < .05$*

<i>Koossapysyvyys</i>	<i>Sopeutuvuus</i>	<i>Kommunikaatio</i>
<i>Potilas:</i>		
<i>Pkl/sair. sijoitt. -</i>		<i>Rorschach dgn -</i>
		<i>GAS:n arvo</i>
		<i>Sairaalakerrat yht.</i>
		<i>ja 2 v. ennen -</i>
		<i>Pkl/sair. sij. -</i>
		<i>Hoitoryhmiin</i>
		<i>I,II,III sij. -</i>
<i>Työryhmän toiminta:</i>		
	<i>Ulkoiset rajat</i>	<i>Ulkoiset rajat</i>
	<i>Neuvottelu</i>	<i>Säännöt</i>
	<i>Kunn. ja huomiointi (K)</i>	<i>Roolit</i>
		<i>Empatia (K)</i>
		<i>Tunkeutuminen</i>
		<i>toisen alueelle(K)</i>

Perheen toiminta määräytyy taulukon 25 perusteella eri tavalla kuin työryhmän. Perheen koossapysyvyys ei ollut yhteydessä ulkopuolisiin tekijöihin. Korrelaatio hoitoryhmään sijoittumiseen viittaa siihen, että kiinteän perheen jäsen hoidetaan todennäköisemmin poliklinikalla kuin sairaalassa. Perheen sopeutuvuus muutokseen sen sijaan on yhteydessä työryhmän ulkoisiin rajoihin ja keskinäisen neuvottelun laatuun sekä toistensa kunnioitukseen ja huomiointiin. Jos arvioitsija näki perheen sopeutuvuudeltaan joustavaksi, työryhmä pystyi luomaan yhteistä ymmärrystä perheen kanssa hyvin neuvotellen ja toisiaan huomioiden. Tämä yhteys ilmentää hyvin koevoluutiota.

Perheen koossapysyvyyden ja sopeutuvuuden vähäiset korrelaatiot ulkopuolisiin tekijöihin kuvastavat sitä, että perheen toimintaa säätelee eniten perhe itse, eivät ulkopuoliset vaikuttavat tekijät. *Perheet näyttävät olevan autonomisia systeemejä. Ne ohjaavat itse omaa toimintaansa omien sääntöjensä mukaisesti.* Tämä tulos vahvistaa Maturanan ja Varelan (1980) esittämää teoriaa rakenteiden määräämästä sosiaalisten organisaatioiden kytkeytymisestä toisiinsa (myös Dell, 1985). Tämä johtopäätös on siis tehty vastaanottokokouksessa arvioidusta perheen rakenteesta. Rakennetta kuvaavien sääntöjen pysyvyyttä pidemmällä ajalla ei ole tässä yhteydessä selvitetty.

Perhe ei ole kuitenkaan vain itseään ohjaava systeemi. Vaikka perheen rakennetta kuvaavat säännöt (koossapysyvyys ja sopeutuvuus) ovat yhteydessä usein vain perheen muihin ominaisuuksiin, niin perheen sisäiseen kommunikaatioon on yhteydessä paljon ulkopuolisia tekijöitä. Se on laajasti yhteydessä potilaan ominaisuuksiin ja hoitokokemuksiin. Jos perhe kommunikoi hyvin, on potilaan persoonallisuuden tasokin korkeampi. Tämän ominaisuuden vastavuoroisuus perheessä on hyvin kuviteltavissa. Potilaan heikko psyykkisen toiminnan taso saattaa lisätä kommunikaation vaikeuksia ja taas päinvastoin. Useat sairaalahoitokerrat ovat yhteydessä huonoon kommunikaatioon. Näissä perheissä ilmeisesti kommunikaatiolla ei pystytä selvittämään vaikeita ongelmia. Ja taas sairaalaan joutuminen saattaa heikentää kommunikaatiota. Tässäkin vastaanottokokouksessa huonosti kommunikoivan perheen jäsen joutui todennäköisemmin sairaalaan.

Tilannetta tekee monipuolisemmaksi vielä usean työryhmän ominaisuuden yhteys perheen kommunikaatioon. Kommunikaation akselin eroja perheen koossapysyvyyteen ja sopeutuvuuteen tutkittiin tarkemmin regressioanalyysin avulla osioittain. Koossapysyvyyden ja sopeutuvuuden akselien summamuuttujien ja osioiden regressiomallit tulivat erittäin merkitseviksi. Kaikissa malleissa tärkeimmiksi selittäjiksi nousi CRS arviointiskaalan toiset osiot.

Sopeutuvuuden kokonaisarviota selittävien muuttujien selitysosuus nousi korkeammaksi kuin koossapysyvyyden akselilla. Koko regressiomallin selitysosuus oli 80.81 % ( $p = .000$ ). Perheen säännöt ja roolit selittävät sopeutuvuuden kokonaisarvion (Liite 8, s.266).

Koossapysyvyyden akselista poiketen sopeutuvuuden selittäjiksi tuli myös ulkopuolisia tekijöitä – työryhmän ulkoiset rajat ja potilaan ikä. Jos työryhmä vastaanottokokouksessa huomioi itsensä osana ongelmaa, näytti perhe sopeutuvan muutokseen hyvin. Työryhmän ulkoisten rajojen merkitystä vähentää kuitenkin korkea yhteiskorrelaatiokerroin ( $S_{mc} = 0.549$ ).

*Perheen sääntöjen* määräytymistä selittävä regressiomalli sai 60.97 % selitysosuuden ( $p = .000$ ) (liite 8, s.267). Työryhmän kommunikaation selkeys lisää selitysosuutta erittäin merkitsevästi. Tämän muuttujan merkitystä korostaa vielä sen oman vaikutuksen suuruus ja yhteisvaikutuksen pienuus. *Jos työryhmä kommunikoi selkeästi ilman viestien ristiriitoja näytti perhe asettavan omat sääntönsä joustavasti.* Ilmeisesti työryhmän selkeä kommunikaatio oli yhteydessä vastaanottotilanteeseen niin, että arvioitsija näki perheen säännöt joustavammaksi.

*Perheen johtajuus* ei ollut yhtä paljon yhteydessä muihin sopeutuvuuden muuttujiin kuin toiset muuttajat. Ilmeisesti perheen johtajuus kuvaa muitakin perheen ominaisuuksia kuin sopeutuvuutta tässä mittarissa. Potilaan sairaalahoitopäivien määrä oli yhteydessä johtajuuden tasavertaisuuteen. Arvioitsija näki johtajuudeltaan tasavertaisimmiksi ne perheet, joiden potilaana oleva jäsen oli ollut viimeisen kahden vuoden aikana sairaalahoidossa. Persoonallisuustestin yleisdiagnoosin mukaan tämä potilas ei kuitenkaan voinut olla vaikeasti psykoottinen tai persoonallisuudeltaan kroonisesti köyhtynyt potilas. Koko regressiomallin selitysosuudeksi tuli 39.79 % ( $p=.000$ ; liite 8, s.268).

Tapausesimerkki 23: Herkkä mies (P)  
(Tasavertainen johtajuus)

Toimilla on vaimo ja yksivuotias tyttö, joka vastaanottokokouksessa toimii perheen "lähetinä", kiertää vuorotellen kunkin työntekijän luona. Perhe on arvioitu johtajuudeltaan joustavaksi. Vastaanottokokouksessa aviopari kertoo toisiaan jatkuvasti täydentäen ja auttaen elämäntilanteestaan. Toimi ja Anja ovat menneet naimisiin kaksi vuotta sitten Anjan avioliiton purkauduttua. Myös Toimi on ollut avioliitossa ja hän tapaa säännöllisesti lapsiaan. Anjan entinen aviomies on edelleen paljon mukana perheessä, käy usein kylässä ja soittaa puhelimella.

Nyt Toimi on ahdistunut rahavaikeuksien vuoksi. Hän on alkanut suunnitella talonsa myymistä. Vastaavia ahdistavia tilanteita on Toimilla ollut ennenkin, vaikkei ole ollut sairaalassa. Työryhmä toimii tasavertaisesti. Kaikki työryhmän jäsenet osallistuvat haastatteluun ja keskusteluun. Ensimmäinen kokous on pääasiassa tiedon ja ymmärryksen kokoamista, vasta kokouksen lopussa työryhmä keskustelee keskenään ja päättää kotona pidettävästä hoitokokouksesta kolmen päivän kuluttua.

Tapausesimerkki 10: Lievästä oireesta suuri ongelma. Perheen johtajuus arvioitiin joustavaksi. Työryhmän toimintaan tällä ei näyttänyt olevan yhteyttä. Työryhmän toiminta jäi erilliseksi koossapysyvyydeltään ja jäykäksi sopeutuvuudeltaan.

Sopeutuvuuden akselin ominaisuudet olivat yhteydessä ulkopuolisiin tekijöihin enemmän kuin koossapysyvyyden osiot. Ilmeisesti perheen sopeutuvuutta kuvaavat ominaisuudet ovat yhteydessä siihen, millainen vastaanottotilanne on ja miten vastaanottoryhmä toimii.

Perheen kommunikaation regressiomallin selitysosuudet jäivät pieniksi (liite 8, s. 269–272). Kommunikaation kokonaissumman regressiomalli ei tullut tilastollisesti merkitseväksi. Tämän aiheutti se, että kommunikaation akselin sisäiset muuttajat eivät korreloineet toisiinsa yhtä paljon kuin koossapysyvyyden ja sopeutuvuuden akseleissa. Tämä viittaa siihen, että perheen kommunikaatioon vaikuttavatkin ulkoiset asiat enemmän kuin muihin ominaisuuksiin. Ilmaisun vapauden ja puhumista toisten puolesta osoittavassa osiossa ilmeni mielenkiintoisia asioita.

Perheen kommunikaation ilmaisun vapautta selittävä regressiomalli sai 18.92 %:n selitysosuuden. Se oli tilastollisesti merkitsevä ( $p=.017$ ; liite 8, s.271). Regressiomallin selitysosuutta lisäsivät merkitsevästi perheen kommunikaation selkeys sekä potilaan sijoittuminen poliklinikan tai sairaalan hoitoryhmiin. *Poliklinikalle hoitoon sijoittuneet perheet ilmaisivat tunteensa ja havaintonsa vapaammin kuin sairaalassa hoidossa olevien potilaiden perheet.*

Perheenjäsenten puhumista toistensa puolesta selittävä regressiomalli sai 18.01 %:n selitysosuuden ( $p=.023$ ; liite 8, s.272). Vaikka selitysosuus jäi näin pieneksi, on se mielenkiintoinen siksi, että työryhmän ominaisuudet näyttävät korreloivan siihen enemmän kuin perheen muut ominaisuudet.

Mallin selitysosuutta lisäävät merkitsevästi työryhmän toistensa kunnioitus ja huomiointi sekä kommunikaation laatu yleensä, perheen johtajuuden laatu sekä potilaan sijoittuminen poliklinikan tai sairaalan ryhmiin. Kunkin muuttujan oma vaikutus näyttää merkitsevältä. Vain työryhmän toistensa kunnioittaminen ja huomiointi oli yhteydessä myös muihin mallissa oleviin muuttujiin 30 %:n verran (Smc).

Arvioitsijoiden havaintojen mukaan vastaanottokokouksessa työryhmä loi kommunikaatiollaan vuorovaikutustilanteen, missä perheenjäsenet puhuivat toistensa puolesta tai päinvastoin kunnioittivat kunkin henkilökohtaista tilaa eivätkä puhuneet toistensa puolesta.

**Tapausesimerkki 24: Avioero – isä – äiti (S)**  
(Työryhmä ei kunnioita ja huomioi toisiaan)

Aila oli jättänyt kolme kuukautta aiemmin miehensä heidän jouduttua riitaan pienen lapsensa kasvatuksesta. Lapsi otettiin lastenkotiin ja Aila meni äitinsä luokse. Hän ei voinut luottaa sosiaalitoimiston ja terveyskeskuksen viranhaltijoihin, vaan lähti hakemaan turvaa isänsä synnyinseuduilta. Isä on kuollut yli 10 vuotta aikaisemmin. Äiti oli tullut enemmän Ailan elämään lapsen synnyttyä. Äiti on lapsesta hyvin huolissaan. Aila tulee sairaalaan isän syntymäseudun mielisairaalaan. Tullessaan hän on hyvin vihainen pakkohoitopäätöksestä.

Vastaanottokokous on kolmen päivän kuluttua sairaalaan tulosta. Siihen osallistuu Aila, äiti ja viiden hengen työryhmä. Alusta lähtien kokous on hyvin sekava. Kokouksen edetessä Aila suuttuu yhä enemmän ja lähtee sitten ovea paukauttaen ulos huoneesta. Kokous jatkuu vielä tämän jälkeen. Työryhmästä jokainen vuorolleen yrittää ottaa johtajuuden, eikä keskinäistä vuorovaikutusta synny. Äidin ja Ailan välit näyttävät hyvin etäisiltä ja kylmiltä. Perheen vuorovaikutus arvioidaan irralliseksi ja jäykäksi. Kommunikaatiossa äiti näyttää suhtautuvan Ailaan väheksyvästi ja epäempaattisesti. Hän puhuu Ailan asioista tämän ohi ja paljon Ailan puolesta. Kommunikaatiopistemäärät ovat 1 tai 2 kaikissa osioissa.

Arvioitsija näkee työryhmän koossapysyvyydeltään erilliseksi ja sopeutuvuudeltaan kaoottiseksi. Kommunikaation pistemäärät ovat 4 tai 5 kaikissa muissa osioissa paitsi toisten kunnioituksessa ja huomioinnissa. Tämän pistemäärän alhaisuus selittyy juuri sillä, että kukin työryhmän jäsen yrittää vuorollaan erikseen viedä teemoja eteenpäin, mutta toistensa tekemää työtä asian eteen he eivät näytä huomioivan. Tätä toisten huomiointia näyttää vaikeuttavan työryhmän suuri koko.

Perheen kommunikaation akseli eroaa koossapysyvyyden ja sopeutuvuuden akseleista. Regressiomallin selitysosuudet ovat selvästi koossapysyvyyttä ja sopeutuvuutta alhaisemmat pääasiassa siksi, että akselin toiset muuttujat eivät lisää selitysosuutta yhtä ratkaisevasti. Kommunikaation osiot eivät ole yhtä lähellä toisiaan kuin koossapysyvyyden ja sopeutuvuuden osiot. Koska muut saman skaalan osiot eivät ole yhteydessä kommunikaatioon kovin paljon, nousevat työryhmän ominaisuudet vaikuttavammiksi tekijöiksi. Toisaalta tämä kuvaa myös sitä, että perheen sisäiseen kom-

munikaatioon vaikuttavat hyvin monet tekijät. Koossapysyvyys ja sopeutuvuus kuvaavat perhesysteemin autonomista rakennetta. *Kommunikaation alueella sen sijaan perhe kytkeytyy muihin sosiaalisiin rakenteisiin, tässä tapauksessa vastaanottokokoukseen.*

Tämä tulos vahvistaa myös Olsonin (Olson ym., 1983) ympyrämallin teoriaa. Sen mukaan kommunikaatio on perheen toimintaa helpottava ominaisuus. Se ei ole rakenteellinen tekijä kuten koossapysyvyys ja sopeutuvuus. Koska se näyttää olevan eniten yhteydessä ulkoisiin tekijöihin, voi se myös vaikeuttaa perheen toimintaa. Vastaanottoryhmä voi monella tavoin joko edesauttaa perheen kommunikaatiota tai vaikeuttaa sitä.

#### 5.3.4. Työryhmän toiminnan osioiden yhteydet

Taulukoissa 26 ja 27 on lueteltu työryhmän koossapysyvyys- ja sopeutuvuuden osioihin korreloivat muuttujat. Työryhmän oman toiminnan sisäiset korrelaatiot eivät ole mukana näissä taulukoissa.

TAULUKKO 26. Työryhmän koossapysyvyys- ja sopeutuvuuden osioihin korreloivat muuttujat ;  $p < 0.05$

<i>Työryhmän puuttuminen toisen asioihin</i>	<i>Työryhmän sisäiset rajat</i>	<i>Työryhmän ulkoiset rajat</i>
<i>Perhe: Kunnioitus ja huomiointi (K)* Kommunikaation selkeys (K)</i>	<i>Emotionaalinen sitominen</i>	<i>Emotionaalinen sitominen Roolit Säännöt Sopeutuvuus K:Teemassa pysyminen Kunnioitus ja huomiointi Selkeys Empatia Puhuminen muiden puolesta  Sijoittuminen Olsonin mallissa kokonaisuutena</i>

\* K = kommunikaatioskaalan muuttuja; - = negatiivinen korrelaatio

TAULUKKO 27. Työryhmän sopeutuvuuden osioihin korreloivat muuttujat  $p < 0.05$

Työryhmän johtajuus	Työryhmän neuvottelu	Työryhmän säännöt
<i>Perhe:</i>		
Kunnioitus ja huomiointi (K)	Sopeutuvuus yhteensä	Puhuminen muiden puolesta (K)
Ilmaisun vapaus (K)	Teemassa pysyminen (K)	Kommunikaatio yhteensä
<i>Potilas:</i>		
Sairaalahoitokerrat	-	
GAS		
Rorschach yleisdiagnoosi	-	

Työryhmän ulkoisten rajojen osio ( koossapysyvyyden skaalalla) sekä työryhmän johtajuuden ja keskinäisen neuvottelun osiot (sopeutuvuuden skaalalla) korreloivat eniten perheen käyttäytymiseen ja potilaan ominaisuuksiin.

Perheen toimintaa kuvaavista muuttujista eniten esiintyy perheen *kommunikaatiota kuvaavia muuttujia* ja niistä erityisesti kunnioitus ja huomiointi. Kun perhe käyttäytyi toistensa tunteita ja viestejä kunnioittaen, näytti työryhmä toimivan tasavertaisesti toisiaan tukien. Se loi yhteistä ymmärrystä. Sekä koossapysyvyyden että sopeutuvuuden akseleilla sai työryhmä hyvät arviot. Toisten kunnioituksen ja huomioinnin arviot tulivat perheissä alhaisiksi (66% sai arvion  $< \text{tai} = 3$ , ks. liite 9, suorat jakaumat, muuttuja 75).

Työryhmän ulkoisten rajojen muuttujassa arvioitiin sitä, missä määrin työryhmä käsittelee potilaan tuomaa ongelmaa potilaan perheen sisäisenä ongelmana. Hyvin toimiva työryhmä pyrki luomaan enemmän yhteistä ymmärrystä ongelmasta, missä vastaanottoryhmä on itse mukana. Hyvin toimiva työryhmä saattoi ottaa huomioon uudet näkemykset ja muuttaa käyttäytymistään arvioimalla omaa toimintaansa. Arviot jakautuivat tasaisesti huonon ja hyvän toiminnan kesken. (Muuttuja 89, ks. suorat jakaumat, liite 9).

Työryhmän pyrkimys yhteisen ymmärryksen luomiseen (korkeat pistemäärät ulkoisten rajojen muuttujassa) näytti olevan yhteydessä perheen sijoittumiseen hyvin koko ympyrämallissa. Perheenjäsenet olivat toisilleen emotionaalisesti läheisiä. Perheen toiminnan roolit ja säännöt olivat niin joustavasti asetettuja, että perhe pystyy arvioitsijan mielestä muuttumaan tilanteen vaatimalla tavalla. Myös perheen kommunikaatio oli selkeää. Se pysyi johdonmukaisesti teemassa, ja perheenjäsenet olivat empaattisia toisiaan kohtaan. He kunnioittivat toistensa viestejä ja tunteita sekä puhuivat harvoin toistensa puolesta.

Työryhmän sopeutuvuus muutokseen näytti olevan yhteydessä perheen sopeutuvuuteen. Tärkeintä oli se, miten joustavasti työryhmä pystyi neuvottelemaan vastaanottokokouksessa. Työryhmän muutoskyky oli myös selvästi yhteydessä perheen kommunikaation tasoon.

Tutkimuksen teorian pohjalta työryhmän kyky luoda yhteistä ymmärrystä perheen kanssa on keskeinen koevoluution tekijä. Työryhmän ulkoisten rajojen yhteydet ulkopuolisiin tekijöihin näyttää vahvistavan tätä teoriaa. Ulkoisten rajojen yhteyksiä vastaanottokokouksen muihin tekijöihin analysoitiin vielä tarkemmin regressioanalyysin avulla. Kiinteässä regressioanalyysissä työryhmän ulkoisten rajojen selitysmalli sai 73.18 % selitysosuuden, ja se oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ( $p=.000$ ; liite 8, s.273).

Regressioanalyysin tuloksen tulkintaa vaikeuttaa se, että ulkoisiin rajoihin vaikuttavat muut työryhmän koossapysyvyyden osiot (työryhmän sisäiset rajat ja koossapysyvyyden kokonaisarvio) selittävät hyvin paljon myös toisia mallin muuttujia (86 % ja 81 %). Ne siis näyttävät kuvaavan lähes samaa asiaa (ks myös taulukko 22). Asian tarkentamiseksi regressiomalli testattiin vielä siten, että pudotettiin pois skaalan sisäiset muuttujat ja katsottiin jäljellejääneiden selittävien muuttujien vaikutukset (taulukko 28; liite 8, s. 274).

Lokin (1980) mukaan tällaisessa testimenettelyssä tulokset tulkitaan vertaamalla regressioker- toimessa tapahtuvia muutoksia selittävien muuttujien joukon muuttuessa. Tässä regressioker- toimen sijasta tarkkaillaan osittaiskorrelaatiokerrointa, joka kertoo yksittäisen muuttujan vaikutuksen, kun muiden muuttujien vaikutus on suljettu pois. Regressiokerroin ilmoittaisi kunkin muuttujan oman vaikutuksen, kun muiden muuttujien vaikutus on vakioitu. Osittaiskorrelaatiokerroimen valinnalla kohdesuureksi pyrittiin mahdollisimman tarkkaan yksittäisen muuttujan vaikutuksen selvittämiseen.

TAULUKKO 28. Työryhmän ulkoisiin rajoihin vaikuttavat tekijät

Muuttujan nimi	<i>r</i>	sel.%	<i>p</i> -arvo	<i>ok</i>	<i>Smc</i>
Perheen sopeutu- vuus	0.486	23.6	0.001	0.454	0.232
Työryhmän keski- näinen keskuste- lun määrä	0.386	12.6	0.001	0.358	0.295
Perheen kommu- nik. empatia	0.392	6.0	0.008	0.060	0.496
Perheen kunni- oitus ja huom.	0.471	6.1	0.007	0.290	0.553
Yhteensä		48.3	0.001		

Työryhmän ulkoisiin rajoihin näyttää vaikuttavan merkitsevästi hyvin monet muuttujat. Luetellut muuttujat lisäävät mallin selittävyttä.



*Perheen käyttäytymistä* kuvaavista muuttujista työryhmän ulkoisiin rajoihin ovat yhteydessä eniten sopeutuvuuden kokonaisarvio, kommunikaation toistensa kunnioitus ja huomiointi sekä empatia. Jos perheen muuttumiskyky arvioitiin strukturoiduksi tai joustavaksi, pystyi vastaanottokokouksen työryhmä toimimaan kokonaisvaltaisesti. Se ei etsinyt ongelmaa itsestään ulkopuolisena potilaassa tai perheessä, vaan määritteli myös oman asemansa tässä ongelmassa. Jäykästi tai kaoottisesti muutoksiin sopeutuvan perheen kohdalla tällainen toiminta oli vaikeaa. Niissä tapauksissa työryhmä näyttää pitävän ongelmaa kokonaan perheessä eikä arvioi omaa asemaansa.

**Tapausesimerkki 25: Vauvan uhka (S)**  
(Työryhmän huonot ulkoiset rajat)

Pertti haluaa itse tulla sairaalaan masentuneisuuden vuoksi neljättä kertaa. Hänen vaimonsa Leena odottaa lastaan. Kaksi kertaa aiemmin Pertti on ollut sairaalassa vauvan syntymää ennen psykoottisena. Heti synnytyksen jälkeen Pertin psykoottiset oireet ovat nopeasti parantuneet ja hän on lähtenyt kotiin. Edellisen sairaalakerran jälkeen aviopariterapiassa on Pertti selvittänyt suhdetta lapsuudenkotiin ja erityisesti isäänsä.

Vastaanottokokouksessa Pertti puhuu paljon uskonasioista ja sukupuoliasioista. Hänen mielialansa vaihtelee nopeasti, samoin keskustelun teemat. Leenaa nämä mielialan vaihtelut eivät näytä häiritsevän, vaan hän vastaa Pertin kysymyksiin rauhallisesti ja viileän tuntuisesti. Arvioitsija näkee perheen koossapysyvyydeltään irrallisena ja sopeutuvuudeltaan jäykkänä.

Työryhmä toimii koossapysyvyydeltään erillisenä, huomioiden jonkin verran toistensa havainnot sekä sopeutuvuudeltaan strukturoituna niin, että se voi jonkin verran jakaa rooleja ja vaihtaa toiminnan sääntöjä. Työryhmä ei kuitenkaan paljon neuvottele keskenään. Poikkeuksen koossapysyvyyden osioista tekee työryhmän ulkoiset rajat, jossa työryhmä toimii irrallisena. Se pyrkii pitämään ongelman pelkästään perheessä eikä arvioi omaa asemaansa ongelmassa. Työryhmän jäsenet arvioivat itse keskustelleensa kokouksessa jonkin verran (2), mutta ymmärryksensä lisääntyneen vain vähän (1).

Pertti jää sairaalaan pitkäksi aikaa, eivätkä mitkään osaston suunnittelemat hoitotoimet tunnu lisäävän ymmärrystä ongelmasta tai helpottavan Pertin tilannetta. Uuden perheenjäsenen syntymän jälkeen Pertti kuntoutuu nopeasti ja lähtee sairaalasta. Pertti kuuluu uusiutuvan hoidon ryhmään.

Työryhmän kokonaisvaltaista toimintatapaa auttaa, jos perheenjäsenet kunnioittavat toistensa tunteita ja viestejä, antavat toisilleen tilaa perheessä. Toisten kokemuksiin empaattisesti samaistuva perhe auttaa myös työryhmää määrittelemään oma asemansa ongelmassa.

Työryhmän ulkoisten rajojen osioissa irrallisen tai kietoutuneen arvion sai työryhmä myös seuraavissa tapausesimerkeissä:

Tapausesimerkki 2 (Avioliittokriisi), tapausesimerkki 15 (Virkaholhooja lähin omainen), tapausesimerkki 4(Alkoholipsykoosi ja perhe) sekä tapausesimerkki 14 (Ei sisaruksia mukaan).

Hyvin koossapysyvän työryhmän toimintaa näytti ohjaavan pääasiassa työryhmä itse. Eniten esillä oli työryhmän jäsenten käsitys keskinäisen keskustelun määrästä. Mutta myös perheen toiminta vastaanottokokouksessa oli yhteydessä työryhmän ulkoisiin rajoihin. Työryhmän koossapysyvyys oli yhteydessä perheen kykyyn sopeutua joustavasti muutoksiin. Mielenkiintoista on myös se, etteivät yksilön tai hänen verkostonsa rakenteelliset ominaisuudet näytä olevan yhteydessä työryhmän koossapysyvyyteen. Vastaanottokokouksen vuorovaikutuksen luovat siihen osallistuvat ihmiset, eivät ulkoiset tekijät.

*Perheen ja sairaalan koevoluution kuvaamisessa työryhmän ulkoisten rajojen muuttuja näyttää tärkeimmältä tekijältä.* Se korreloi eniten muihin tekijöihin (taulukko 26). Tämä muuttuja kuvaa sitä, kuinka joustavasti työryhmä luo omat rajansa suhteessa perheeseen. Siihen liittyy läheisesti työryhmän neuvottelu. Se tapahtuu kielellisessä kuvausjärjestelmässä. Tämä vahvistaa Goolishianin ja Windermanin (1988) esittämää ongelman määrittämisen systeemin mallia. Goolishianin ja Windermanin teoriasta tämä poikkeaa kuitenkin siinä, että sekä perheen että työryhmän rakenteelliset tekijät vaikuttavat siihen, miten yhteistä ymmärrystä luodaan. Koevoluutiossa työryhmä toimii aloitteentekijänä, subjektina alkaessaan luoda yhteistä ymmärrystä ongelmasta ja arvioidessaan omaa toimintaansa. Perheen ja työryhmän rakenteet näyttävät luovan tälle tapahtumalle rajat.

*Työryhmän sopeutuvuuden* osioista johtajuus ja neuvottelu ovat teorian kannalta tärkeitä ominaisuuksia. Korrelaatiomatriisi vahvistaa tätä olettamusta. Potilasta kuvaavista muuttujista merkittäviksi nousevat potilaan hyvä koulutustaso ja hyvä persoonallisuuden taso. Jos potilaan koulutustaso on korkea, toimii työryhmä silloin todennäköisemmin johtajuuttaan joustavasti jakaen.

Perheen muuttujista työryhmän joustavaan johtajuuteen oli yhteydessä kommunikaatiossa ilmenevä perheen keskinäisten suhteiden määrittely. Jos arvioitsijat näkivät perheen avoimesti keskustelevan itsestään, omista tunteistaan ja suhteistaan, toimi työryhmä todennäköisemmin tasavertaisesti.

Kommunikaation ilmaisun vapaus liittyy läheisesti Selvini–Palazzolin ym. (1978) ja aiemmin Batesonin (1972) kuvaamaan skitsofreniaperheiden toimintatapaan. Nämä perheet pyrkivät välttämään kaikkien keskinäisten suhteiden tarkkaa määrittelyä. Tämän ominaisuuden vuoksi hoitokokouksen ensimmäiseksi funktioksi nimesin teoriaosassa keskinäisten suhteiden määrittelyn. Tuloksen mukaan keskinäisiä suhteita määrittelemätön perhe (siis perhe, joka saa alhaisen pistemäärän ilmaisun vapauden osiossa) on yhteydessä työryhmän jäykkään johtajuuteen. Työryhmä toimii autoritaarisemmin. Tällainen työryhmä ei keskustele paljon keskenään. *Mitä enemmän perhe välttää keskinäisten suhteiden ja toistensa tunteiden keskustelua, sitä vähemmän työryhmä neuvottelee tasavertaisesti.* Terapeuttisen vaikutuksen aikaansaamiseksi sen pitäisi toimia juuri päinvastoin. Näin perheen toimintatapa voi vallata koevoluution systeemin, kuten Hanrahan (1986) totesi.

Tapausesimerkki 26: Sisarukset(P)  
(Jäykkä johtajuus–suhteita ei määritellä)

Lauri asuu siskonsa ja yhden veljensä kanssa kotitalossaan. Myös heillä on ollut mielenterveydenongelmia. Kahden vuoden ajan Lauri on alkanut yhä enemmän välittää somaattisia tunteita suussaan. Hän käy päivittäin valittamassa tätä terveyskeskuslääkärille. Terveyskeskuslääkäri kutsuu kriisiryhmän kotikäynnille Laurin paniikin kasvaessa äärimmäisyyksiin.

Kokouksessa sisarukset puhuvat usein päällekkäin työryhmän yrittäessä kerätä tietoja heidän perheestään. Puhuttaessa perheen suhteista Lauri puhuu yhä enemmän suustaan ja näyttää sitä kaikille. Sisko alkaa kokouksen edetessä ahdistua yhä enemmän. Hän pelkää Laurin joutuvan sairaalaan. Kukin perheenjäsen puhuu vain omasta teemastaan. Työryhmä aloittaa kokouksen pohtimalla keskenäänkin havainnot, mutta kaaoksen lisääntyessä yksi työryhmän jäsen on yhä enemmän äänessä. Työryhmä ilmoittaa ymmärryksensä lisääntyneen vähän (pistemäärä 1). Johtajuuden pistemäärä on 4. Perheen ilmaisunvapauden pistemäärä on 2.

Kokouksen loppuessa tilanne on niin kiihtynyt, ettei mistään jatkotoimenpiteistä tehdä selvää päätöstä. Kokouksen jälkeen kotimatalla kriisiryhmän jäsenet riitaan-tuvat keskenään siitä, olisiko hiljaiseksi jäänyt työryhmän jäsen voinut ääneen sanoa sen, ettei saa suunvuoroa.

Työryhmän neuvottelu näytti olevan yhteydessä perheen sopeutuvuuteen ja kommunikaation teemassa pysymiseen. Työryhmän sisäisessä matriisissa se korreloi voimakkaasti työryhmän ulkoisiin rajoihin ( $r = .561$ ). Työryhmän neuvottelun laatu on luonnollisesti yhteydessä siihen, miten työryhmä pystyy huomioimaan itsensä osana ongelmaa ja luomaan yhteistä ymmärrystä. Jos keskinäinen neuvottelu on autoritaarista, jäävät ulkoiset rajat jäykiksi. Joustavasti sopeutuvan perheen kanssa työryhmä neuvottelee hyvin.

**TAULUKKO 29.** Työryhmän kommunikaation osioihin korreloivat muuttajat;  $p < 0.05$

<i>Työryhmän kommunikaation selkeys</i>	<i>Työryhmän toistensa kunnioitus ja huomiointi</i>	<i>Puhuminen toisten puolesta</i>
<i>Potilas:</i>	<i>Sosiaalisen verkoston koko</i>	<i>GAS:n arvio Älykkyyden taso Neuroleptien määrä</i>
<i>Perhe: Perheen säännöt Puhuminen muitten puolesta (K)</i>	<i>Perhe puuttuminen toisen asioihin Perheen sopeutuvuus Kunnioitus ja huomiointi (K) Puhuminen toisten puolesta (K)</i>	<i>Perhe teemassa pysyminen (K) Kommunikaation selkeys (K) Perheen kommunikatio yhteensä</i>

Työryhmän kommunikaation selkeys ja toistensa kunnioitus ja huomiointi olivat eniten yhteydessä perheen ominaisuuksiin. Jos työryhmän jäsenet huomioivat toistensa näkemykset ja havainnot ("antoivat toisilleen tilaa" vastaanottokokouksessa), näytti perhe silloin sopeutuvan

muutoksiin strukturoidusti tai joustavasti. Perheenjäsenet eivät jättäneet toisiaan yksin, vaan puutuivat tarvittaessa toistensa toimintaan. Kommunikaatiossa he kunnioittivat toistensa tunteita ja viestejä.

Potilaan ominaisuudet olivat yhteydessä työryhmän toistensa kunnioittamiseen ja huomioimiseen sekä puhumiseen toistensa puolesta. *Jos potilaalla oli pieni sosiaalinen verkosto, kunnioitti työryhmä toisiaan paremmin.* Tämä tulos on hyvin yllättävä, koska hoitomallin teoriassa sosiaalinen verkosto nähdään hoitoa auttavana tekijänä. Nyt suuri verkosto näyttääkin olevan vaikuttava tekijä toiseen suuntaan. Suuren sosiaalisen verkoston kanssa työryhmän on vaikea toimia toisiaan kunnioittaen ja huomioiden.

Muuttujaan työryhmän puhuminen toistensa puolesta tuli paljon korrelaatioita, mutta muuttujan jakauman vinous vaikeuttaa johtopäätösten tekemistä siitä (muuttuja 101, suorat jakaumat). Suurin osa tämän muuttujan arvoista tuli hyvään päähän, 50%:lla pistemäärä oli 6.

Yleensä työryhmän kommunikaatiota kuvaavat osiot näyttävät olevan yhteydessä ulkopuolisiin muuttujiin enemmän kuin koossapysyvyyden ja sopeutuvuuden osiot. Potilaan älykkyys ja toimeentulon laatu vaikuttavat siihen, puhuuko työryhmä toistensa puolesta vai ei. Älykkäiden ja itse omasta toimeentulostaan huolehtivien potilaiden kanssa työryhmä ei puhu toistensa puolesta. Potilaan verkoston pienuus näyttää auttavan työryhmää myös kunnioittamaan ja huomioimaan paremmin toistensa havainnot ja tunteet. Työryhmän jäsenten toistensa havaintojen kunnioitukseen ja huomiointiin vaikutti ratkaisevasti se, puhuivatko perheen jäsenet toistensa puolesta. Jos perheessä ei puhuttu toisten puolesta – jos perheen sisäiset rajat olivat selkeät – voi työryhmä paremmin sisällään kunnioittaa kaikkien työryhmän jäsenten havaintoja ja tunteita.

#### Tapausesimerkki 27: Kotimies (P)

(Hyvin toisiaan kunnioittava ja huomioiva työryhmä)

Antero käy kuukauden välein poliklinikan lääkärin luona uusimassa lääkeresepin. Nyt Anteron äiti on ottanut lääkäriin yhteyttä huolestuttuaan siitä, että Antero on pysähtynyt. Kun vuosi sitten Antero kävi sairaalassa, menivät asiat ensin hyvin, mutta nyt Antero nukkuu keskipäivälle eikä käy missään. Lääkärin ehdotuksesta pidetään vastaanottokokous kotona. Anteron toisella paikkakunnalla asuva sisko on siinä kokouksessa mukana.

Kokouksessa äiti ja Antero kertovat elämästään. Antero kertoo, ettei häntä huvita ryhtyä mihinkään. Hän käy silloin tällöin ulkona ravintolassa ja juo korillisen olutta viikonlopun aikana kahtena tai kolmena iltana. Anteron luona käy harvakseltaan yksi tuttava.

Kokouksen alussa äiti jonkun kerran hoputtaa Anteroa vastaamaan, mutta keskustelun edetessä Antero haluaa itse sanoa asioistaan enemmän. Perhe arvioidaan kietoutuneeksi ja jäykäksi. Kommunikaation arviot vaihtelevat 2 – 5 välillä. Huonoin arvio on perheen ilmaisun vapaudessa, perheen jäsenet eivät keskustele tunteistaan tai havainnoistaan. Perheen jäsenet puhuvat joskus toistensa puolesta.

Työryhmä arvioidaan koossapysyvyydeltään erilliseksi ja sopeutuvuudeltaan strukturoiduksi. Kommunikaation arviot on 4 – 6 välillä, toisten kunnioitus ja huomiointi. Pääasiassa työryhmän jäsenet haastattelevat ja kokoavat tietoa, mutta välillä keskustellen keskenään vievät vuorovaikutusta eteenpäin. He arvioivat ymmärryksensä lisääntyneen jonkin verran kokouksen jälkeen (2).

Antero kuuluu uusiutuvan hoidon ryhmään.

Jos arvioitsijat näkivät perheenjäsenten puhuvan usein toistensa puolesta, oli työryhmällä vaikeuksia huomioida toisensa keskinäisessä kommunikaatiossa. Tämä kuvaa Minuchinin (1974) kuvaamaa osasysteemin rajojen epäselvyyttä. Jos perheen osasysteemien rajat olivat epäselviä, työryhmän jäsenet huomioivat toisensa vähemmän. Koevoluution systeemissä myös tämä saattaa avata tien sille, että perheen toimintajärjestelmä valtaa sen. Koevoluution järjestelmässä perheen *osasysteemien rajojen kietoutuneisuus saattaa johtaa työryhmän päinvastaiseen, jäykkään toimintatapaan*. Tällöin työryhmän jäsenet eivät voi huomioida toisiaan.

Työryhmän toisten kunnioitus ja huomiointi sai hyvät arvostukset myös seuraavissa tapausesimerkeissä: tapausesimerkki 9 (Vanhuus tuo rajat), tapausesimerkki 18 (Niina -"irtolainen"), tapausesimerkki 16 (Eläkeläisten aviokriisi).

### 5.3.5. Perhe – työryhmä koevoluutio

Tuloksissa kiinnittyy huomio kahteen asiaan. (1) Sekä perheen että työryhmän toiminta korreloi enemmän niiden sisäisiin rakenteellisiin ominaisuuksiin kuin ulkoisiin tekijöihin. Tästä huolimatta (2) löytyi useita perheen ja vastaanottoryhmän koevoluutiota kuvaavia tekijöitä.

(1) Ensin mainittu tukee teoreettisessa osassa esitettyä teesiä sosiaalisten organisaatioiden autonomisuudesta. Ne luovat itse omat sääntönsä jäsentensä rakenteen määrittämällä tavalla. Tämä ohjaa organisaatioiden suhdetta ulospäin. Työryhmän toimintaa ohjasi eniten työryhmä itse. Se kytkeytyi perheen toimintajärjestelmään oman vuorovaikutusrakenteensa määräämällä tavalla eikä perheen mukanaan tuomalla toimintatavalla. Tällainen autonomia ei ole luonnollisesti absoluuttista. Se korostaa kuitenkin sitä, että työryhmä säätelee omaa toimintaansa, se itse myös muuttaa omaa toimintaansa.

Tämä havainto antaa mahdollisuuden pohtia uudelleen niitä tapausesimerkkejä, joissa työryhmän oli vaikeaa löytää yhteistä toimintalinjaa perheen kanssa. Tapausesimerkeissä 8 (Poliisi puuttuu asiaan) ja 16 (Eläkeläisten aviokriisi) vastaanottoryhmän toimintaa määräsi niiden oma rakenne. Tässä keskeisenä osana näytti olevan teesi siitä, että kroonistuneiden tai kroonistumisvaarassa olevien potilaiden sairaalaantulo pitää pyrkiä estämään. Tapausesimerkissä 16 tätä periaatetta ei yhdessä pohdittu. Perheen omaa käsitystä asiasta ei kuunneltu. Tapausesimerkissä 8 työryhmä alkoi oman rakenteensa mukaisesti muuttaa perheen patologiselta näyttävää systeemiä. Työryhmän rakenteeseen kuuluu olennaisena osana perheterapiakoulutus ja opit perhesysteemin toimintalaeista.

Nämä työryhmän rakenteelliset ominaisuudet houkuttelivat sitä yrittämään muutosta ennen kuin oli luotu riittävä yhteisesti jaettu ymmärrys ongelman luonteesta. Goolishianin ja Windermanin (1988) mukaan terapeutin on oltava kunnioittava kuuntelija, eikä hän saa tietää liian nopeasti eikä ymmärtää liian pian.

Arvioitsijan mukaan työryhmä toimi omien lainalaisuuksiensa mukaisesti vastaanottotilanteessa. Tätä vahvasti myös työryhmän jäsenten itsensä ilmoittaman ymmärryksen lisääntymisen yhteydet eri tekijöihin (taulukko 23). Tämä lisääntyi sitä enemmän mitä enemmän he tunsivat keskustelleensa kokouksen aikana keskenään. Perhe auttoi työryhmää ymmärtämään ongelmaa sitä paremmin, mitä tasavertaisempaa ja onnistuneempaa sen johtajuus oli.

(2) Työryhmän ja perheen koevoluutiota kuvasivat parhaiten työryhmän ulkoisten rajojen muuttuja, työryhmän johtajuus, työryhmän toistensa kunnioitus ja huomiointi, perheen kommunikaation muuttujat sekä työryhmän oma arvio ymmärryksensä lisääntymisestä kokouksen aikana.

*Työryhmän ymmärryksen lisääntymiseen* oli eniten yhteydessä sen oma toiminta. Jos työryhmä keskusteli paljon keskenään, se myös ymmärsi ongelmasta enemmän. Hoidollinen paikalleen juuttuminen voi tapahtua silloin, kun hoidettavana on pitkäaikaisen potilaan ongelmat ja kun hänen perheessään johtajuus ei ole tasavertaista. Silloin työryhmän toiminta voi myös jäykistyä autoritaarisemmaksi. Yhden työryhmän jäsenen kanta tulee muita tärkeämmäksi, eikä kenenkään ymmärrys kasva. Tapausesimerkki 21 (Potilas raivoaa – työryhmä ei ymmärrä) kuvaa hyvin tällaista työryhmän hajoamistapahtumaa.

Työryhmän tapa määritellä *ulkoiset rajansa* oli yhteydessä sen toisiin ominaisuuksiin. Jos se neuvotteli hyvin keskenään ja jos se pyrki toimimaan työryhmänä yhteistä ymmärrystä luoden (sisäiset rajat –muuttuja), kykeni se luomaan joustavan rajan perheeseen päin. Perhe auttoi tätä sopeutumalla joustavasti muutokseen ja kommunikoimalla keskenään empaattisesti toisiaan kunnioittaen ja huomioiden. Tapausesimerkissä 25 (Vauvan uhka) näytti sekä aiempi hoitohistoria ("rakenteelliset tekijät") että perheenjäsenten kommunikaation epäempaattisuus vaikuttavan työryhmään siten, ettei se pyrkinyt yhteisen ymmärryksen luomiseen.

*Työryhmän johtajuuden ja työryhmän jäsenten toistensa kunnioituksen ja huomioinnin muuttujissa* tuli esille perheterapian teorioiden perusasioita. Jos perhe ei keskustellut vapaasti suhteitaan määritellen, saattoi työryhmän johtajuus jäykistyä autoritaarisemmaksi. Näin keskinäisten suhteiden määrittely tuli entistä vaikeammaksi, vaikka psykoottisten potilaiden perheiden hoidossa pitäisi pyrkiä keskinäisten suhteiden positiiviseen konnotaatioon (Selvini–Palazzoli ym., 1978). Hoitokokouksessa tämän tulisi tapahtua keskenään keskustellen siten, että kaikkien havainnot ovat yhtä tärkeitä. Ilmeisesti tässä on yksi hoitokokouksen sudenkuoppa. Jos reflektiivisessä keskustelussa ei pystytä riittävästi määrittelemään keskinäisiä suhteita, voi perheen systeemi päästä vallalle koevoluutiossa. Jos perheenjäsenten väliset rajat (ns. osasysteemien väliset rajat – Minuchin, 1974)

olivat selkiytymättömät siten, että perheenjäsenet puhuivat toistensa puolesta, oli työryhmän vaikea kunnioittaa toistensa havaintoja ja tunteita.

*Kaikkein eniten ulkoiset tekijät olivat yhteydessä perheen sisäiseen kommunikaatioon.* Näin myös työryhmän toiminta vastaanottokokouksessa näytti eniten vaikuttavan siihen. Tapausesimerkissä 24 (Avioero – isä – äiti) heikosti toisiaan huomioiva työryhmä ei pystynyt pitämään vastaanottokokousta koossa, vaan se hajoaa potilaan ulosmarssiin. Se ei parantanut perheenjäsenien välistä kommunikaatiota, vaan päinvastoin näytti lisäävän paineita negatiiviseen kommunikaatioon.

Kommunikaatio on ikäänkuin silta työryhmän ja perheen välillä vastaanottokokouksessa. Perheen toiminta vaikuttaa herkästi työryhmän keskinäiseen kommunikaatioon. Työryhmän toiminta näyttää vaikuttavan myös perheen kommunikaatioon. Perheen toisten puolesta puhumiseen oli eniten yhteydessä työryhmän toistensa kunnioitus ja huomiointi. Arvioitsijoiden havaintojen perusteella siis työryhmä "sai" perheenjäsenet puhumaan toistensa puolesta, jos työryhmän jäsenet eivät kunnioittaneet toistensa havaintoja ja tunteita. Työryhmä oli kielellisessä vuorovaikutusjärjestelmässä subjektina. Jos se loi selkeästi ja toisia huomioivan keskustelutavan ja jos se ylipäänsä neuvotteli ongelmista, sekä perheen kommunikaatio että perheen kuvaus koossapysyvyydestään parani. Jos taas työryhmä toimi vain haastattelijana etsien perheen patologiaa eikä neuvotellut tuloksellisesti keskenään, alkoi perheen kommunikaatio näyttää epäselvemmältä ja perhe antoi yhtenäisyydestään huonomman kuvauksen.

Tilanteen vaikutusta perheestä arvioituihin ominaisuuksiin on analysoinut myös Terkelsen (1983). Jos perheterapeutti olettaa, että skitsofrenian syy on perheessä, on sairaalassa mahdotonta saavuttaa yhteistyöliitto perheen kanssa. Tällainen perheen patologisuuden oletus sisältää Terkelsenin mielestä jo sinällään pohjan yhteistyösuhteen epäonnistumiselle. Hän kuvaa mm. Schoplerin ja Loftinin 1969 tekemää tutkimusta. Tutkijan perheelle antama testi-instruktio vaikutti siihen, millaiseksi arvioitsija näki perheen. Jos tämä ohje annettiin epämuodollisessa, tukevassa ilmapiirissä, perheen vanhemmat olivat asenteiltaan joustavampia ja toimivat kognitiivisesti paremmin. Edellä esitetty havainto tukee tätä. Tämän tutkimuksen havainto, että työryhmän keskinäinen kommunikaatio vaikuttaa perheen osajärjestelmien rajojen ("ei puhu toisten puolesta") rakentamiseen, menee oikeastaan vieläkin pidemmälle. *Työryhmä ei vaikuta vain antamallaan ohjeilla, vaan myös keskinäisellä neuvottelutavallaan. Se luo yhteistä kielellistä toimintajärjestelmää.*

Työryhmän teemassa pysyminen ja toistensa kunnioitus ja huomiointi olivat yhteydessä siihen, kuinka yhtenäisesti perheenjäsenet jakavat asiansa, ystävänsä, harrastuksena sekä kuinka paljon puuttuvat toistensa asioihin. Kommunikoimalla selkeästi ja johdonmukaisesti ja kunnioittamalla toisiaan työryhmä luo vastaanottokokouksessa sellaista vuorovaikutusta, missä arvioitsija näkee perheen yhtenäisenä. *Työryhmä auttaa perhettä luomaan paremman kielellisen kuvauksen toimintatavastaan.* Tämä tulos vahvistaa sitä oletusta, että rajajärjestelmissä kielellinen vuorovaikutus on keskeisenä.

Koska työryhmän toiminta oli niin paljon yhteydessä perheen kommunikaatioon, voidaan pohtia CRS skaalan kommunikaatioarvioiden luotettavuutta. Tässä tutkimuksessa en ole kiinnostunut näiden arvojen diagnostisesta merkityksestä. Diagnostisissa tutkimuksissa ei haastattelutilanteen vaikutusta ole yleensä huomioitu. Tämän kuvailun perusteella voidaan esimerkiksi väittää, että perheen kaksoissidoskommunikaatiota tutkiessaan haastattelija voi lisätä kysymyksillään patologisilta näyttäviä käyttäytymisen piirteitä. Näin vaikuttavat erityisesti ennakolta strukturoidut haastattelut. Niissä ei huomioida juuri sen hetkistä vuorovaikutustilannetta, vaan esitetään kysymykset samalla tavalla.

### 5.3.6. Yhteenveto koevoluution analyysin tuloksista

Voimme nyt antaa vastauksen analyysin pohjaksi esitettyyn hypoteesiin 1.

Perheen käyttäytyminen, potilaan taustaominaisuudet, persoonallisuuden ominaisuudet ja sosiaalisen verkoston ominaisuudet olivat yhteydessä työryhmän toimintaan vastaanottotilanteessa. Perhe ja vastaanottoryhmä kytkeytyvät toisiinsa rakenteidensa peruslähtökohdista. Tärkeintä yhteisellä koevoluution alueella on työryhmän sisäisessä vuorovaikutuksessa keskinäiseen neuvotteluun liittyvät asiat. (1) Kuinka työryhmä huomioi itsensä osana ongelmaa ja ottaa vastaan joustavasti ulkopuolelta tulleet havainnot, (2) kuinka joustavasti työryhmä keskustelee keskenään siten, että työryhmän jäsenten ymmärrys kasvaa ongelmasta sekä (3) kuinka työryhmän jäsenet kunnioittavat toistensa vastaanottokokouksessa tekemiä havaintoja ja tekevät toisilleen tilaa.

Perhe toimii oman rakenteensa mukaisesti. Sen ennustamattominta aluetta on sisäinen kommunikaatio. Siksi työryhmän toiminnalla on erityisesti yhteyttä kommunikaatioon. Kommunikaatio on perheen muutoskykyä helpottava asia. Perheen sisäisen kommunikaation laatu, erityisesti kunkin perheenjäsenen yksilöllisen alueen määrittely on sillan toinen pää. Toisessa päässä ovat ylläluetellut työryhmän sisäistä toimintaa järjestävät ominaisuudet. *Perhe voi tuota siltaa pitkin auttaa työryhmää luomaan yhteistä ymmärrystä, mikä vie yhteisen kehityksen prosessia eteenpäin. Samoin työryhmä voi tuon sillan kautta keskenään ymmärrystä etsien lisätä perheen järjestyneisyyttä tai päinvastoin lisätä perheen kaaosta, toisten puolesta puhumista, sääntöjen jäykkyyttä tai toistensa yksin jättämistä. Yhteisen ymmärryksen etsiminen avaa tietä muutokseen, jäykkyys ja ongelman näkeminen itsestä ulkopuolisena vahvistaa oireita ylläpitävää toimintajärjestelmää.*



## 6. HOITOMALLIN ARVIOINTIA

### 6.1. Tutkimusmenetelmien validiteetista

Tässä tutkimuksessa on pyritty löytämään paras mahdollinen kuvaus hoidolliselle tapahtumalle sairaalan ja perheen rajalla. Aaltosen ja Räcköläisen (1988) esittämän luokittelun mukaan kyseessä on psyykkisten ongelmien *vuorovaikutuksellinen lähestymistapa*. Esimerkiksi skitsofrenia nähdään yksilön perussysteemin alati muuttuvan vuorovaikutuksen ongelmana. Vuorovaikutuksen sisältö köyhtyy ja juuttuu kussakin tapauksessa aina erityiseen solmukohtaan. Hoitojärjestelmän tehtävä on ottaa kantaakseen osa tuosta vuorovaikutuksesta ja laajentaa sen mahdollisuuksia. Tällöin potilas, hänen perheensä ja muu verkostonsa voivat itse nähdä uusia etenemisen mahdollisuuksia.

Aaltonen ja Räcköläinen (1988) esittävät tämän perheterapeuttisen lähestymistavan eroavan *rakenteellisesta ongelmantarkastelusta*. Skitsofrenian ongelma nähdään perheen rakenteen ongelmana. Keskeisiä ovat ns. perheen osajärjestelmien rajoihin liittyvät sekaannukset. Olsonin kehittämän ympyrämallin koossapysyvyyden ja sopeutuvuuden akseleiden ominaisuuksien luokittelu perustuu tällaiseen perheen kiinteiden rakenteiden arviointiin. Oletuksena on, että tietyt kiinteät rakenteet (perheen toimintaa säätelevät säännöt) aiheuttavat psyykkisiä häiriöitä. Tällöin hoitona voi olla perheterapia, jossa näitä rakenteita pyritään muuttamaan.

Tutkimuksessa käytetyn mittarin ja tutkimuksen teorian taustalla olevan ajattelutavan ristiriita vaikuttaa tutkimuksen suorittamiseen ja tuloksiin. Ristiriita pyrittiin poistamaan sillä, että samanaikaisesti arvioitiin sekä perheen että vastaanottavan työryhmän rakenteet. Näiden rakenteiden muotoutumiseen vaikuttavia tekijöitä sitten vertailtiin keskenään. Sekä perheen että työryhmän

rakenteista löytyi potilaita erottelevia tekijöitä. Samoin kummankin sisäisten rakenteiden välille löytyi yhteyksiä, jotka selittävät vastaanottotilanteessa alkavaa perheen ja työryhmän toisiinsa kytkeytymistä ja koevoluutiota.

Kvalitatiivisilla ja tilastollisilla analyysimenetelmillä on etsitty työryhmän ja perheen koevoluution ominaisuuksia. Aineistoa tällä tavalla käsittelemällä on voitu osittain voittaa se ristiriita, että arviointimittarit kohdistuvat systeemin rakenteisiin ja tutkimusmalli vuorovaikutukseen. Yksi tähän liittyvä ongelma on noussut tutkimuksen tuloksissa esille. Vaikka työryhmää voitiin arvioida perheen arviointiin kehitetyillä käsitteillä ja asteikolla, ei se ole perheen kanssa rakenteeltaan samalla tasolla. Perhe on kiinteä yksikkö, jonka toiminta-alue kattaa kaikki elämän alueet. Työryhmä taas on juuri tätä perhettä varten kokoonkutsuttu ryhmä, jonka tehtävänä on tutkia esille tullutta ongelmaa. Tämä ero näkyy selvästi arviointiasteikkoja vertailtaessa. Perheiden jakaumat asteikolla olivat paljon työryhmää laajemmat. Näin perheen toiminnan vaihtoehdot ovat moninkertaiset työryhmään verrattuna. Työryhmän yksi tehtävä on luoda jokaisessa uudessa vastaanottokokouksessa oma organisaationsa, kun perheellä organisaation perusta on jo valmiina.

Työryhmän ja perheen rakenteiden erot ovat tulleet esille. Tämä ero näyttää kuitenkin olevan vastaanottokokouksessa parantavan energian lähde. Luomalla vastaanottotilanteessa sisäisessä neuvottelussa omat sääntönsä työryhmä samalla rakentaa sillan perheen toimintajärjestelmään ja yhteisen kokemisen tilan luomiseen. Mitä enemmän ja mitä tasavertaisemmin tilanteisiin joustavasti sopeutuen työryhmä keskusteli keskenään, sitä paremmiksi vastaanottokokoukset tulivat sekä työryhmän oman arvion että arvioitsijoiden havaintojen mukaan. Tämä vaikutti jopa niin paljon, että perheen sisäinen kommunikaatio parani, jos työryhmän jäsenet pystyivät antamaan keskenään toisilleen tilaa ja kunnioittamaan toistensa havaintoja. Tämä havainto toi rajasyntymisen pohdintaan uuden ulottuvuuden kommunikaation ja kielen merkityksestä. Tähän palataan edempänä.

Olsonin kehittämä Clinical Rating Scale näytti soveltuvan hyvin perheen ja työryhmän sisäisten rakenteiden arviointiin edellä mainituilla varauksilla. Arvioitsijan yksittäisiin osioihin antamat vastaukset olivat kuvaavia. Sen sijaan koossapysyvyys, sopeutuvuus sekä kommunikaatio akselin kokonaisarvion moodiluvut eivät antaneet paljon tietoa työryhmän ja perheen keskinäisistä suhteista tai yhteyksistä tutkimuksessa olleisiin muihin tekijöihin. Ne olisivat kyllä antaneet tietoa perheen diagnostiselle arvioimiselle. Tähän keskitytään enemmän tutkimuksen toisessa osassa.

Täydentävänä tietona tutkimuksessa pyydettiin kaikkia perheenjäseniä täyttämään FACES III lomake, mutta tämä epäonnistui. Vain puolet (N=36) vastasi tähän lomakkeeseen vastaanottokokouksessa. Ilmeisesti vastaanottokokous sai liikkeelle niin paljon tunteita, että sen jälkeen työryhmän oli vaikea yhtäkkiä antaa perheenjäsenille jokin tarkka tehtävä. Samoin perheenjäsenille saattoi olla vaikeaa usein laajasti haeskelevan keskustelun jälkeen pukea kokemuksensa 20:een tarkkaan lauseeseen.

Clinical Rating Scale skaala osoittautui helppokäyttöiseksi. Kokeneet perheterapeutit pystyivät teoriaa opiskelemalla ja videonauhoja yhdessä arvioimalla löytämään samansuuntaiset käsitteet mallin pohjalta. Osioiden reliabiliteetit ovat tyydyttäviä. Niiden pohjalta voisi tehdä myös perheen diagnostisia arviointeja. Tässä tutkimuksessa reliabiliteetin ongelma ei kuitenkaan korostunut, koska tärkeänä pidettiin sekä perheestä että työryhmästä tehtyä arviointia yhdessä.

Tutkimusmenetelmien validiteetti oli siis tyydyttävää. Mittarit kohdistuivat tarkoitettuihin ongelmiin ja mittareiden reliabiliteetti oli hyvä. CRS skaalan suurimmaksi ongelmaksi jäi se, että se keskittyi liikaa kummankin osapuolen sisäisiin rakenteisiin, jolloin perheen ja työryhmän välinen alue jäi vielä vajaaksi. Perheen ja työryhmän yhteisen kokemisen tilassa tapahtuu asioita, joita ei vielä saatu esille. Tätä asiaa selvitetään tarkemmin tutkimuksen toisessa osassa seuraamalla hoitoprosesseja.

## 6.2. Sairaala laajan rajasysteemin osana

Tämän tutkimuksen yhtenä tavoitteena oli selvittää, auttaako rajasysteemi-käsite ymmärtämään vastaanottotapahtuman luonnetta. Parhaiten rajasysteemi tuli esille silloin, kun kuvattiin hoidon aloitustapahtumaa laajemmassa mittakaavassa (ks.luku 5.2. "Aineiston perusanalyysi"). Jokainen vastaanottotapahtuma alkoi jo ennen vastaanottokokousta ensimmäisessä yhteydenotossa. Lähettävä viranomainen, potilas itse ottaessaan yhteyttä poliklinikalle, potilaan sukulainen tai muun verkoston jäsen määrää vastaanottokokouksen alkuehdot. Tästä yhteydenotosta tulee osa poliklinikan työryhmän valmistautumista kokoukseen. Yhteydenotto herättää työryhmän ennakoasenteet, aiemmat hoitokokemukset tämän potilaan kohdalla, tunteet lähettävää viranomaista kohtaan. Yhteydenotosta tulee osa vastaanottokokouksen rakennetta.

Sekä perhe että lähettävä viranomainen näyttävät yhteydenotossa "kylvävän" oman toimintatapansa tässä ongelmassa vastaanottotyöryhmään. Esimerkiksi tapausesimerkissä 5 ("Hätä Sannan tulevaisuudesta") mielenterveystoimisto sai omalla käskävällä asenteellaan työryhmän vastustamaan käskemistä. Syntynyt "taistelutilanne" kuvasi Sannan systeemin näköalattomuutta ja vaihtoehdottomuutta, mitä poliklinikan työryhmä pyrki sitten voimakkaasti muuttamaan. Ottamalla ennakkoon tämän asenteen työryhmä kuitenkin sitoutui juuri siihen samanlaiseen toimintajärjestelmään, mikä oli johtanut umpikujaan Sannan elämässä. Tämän vuoksi ei löytynyt uusia ratkaisuja, hoidon aloitus epäonnistui. Kuvaavaa oli lisäksi se, ettei vastaanottoryhmä ottanut vastaanottokokoukseen mukaan mielenterveystoimiston lähettävää työntekijää. Kun poliklinikan työryhmä itse hahmotti asemansa uudenlaisen vuorovaikutuksen avaajaksi (lue: paremmaksi kuin tätä ennen tehdyt

arviot), sitoikin se vain itsensä ennakkoasenteellaan vuorovaikutuskenttään, missä se oli toisia osia täydentävä tekijä. Muutosta ei voinut tapahtua.

Tutkimusaineiston havainnollistamiseksi tehty jako kolmeen ryhmään aiempien hoitokokemusten ja omasta elämästä määräämisasteen perusteella osoittautui hyväksi ratkaisuksi. Vastaanottotilanteessa kullekin ryhmälle löytyi omat kuvaavat piirteet. Ensimmäisen hoidon ryhmän perheet olivat oman toimintansa subjekteja ja avoimia ottamaan vastaan poliklinikan esittämän hoitoratkaisun. Nämä potilaat voitiin hoitaa suurimmaksi osaksi poliklinikalla. Pitkäaikaispotilaita näytti kuvaavan se, että heillä sairastaminen on määräävä osa elämää. Sairaala on jo osa potilaan verkostoa. Vastaanottokokoukset ovat hyvin tuttavallisia – kuin perheenjäsenten tai tuttavien tapaaminen. Ne eivät myöskään usein tuo olennaista uutta potilaan vuorovaikutuskenttään.

*Vaikeimmaksi ryhmäksi osoittautui uusiutuvan hoidon ryhmä.* Vaikka tämä ryhmä on hyvin heterogeeninen, näyttää siihen kuuluvien perheiden toiminta sairaalan rajalla muotoutuvan vastaanottavan työryhmän kannalta hyvin samankaltaiseksi. Tämän ryhmän potilaiden tulo liittyi usein jo meneillään olevaan hoitoprosessiin. Tässä prosessissa oli ollut epäonnistumisia. Erityisesti tässä ryhmässä aiemmista hoitokokemuksista ja vastaanottotyöryhmän asenteista tuli osa vastaanottokokouksen rakennetta. Se saattoi alkaa elää rajasyteemissä taisteluna siitä tuleeko potilas sairaalaan vai jääkö hän poliklinikan hoitoon. Jos työryhmä ei tietoisesti huomionnut aiempia hoitokokemuksia eikä käsitellyt niiden merkitystä hoitopaikkaa valittaessa, saattoi perhe alkaa vastustaa hoitoratkaisua. Useimmat heti alussa toteutumattomat hoitosuunnitelmat olivat tässä ryhmässä.

Työryhmän toiminnassa tuli vastaanottotilanteen epäonnistuessa usein esille teesi siitä, että sairaalahoito on kaikissa tapauksissa huono ratkaisu. Tämä yhdistettynä aiempien hoitokokemusten synnyttämiin ennakkoasenteisiin saattoi johtaa työryhmän lineaariseen toimintaan sairaalan tulon estämiseksi. Työryhmä näytti ennakkoon päättäneen, ettei sairaalahoito tule kysymykseen. Tämä merkitsi perheen oman valintamahdollisuuden kaventumista ja työryhmän oman reflektiivisen aseman menettämistä.

Reflektiiviseen perheterapeutiseen työskentelytapaan liittyy ajatus siitä, että ongelmaa selittävät ennakkohypoteesit ovat haitallisia (Andersen, 1987; Anderson & Goolishian, 1988). Terapeuttista työtä ohjaavat mielikuvat pyritään synnyttämään yhteisellä neuvottelulla hoitokokouksen aikana. Myös meidän työssämme tämä on osoittautunut oikeansuuntaiseksi ajatukseksi. Uusiutuvan hoidon ryhmän kokemukset vastaanottotilanteessa pakottavat kuitenkin tarkentamaan tätä oppia. Ongelmaan liittyvät ennakkohypoteesit eivät edelleenkään ole tarpeellisia. Sen sijaan aiemman hoitokäyttäytymisen ja lähettävän viranomaisen tai yhteyttä ottavan henkilön toiminnan arviointi ennen vastaanottokokousta on tarpeellista. Tällä tavalla työryhmä voi tehdä sen rakenteeseen jo vaikuttavat tekijät tietoisiksi ja näin osaksi hoitokokouksen vuorovaikutusta. Tämän lisäksi vastaanottokokouksessa aiempiin hoitokokemuksiin tulisi kiinnittää suurempi huomio.

Tätä eroa ennakkohypoteesin merkityksestä reflektiivisessä perhekeskustelussa voi selittää sillä, että sekä Andersen että Goolishian ja Anderson toimivat yksittäisinä perheterapeutteina. Meidän vastaanottoryhmämme tehtävä sen sijaan on tehdä myös hallinnollisia hoitoon liittyviä päätöksiä yhdessä perheen kanssa. Tällöin työryhmän tehtävä on antaa perheelle ja potilaalle enemmän mahdollisuuksia suorittaa paras mahdollinen valinta.

Rajasysteemiä kuvaavassa teoriaosassa todettiin, että hoitokokouksessa asiantuntijoina toimivien on tehtävä työtä aina kahteen suuntaan, sekä perheen että muun hoitojärjestelmän suuntaan. Tämä teesi sai näistä tuloksista tukea ja tarkennusta. Erityisen tärkeää kriisitilanteessa on toimia niiden viranomaisten suuntaan, jotka ovat joutuneet umpikujaan potilaan ongelman kanssa. Tätä työtä työryhmä voi tehdä kahdella tasolla. Toisaalta se voi tehdä tietoiseksi omia ennakoasenteita tilanteesta, jotta ei joutuisi näiden ennakoasenteiden pakottamana lineaariseen toimintayritykseen. Toisaalta työryhmän tehtävä on organisoida nämä viranomaiset mukaan vastaanotkokoukseen. Tämä voi tapahtua joko heti siinä paikassa tai järjestämällä verkostokokous.

Nopeasti järjestetyn verkostokokouksen merkityksestä kertoo parhaiten tapausesimerkki 12 ("Verkosto järjestäytyy"). Tällaisessa tapauksessa polikliinisen toiminnan tehtävä on organisoida potilaan verkostoa tukemaan potilasta ja ratkaisemaan verkostossa olevat ongelmat. Varsinaista rajasysteemin kuvaamaa toimintaa ei tässä tapahdu. Työryhmä ei ota potilaan kanssa kulkemalla kannettavakseen ja reflektiivisen keskustelun kautta uudelleenmuotoillakseen ongelmaa, vaan toimii verkoston mobilisoijana.

### 6.3. Työryhmän ja perheen yhteyksien synty, koevoluutio

Työryhmän ja perheen välisen yhteisen kokemuksen tilan syntymistä tutkittiin käsittelemällä regressioanalyysillä arvioitsijoiden suoria havaintoja perheen ja työryhmän käyttäytymisestä.

Työryhmän toimi itsenäisesti silloin, kun perhe tai potilas ohjasi itse omaa toimintaansa. Perheen ongelmien ja käyttäytymisen ristiriitaisuuksien lisääntyessä joutui työryhmä tällaisen vuoro—vaikutuksen paineen alle. Perheen toiminnan ongelma alkaa elää työryhmän toiminnassa, jolloin työryhmä tulee koossapysyvyydeltään irrallisemmaksi sekä sopeutuvuudeltaan jäykemmäksi. Jos työryhmä pystyy keskinäisen reflektiivisen neuvottelun kautta pohtimaan omaa asemaansa ongelmassa ja huomioimaan uudet näkemykset, voi se välttyä joutumasta perheen vuorovaikutuspaineen vangiksi. Tässä toiminnassa toteutui Goolishianin ja Windermanin (1988) sekä Andersenin (1987) mainitsema tavoite tehdä aikaisemmin puhumatonta puhutuksi. Perheen systeemin lait valtaavat työryhmän "tiedostamattomasti" työryhmän sitä itse ymmärtämättä. *Puhumalla itse keskenään*

*havainnoistaan ja kunnioittamalla toistensa havaintoja työryhmä pystyy muuttamaan perheen tuomaa epäjärjestystä järjestykseksi.*

Ratkaisevimaksi tekijäksi arvioitsijat näkivät sen, kuinka joustavasti työryhmä rakentaa omat rajansa ulospäin niin, että voi ottaa vastaan ulkopuolisia havaintoja ja huomioida oman asemansa ongelmassa. Tämän mahdollistivat useat perheen muutokseen sopeutuvuuden ja kommunikaation ominaisuudet. Työryhmän omasta rakenteesta tähän vaikuttivat eniten keskinäisen neuvottelun tarkoituksenmukaisuus ja joustavuus sekä työryhmän jäsenten keskinäinen toistensa kunnioitus ja huomiointi. Työryhmän keskinäiseen neuvotteluun ja toistensa havaintojen kunnioitukseen ja huomiointiin tuli yllättävä selittävä tekijä. Mitä pienempi potilaan verkoston koko oli, sitä paremmin työryhmä neuvotteli keskenään ja antoi toisilleen tilaa. Viitteellisesti myös vastaanottokokouksessa ilman perhettä tai verkostoa olleet potilaat sijoittuivat enemmän poliklinikan hoitoryhmään. Yksin olleiden potilaiden kanssa saattoi olla helpompi löytää uusi hoitolinja, jos nämä kuuluivat ensimmäisen tai uusiutuvan hoidon ryhmään.

Tälle asialle ei löytynyt selitystä. Verkoston pienuuden toistuva esiintyminen selittävä tekijänä pakottaa kuitenkin pohtimaan tätä. Ilmeisesti on niin, että iso verkosto tulee vastaanottokokoukseen mukaan siten, että potilas puhuu useiden elämänalueiden ongelmista. Jos potilaan verkosto on pieni, ovat ongelmatkin suppeammalla alueella ihmissuhteissa. Tällaisten ongelmien käsittely vastaanottokokouksessa voi sujua johdonmukaisemmin ja joihinkin asioihin keskittyen. Tällöin työryhmä kommunikoi keskenään paremmin ja käy myös reflektiivistä neuvottelua keskenään paremmin. Tapausesimerkissä 12 ("Verkosto järjestäytyy") Susannan verkosto oli hyvin pieni. Vastaanottokokouksen teemaksi tuli luonnostaan verkostotyön jatkaminen. Työryhmä toimi hyvin, sen kommunikaatio oli hyvää. Päinvastainen esimerkki on tapausesimerkki 15 ("Virkaholhoaja tärkein omainen"). Sakarin elämä on hyvin hajanaista ja hänen verkostonsa lähinnä jokapäiväisten baarikontaktien vuoksi hyvin laaja. Vastaanottokokouksen työskentely oli hajanaista, keskustelulle ei löytynyt yhtä juontaa, vaan itse kukin työryhmän jäsen seurasi omaa teemaansa. Yksi kyseli suhteesta perheeseen, toinen ystävyys-suhteista ja yksi vaikeuksista virkaholhoajan kanssa. Sosiaalisen verkoston vaikutusta hoitoon selvitetään tarkemmin tutkimuksen toisessa osassa.

Työryhmän työskentelyä vastaanottokokouksessa näytti siis ohjaavan sen oma rakenne. Se kuinka joustavasti työryhmä pyrki rakentamaan perheen kanssa yhteistä ymmärrystä, kuinka rakentavasti työryhmä neuvotteli mielikuvista ja päätöksistä keskenään ja kuinka hyvin antoi tilaa itse kullekin työryhmän jäsenelle muodostui ikäänkuin sillaksi perheen toimintajärjestelmään. Perheestä ratkaisevimaksi tekijäksi nousi se, kuinka hyvin perhe kommunikaatiossaan kunnioitti sisäisiä rajojaan. Työryhmän kommunikaatio ja toistensa kunnioitus ja huomiointi sekä toimintatasäätöjen joustavuus loivat puitteet sille, että perhe ei puhunut toistensa puolesta.

On ilmeistä, että perheen ja työryhmän koevoluution teiden tarkka selvittäminen vaatii paljon jatkotutkimusta. Sen tutkimuksen pitää kohdistua perheen ja työryhmän kommunikaation yhteyksien selvittämiseen esimerkiksi seuraamalla tarkasti työryhmän reflektiiviseen keskusteluun perustuvia terapiaprosesseja. Tätä terapian kielen tehtävää käyttäytymisen koordinoijana selvitetään vielä enemmän.

Työryhmän toiminnan kehittämiseksi sen pyrkiessä perheen kanssa kriisitilanteessa yhteisen kokemisen tilaan voi tämän selvityksen pohjalta tehdä kaksi johtopäätöstä:

(1) Kriisikokouksen kehittämiseksi tärkein alue on kehittää työryhmän keskinäistä reflektiivistä neuvottelua. Tällä neuvottelulla työryhmän pitäisi luoda rajansa ulospäin niin joustaviksi, että ongelmaan haetaan yhteistä ymmärrystä perheen kanssa. Neuvottelemalla keskenään perheen tuoman ongelman (tai tuomien ongelmien) herättämistä mielikuvista ja omasta asemastaan siinä tai tuossa ongelmassa työryhmä antaa perheelle mahdollisuuden tulla osaksi yhteistä auttavaa prosessia.

Neuvottelussa pitäisi antaa tilaa kaikille työryhmän jäsenille kunnioittamalla itse kunkin havaintoja. Keskinäisen neuvottelun tehtävä on myös säilyttää työryhmän sisäinen reflektio niin, että juututtaessa johonkin hoito-ongelmaan työryhmä voisi sen korjata asettamalla olettamuksensa kyseenalaisiksi.

(2) Vastaanottokokouksessa työryhmä on subjektina yhteisen kielellisen kuvausjärjestelmän luomisessa. Vastaanottokokoukseen osallistuvien lukumäärän kasvaessa tulee tämä vaikeammaksi, helpointa se on yksin kokoukseen tulevan potilaan kanssa.

Vastaanottoryhmän on erityisesti kehitettävä toimintaansa ison verkoston vastaanottokokouksessa. Tämä edellyttää riittävän ajan varaamista kokoukseen sekä työryhmän tasavertaisen johtajuuden sekä toistensa huomioon erityistä turvaamista.

## **6.4. Rakenteen määräämä vai ongelman määräämä systeemi**

Lopuksi on syytä verrata tämän tutkimuksen hahmottamaa terapeuttista toimintamallia muuhun konstruktivistista teoriaa soveltaviin terapiamuotoihin.

### **6.4.1. Ongelman määräämä systeemi**

Konstruktivistinen teoria on hyvin vaikea. Sen kehitys perheterapiassa on vielä alussa. Niinpä tämän teorian pohjalta tehdyt esitykset perhe- ja muusta terapiasta ovat hyvin vaikeaselkoisia. Kaikkein lähimpänä Keroputaan sairaalan perhekeskeistä työskentelytyyliä lienee Galvestonissa USA:ssa

Goolishianin, Andersonin ja Windermanin useassa artikkelissa kuvaama toimintamalli (Anderson & Goolishian, 1985; 1988; Goolishian & Winderman, 1988 jne.). He loivat alunperin käsitteen ongelman määräämä systeemi – problem determined system. Tätä teoriaa on täydentänyt Hoffman kahdessa artikkelissaan (1985 ja 1988). Hoffman totesi, että "systeemi ei luo ongelmaa, vaan ongelma luo systeemin" (1985).

Goolishian ja Winderman (1988) kytkevät Maturanan kehittämät autopoiesiksen, strukturaalisen determinismin ja kielen evoluution perheterapian kuvaukseen. Kukin organisaatio kytkeytyy toiseen organisaatioon rakenteensa määräämällä tavalla. Siis organismin rakenne määrää käyttäytymisen, ei ympäristö. Tämä strukturaalinen kytkeytyminen (structural coupling) tapahtuu käytännössä siten, että toinen organismi koordinoi oman toimintansa toisen organismin koordinoitua käyttäytymisen pohjalta. Tämä edellyttää sitä, että tällaiset organismit ovat riittävän monimutkaisia. Oman toiminnan koordinoitua toisen organismin koordinoitua käyttäytymisen pohjalta tarvitaan kieltä. Maturanan termillä kieli on koordinoitua toiminnan koordinoitua. Mutta samalla kieli on jo enemmän: se on koordinoitua käyttäytymisen koordinoitua annettua merkitystä. Tästä koordinoitua toiminnan koordinoitua annettua merkityksestä tulee ihmisten vuorovaikutuksen semanttinen perusta. Ihmiset ovat vuorovaikutuksessa toistensa kanssa kuvailemalla kokemustaan. Näin kielellisesti vuorovaikutuksessa olevat systeemit luovat merkitysten systeemejä. Merkitys rakennetaan aina dialogissa (Maturana). Vastaavasti Bateson on todennut, että toiminnan mieli (merkitys) sijaitsee vuorovaikutuksessa, ei pään sisällä.

Terapeutti toimii asiakkaidensa kanssa merkitysten systeemien avulla. Psykoterapia on merkitysten ekologian luomista ja ylläpitämistä. Jokainen prosessiin osallistuja toimii havaitsemansa prosessin vastavuoroisena luojana kytkeytymällä aina toisen osallistujan luomaan merkitysten systeemiin. Tämä terapiaprosessissa syntyvä kielellisen vuorovaikutuksen rakenne määrää sen, mitä itse kunkin on tehtävä inhimillisessä vuorovaikutuksessa. Tässä merkitysten systeemissä terapeutin yksi tehtävä on pyrkiä ymmärtämään prosessiin osallistujien toisiinsa kytkeytymisen perusta.

Systeemit eivät luo terapeutteja ongelmia, vaan ongelmat syntyvät merkitysten kielellisissä systeemeissä. Terapeutti on ongelman organisoiman systeemin osa ja osallistuu terapian määrittelevän kielellisen alueen luomiseen. Hoffmanin mukaan terapeutti ei voi olla missään metasuhteessa sellaiseen, missä hän on osana (1988). Terapeutin päätehtävä on kohdistaa työskentely kielellisen neuvottelutilan luomiseen ("conversational space"). Terapeutin taitavuus mitataan hänen herkkyydessään kielen suhteen. Tämä ilmenee kykyä kysyä kysymyksiä, jotka avaavat tietä neuvottelulle uusien merkitysten ja kommunikaatioyhteyksien synnyttämiseksi. Terapeuttinen työ on tehdä kaikki sanottu "oikeaksi", kun liikutaan siihen suuntaan, että organismi voi löytää uudenlaisen yhteyden ympäristönsä kanssa.

Goolishianin ja Windermanin (1988) mukaan terapeuttinen neuvottelu voi tapahtua monella tavalla ja monessa paikassa, ei välttämättä terapiahuoneessa. Terapeuttiseen prosessiin on hyvä



kytkeä mukaan kaikki ne osapuolet, jotka ovat osallistuneet ongelman merkityksen antamiseen. Sen sijaan kaikkien osallistuminen jatkuvasti prosessiin ei ole tarpeellista.

Terapeuttisen neuvottelun päämäärä ei ole niinkään jonkin ongelman ratkaiseminen kuin ongelmaan määrittelemän systeemin lopettaminen. Ongelmaa loppuu silloin, kun sen ympärillä tapahtuva neuvottelu ei enää anna jollekin tapahtumalle ongelman merkitystä. Siis terapeuttinen muutos tapahtuu neuvottelussa.

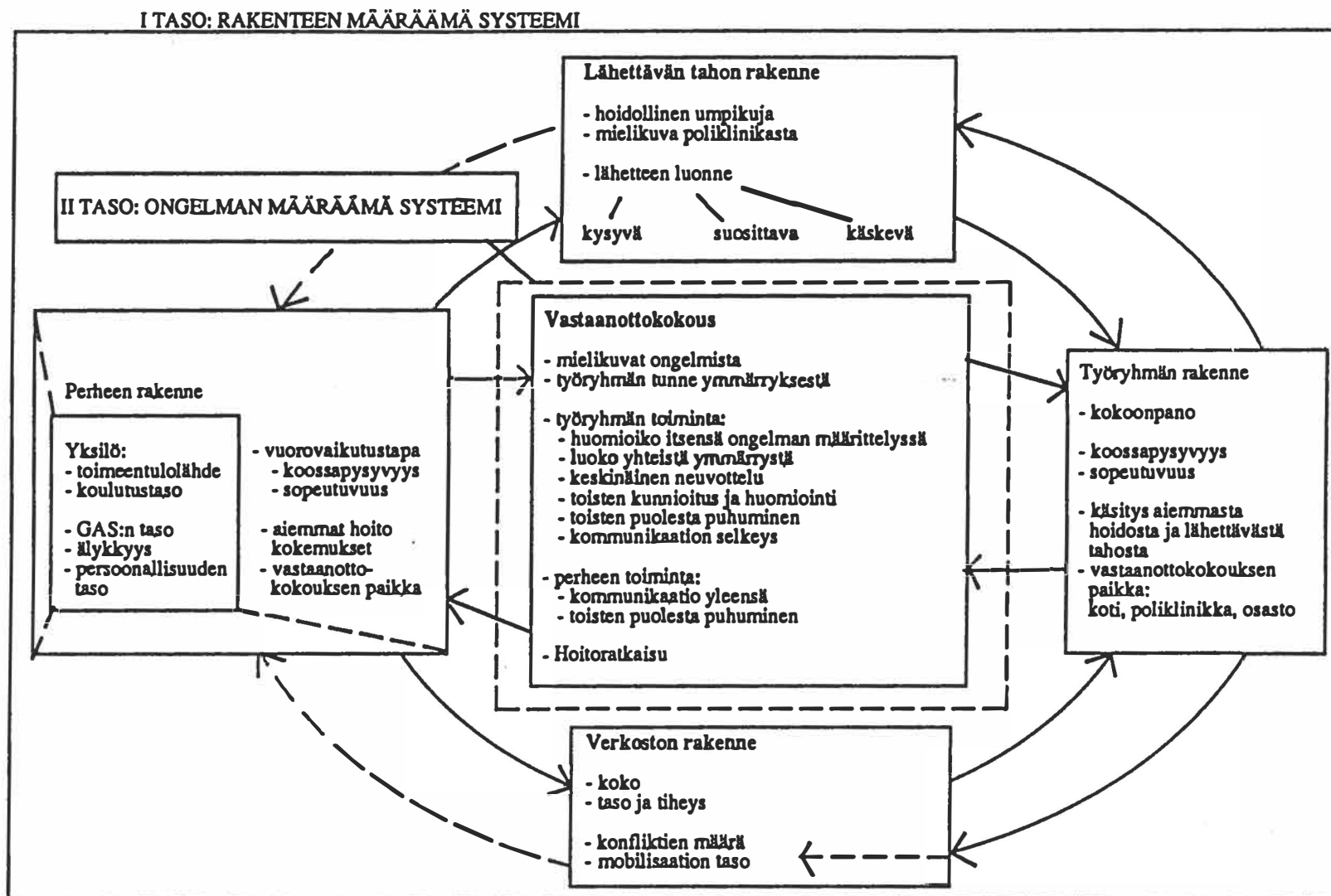
#### 6.4.2. Rakenteiden määräämä systeemi

Tämän lyhyen ja yksinkertaistavan esityksen jälkeen voidaan ongelman määräämän systeemin ajatusta verrata meidän toimintajärjestelmäämme. Tässä tutkimuksessa kuvattua hoitokäytäntöä voisi luonnehtia "rakenteen määräämäksi systeemiksi". Perheen, työryhmän, lähettävän viranomaisen sekä potilaan verkoston rakenne luo puitteet vastaanottokokouksen neuvottelulle. Jokaisella taholla on jonkinlainen kielellinen määritelmä käsiteltävälle ongelmalle. Kunkin rakenteeseen kuuluvan määritelmän pohjalta kytkeydytään yhteiseen toimintajärjestelmään, rajasysteemiin. Kuviossa 4 on esitetty rajasysteemin toimintajärjestelmän tarkennettu kaavio tutkimuksen tulosten pohjalta.

Kuvion eri laatikoissa esitetyt kunkin rakenteen ominaisuudet ovat tulleet esille tutkimuksessa merkitsevinä tekijöinä. Kuviota pitää katsoa kahdessa tasossa, ikäänkuin kolmiulotteisena. I taso kuvaa laajaa yhteistä toimintajärjestelmää, jota on kutsuttu rajasysteemiksi. Tätä systeemiä määrittävät eri osien rakenteet, se on "rakenteiden määräämä systeemi taso". II taso muodostuu näiden rakenteiden toisiinsa kytkeytymisestä alkavasta vuorovaikutuksesta. Tässä tutkimuksessa on tosin selvitetty vain perheen ja työryhmän koevoluutiota, mutta myös lähettävästä tahosta (joka on määritellyt ongelman jo ennen poliklinikan työryhmää) ja verkostosta joka on mukana ongelmassa sekä ongelman lähteenä että sen määrittelijänä) voitaisiin vetää yhteydet II tasolle.

II tasolle on merkitty kaikki ne tekijät, jotka tulivat merkitseviksi selitettäessä perheen ja työryhmän välisiä yhteyksiä. Niiden sisältö tulee hyvin lähelle yllä esitetyn ongelman määräämän systeemin neuvottelutilan sisältöä. Näin tämän tason voisi nimittää "ongelman määräämäksi systeemiksi". Koska kuvio esittää kriisihoitotilanteen alkuhetkeä, keskelle kuvattu II taso jää vajaaksi. Terapeuttisessa neuvottelu- ja mielikuvien luomisprosessissa se syvenee, liikkuu pienempiä vivahteita kohti.

*Lähettävän tahon rakenteessa* olennainen tekijä on se, että se on joutunut hoidolliseen umpikujatilanteeseen. Tämän umpikujan luonne sekä lähettävän ennakkokäsitys poliklinikasta vaikuttavat lähteen luonteeseen. Lisäksi lähettävään viranomaiseen vaikuttaa sen suhteet muihin yhteistyötahoihin.



KUVIO 4. Rakenteen ja ongelman määrittämisen systemin vuorovaikutus

*Perheen rakennetta* tarkastellaan kahdessa osassa. Yksilön merkitseviksi ominaisuuksiksi on tullut toimeentulon luonne, koulutustaso, henkinen suorituskyky, asema GAS:n asteikolla sekä persoonallisuuden koostuneisuuden ja rikkauten aste. Perheen rakenteeseen kuuluu sen koossapysyvyys ja sopeutuvuus. Aiemmat hoitokokemukset säätelevät perheen tapaa määrittellä ongelma. Vastaanottokokouksen paikka säätelee käyttäytymisen valintoja. Turvallisessa paikassa perhe voi toimia vapaammin. Perheen rakenteen ominaisuudet vaikuttavat sekä lähettävään viranomaiseen, joka lähetteessään usein nojaa perheen välittämään ongelman määrittelyyn, että verkostoon, joka mobilisoi havaitsemalla itse ongelman tai perheen määritelmän perusteella.

*Verkoston rakenteeseen* kuuluu sen koko sekä taso ja tiheys. Verkostossa olevien konfliktien määrä tai laatu on usein osa perheen esittämää ongelman määrittelyä. Verkostoterapian ajatusten mukaan perhe korostaa enemmän muuttumattomuutta ja ulkopuolinen verkosto muutosta ja uuden etsimistä (Klefbeck ym., 1988b). Nämä ominaisuudet ja perheen ja verkoston suhde määrittelevät verkoston mobilisaation tason. Sosiaalista verkostoa tutkitaan tarkemmin tutkimuksen toisessa osassa.

*Työryhmä* kytkeytyy alussa viitteellisesti lähettävään tahoon ja verkostoon. Perheen kanssa se on suoraan neuvottelusuhteessa. Työryhmän rakennetta määrää sen kokoonpano, koossapysyvyys (kiinteys) ja sopeutuvuus, ennakoasenteet ja kokemukset aiemmista hoitokokemuksista ja lähettävästä tahosta. Vastaanottokokouksen paikka on myös vaikuttava tekijä.

Vastaanottokokoukseen perhe ja työryhmä tuovat mukanaan nämä rakenteidensa ominaisuudet. Perheen ja kriisityöryhmän tavatessa hoidollinen ongelma muuttuu toisenstasoiseksi. Molemmat tuovat mukanaan osana rakennettaan suhteensa lähettävään tahoon ja (mahdollisesti) muuhun verkostoon. Ne alkavat myös luoda aivan uutta neuvottelevaa systeemiä. Toimiessaan rakenteiden määräämällä tavalla perhe ja vastaanottoryhmä pyrkivät koordinoimaan toimintansa toisen käyttäytymisen huomioiden. Kielellisesti tämä tapahtuu parhaiten silloin, jos työryhmä keskinäisellä neuvottelulla perheen kuulleen voi luoda ulkoiset rajansa siten, että siinä pyritään yhteisen ymmärryksen löytymiseen. Neuvottelussa käsitellään mielikuvia ongelmista enemmän kuin pyritään etsimään yhtä ratkaistavaa ongelmaa. Työryhmän kommunikaatiossa tärkeimmäksi näyttää nousevan se, miten jäsenet luovat keskinäisen kielellisen merkitysten vuorovaikutuksen ja kuinka selkeää kommunikaatio on. Samoin perheestä tätä "ongelman määrittelemää systeemiä" sääteleviksi tekijöiksi tulee sen kommunikaation ominaisuudet, erityisesti toisten puolesta puhuminen.

Poikkeavuutena Goolishianin ja Windermanin esittämään ongelman määräämään systeemiin tässä järjestelmän II tasolla pitää tehdä jokin "hallinnollinen" hoitovalinta, usein pakkohoitopäätös. Taitavasti toimiva työryhmä antaa perheelle voimavaroja tehdä sellaisia valintoja, jotka vievät terapeuttista uudelleenmäärittelyn prosessia eteenpäin. Työryhmä tuo neuvotteluun uusia ulottuvuuksia esimerkiksi liittämällä tämänhetken määritellyn ongelman ja sen suhteen tehtävät ratkaisut perheen aiempaan kokemushistoriaan. Vastentahtoisessa hoitoratkaisussa työryhmä ottaa

selvästi vastuun itselleen. Se voi tehdä päätöksen erimielisenä näin jättäen usean oikean etenemistien mallin edelleen mahdolliseksi. Tällöin huolehditaan siitä, että perhe kytkeytyy osaksi sairaalan osaston hoitoprosessia.

Hoitotuloksen ja vaadittavan muutoksen määrittely on jäänyt tässä tutkimuksessa tekemättä. Myös Keroputaan sairaalan hoitokäytännössä vaadittavan muutoksen luonne on määrittelemättä. Goolishian ja Winderman (1988; ks. myös Anderson & Goolishian, 1988) esittävät teesin, että ongelmaa ei pyritä ratkaisemaan, vaan lopettamaan ongelman määräämä systeemi neuvotteluprosessissa.

Kuvion 4 pohjalta voidaan tehdä johtopäätös, että rajasysteemin käsite sopii tyydyttävästi kuvaamaan eri tahojen toisiinsa kytkeytymistä laajassa tasossa (Taso I). Sen sijaan perheen ja työryhmän tai potilaan ja työryhmän koevoluution kielellisen neuvotteluprosessin kuvaamiseksi rajasysteemin käsite on epätarkka.

## 7. TULOKSET II OSA: SEURANTATUTKIMUS

### 7.1. Puuttuvat tiedot seurantatutkimuksessa

Neljän kuukauden seurantatutkimuksessa tavoitettiin 41 perhettä 50:stä vastaanottokokoukseen osallistuneesta. Taulukossa 30 on esitetty seurannasta poisjääneiden perheiden jakauma ryhmittäin.

*TAULUKKO 30. Seurannasta poisjääneiden perheiden jakauma ryhmittäin*

<i>Hoitoryhmä</i>	<i>Poliklinikka</i>	<i>Sairaala</i>	<i>Yhteensä</i>
	<i>N</i>	<i>N</i>	<i>N</i>
<i>I hoitoryhmä</i>	<i>1</i>	<i>1</i>	<i>2</i>
<i>II hoitoryhmä</i>	<i>1</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
<i>III hoitoryhmä</i>	<i>1</i>	<i>3</i>	<i>3</i>
<i>Yhteensä</i>	<i>3</i>	<i>7</i>	<i>10</i>

Taulukon 30 mukaan seurannassa tavoitettiin 80 % vastaanottokokouksessa olleista perheistä. Kahdessa tapauksessa seurannasta poisjäännin syynä oli avioero (sairaalassa olleet uusiutuvan hoidon ryhmän potilaat – tapausesimerkit 30;"Sairaalassa koko ajan" ja 1;"Siirto toisesta mielisairaalasta"). Yhden poliklinikan hoitoon tulleen hoito keskeytyi kahden tapaamisen jälkeen, eikä potilas halunnut olla tekemisissä kriisiryhmän kanssa. Yksi uusiutuvan hoidon ryhmän potilas muutti ulkomaille, eikä häntä yritetty sieltä tavoittaa. Yhden pitkäaikaispotilaan ryhmän lähiomai-

neen kuoli hoitajakson aikana ja perhettä ei enää ollut (tapausesimerkki 19; "Anna maailmanmatkaaja"). Viittä potilasta ei tavoitettu yrityksistä huolimatta.

Muista seurantatutkimuksen tiedoista puuttuu neljä ylläolevaan ryhmään kuuluvan GAS arviota. Muut tiedot on saatu kaikkien hoitojen osalta. Koska puuttuvia tietoja on näin vähän, voidaan seurantatietojen katsoa kuvaavan kaikissa hoitoryhmissä hoidon kulkua.

## **7.2. Hoitoon osallistuvan verkoston rakenne**

Vastaanottotilanteen jälkeen jokaisen potilaan sosiaalisen verkoston rakenne analysoitiin piirtämällä verkostokartta. Sosiaalisen verkoston ominaisuuksia selvitetään vertaamalla hoitoryhmien välisiä eroja verkoston rakenteellisissa ja vuorovaikutuksellisissa tekijöissä. Tämän jälkeen sosiaalisen verkoston merkitystä hoidon kulkuun selvitetään etsimällä yhteyksiä sosiaalisen verkoston ja potilaan eri ominaisuuksien sekä hoidon tapahtumien välillä. Sosiaalisen verkoston ominaisuudet tulevat myös jäljempänä eri luvuissa esille selittävinä tekijöinä.

### **7.2.1. Hoitoryhmien sosiaalisen verkoston erot**

Taulukossa 31 esitetään yhteenveto niistä sosiaalisen verkoston ominaisuuksista, joissa esiintyy ryhmien välillä merkitseviä eroja. Verkostokarttaa ei voitu piirtää viidessä tapauksessa. Syynä oli joko potilaan haluttomuus tehdä sitä (kolme tapausta) tai psykoottiset oireet (kaksi tapausta).

TAULUKKO 31. Sosiaalisen verkoston rakenne hoitoryhmittäin

Verkoston ominaisuus	Hoitoryhmät						p-arvo
	I		II		III		
	Ka	Kh	Ka	Kh	Ka	Kh	
1.Potilaan verkoston koko yhteensä	23.08	10.81	13.96	5.64	10.97	7.00	.000
2.Sukulaisten määrä	10.69	4.09	7.13	3.53	5.97	2.95	.001
3.Muun verkoston koko	10.85	9.18	4.61	3.31	3.55	6.33	.003
4.Verkoston tiheys	0.15	0.09	0.26	0.15	0.32	0.20	.011
5.Sosiaalisten kontaktien määrä viikon aikana sukulais.	21.54	11.41	13.61	11.87	10.52	10.12	.015
6.Vastavuoroisen vuorovaikutuksen määrä	13.69	6.36	7.43	4.40	5.24	3.97	.000
7.Riippuvaisen vuorovaikutuksen määrä	3.08	5.60	0.65	0.98	0.90	1.29	.026
8.Läheisten ihmisten määrä	1.15	1.21	1.17	1.34	0.48	0.78	.049

Ka= keskiarvo  
Kh= keskihajonta

Taulukosta 31 ilmenee, että potilaiden sosiaalinen verkosto on sekä rakenteeltaan (muuttajat 1 -4 ) että vuorovaikutustavaltaan (muuttajat 5 -8 ) erilainen eri hoitoryhmissä. Nämä tulokset ovat samansuuntaiset, kuin Liptonin työryhmän (Lipton ym., 1981) tutkimuksessa, jossa verrattiin ensimmäistä kertaa sairaalaan tulevia toistuvasti tuleviin. Kun ensimmäisen hoidon ryhmässä sosiaaliseen verkostoon kuuluu keskimäärin 23 ihmistä, niin uusiutuvan hoidon ryhmässä vastaava luku on 14 ihmistä ja pitkäaikaishoidon ryhmässä 11 ihmistä. Ratkaisevin määrän lasku tapahtuu siis ensimmäisen hoidon ja uusiutuvan hoidon ryhmän välillä.

Liptonin työryhmä päätteli omista tuloksistaan, että sairaalahoito romahduttaa sosiaalisen verkoston. Vaikka kummankin tutkimuksen tulokset ovat samansuuntaiset, eivät ne sinällään todista Liptonin työryhmän oletusta oikeaksi. Tämänkaltaisella tutkimusasetelmalla ei voida osoittaa sitä, että nimenomaan sairaalahoito olisi romahduttanut sosiaalisen verkoston. Tätä oletusta tukee kyllä se, että esimerkiksi vertailuaineiston taustatiedot viiden vuoden takaa olivat tärkeimmiltä osiltaan samansuuntaiset kuin tutkimusaineiston (ks. Taustatiedot). Näin ensimmäisen hoidon ryhmä edustaisi samanlaista väestöä kuin uusiutuvan hoidon ja pitkäaikaishoidon ryhmät. Näiden

ryhmien potilaitahan oli viisi vuotta aiemmin ensikertalaisina potilaina. Koska mitään muita verkoston rakenteeseen vaikuttavia erottelevia tekijöitä ei ole ilmennyt sairaalahoidon määrän lisäksi, voidaan olettaa ensimmäisen sairaalahoidon ratkaisevasti vaikuttavan sosiaaliseen verkostoon. Sen sijaan Liptonin työryhmän esittämää sairaalahoidon suoraa vaikutusta sosiaaliseen verkostoon ei voida osoittaa.

Amerikkalaisten tutkimusten mukaan terveen aikuisen psykososiaaliseen verkostoon kuuluu keskimäärin 25 ihmistä (Llamas ym., 1981). Ensimmäisen hoidon ryhmän potilaiden verkostoon kuului keskimäärin 23 ihmistä. Tämä vastaa hyvin terveen aikuisen väestön sosiaalisen verkoston kokoa. Vaikka potilaan kriisi tai psyykkiset ongelmat olisivat jatkuneet jo jonkin aikaa ennen sairaalaan lähettämistä, ei tämä ole vaikuttanut sosiaaliseen verkostoon. Näyttää siltä, että psyykkisen kriisin hoitaminen sairaalassa vähentää sosiaalisen verkoston osuutta potilaan elämässä. Hamiltonin työryhmään (Hamilton ym., 1989) totesi sosiaalisen verkoston pienenemisen olevan yhteydessä nimenomaan potilaan sosiaaliseen käyttäytymiseen eikä psykoottisiin oireisiin.

Verkoston koon pieneneminen hoitokokemuksen lisääntyessä ei näytä kohdistuvan vain johonkin verkoston lohkoon, vaan sekä sukulaisten määrä (muuttuja 2) että muun verkoston määrä (muuttuja 3) pienenee ratkaisevasti (taulukko 31). Suvun ulkopuolinen sosiaalinen verkosto näyttää pienenevän ensimmäisen hoidon jälkeen enemmän kuin sukulaisten verkosto. Uusiutuvan hoidon ryhmän ja pitkäaikaishoidon ryhmän välillä ei ole suurta eroa. Verkostoterapian teorian perusteella tämä on hyvin merkitsevä asia. Suvun ulkopuolinen verkosto merkitsee aina muutoksen mahdollisuutta potilaan elämässä (Klefbeck ym., 1988). Kun sen koko ratkaisevasti pienenee, ovat muutokset vaikeampia ensimmäisen hoidon jälkeen. Hoitoverkoston merkitys korostuu ongelmien ratkaisussa ja potilaan riippuvuus hoitojärjestelmästä kasvaa. Sosiaalisen verkoston rakenteen lisäksi myös verkoston vuorovaikutustavassa tapahtuu olennaisia muutoksia hoitokertojen määrän ja sairastamisen määrän kasvaessa. Viikottaisten kontaktien määrä (muuttuja 5) vähenee. Ensimmäisen hoidon ryhmässä on viikottaisia kontakteja sukulaisiin 22, mutta uusiutuvan hoidon ryhmässä vain 14 kertaa. Koko verkostossa potilaan vastavuoroiset ihmissuhteet vähenevät hoitokertojen määrän kasvaessa (muuttuja 6). Sellaisten vuorovaikutussuhteiden määrä, joissa toinen henkilö on potilaasta riippuvainen (muuttuja 7), vähenee ensimmäisen hoidon jälkeen. Uusiutuvan hoidon ryhmän ja pitkäaikaishoidon ryhmän välillä ei näytä tässä suhteessa olevan olennaista eroa.

Nämä havainnot täydentävät Salokankaan (1977) saamia tuloksia sairaalahoidon vaikutuksesta skitsofreniapotilaiden ihmissuhteisiin. Salokankaan mukaan potilaiden riippuvaisuus toisista lisääntyi sairastamisen myötä. Ainakin osittain tämä lisääntyi sairaalahoidon seurauksena. Potilaiden ihmissuhteet olivat niukkoja erityisesti miehillä. Sekä ensimmäisen sairaalahoidon voimakkaat hallusinaatiot että affektien sammuminen heijastuivat myöhemmin ihmissuhteiden niukkuutena. Sen sijaan keskimääräistä vähemmän sairaalahoidoa tarvitsevat potilaat pystyivät luomaan uusia vuorovaikutussuhteita.



Taulukossa 32 verrataan tämän tutkimuksen verkostanalyysin tuloksia Liptonin työryhmän (Lipton ym., 1981) ja Hamiltonin työryhmän (Hamilton ym., 1989) tuloksiin. Kummassakin tutkimuksessa on käytetty samanlaisia käsitteitä kuin tässä tutkimuksessa, vaikka tutkimusmenetelmä on ollut eri. Liptonin työryhmän tutkimuksessa on käytetty Network Analysis Profile ja Hamiltonin työryhmän tutkimuksessa Pattison Psychosocial Kinship Inventory menetelmää. Näissä tutkimuksissa psykososiaalinen verkosto on analysoitu haastattelussa, kun tässä tutkimuksessa on käytetty verkostokarttaa analyysin pohjana. Tutkimusryhmät ovat myös erikokoisia. Näistä tutkimuseroista huolimatta voitaneen tuloksia verrata viitteellisesti.

**TAULUKKO 32. Sosiaalisen verkoston analyysin tulokset eri tutkimuksissa, ryhmien keskiarvot**

Verkoston ominaisuus	Seikkula		Lipton ym. (1981)		Hamilton ym. (1989)
	Ek	Pa	Ek	Pa	Pa <sup>a</sup>
	N=14	N=32	N=15	N=15	N=40
Verkoston koko	23.0	11.0	15.5	6.6	12.9
Sukulaisten määrä	10.7	6.0	6.9	3.7	6.2
Verkoston tiheys	0.15	0.32	0.57	0.55	.
Verkoston taso	2.5	3.0	8.0	3.3	.
Vastavuoroinen vuorovaikutus	13.7	5.2	.	.	7.0

a:Ek= ensimmäinen sairaalahoito;Pa=pitkäaikaispotilas

Taulukossa 32 esitettyjen tutkimusten olosuhteet ovat olleet erilaiset. Ilmeisesti tämän vuoksi jotkin tunnusluvut on laskettu eri tavalla. Näistä voitaneen kuitenkin tehdä johtopäätöksiä ensikertalaisten ja pitkäaikaispotilaiden verkoston ominaisuuksista. Pitkäaikaispotilaiden verkosto on selvästi pienempi. Sukulaisten suhteellinen osuus kasvaa pitkäaikaispotilailla. Vastavuoroisen vuorovaikutuksen määrä vähenee merkitsevästi sairaalahoidon määrän kasvaessa. Nämä tulokset ovat kaikissa kolmessa tutkimuksessa samanlaiset. Ne vahvistavat Pattisonin ja Pattisonin (1981) esittämää yhteenvetoa skitsofreniapotilaiden verkoston ominaispiirteistä. Tästä voidaan myös tehdä oletus, että nämä psykososiaalisen verkoston ominaispiirteet ovat samanlaiset niin Yhdysvalloissa kuin Suomessa.

Mielenkiintoinen ero tutkimuksissa tulee sosiaalisen verkoston tiheyden muuttumisesta psyykkisen sairastamisen myötä. Liptonin työryhmän tutkimuksessa verkoston tiheydessä ei todettu eroja ensikertalaisten ja pitkäaikaispotilaiden kohdalla. Tässä tutkimuksessa sen sijaan tulee selvä ero. Psyykkisen sairastamisen myötä sosiaalisen verkoston tiheys näyttää kasvavan. Kun verkoston koko pienenee, niin yksilön käytettäväksi jää vähemmän potentiaalisia verkoston jäseniä. Pitkäaikaispotilailla on verkoston vähistä suhteista suurempi osa käytössä kuin ensikertalaisilla potilailla. Tulos tukee niitä havaintoja, että ensimmäisenä psykiatrisen potilaan verkostosta häviävät

yksittäiset, ryhmiin kulumattomat verkoston jäsenet (Hammer,1981; Wolfe, 1981).

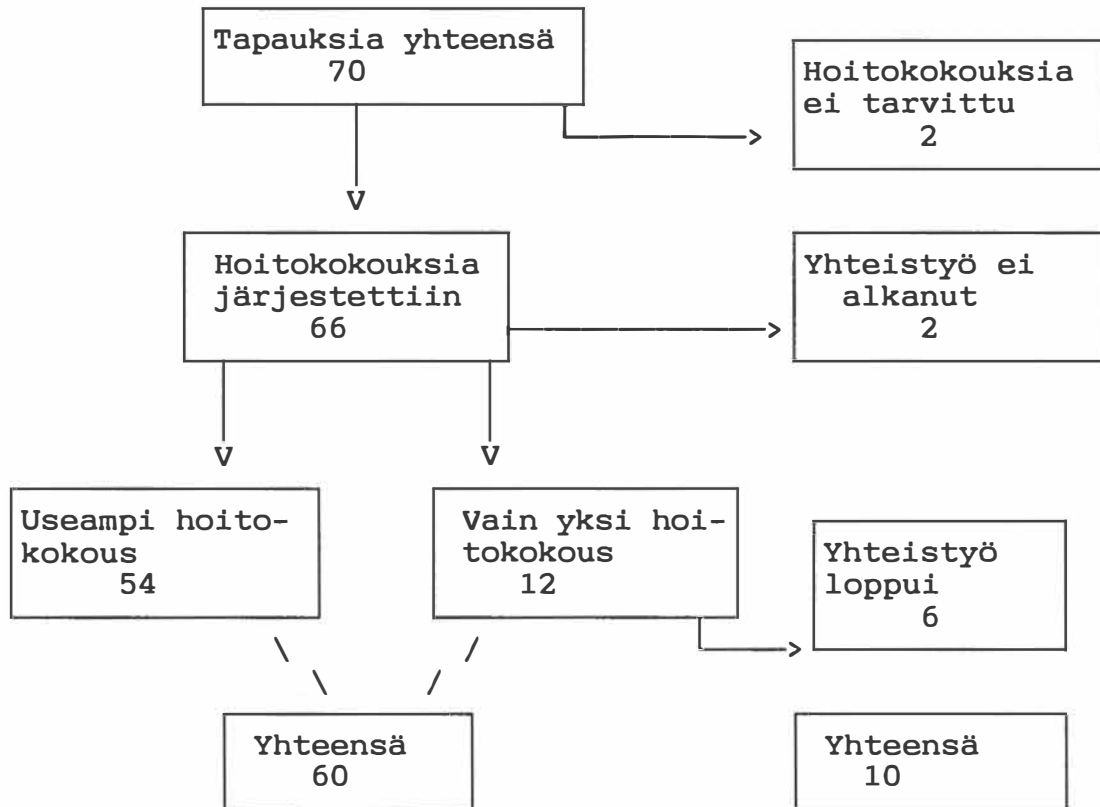
Koska erot ovat taulukossa 31 selviä ja johdonmukaisia, voidaan niistä tehdä Liptonin (1981) tutkimusta tukeva johtopäätös. Hoitokertojen määrän ja yleisemmin psyykkisen sairastamisen määrän kasvaessa potilaan sosiaalisen verkoston rakenne ja vuorovaikutus heikkenevät niin, että potilaan on vaikeampi saada sieltä sosiaalista tukea.

Sosiaalisen verkoston koko pienenee ratkaisevasti ensimmäisen sairaalahoidon jälkeen. Tällaisella tutkimusasetelmalla ei voida kuitenkaan osoittaa sitä, että nimenomaan sairaalahoidon romahduttaisi sosiaalisen verkoston. Näinhän Liptonin työryhmä oletti. Kaikkien kolmen tutkimuksen yhdensuuntaiset tulokset tukevat tällaista oletusta, mutta sen osoittaminen vaatisi toisenlaista tutkimusasetelmaa. Tässä yhteydessä ei ole selvitetty sitä, valikoituuko sairaalahoitoon alunperin sellaiset potilaat, joiden sosiaalinen verkosto on pienempi. Tutkimuksen ensimmäisessä osassa verkoston koko ei eronnut ratkaisevasti poliklinikan ja sairaalan ryhmien välillä.

### 7.2.2. Verkoston osallistuminen hoitoon

Hoitoprosessiin osallistumista voi kuvata seuraavalla havainnollistavalla kuviolla

#### Hoitoprosessiin osallistuneet Kato



KUVIO 5. Hoidon kulun yleiskuva

Taulukossa 33 esitetään tiedot siitä, kuinka paljon eri hoitoryhmissä sosiaalisen verkoston eri osat osallistuivat hoitoprosessiin neljän kuukauden aikana vastaanottokokouksen jälkeen.

**TAULUKKO 33. Sosiaalisen verkoston osallistuminen hoitokokouksiin (hk) hoitoryhmittäin**

Muuttuja	Hoitoryhmät						p-arvo
	I		II		III		
	Ka	Kh	Ka	Kh	Ka	Kh	
1. Kuinka monessa hk:ssa mukana perheenjäseniä	4.00	2.15	2.46	2.00	1.91	1.71	.005
2. Kuinka monessa hk:ssa mukana viranomaisia	0.57	1.02	0.25	0.44	0.50	1.05	.535
3. Kuinka monessa hk:ssa mukana muuta verkostoa	0.21	0.58	0.50	0.78	0.16	0.37	.085
4. Kuinka monta lapsuuden perheen jäsentä hk:ssa	1.29	2.30	1.58	1.59	1.13	1.41	.605
5. Kuinka monta sekundaariperheen jäsentä hk:ssa	1.57	1.65	0.79	1.22	0.28	0.81	.004

Taulukon 33 perusteella potilaan perheen jäsenet osallistuivat eniten hoitokokouksiin. Hoitokousten määrä vaihteli 0 ja 8 välillä. Perheenjäsenet osallistuivat 34:ssä tapauksessa (49 %) kahdesta neljään hoitokokoukseen. Hoitokokouksia ei järjestetty lainkaan neljässä tapauksessa.

Potilaan perheenjäsenet osallistuivat eniten hoitokokouksiin ensimmäisen hoidon ryhmässä. Tutkimuksen I osassa esitetyn kuvailun perusteella ensimmäisen hoidon ryhmän perheet ovat kaikkein motivoituneimpia osallistumaan hoitoprosessiin kriisitilanteessa. Uusiutuvan hoidon ryhmän perheet osallistuivat hoitokokouksiin selvästi vähemmän kuin ensimmäisen hoidon ryhmässä. Pitkäaikaispotilailla ei useasti ole perhettä. Lapsuuden perheen osallistumisessa hoitokokouksiin ei ollut ryhmien välillä eroa. Ensimmäisen hoidon ryhmässä on enemmän sekundaariperheitä, kun uusiutuvan ja pitkäaikaishoidon ryhmien perheet ovat enemmän lapsuudenperheitä. Tämä kuvastanee myös sitä, että uusiutuvan hoidon yhtenä ongelmana on kotoa irtaantumisen vaikeus.

Suvun ulkopuolista verkostoa osallistui 15 potilaan hoitoon (Muuttuja 3, taulukko 33). Kahdessa tapauksessa verkostokokoukseen osallistui viisi suvun ulkopuolisen verkoston jäsentä. Muissa tapauksissa heitä oli vähemmän.

Potilaan muu verkosto osallistui hoitokokouksiin vähän. Hoitoryhmien välillä ei ollut merkitsevää eroa. Eniten muuta verkostoa osallistui hoitoon uusiutuvan hoidon ryhmässä. Tällä työskentelymenetelmällä saatiin potilaan verkostoa mobilisoitua vaikeissa hoito-ongelmissa. Sairastamisen myötä pienenevä vapaaehtoinen verkoston osa saadaan aktiivisesti mukaan potilaan hoitoon. Näin taulukossa 33 esitettyä verkoston koon pienenemistä voidaan korvata.

### 7.2.3. Sosiaalisen verkoston yhteydet hoitotapahtumamuuttujiin

Sosiaalisen verkoston kokoa, potilaan viikottaisia kontakteja suvun ulkopuolisiin sekä potilaan vastavuoroisen vuorovaikutuksen määrää kuvaavia lukuja verrattiin korrelaatiomatriisissa hoitotapahtumamuuttujiin. Taulukossa 34 esitetään näihin muuttujiin korreloivat hoitotapahtumatiedot.

TAULUKKO 34. Sosiaalisen verkoston ominaisuuksiin korreloivat muuttujat;  $p < .05$

Verkoston kokoon korreloivat mjat	Viikottaisten kontaktien määrään korreloivat mjat	Vastavuoroisen vuorovaikutuksen määrä
Hoitoryhmät I,II,III -	Toimeentulo -	Ryhmät pkl/sair -
Toimeentulo -	GAS:n arvo 4kk -	Srl kerrat y. -
Koulutuksen taso		Srl kerrat 2v.e -
Srl päivät 2v ennen -	Työryhmän	Srl päivät 2v.e -
Srl kerrat yhteensä -	Koossapysyvyys -	Hoitoryhmät I,II
GAS:n arvo	Neuvottelu -	tai III
GAS:n arvo 4kk	Kunn. ja huom. -	Toimeentulo -
Tulodiagnoosi	Olsonin mallissa y-	Koulutustaso
Rorschach diagnoosi -	Perheen kommunik. -	GAS:n arvo
Työryhmän	Perheen kommunik. -	GAS 4kk
Kunn. ja huom. -	muutos 4 kk	Tulodiagnoosi
Ilmaisun vapaus -		Rorschach dgn -
Puhum.toisten plsta		Perheen säännöt
Olsonin mallissa yht-		Puhum m.plsta
Perheen säännöt 4kk		Tunkeutuminen ta
Perheen kommunik. 4kk		Kommunikaatio
Neuroleptien määrä 4kk-		Hoitokok. lkm
		Kuinka monessa mukana pj
		Sekund.pj lkm
		Lääkehoid. merk.-
		Neurolept. m. -

- = negatiivinen korrelaatio

Taulukossa 34 on esitetty verkoston ominaisuuksiin yhteydessä olevat muuttujat. Näiden muuttujien keskinäistä korrelaatiota ei ole tähän kirjattu.

Sosiaalisen verkoston kokoon korreloivat useat muuttujat. Potilaan omat ominaisuudet näyttävät olevan yhteydessä suureen verkoston kokoon. Jos potilas vastaa itse toimeentulostaan, jos hän on suorittanut jonkin tutkimuksen, jos hänen diagnoosinsa tulotilanteessa on lievä, jos hänen arvioitu henkinen toimintatasonsa GAS:n skaalalla on tullessa korkea tai 4 kuukauden kuluttua korkea ja jos hänen psyykinen toimintatasonsa on psykologisilla testeillä (Rorschach) arvioiden hyvä, on hänen sosiaalinen verkostonsa todennäköisesti suuri. Nämä kaikki ominaisuudet viittaavat siihen, että potilaan ns. coping taidot ovat hyvät. Sosiaalinen verkosto tukee sosiaalista selviytymistä ja

vastavuoroisesti selviytyminen sosiaalisista tehtävistä antaa mahdollisuuden säilyttää elävä sosiaalinen verkosto. Coping taitojen ja sosiaalisen verkoston yhteyttä pohti mm. Llamas työtovereineen (Llamas ym., 1981).

Israel (1985) kritisoi huomion kiinnittämistä verkoston kokoon. Hänen mukaansa verkoston ominaisuuksien laatu on merkitsevämpi tekijä ennustettaessa sosiaalisen verkoston vaikutusta terveyteen. Sosiaalisen verkoston suhteiden intensiteetti, suhteiden vastavuoroisuus ja niiden sisältämän affektiivisen tuen luonne ovat tärkeämpiä tekijöitä kuin verkoston ihmisten lukumäärä. Phillips (1981) selvitti normaaliväestön sosiaalisen verkoston ominaisuuksia Yhdysvalloissa. Hän suoritti ns. onnellisuusanalyysin. Sukupuolten välillä ilmeni eroja. Naisilla näyttivät onnellisuutta ennustavan enemmän verkoston laadulliset ominaisuudet, kuten Israelkin olettaa. Sen sijaan miehillä onnellisuutta ennustivat paremmin verkoston kokoa kuvaavat ominaisuudet. Tämän tutkimuksen perusteella laadullisilla ja verkoston kokoa kuvaavilla ominaisuuksilla ei näytä olevan eroa käsiteltäessä miehiä ja naisia yhtenäisenä ryhmänä. Kummatkin tekijät erottelevat esimerkiksi hoitoryhmiä yhtä hyvin.

Perheen säännöt ja kommunikaation kokonaisarvio ovat yhteydessä verkoston kokoon. Ilmeisesti joustavasti kommunikoiva perhe ja joustavasti oman toimintansa säännöt luova ja niitä muuttava perhe antaa mahdollisuuden luoda paljon sosiaalisia suhteita. Pattison ja Pattison (1981) käsittelevät tätä ongelmaa. He kuvaavat hyvin yhdellä tapausesimerkillä, kuinka perheen epäselvä kommunikaatio ja vanhempien paranoidinen ja ympäristöään hyviin ja pahoihin jakava asenne köyhdyttävät potilaan sosiaalisia suhteita. Tällainen käyttäytyminen kietoo perheenjäseniä entistä enemmän toimimaan vain keskenään. Potilas sitoutuu tiiviisti suljettuun vuorovaikutusryhmään (perheeseen), joka kommunikoi keskenään "salakielellä". Potilaan viikottaisten kontaktien määrä ei näytä tuovan lisävaloa sosiaalisen verkoston merkitykseen.

Sosiaalisen verkoston vuorovaikutuksellisia (siis laadullisia) kriteerejä edustaa *vastavuoroisen vuorovaikutuksen määrä*. Se näyttää pääosiltaan korreloivan samoihin muuttujiin kuin verkoston koko. Hyvät potilaan coping-taidot edesauttavat verkostossa vastavuoroisia suhteita. Mielenkiintoisia muuttujia ovat tässä yhteydessä hoitotapahtumiin liittyvät muuttujat. Vastavuoroisen vuorovaikutuksen määrä on yhteydessä potilaan aiempiin hoitokokemuksiin. *Mitä enemmän-potilaalla on ollut sairaalahoidoja, sitä vähemmän hänen verkostossaan tapahtuu vastavuoroista vuorovaikutusta*. Hoitojakson aikana hoitotapahtumat olivat edelleenkin yhteydessä tähän muuttujaan. Jos potilaalla oli vähän verkostossaan vastavuoroista vuorovaikutusta, oli hänellä myös vähän hoitokokouksia tällä hoitojaksolla. Tällainen yhteys voi aiheuttaa noidankehän, missä paljon hoitoa ja apua vaativien potilaiden kanssa ei voidakaan järjestää riittävästi hoitokokouksia. Näin vastavuoroisen vuorovaikutuksen puutetta ei voida korjata.

Jos potilaalla on vähän vastavuoroisia ihmissuhteita, ei hänen kanssaan toisaalta voida järjestää liian paljon vuorovaikutustilanteita. Hoidossa uusia asioita pitää olla sopivan epätavallisesti, jotta

potilas voisi ne liittää omaan kokemusmaailmaansa. Hoitavan työryhmän ja potilaan verkoston koevoluution rakenne määrittää sen, kuinka paljon vuorovaikutuksellisia hoitokokouksia voidaan järjestää. Hoitokokousten määrän vähäisyys ei sinällään vielä todista hoidon puutteellisuutta.

Hoitokokouksiin osallistui muita vähemmän sekä primaariperheen että sekundaariperheen jäseniä. Vastavuoroisen vuorovaikutuksen määrä oli myös yhteydessä siihen, sijoittuiko potilas hoitoon poliklinikalle vai sairaalaan. Vastavuoroisen vuorovaikutuksen suuri määrä näytti edesauttavan ongelman hoitamista poliklinikalla.

Wan ja Weissert (1981) totesivat omassa tutkimuksessaan, että naimisissa olevilla potilailla oli paremmat mahdollisuudet sosiaalisen tuen saantiin kuin yksinäisillä. Ilmeisesti naimisissa olevilla on vastavuoroista vuorovaikutusta tai kykyä siihen. Avioliiton solmiminen on yksi osoitus siitä. Nämä tulokset tukevat Israelin huomiota siten, että pelkkä sosiaalisen verkoston koko antaa yleisen kuvan verkostosta. Vastavuoroisen vuorovaikutuksen määrä on jo potilasta tarkemmin kuvaava ominaisuus.

Vastaanottokokouksen työryhmän kommunikaatio ja sijoittuminen yleensä Olsonin mallissa korreloi negatiivisesti verkoston rakenteellisiin tekijöihin. Sen sijaan verkoston vuorovaikutukselliseen ominaisuuteen ei tätä korrelaatiota ilmennyt. Tutkimuksen I osassa oletettiin tämän liittyvän siihen, että ison sosiaalisen verkoston kanssa elävän potilaan ongelmat liittyvät laajalle elämänalueelle. Tällöin ensimmäinen kontakti voi olla hajanainen. Työryhmä kommunikoi huonosti eikä rakenna vuorovaikutustaan optimaalisesti. Tätä ongelmaa selvitetään tarkemmin seuraavassa.

### **7.2.3.1. Sosiaalisen verkoston ja työryhmän toiminnan yhteisvaikutus**

Työryhmän toiminnan ja potilaan sosiaalisen verkoston koon yhteyttä tutkittiin tarkemmin. Kaksisuuntaisella varianssianalyysillä selvitettiin, löytyykö työryhmän kommunikaation ja sosiaalisen verkoston koon negatiivista yhteyttä "selittämään" joitakin kolmansia tekijöitä. Kaksisuuntaisella varianssianalyysillä käsiteltiin potilaan taustamuuttujat, hoitotapahtumamuuttujat sekä potilaan perhettä kuvaavat muuttujat. Tällä tavalla pyritään tekemään ymmärrettävämmäksi verkoston koon ja työryhmän toiminnan yhteyttä. Tässä ei oleteta, että näiden välillä vallitsisi suora syy-seuraus suhde. Tavoitteena on selvittää hoidon aloitukseen ja hoidon kulkuun vaikuttavia prosesseja.

Kaksisuuntaisen varianssianalyysin mahdollistamiseksi piti verkoston koko jakaa luokkiin. Luokkarajoiksi on vaikea löytää mitään yleispäteviä perusteita. Tutkimuksissa ei ole määritelty pienen verkoston tai suuren verkoston rajoja. Koska tässä käsitellään psykiatrista erityisaineistoa, on yleispätevien kriteerien löytäminen vielä vaikeampaa. Tämä vuoksi verkoston koko on jaettu luokkiin aineiston sisäisten lainalaisuuksien mukaisesti. Tätä jakotapaa puoltaa se, että verkoston koon ja

työryhmän toistensa kunnioituksen ja huomioinnin välille on jo osoitettu negatiivinen korrelaationsuhde. Tätä yhteyttä ei siis enää tarvitse osoittaa.

Sosiaalisen verkoston koko luokiteltiin (1) pieneen verkostoon, (2) keskikokoiseen verkostoon, ja (3) suureen verkostoon. Luokkarajoiksi määriteltiin jakauman ala- ja yläkvartiilit. Pienen verkoston ylärajaksi tuli 8 ihmistä (17 potilasta). Keskikokoiseen verkostoon kuuluu 9–17 ihmistä (32 potilasta). Suuren verkoston alarajaksi tuli 18 ihmistä (16 potilasta). Työryhmän toistensa kunnioituksen ja huomioinnin muuttuja noudatti sen alkuperäistä luokitusta siten, että luokat 1 ja 2 edustavat huonoa kunnioitusta ja huomiointia, luokat 3 ja 4 keskitason kunnioitusta ja huomiointia sekä luokat 5 ja 6 hyvää kommunikaatiota. Näiden kahden muuttujan ristiintaulukointi on esitetty taulukossa 35.

**TAULUKKO 35. Sosiaalisen verkoston koon ja työryhmän toistensa kunnioituksen ja huomioinnin jakauma**

Verkoston koko	Työryhmän toistensa kunnioitus ja huomiointi			
	1-2	3-4	5-6	Yhteensä
0-8	2	10	5	17
9-17	3	21	8	32
yli 17	3	12	1	16
<b>Yhteensä</b>	<b>8</b>	<b>43</b>	<b>14</b>	<b>65</b>

Kaksisuuntaisessa varianssianalyysissä potilaan taustaa ja hoitotapahtumia kuvaavista muuttujista löytyi kolmessa muuttujassa näiden kahden muuttujan yhteisvaikutusta. Potilaan saama (1) GAS:n arvo tulotilanteessa sekä (2) sijoittuminen poliklinikan tai sairaalan hoitoryhmään ja (3) työryhmän itsensä kokeman sisäisen keskustelun määrä selittyivät verkoston koon ja työryhmän toistensa kunnioituksen ja huomioinnin yhteisvaikutuksella.

*Poliklinikan vs. sairaalan ryhmään sijoittumisen*, verkoston koon ja työryhmän toistensa kunnioituksen ja huomioinnin yhteydet on esitetty taulukossa 36. Verkoston koko ja hoitoryhmään sijoittuminen ovat luokittelevina muuttujina ja näissä luokissa on laskettu työryhmän toistensa kunnioituksen ja huomioinnin keskiarvot.



TAULUKKO 36. Verkoston koon ja hoitopaikan yhteys työryhmän kunnioitukseen ja huomiointiin

Verkoston koko	Poliklinikka		Sairaala		Yhteensä	
	Ka	N	Ka	N	Ka	N
0-8	4.4	7	3.5	10	3.9	17
9-17	3.4	12	4.1	20	3.8	32
yli 17	3.6	7	2.9	9	3.2	16
<b>Yhteensä</b>	<b>3.7</b>	<b>26</b>	<b>3.7</b>	<b>39</b>		<b>65</b>

Verkoston koko:  $p=.073$   
 Verkoston koko x pkl/sairaala:  $p=.034$

Taulukosta 36 ilmenee, että Työryhmän toistensa kunnioitus ja huomiointi eroaa verkoston koon mukaan. Mitä pienempi verkosto, sitä suurempi on kunnioituksen ja huomioinnin arvo. Verkoston koon ja poliklinikka/sairaala ryhmäjaon yhteisvaikutus on lähes merkitsevä. Pienessä verkostossa suurin arvo on poliklinikan ryhmässä. Työryhmä on hyvällä kommunikaatiollaan voittanut pienen verkoston vaikutuksen potilaaseen ja voinut hoitaa ongelman poliklinikalla. Verkoston koon kasvaessa on työryhmällä parempi kommunikaatio sairaalan ryhmässä.

Tapausesimerkit 7 ("Iäkkään ongelma"), 12 ("Verkosto järjestäytyy"), 16 ("Eläkeläisten aviokriisi"), 17 ("Kodittomuus liian suuri ongelma") ja 25 ("Kotimies") kuuluvat tähän 9 havaintoyksikön luokkaan. Tapausesimerkkiä 17 lukuunottamatta on niissä korkeat arvot toistensa kunnioittamisessa ja huomioinnissa.

Kaikissa muissa tapauksissa voitiin vastaanottokokouksessa tehdä selkeä hoitosuunnitelma, vaikka potilaalla on pieni verkosto. Tapausesimerkissä 12 järjestettiin verkostokokous, mikä vaikutti tehokkaalta. Susanna sai mahdollisuuden rakentaa elämänsä uudelleen avioeron jälkeen. Vuoden aikana hän ei ollut kertaakaan sairaalassa, eikä ottanut yhteyttä.

Tapausesimerkissä 25 syntyi työryhmän ja potilaan äidin välille hyvin luottamuksellinen yhteistyösuhde, minkä avulla vuoden aikana selvittiin vaikeistakin tilanteista. Järjestettiin muunmuassa kaksi laajaa verkostokokousta, joissa entiset perheystävät tulivat uudelleen mukaan perheen verkostoon. Hänkään ei ollut kertaakaan sairaalassa seurantavuoden aikana.

Tapausesimerkit antavat viitteitä siitä, että joissakin vaikeissa hoito-ongelmissa työryhmän käyttäytyminen vastaanottokokouksessa ennustaa hoidon kulkua. Tapausesimerkki 17 ("Kodittomuus liian suuri ongelma") kuvaa tilannetta, missä oli lähes mahdotonta päästä vastaanottokokouksessa täsmälliseen hoitopäätökseen. Tähän vaikutti sekä potilaan sekava elämäntilanne että hajanaisen sukulaisverkoston osallistuminen vastaanottokokoukseen. Tämäkin vahvistaa sitä, että pienessä verkostossa elävän potilaan kanssa voi työryhmän ja perheen koevoluutio syntyä hyvin. Vas-tavuoroisessa prosessissa työryhmän toistensa kunnioitus ja huomiointi tuli tärkeäksi tekijäksi. *Toisiaan kunnioittaen ja huomioiden työryhmä lisäsi potilaan voimavaroja ja korvasi pienen verkoston haittavaikutuksia kriisissä.*

Potilaan asemaa sosiaalisessa verkostossaan voidaan myös muuttaa koevoluutioprosessissa. Tätä kuvaa seuraavassa tapausesimerkki 28.

**Tapausesimerkki 28: Sven tarvitsee huomiota (P)**

Sven on tunnettu sairaalassa. Hän asuu yksin isossa asunnossa, eikä suostu vaihtamaan sitä pienempään lasten kehotuksesta huolimatta. Hän ei halua luopua vaimonsa Saaran muistosta, vaikka yhdessä huoneessa ei ole huonekaluja lainkaan.

Vuosien aikana Sven on käynyt sairaalassa useita kertoja lyhyin väliajoin. Hän tuntee olonsa yksinäiseksi, hankkii seuraa ja juo itsensä niin huonoon kuntoon, että tulee sairaalaan tärisenä. Sairaalan osastolla on useaan otteeseen pyritty saamaan Svenin lapset tukemaan isäänsä. Myös kotisairaanhoidon edustajat ovat osallistuneet hoitokokouksiin. Viimeisen puolen vuoden ajan on sovittu aina Svenin pyrkiessä sairaalaan järjestää vastaanottokokous kotiin. Svenin pyrkiessä poliklinikan kautta sairaalaan vastaanottoryhmä järjestää seuraavaksi päiväksi kotiin vastaanottokokouksen. He pitävät tärkeänä osastolla pitkään Svenin kanssa toimineen omanhoitajan osallistumista tähän kokoukseen. Koska tämä ei ole työvuorossa, osastonhoitaja osallistuu kokoukseen osaston edustajana. Kahdessa ensimmäisessä kokouksessa käsitellään paljon osaston ja Svenin suhdetta ja yhteistyön historiaa. Toisen hoitokokouksen jälkeen poliklinikan kaksi työntekijää jatkavat työskentelyä Svenin kanssa ilman osaston edustajaa. Hoitokokouksia pidetään alussa hyvin tiiviisti. Yhteensä niitä on viisi, neljän kuukauden kuluttua pidetty seurantokokous. Muutama kokoukseen osallistuu kaksi lapsista, pääosin lapset eivät osallistu kokouksiin.

Hoitokokousprosessissa keskitytään Svenin muistoihin Saarasta. He tekevät yhdessä surutyötä pitäen kotona Saaran kuvaa paljon esillä. Työntekijät kuvaavat prosessia taisteluna siitä, suostuuko Sven luopumaan Saarasta vai ei. Alussa Sven sanoo, ettei hän halua luopua yhteisestä elämästään Saaran kanssa. Hän aikoo kuolla yhdessä Saaran kanssa (joka on kuollut 13 vuotta aiemmin). Hoitajakson lopussa Sven ilmoittaa, ettei hän enää tarvitse työntekijöitä. Tänä aikana Sven yrittää yhden kerran sairaalaan, muttei tule sisälle yhtään kertaa. Vuoden kuluttua Sven on ollut sairaalassa kaksi kertaa yhteensä 18 päivää. Tutkimusta edeltäneen vuoden aikana Sven oli sairaalassa kolme kertaa yhteensä 45 vuorokautta.

Vastaanottokokouksessa arvioidaan työryhmän toimineen yleensä hyvin (strukturoidun erillisesti) sekä toisiaan hyvin kunnioittaen ja huomioiden. Poliklinikan työntekijät ottivat erityisen tarkasti huomioon osastonhoitajan näkemykset hoitoprosessista. Osasto on viimeiset vuodet vastannut pääosin Svenin hoidosta. Koska Svenin sosiaalinen verkosto on hyvin pieni (6 ihmistä, joista 5 sukulaista ja yksi merkitsevä ammattiauttaja – omahoitaja), ei sairaalakierteelle ole löydetty vaihtoehtoja. Kiinnittämällä vastaanottotilanteeseen erityisen suuri huomio saatiin hoitoprosessi muuttumaan. Vastaanottoryhmä korvasi pienen sosiaalisen verkoston.

Tapausesimerkissä hoitoprosessin aloittamisen kannalta oli tärkeää yhdessä sairaalan osaston kanssa tehty yhteistyö. Kahdessa ensimmäisessä hoitokokouksessa voitiin sairaalan osaston ja Svenin yhteistyörakennetta muuttaa siten, että Svenin ei tarvinnut vaikean terapiaprosessin aikana turvautua sairaalaan. Hän oli itsenäistynyt suhteessa osastoon. Sairaalan rakenteen muuttuminen mahdollisti uudenlaisen prosessin alkamisen.

Toinen tärkeä tapahtuma oli itse terapiaprosessi. Aiemmin oli osastolla useaan otteeseen järjestetty hoitokokouksia Svenin lasten kanssa, mutta oleellista muutosta Svenin elämään ei ollut tullut. Nyt työntekijät varasivat itselleen aikaa kuunnella Sveniä itseään. Näin vielä "hautaamaton Saara" (siis Saaran muisto) haudattiin yhdessä käymällä kipeä prosessi yhteisissä keskusteluissa läpi.

Koska Svenillä itsellään ei ole voimavaroja yksilöpsykoterapiasuhteeseen, oli tärkeää kahden työntekijän osallistuminen terapiakokouksiin. Keskenään reflektiivisesti keskustelemalla he antoivat mahdollisuuden Svenin käydä omaa sisäistä dialogiaan Saaran muiston kanssa turvallisesti. Tärkeää oli myös se, että hoitokokoukset tapahtuivat Svenin (ja Saaran) kodissa. Yksilöpsykoterapiaprosessia on vaikea toteuttaa potilaan kotona.

Tällaisen sisäisen dialogin käynnistäminen on reflektiivisen työskentelyn yksi tavoite (Andersen, 1989). Kahdenkeskisesä terapiasuhteessa sellainen keskustelu on hyvin vaativaa, koska potilaan on oltava koko ajan dialogissa terapeutinsa kanssa. Reflektiivisesti keskustelevan työryhmän kanssa potilas ei tarvitse niin paljon omia resursseja tai sisäistä oivalluskykyä.

Myöskään verkostokeskeisesti työskennellen ei tätä hoitojaksoa ennen päästy käsittelemään Svenin elämän vaikuttavinta tapahtumaa, vaimon kuolemaa. Hoitokokouksissa siitä puhuttiin jatkuvasti perheen kesken, mutta Svenin sisäiseen maailmaan ei tämä keskustelu yltänyt. Työryhmän jäsenten keskenään muodostama neuvotteluverkosto oli tässä suhteessa parempi tapa. Se pystyi hienovaraisesti kuulemaan Svenin sisäisen äänen. Tätä verkosto ei voinut tehdä, koska lapset olivat hyvin turhautuneita Svenin ongelmista. He yrittivät enemmän ohjeillaan muuttaa isän elämää kuin kuunnella häntä. Yhteisissä hoitokokouksissa ei tästä päästy eteenpäin.

*Potilaan GAS:n arvon yhteyttä verkoston kokoon ja työryhmän toistensa kunnioitukseen ja huomiointiin kuvataan taulukossa 37. Luokittelevina muuttujina ovat verkoston koko ja työryhmän toistensa kunnioitus ja huomiointi.*

**TAULUKKO 37. Verkoston koon sekä työryhmän toistensa kunnioituksen ja huomioinnin yhteys GAS:n arvoon vastaanottotilanteessa**

Verkoston koko	Työryhmän kunnioitus ja huomiointi							
	1-2		3-4		5-6		Yhteensä	
	Ka	N	Ka	N	Ka	N	Ka	N
0-8	3.5	2	2.9	10	4.2	5	3.4	17
9-17	4.0	3	4.1	21	3.0	8	3.8	32
yli 17	4.3	3	4.8	12	7.0	1	4.9	16
Yhteensä	4.0	8	4.0	43	3.7	14		65

*Verkoston koko:  $p = .002$*

*Verkoston koko x työryhmän kunnioitus ja huomiointi:  $p = .051$*

Potilaan GAS arvio ei eroa työryhmän toistensa kunnioituksen ja huomioinnin eri luokissa. Sen sijaan verkoston koko ja työryhmän kunnioitus ja huomiointi vaikuttavat yhdessä GAS:n arvon eroihin ryhmittäin. Kaikkein suurimmissa verkostoissa parhaimmat GAS:n arvot sijoittuvat hyvin toisiaan kunnioittavan ja huomioivan työryhmän luokkiin (arvot 3-6). Sen sijaan keskikokoisessa verkostossa parhaat GAS:n arvot sijoittuvat huonoihin työryhmän toisten kunnioituksen

ja huomioinnin luokkiin (arvot 1–4).

Työryhmä näyttää toimineen toisiaan kunnioittaen ja huomioiden ison verkoston ja hyvän GAS arvion saaneen potilaan kanssa. Keskikokoisessa verkostossa tämä vaikutus ei enää olekaan itsestään selvää. Edes potilaan korkea GAS:n arvo ei saa työryhmää toimimaan toisiaan hyvin kunnioittaen ja huomioiden. Muut tekijät alkavat jo vaikuttaa tässä yhteydessä.

Yhteenvedona sosiaalisen verkoston koon ja työryhmän toistensa kunnioituksen ja huomioinnin yhteydestä voi todeta, että *työryhmän hyvä kommunikaatio auttoi korvaamaan erityisesti poli-klinikalle hoitoon jääneiden potilaiden pienen verkoston vaikutuksen*. Potilaan psyykkisen toiminnan taso (GAS:n arvio) ei ollut yhteydessä työryhmän toimintaan kaikkein pienimmissä sosiaalisissa verkostoissa. Keskikokoisissa verkostoissa työryhmä toimi toisiaan kunnioittaen paremmin, jos potilaan psyykkisen toiminnan taso oli alhainen. Sen sijaan suurissa verkostoissa potilaan hyvä psyykinen taso merkitsi myös työryhmän hyvää toimintaa.

Tapausesimerkin perusteella voi olettaa, että koevoluutioon perustuva terapeutin prosessi on sopiva työskentelytapa hyvin vaikeissa hoito-ongelmissa. Pelkästään verkoston mobilisointi ei näytä riittävän, koska siinä ei huomioida hoitojärjestelmän osuutta ongelman määrittelyssä. Vaikeimmissa hoito-ongelmissa potilasta itseään ei usein kuulla riittävästi. Tällöin työryhmän tulisi keskittyä tähän. Tämä tapahtuu hoitokokouksissa paljon keskenään keskustellen. Työryhmän jäsenet kunnioittavat ja huomioivat toistensa havainnot ja viestit. Työryhmän jäsenten keskinäinen kunnioitus antaa potilaalle mahdollisuuden käydä omaa sisäistä keskusteluaan.

### 7.3. Hoitotapahtumat neljän kuukauden aikana

#### 7.3.1. Hoitojakson aikaiset hoitokokoukset

Tässä luvussa tarkastellaan ensimmäisen hoidon ryhmän, uusiutuvan hoidon ryhmän ja pitkäaikaispotilaiden ryhmän hoitoon osallistumisen eroja. Näiden tietojen pohjana on hoitavan työryhmän esittämä arvio hoidon kulusta.

Hoitokokouksia järjestettiin 66:ssa tapauksessa. Neljän potilaan kohdalla ei hoitokokouksia ollut. Kahdessa tapauksessa arvioitiin, ettei niitä tarvita katkaisuhoidon takia. Kahdessa tapauksessa hoitokokouksia ei saatu järjestettyä, vaikka niin suunniteltiin. Näitä tapauksia selvitetään vielä tarkemmin.

*TAULUKKO 38. Hoitoryhmien väliset erot hoitokokousten määrässä*

<i>Hoitoryhmä</i>	<i>Kokousten lukumäärän Ka</i>	<i>Kh</i>
<i>I:Ensimmäisen hoidon ryhmä</i>	<i>4.14</i>	<i>1.96</i>
<i>II:Uusiutuvan hoidon ryhmä</i>	<i>3.04</i>	<i>1.63</i>
<i>III:Pitkäaikaishoidon ryhmä</i>	<i>2.31</i>	<i>1.53</i>

*F-suhde arvo: 6.04*  
*p=.004*

Taulukosta 38 ilmenee hoitokokousten lukumäärän vaihtelevan merkitsevästi eri hoitoryhmissä. Uusien potilaiden kanssa hoitokokouksia pidettiin useimmin ja pitkäaikaispotilaiden kanssa vähiten. Uusiutuvan hoidon ryhmässä hoitokokouksia pidettiin vähemmän kuin ensikertalaisten ryhmässä. Tämä tulos tuntuu yllättävältä, koska tutkimuksen ensimmäisessä osassa uusiutuvan hoidon ryhmää pidettiin hoidollisesti vaikeimpana. Vaikeaa hoito-ongelmaa ei hoidettu siis useilla hoitokokouksilla, kuten ensimmäistä kertaa hoitoon tulleiden ongelmia. Tämä sopii yhteen kliinisessä käytännössä syntyneen havainnon kanssa. Uusien potilaiden kohdalla kriisit ovat hyvin voimakkaasti verkostoa kuohuttavia. Tiivis työskentely kriisin aikana on mahdollista. Nämä potilaat ovat oman toimintansa subjekteja. Ongelmien uusiutuessa perheiden toiminta kietoutuu hoitojärjestelmään, jolloin yhtä intensiivinen toiminta ei tuota tulosta tai ei ole mahdollista.

Sairaalan ja poliklinikan välillä ei ilmennyt merkitsevää eroa hoitokokousten lukumäärässä. Poliklinikalla hoitokokouksia oli hieman useammin, mutta poliklinikan ryhmän hoitokokousten

määrän hajonta oli suurempi. Kaikkiaan neljän kuukauden aikana hoitokokousten määrä vaihteli välillä 0 – 8.

**Tapausesimerkki 6: Iäkkäiden ongelmat (P)**

Tauno oli toinen havaintoaineistoon tulleista vanhuspotilaista. Alussa akuuttiongelma näytti selviävän kolmessa kokouksessa, mutta kuukauden kuluttua Taunon vaimo otti uudelleen yhteyttä poliklinikalle. Kahden hengen työryhmä jatkoi hoitokokouksia kotona tiiviisti. Tutkimusaikana niitä pidettiin kahdeksan (suurin määrä) ja tutkimuskuukauden aikana työryhmä on jatkanut kotikäyntejä noin kuukauden välein. Ongelmat liittyvät Taunon masennukseen ja henkisten kykyjen lievään laskuun. Tutkimukseen liittyvässä psykologisessa testissä todettiin jo dementian tyyppisten ongelmien ilmeneminen muistitehtävissä. Tauno kuuluu ensimmäisen hoidon ryhmään.

**Tapausesimerkki 29: Kaikki sekaisin (S)**

Leena tuli vastaanottoryhmään aamulla yhdessä isänsä, äitinsä sekä entisen aviomiehensä kanssa. Edellisenä iltana hänet oli lähetetty sairaalaan MT 1 läheteellä siksi, että hän oli alkanut tuhata rahojaan rajusti ja itse valitti unettomuutta. Kokouksessa isä ja äiti puhuivat Leenan kanssa yhteen ääneen. Leena huusi eikä olisi halunnut olla kokouksessa. Työryhmä päätti hoitaa ongelman poliklinikalla siten, että seuraavana päivänä oli kotikäynti. Ennen kotikäyntiä Leena oli kuitenkin tullut osastolle takaisin. Tiiviisti seuranneissa kuudessa hoitokokouksessa Leena oli usein hyvin vauhdikas ja äänekäs ja vanhemmat yrittivät puhua työryhmälle takakautta. Keskenään paljon pohtien työryhmä sai kokoukset pysymään jotenkin aisoissa. Leena oli sairaalassa 19 vuorokautta. Sairaalasta lähdön jälkeen hänen vanhempinsa kotona pidettiin vielä kaksi kokousta. Näiden aikana Leenan vauhti rauhoittui ja hän palasi tavanomaiseen elämänrytmiinsä. Tutkimuksesta kuluneen vuoden aikana ei Leena ole käynyt toista kertaa sairaalassa. Leena kuuluu uusiutuvan hoidon ryhmään. Hoitoprosessi oli kuitenkin aivan alussa. Ensimmäinen kontakti oli ollut vain noin viikkoa ennemmin tutkimuksen alkua.

Ylläolevat tapausesimerkit kuvaavat kumpikin hyvin vaikeita hoito-ongelmia. Niissä ensimmäistä kertaa hoitoon tulleiden kanssa löydettiin yhteisesti jaettu toimintajärjestelmä järjestämällä useita hoitokokouksia yhdessä omaisten kanssa. Kummassakin tapauksessa hoitoprosessi oli alussa. Hoidon alussa potilaan verkosto aktivoitui näissä tapauksissa niin voimakkaasti, että tiivis työskentely oli mahdollista. Ongelman uusiutuessa ei hoidon aloitus enää ole yhtä intensiivinen.

Niissä tapauksissa, joissa hoitokokouksia oli vähän, ei usein tapahtunut merkittävää muutosta. Poikkeuksen tästä muodostivat verkostoterapiatapaukset.

**Tapausesimerkki 3: Verkosto tukee yksinänyttä (P)**

Taina tuli sairaalaan viikon kuluttua vastaanottokokouksesta. Hän oli osastolla 18 vuorokautta ja käsitteli sinä aikana lasten kotoalhädstä tullutta surua. Vuoden aikana ei Taina ole ottanut yhteyttä uudestaan.

**Tapausesimerkki 12: Verkosto järjestäytyy (P)**

Susannan verkoston kokous ilmeisesti auttoi Susannaa selvittämään avioerotilannettaan ja luomaan yhteyksiä lapsuudenperheeseensä. Vuoden aikana ei Susanna ole ottanut yhteyttä sairaalaan, mikä on merkittävä ero verkostokokousta edeltäneeseen vuoteen. Sen vuoden aikana hän oli ollut sairaalassa kolme eri kertaa yhteensä 23 vuorokautta.

Tapausesimerkissä 12 esitetty tapaus kuvaa sitä, kuinka kahdessa verkostokokouksessa Susannan verkoston rakenne sekä perheen rakenne olennaisesti muuttuivat. Perhe hajosi ja lapsuuden sosiaalinen verkosto tuli tärkeämmäksi. Ilmeisesti terapeutin prosessi tapahtui näiden kahden tunteikkaan verkostokokouksen aikana. Näistä kahdesta hoitokokouksesta toinen pidettiin ennen tutkimusajankohtaa. Aiemmillä hoitajaksoilla keskeinen hoitomuoto oli ollut perheterapia, joka kuitenkin ei auttanut Susannaa ja hänen miestään. Heidän perheensä vuorovaikutus kietoutui niin, ettei mikään muutos ollut mahdollista. Vaikka miehen sukulaiset olivat yhteydessä sekä perheeseen että sairaalaan, ei tämäkään auttanut avioparia. Näin avioero jäi ainoaksi mahdollisuudeksi.

Avioero käsiteltiin ensimmäisessä verkostokokouksessa, toisessa kokouksessa rakennettiin yhteys Susannan ja sukulaisten rajan yli. Halevy–Martini ym. (1984) ja Pattisonien (1981) ajatusten mukaisesti oli tämäkin verkostoprosessi rakenteita muuttava toimenpide. Susannan perheen ympärillä ollut tiivis kietova raja muuttui verkostokokouksessa joustavaksi. Susanna saattoi saada apua sukulaisiltaan. Nyt tämä apu auttoi toisin kuin avioliiton aikana.

Tärkeää oli Susannan elämässä myös toisen rajan muuttuminen. Aiemmin avioliiton sisäänpääntä kietova systeemi satoi Susannaa hoitojärjestelmään. Tämä vahvisti muuttumattomuutta. Nyt kun Susannan ja sukulaisten verkoston raja tuli läpäiseväksi ja avioliiton ympärillä ollut kietova raja mureni, ei hoitojärjestelmällä enää ollut yhtä suurta merkitystä kuin ennen. Sairaalan ja Susannan perheen rajasysteemi korosti heidän riippuvuuttaan sairaalasta ja täten muuttumattomuutta. Verkoston rakenteen uudistuttua ei vuorovaikutus sairaalan kanssa ollut enää tarpeellista. Näin Susanna samalla teki rajan sairaalaan. Tähän antoi mahdollisuuden hoitavan työryhmän toiminta. Sehän tämän hoitoprosessin alusta lähtien mobilisoi verkostoa pyrkien välttämään Susannan sitomista sairaalaan.

Tapausesimerkin 3 hoitoprosessia voi tarkastella samoilla käsitteillä. Tainan verkoston rakenne muuttui, kun hänen lapsensa muutti pois kotoa. Rakenteen muuttumista auttoi se, että ystävättäret tulivat aktiivisesti mukaan Tainan elämään. Näin raja Tainasta ystävien verkostoon tuli läpäisevämmäksi ja heidän suhteensa vahvemmaksi. Tämä ei vielä kuitenkaan riittänyt. Tainan oli vielä surtava lapsensa menettämistä. Tätä surutyötä hän teki sairaalassa. Sairaalahoidon tarpeellisuutta voi kuitenkin pohtia. Jos verkoston kanssa olisi työskennelty enemmän, olisi tämä surutyö ollut mahdollista ehkä käsitellä sellaisessa verkostokokouksessa, missä eri sektorit olisivat olleet yhtäaikaan paikalla. Kun tällaista prosessia ei tehty Tainan sosiaalisessa verkostossa, kasvoi Tainan riippuvuus sairaalasta jonkin verran.

Taulukossa 39 esitetään tarkempi erittely niistä tapauksista, joissa järjestettiin vain yksi tai ei yhtään hoitokokousta. Perusolettamuksena tässä taulukossa on se, että näissä tapauksissa ei syntynyt tässä tutkimuksessa kuvatun teorian mukaista vuorovaikutusta perheen ja sairaalan rajalle. Nämä tapaukset ovat siis joko (1) epäonnistuneita hoitoyrityksiä tai (2) sellaisia hoitoprosesseja, joissa ei tarvittu tätä syvempää yhteistä toimintajärjestelmää.

**TAULUKKO 39. Hoitotapaukset, joissa ei järjestetty yhtään hoitokokousta tai vain yksi hoitokokous**

Luokittelu	Hoitoryhmät			Yhteensä N
	I	II	III	
<i>Yksi verkostokokous riittävä</i>		3	3	6
<i>Hoitokokousta ei tarvittu (alkoholikatkaisuhoido)</i>		1	1	2
<i>Yhteistyösuhde verkoston kanssa ei käynnistynyt<sup>a</sup></i>	1	1	6	8
<i>Yhteensä</i>	1	5	10	16

*a:hoidon alussa suunniteltu yhteistyö ei onnistunut*

Taulukossa 39 jaottelussa ei hoitoryhmien välille tule merkitseviä eroja. Epäonnistuneet hoitoyritykset näyttävät painottuvan pitkäaikaispotilaiden ryhmään, mutta näin pienillä frekvensseillä eivät erot tule tilastollisesti merkitseviksi. Näiltä potilailta sosiaalinen lähiverkosto näyttää puuttuvan muita useammin, kuten tutkimuksen I osan taulukoissa 13 ja 14 todettiin.

Ensimmäisen hoidon ryhmässä ei yksi hoitokokous riittänyt ongelman hoitamiseen. Psykkinen kriisi aiheuttaa verkoston aktivoitumisen siten, että asioiden käsittely ei voi tapahtua ainoastaan yhdessä hoitokokouksessa. Näiden potilaiden kanssa ei vielä ole syntynyt rajasysteemiä. Uusiutuvan ja pitkäaikaisryhmän potilaiden kanssa hoitoprosessi rajasysteemissä on usein meneillään, jolloin yksikin hoitokokous voi tällä hoitojaksolla riittää.

Hoitokokousten lukumäärä ei ole ratkaiseva tekijä suunnitellun hoidon toteutumisessa. Puolessa näitä tapauksia (8/16) työryhmä arvioi päästyn optimaaliseen hoitotulokseen. Tapausesimerkit 3 ja 12 kuvaavat tällaista tilannetta.

### 7.3.2. Hoitoprosessin arviointia

Neljän kuukauden hoitojakson tapahtumien merkityksen arvioinnin suorittivat hoitavan työryhmän jäsenet hoitojakson päättyessä. Koska arviointilomakkeen tiedot painottuvat sairaalassa tapahtuneen hoidon muuttujiin, vertaillaan tässä luvussa myös poliklinikan ja sairaalan ryhmien välisiä eroja.

#### 7.3.2.1. Sairaalahoitopäivien määrä

Taulukossa 40 esitetään poliklinikan ja sairaalan ryhmien hoitopäivien keskiarvot.



**TAULUKKO 40. Poliklinikan ja sairaalan hoitoryhmien sairaalahoitopäivien erot, t-testi**

Ryhmät	Sairaalahoitopäivien		p-arvo
	Ka	Kh	
Poliklinikan ryhmä	6.11	19.26	.000
Sairaalan ryhmä	34.50	30.42	

Taulukon 40 perusteella vastaanottokokouksessa tehty hoitopäätös näyttää toteutuneen hyvin. Poliklinikan ryhmän jäsenet ovat keskimäärin sairaalassa 6 päivää. Tässä luvussa ovat mukana myös ne hoitopäivät, jotka tulevat siitä, että potilas odotti vastaanottokokousta yön yli osastolla. Esimerkiksi tapausesimerkin 12 potilas odotti vastaanottokokousta perjantai-illasta maanantaiaamuun, minkä vuoksi hänelle merkittiin 3 sairaalahoitopäivää. Tämän ryhmän sairaalahoitopäivät tulevat kolmen potilaan hoidosta. Tapausesimerkki 17 ("Kodittomuus liian suuri ongelma") oli sairaalassa 99 päivää, tapausesimerkki 16 ("Eläkeläistem aviokriisi") 29 päivää sekä tapausesimerkki 3 ("Verkosto tukee yksinjänyttä") 18 päivää. Siis vain näillä kolmella potilaalla oli neljän kuukauden seurantajakson aikana varsinainen sairaalahoitajakso. Tapausesimerkin 17 kohdalla työryhmä näytti jo vastaanottotilanteessa arvioineen väärin potilaan perheen mahdollisuuden ottaa näin suuri vastuu hoitoprosessista.

**TAULUKKO 41. Sairaalahoitopäivien määrä vv.1983 ja 1988 sairaalaan sisäänkirjoitetuilla potilailla syys- ja lokakuussa**

Vuosi	Sairaalahoitopäivien	
	Ka	Kh
1983 N=60	32.93	30.83
1988 <sup>a</sup> N=42	34.50	30.42

*a:lukuun eivät sisälly poliklinikkaryhmän potilaat*

Taulukossa 41 on vertailtu vuoden 1983 syys- ja lokakuussa sairaalaan sisäänkirjoitettujen potilaiden hoitopäivien määrää sairaalan hoitoryhmään valikoituneiden potilaiden hoitopäivien määrään. Keskiarvo on hieman noussut, mutta mitään olennaista eroa ei ole. Sairalahoidon pituus on säilynyt samana huolimatta systemaattisen perhekeskeisen hoidon omaksumisesta vuoden 1984 jälkeen.

Tutkimusryhmä on jonkin verran vertailuryhmää vaikeampi taustatekijöiltään. Tutkimusryhmästä oli mukana taulukon 41 vertailussa vain sairaalaan sisäänkirjoitetut potilaat. Nämä asiat huomioi- den näyttää sairaalahoidon tulleen tehokkaammaksi. Nyt sairaalahoidossa ovat ne potilaat, jotka sitä tarvitsevat, vaikka hoidettavien potilaiden määrä kokonaisuudessaan on suurempi kuin ver- tailuvuonna. Sairaalahoitoa on harkittu tarkemmin. Vaikemmilla potilailla sairaalahoidon on suurin piirtein yhtä paljon kuin viisi vuotta aikaisemmin. Itse sairaalassa tapahtuvan hoidon määrään ei perhekeskeinen hoitomalli ole vaikuttanut.

Taulukossa 42 verrataan hoitopäivien määrää kolmessa eri hoitoryhmässä.

*TAULUKKO 42. Hoitopäivien määrä kolmessa eri hoitoryhmässä neljän kuukauden seuranta-aikana, F-suhdetesti*

<i>Ryhmä</i>	<i>Ka</i>	<i>Kh</i>	<i>p-arvo</i>
<i>I:Ensimmäisen hoidon ryhmä</i>	<i>5.43</i>	<i>15.00</i>	
<i>II:Uusiutuvan hoidon ryhmä</i>	<i>23.58</i>	<i>30.55</i>	
<i>III:Pitkäaikaishoidon ryhmä</i>	<i>30.56</i>	<i>31.59</i>	<i>.028</i>

Taulukon 42 mukaan sairaalahoitopäivien määrä eroaa lähes merkitsevästi eri ryhmissä. Mitä enemmän potilaalla on hoitohistoriaa, sitä pidemmäksi näytti sairaalahoidon tulevan tälläkin hoitoker- ralla. Erityisen suuri ero on ensimmäisen hoidon ryhmän ja muiden ryhmien välillä. Uusiutuvan ja pitkäaikaishoidon ryhmien välillä ei ole enää niin suurta eroa. Suorien jakaumien mukaan sairaalahoitopäivät vaihtelivat 0 ja 120:n välillä. Yksi potilas oli koko seuranta-ajan sairaalassa.

#### **Tapausesimerkki 30: Sairaalassa koko ajana (S)**

Uolevi on ollut sairaalassa tätä ennen kolme kertaa. Hänen mielialansa ovat alkaneet viimeisten vuosien aikana vaihdella maanisen ja masennuksen välillä. Nyt tullessaan sairaalaan Uolevi on hyvin vauhdikas ja innokas. Hänen yksilöterapeutinsa on ollut kesälomalla ja hänen kihlauksensa on purkautunut pari kuukautta aiemmin. Uolevin äiti on muuttanut etelään. Uolevi sanoo äitinsä elävän huonosti. Sosiaaliseen verkostoon- sa hän merkitsee 13 ihmistä.

Sairaalassa Uolevi on vauhdikas ensimmäisen kuukauden. Tämän jälkeen hän masentuu syvästi. Hän sanoo, ettei halua tulla pirteäksi, koska sen jälkeen edessä on vain uusi masennus seuraavana vuonna. Hän ei halua elää eikä parantua. Hän katkaisee myös terapiasuhteensa. Vaikka Uolevi alkaa ajatella valoisemmin, hän ei suostu mihinkään hoitokokouksiin perheensä tai muun verkostonsa kanssa. Hän saa uuden asunnon, mutta ei mene sinne. Seurantajakson jälkeen hän muuttaa uuteen asuntoon, missä on noin kuukauden, minkä jälkeen tulee takaisin sairaalaan. Vielä vuoden kuluttua hän on sairaalassa.

Uolevi kuuluu uusiutuvan hoidon ryhmään.

Uolevin sosiaalinen verkosto on hävinnyt paikkakunnalta, eikä hänellä ole voimia alkaa luoda uutta. Osaston sinnikkäistä yrityksistä huolimatta mikään ei tunnu liikahtavan, vaan osaston on vain tyydyttävä Uolevin omaan tahtiin. Maanis–depressiivinen ongelma on muissakin tutkimuksissa todettu vaikeimmaksi sairaalassa hoidettavaksi. Esimerkiksi Kennedy ja Heard (1980) kuvaavat Englannissa toteutettua tehokkaan kriisihoidon kokeilua, missä maanis–depressiiviset ongelmat todettiin vaikeimmiksi. Maanis–depressiivisen diagnoosin potilaat jäivät kriisiosastolle aiottua pidemmäksi ajaksi. Uolevin kanssa ei hoitava työryhmä pystynyt luomaan sellaista yhteistyötä, mikä olisi voinut antaa hänelle uusia voimia uuden sosiaalisen verkoston luomiselle.

Uolevin esimerkki kuvaa myös tutkimuksen I osassa todettua uusiutuvan ryhmän potilaiden hoito–ongelmaa. Nämä potilaat ovat usein mukana hoitoprosessissa, jossa on epäonnistumisia. Nämä epäonnistumiset määräävät sekä potilaan että hoitavan työryhmän asenteita. Sairaalan ja perheen rajalla näyttää ongelmanratkaisu usein pitkittävän. Tämän lisäksi myös sairaalahoido voi helposti pitkittyä.

### 7.3.2.2. Lyhyet sairaalahoidot

Seuraavassa tarkastellaan tarkemmin erikseen lyhyitä ja pitkiä sairaalahoidoja. Lyhyiden sairaalahoidojen tai pitkien sairaalahoidojen yleispäteviä kriteerejä ei ole. Kussakin tapauksessa nämä kriteerit on määritelty kunkin hoitokäytännön mukaisesti. Keroputaan sairaalassa hoitoajat ovat yleensä lyhyitä. Esimerkiksi Alasen työryhmän Turussa tekemässä tutkimuksessa ensimmäisen sairaalahoidon keskimääräinen pituus oli 63.2 vuorokautta (Alanen ym., 1986). Salokankaan (1977) tutkimuksessa potilaat olivat sairaalassa keskimäärin 38 vuorokautta. Näiden tutkimusten kohteena oli laitoskeskeisempi hoito kuin tässä tutkimuksessa.

Lyhyiden ja pitkien sairaalahoidojen vertailututkimuksissa kriteerit vaihtelevat. Useissa sairaalan kriisi–interventiotutkimuksissa lyhyeksi sairaalahoidoksi määritellään 7 vuorokautta (Rhine & Meyerson, 1971; Rubinstein, 1977; Martin ym., 1985). Näissäkin tutkimuksissa kriisi–interventio tapahtuu sairaalassa, kun meidän käytännössämme pyritään toimimaan myös sairaalan ulkopuolella. Näissä luetelluissa tutkimuksissa sairaalahoido nähdään vain hoidon aloituksena.

McNeilin työryhmän tutkimuksessa verrataan lyhyitä ja pitkiä sairaalahoidoja. Lyhyt sairaalahoido on hänellä 10 vuorokautta ja pitkä yli 21 vuorokautta (McNeill ym., 1980). Tämän pohjalta tässä selvityksessä *lyhyen sairaalahoidon kriteeri on 10 vuorokautta*. Pitkäksi sairaalahoidoksi määritellään *yli kuukauden sairaalassa olleet (yli 31 vuorokautta)*. Muissa tutkimuksissa pitkän hoitojakson kriteeri vaihtelee 21:sta vuorokaudesta 75:een vuorokauteen (Mattes, 1981).

Sairalahoitopäivien merkityksen tarkentamiseksi käsitellään tässä luvussa niitä hoitojaksoja, joissa sairaalahoido jäi lyhyeksi.

TAULUKKO 43. Lyhyet sairaalahoidot ryhmittäin (max 10 vuorokautta)

Ryhmä	Sovittu hoitajakso	Hoidon keskeytys	Yhteensä
I	1	0	1
II	2	0	2
III	4	2	6
Yhteensä	7	2	9

Taulukossa 43 on eritelty sairaalahoidon ryhmän kaikkein lyhyimmät hoitoajat. Kaikki nämä hoidot ovat kestäneet sairaalassa alle 10 vuorokautta. Seitsemän hoitajaksoa on toteutettu sovitusti yhteistyössä potilaan ja hänen verkostonsa kanssa. Kahdessa tapauksessa hoitajakson lyhyden syynä on hoidon keskeytyminen. Molemmat keskeytyneet hoidot kuuluvat pitkäaikaispotilaiden ryhmään. (ks. tapausesimerkki 18, "Niina – irtolainen").

**Tapausesimerkki 31: Lyhyt hoito ilman verkoston tukea (S)**

Kauko tulee sairaalaan kiihtyneenä itsemurha-ajatuksissa. Hän sanoo juoneensa paljon ja surreensa avioeroa, joka on tapahtunut vuosi aikaisemmin. Vastaanottokokouksessa Kauko haluaa välttämättä päästä kahdeksi kuukaudeksi sairaalaan, koska se oli kolme vuotta aiemminkin auttanut. Hän kieltäytyy ehdottomasti poliklininisestä hoidosta ja uhkaa tekevänsä itsemurhan, jos häntä ei oteta sisälle. Hän kieltää myös kutsumasta ketään perheestään hoitokokouksiin. Vastaanottokokous kestää lähes kaksi tuntia ja on hyvin vaikuttava.

Osastolle tultuaan Kauko alkaa oman hoitajan kanssa käsitellä asioitaan. Keskustelut koskettelevat käytännön elämän ongelmia. 10 päivän jälkeen Kauko toteaa itse ettei tarvitsekaan kahden kuukauden hoitoaikaa, vaan on saanut asiansa valmiiksi. Kaukon kanssa järjestetään työryhmäkokouksia kolme kertaa, joissa kaikissa puhutaan paljon asioista.

Vastaanottokokouksessa alkoi hoitavan työryhmän ja Kaukon välinen koevoluutio. Yleensä Kaukon kaltaisen ongelman kanssa hoitoratkaisu on polikliininen hoito yhdessä potilaan perheen tai verkoston kanssa. Kaukon voimakkaan oman halun takia työryhmän oli mukauduttava hänen määrittämään toimintalinjaan. Kun työryhmä ei lähtenyt taistelemaan hoitopaikasta, alkoi Kaukon tilannetta parantava vuorovaikutus heti. Työryhmän arvo Olsonin mallissa oli "joustavan erillinen".

Kauko kuuluu uusiutuvan hoidon ryhmään. Hänen verkostokarttaansa kuului 16 ihmistä, joista enemmistö oli työtovereita ja ystäviä (10).

Kaukolla tuntui olevan hyvin paljon voimavaroja ongelmistaan huolimatta huolehtia omista asioistaan ja osallistua niiden pohdintaan terapeuttisesti. Ongelmien käsittely alkoi heti pitkässä vastaanottokokouksessa, missä työryhmä toimi hyvin. Tämä nopea aloitus auttoi osaltaan nopeaan etenemiseen, vaikkei minkään tahon rakenteessa tapahtunut muutosta.

Kun potilaan verkostoa ei ollut paikalla, muodostui keskusteluverkosto vastaanottoryhmästä. Yhdessä synnytettyjen mielikuvien pohjalta tehtiin tärkeä terapeuttinen työ jo vastaanotokokouksessa. Koska Kauko puhui asioistaan jäsenyteen ja työryhmä toimi hyvin, alkoi parantava koevoluutio nopeasti. Ilmeisesti Kaukon jäljelle jääneessä verkostossa hänellä oli hyviä ystäviä ja sukulaisia niin, ettei hän jäänyt yksin. Verkoston kanssa ei tarvinnut työskennellä. Työryhmä kuuli tämän Kaukon ehdon ja yhteistyö alkoi.

### 7.3.2.3. Pitkät hoitajaksot

Pitkiksi hoitajaksoksi määriteltiin yli 31 päivää sairaalassa olleet potilaat. Taulukossa 44 on nämä potilaat jaettu eri ryhmiin.

TAULUKKO 44. Yli 31 vuorokautta sairaalassa olleet potilaat ryhmittein

Hoitoryhmät	Suunniteltu hj	Pitkittynyt hj	Yhteensä
I	1	0	1
II	2	3	5
III	8	5	13
Yhteensä	11	8	19

Kriteerinä taulukon 44 pitkittyneelle hoitajaksolle on se, että hoitajaksosta kertovassa sairaskertomuksessa on merkintöjä hoitotavoitteiden tai tehtyjen päätösten epäonnistumisesta. Suunnitellun hoitajaksot kriteeri taulukossa 44 on se, että hoito on päättynyt yhteisymmärryksessä hoitavan työryhmän kanssa. Hoitajaksot aikana ei ole epäonnistuneita hoidon lopetusyrityksiä.

Pitkän hoitajaksot syynä on yhtä usein hoidon pitkittyminen kuin suunniteltu hoito. Selvästi suurin osa pitkistä hoidoista on pitkäaikaispotilaiden ryhmässä. Potilaan runsas hoitohistoria näyttää tälläkin kerralla ennustavan pitkää hoitoa. Useimmat pitkäaikaispotilaiden pitkistä hoidoista ovat tapahtuneet suunnitellusti yhteistyössä hoitavan työryhmän kanssa.

Pitkäaikaispotilaiden suunniteltuja hoitajaksot tapahtui mm. tapausesimerkeissä 21 ("Potilas raivoaa – työryhmä ei ymmärrä") ja 9 ("Vanhuus tuo rajat"). Tapausesimerkin 21 potilaan vaikea paranoideinen asenne ympäristöönsä ei näyttänyt antavan työryhmälle muuta mahdollisuutta kuin suunnitella hoitajaksot sairaalan osastolla. Potilaan verkoston kanssa oli vaikea tehdä yhteistyötä, koska useat hoitokokoukset päättyi vastaanotkokouksen tapaan riitelyyn. Pitkän hoidon jälkeen (105 sairaalapäivää) Tapanin tilanne rauhoittui ja hän palasi omaan asuntoonsa.

Tapausesimerkin 9 kohdalla alussa löytynyt uusi tapa hyväksyä potilaan ja hänen äitinsä elämäntilanteen tuomat rajat johtivat siihen, että Maija alkoi sairaalan

kotiosastolla (oma asuntohuone, jossa henkilökunta toimii päivällä) harjoitella itsenäisiä taitoja. Vuoden kuluttua äiti on muuttanut vanhainkotiin ja Maija asuu pienkodissa.

Kummassakin ylläolevassa tapausesimerkissä hoidon alkuhetki näytti määrittävän tien tulevalle hoidolle. Kummassakin tapausesimerkissä työryhmä mukautui perheen toimintatapaan, vaikka työryhmän vuorovaikutus ei ollutkaan Tapanin tapauksessa parasta.

Uusiutuvan hoidon ryhmässä oli useammin pitkittyneitä hoitoja, kuin suunnitellusti pitkiä hoitajaksoja. Tämä kuvastanee jo vastaanottotilanteessa havaittua tämän ryhmän hoidon vaikeutta. Tapausesimerkissä 31 on kuvattu hoitoprosessi, jossa kaikki hoitavan työryhmän tavoitteet näyttivät valuvan hiekkään potilaan tahdottomuuden vuoksi.

Tapausesimerkit 10 ("Lievästä oireesta suuri ongelma") ja 25 ("Vauvan uhka") kuvaavat uusiutuvan hoidon ryhmän pitkittyneitä hoitoja. Kummassakin tapauksessa työryhmän arvioitiin toimineen sopeutuvuudeltaan jäykästi ja koossapysyvyydeltään irrallisesti tai erillisesti.

Sekä pitkien että lyhyiden hoitojen tarkastelussa huomio kiinnittyy vastaanottotyöryhmän toimintaan. Tapausesimerkkien perusteella jo vastaanottokokouksen tapahtumat näyttivät ennustavan tulevaa hoitoa. Tätä ongelmaa käsitellään tarkemmin seuraavassa.

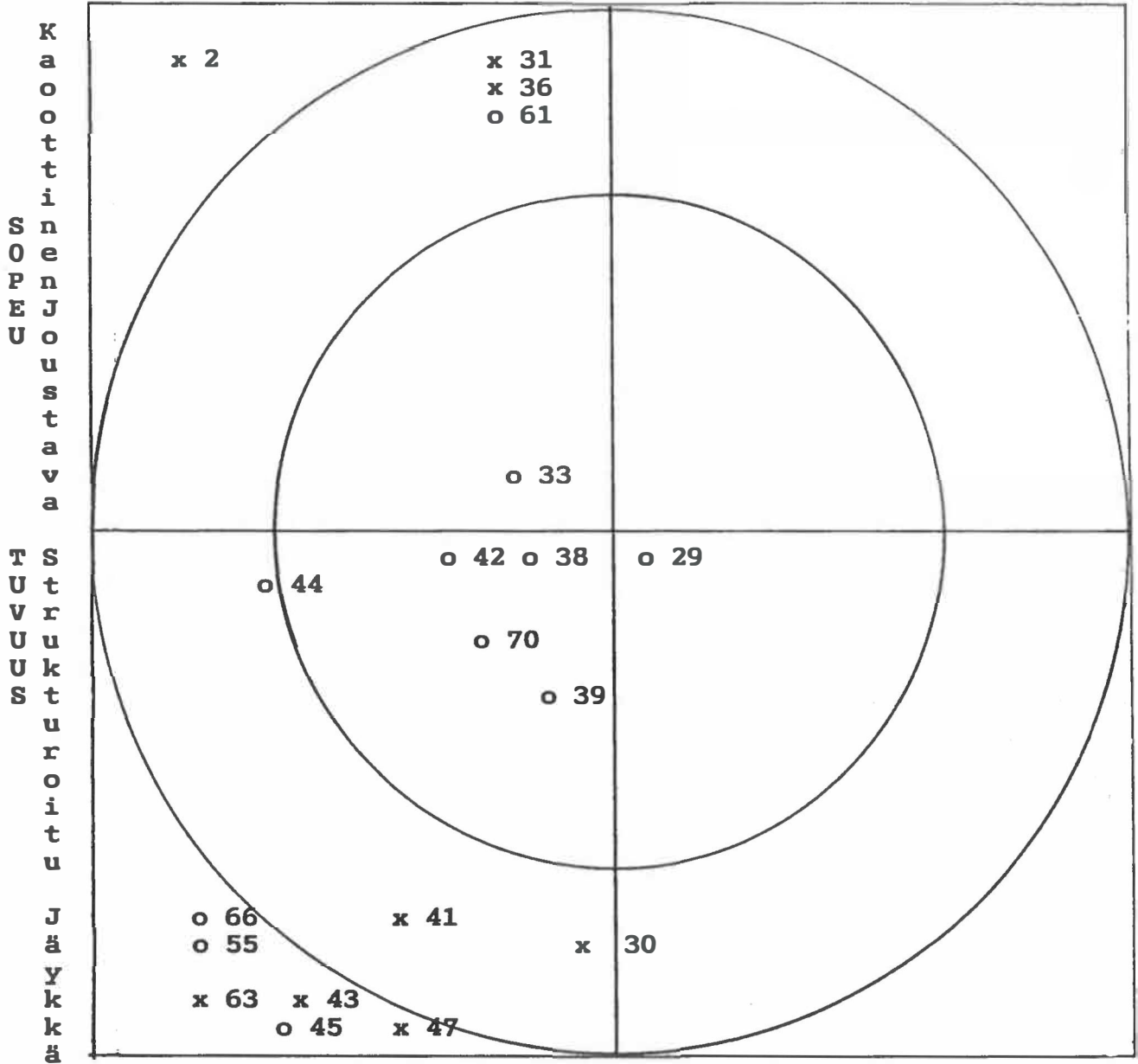
#### **7.3.2.4. Työryhmän toiminnan vaikutus hoitoon**

Vastaanottoryhmän toiminnan vaikutusta taulukossa 44 esitettyyn tulokseen selvitettiin vertaamalla suunniteltujen pitkien hoitojen ja pitkittyneiden hoitojen työryhmien sijoittumista Olsonin ympyrämallille.

Taulukossa 45 esitetään tämän vertailun tulos seuraavalla sivulla olevan kuvion 6 pohjalta.

KOOSSAPYSYVYYS

Irrallinen Erillinen Yhtenäinen Kietoutunut



KUVIO 6. Vastaanottoryhmän sijainti pitkien sairaalahoitojen aloituksessa  
 x = pitkittynyt hoito  
 o = suunniteltu hoito

**TAULUKKO 45.** Vastaanottoryhmän sijoittuminen Olsonin mallille pitkissä sairaalahoidoissa (kuviosta 6)

Pitkän hoidon laatu	Työryhmä toimii hyvin - keskellä	Työryhmän toiminnassa vaikeuksia - reuna-alueilla	Yhteensä
Suunniteltu hoito	6	5	11
Pitkittänyt hoito	0	8	8
<b>Yhteensä</b>	<b>6</b>	<b>13</b>	<b>19</b>

$\chi^2 = 6.38; p = .012$

Taulukossa 45 esiintyvät frekvenssit ovat niin pieniä, että niistä tehtävät johtopäätökset ovat viitteellisiä. Ne näyttävät vahvistavan tapausesimerkkien pohjalta syntynyttä oletusta. Jos pitkät hoidot toteutuivat yhteistyössä hoitavan työryhmän ja potilaan kanssa, oli vastaanottoryhmä todennäköisesti toiminut hyvin. Yhteistyön epäonnistumista kuvaava pitkittänyt hoito on todennäköisemmin alkanut heikosti toimivan työryhmän kanssa.

Kuvio 6 on "ankara", sillä esimerkiksi tapausesimerkki 9 ("Vanhuus tuo rajat") sijoittuu jäykän irralliseen luokkaan. Tässä tapauksessa arvioitu vastaanottokokous tapahtui niin, että äiti osallistui siihen neuvottelupuhelimen välityksellä. Jo tämä jäykisti työryhmän toimintaa. Kotona pidetyssä hoitokokouksessa oli sitten potilaan sisko mukana. Tässä kokouksessa voitiin tehdä yhteinen hoitosuunnitelma.

Työryhmän toiminta on koevoluution yksi tekijä. Tässä ei ole selvitetty perheen vuorovaikutustavan tai potilaan käyttäytymisen vaikutusta vastaanottotilanteeseen. Joidenkin potilaiden kanssa on alussa mahdotonta päästä yhteisesti jaettuun kokemukseen. Työryhmän optimaalinen toiminta ei tähän yksin riitä. Taulukon 45 tiedot kertovat sen, että *onnistuneen hoidon yksi ehto on työryhmän optimaalinen toiminta vastaanottokokouksessa. Jälkeenpäin työryhmän toiminnan puutteita näyttää olevan vaikea korjata.*

### 7.3.3. Hoitojaksoa luonnehtivia asioita

Tässä luvussa käsitellään hoitavan työryhmän arviota hoitojakson tapahtumien merkityksestä kullekin potilaalle. Taulukossa 46 on esitetty yhteenvedo ryhmien välisistä eroista eri muuttujissa.



TAULUKKO 46. Hoitotapahtumien merkityksen erot ryhmittäin hoitavan työryhmän arvion perusteella, F-suhdetesti

Muuttuja	I		II		III		p-arvo
	Ka	Kh	Ka	Kh	Ka	Kh	
1.Osallistuminen yhteisöryhmiin	0.14	0.53	1.35	1.23	0.94	1.03	.004
2.Lääkehoidon merkitys	0.43	0.51	0.52	0.59	1.00	0.63	.003
3.Yksilökeskustelujen lukumäärä	0.86	1.99	4.09	5.58	2.70	3.42	.072
4.Yksilökeskustelujen merkitys hoidolle	0.00	0.00	0.65	0.57	0.43	0.57	.002
5.Työryhmäkokousten lukumäärä	0.57	1.09	3.61	5.69	3.17	4.04	.101
6.Työryhmäkokousten merkitys hoidolle	0.14	0.36	0.74	0.69	0.47	0.57	.013

Koska hoitoarviomuuttujat painottuvat sairaalahoidon ominaisuuksiin, esitetään taulukossa 47 sairaalan ja poliklinikan ryhmien erot samoissa muuttujissa. Poliklinikan ryhmän kohdalla muuttujiin on kirjattu kaikki avohoidon tapahtumat, esimerkiksi mielenterveystoimistossa tapahtuneet yksilöterapiakeskustelut.

TAULUKKO 47: Hoitotapahtumien merkityksen erot poliklinikan ja sairaalan ryhmän välillä, t-testi

Muuttujat	Poliklinikka		Sairaala		p-arvo
	Ka	Kh	Ka	Kh	
1.Osallistuminen yhteisöryhmiin	0.19	0.56	1.39	1.12	.000
2.Lääkehoidon merkitys	0.33	0.48	0.98	0.61	.000
3.Yksilökeskustelujen lukumäärä	0.93	2.38	4.05	4.70	.003
4.Yksilökeskustelujen merkitys hoidolle	0.11	0.32	0.63	0.59	.000
5.Työryhmäkokousten lukumäärä	0.63	1.96	4.26	5.03	.001
6.Työryhmäkokousten merkitys hoidolle	0.19	0.48	0.70	0.61	.001

Taulukoita 46 ja 47 luettaessa on muistettava se, että kyseessä on hoitavan työryhmän subjektiivinen arvio hoidosta ja oman toimintansa vaikutuksesta siihen. Esimerkiksi taulukon 47 perusteella voi olettaa, että poliklinikan työryhmä arvioi toimintaansa eri tavalla kuin sairaalaosaston hoitavat työryhmät, koska erot kaikissa muuttujissa ovat systemaattiset. Koska taulukon 46 muuttujissa kuitenkin kaikissa hoitoryhmissä on sekä poliklinikan että sairaalan potilaita mukana, voitaneen taulukoista myös tehdä johtopäätöksiä hoitojakson luonteesta.

Poliklinikan työryhmä toimii systeemisesti työryhmässä pyrkien aina mobilisoimaan potilaan perheen ja muun verkoston mukaan hoitokokouksiin. Siksi heidän arvioissaan ei korostu yksilökeskeisten hoitomenetelmien merkitys. Jos oletamme, että psykiatrisesti ja sosiaalisesti vaikeamat hoito-ongelmat menevät osastolle hoitoon, ovat näiden muuttujien tiedot mielenkiintoiset.

Taulukossa 46 saa uusiutuvan hoidon ryhmä korkeimmat arviot yhteisöryhmiin osallistumisessa, yksilökeskustelujen lukumäärässä ja niiden merkityksessä sekä työryhmäkokousten lukumäärässä ja niiden merkityksessä hoidolle. Vaikeimpiin hoito-ongelmiin sovellettiin eniten hoitomenetelmiä ja niiden merkitys nähtiin näissä tapauksissa suurimmaksi. Lääkehoidon merkitys arvioitiin suurimmaksi pitkäaikaispotilaiden kohdalla.

Yksilökeskusteluilla ei nähty olevan mitään merkitystä ensimmäisen hoidon ryhmässä. Poliklinikalla hoidossa olleiden ensikertalaisten ongelmat hoidettiin pääasiassa hoitokokouksissa. Tämä tuntui hoitavan työryhmän arvion perusteella riittävältä. Sairaalaan tulleiden ensikertalaisten

ongelmat taas olivat sen luonteisia, ettei niissä yksilökeskusteluilla voikaan paljon auttaa ainakaan hoidon alussa (ks. tapausesimerkki 4, "Alkoholipsykoosi ja perhe").

Tulos tukee sitä johtopäätöstä, että akuuttien kriisien kohtaamisessa potilaan sosiaaliseen verkostoon luottaminen auttaa estämään sairaalahoidon. Yksilökeskeinen kriisihoito ei tätä pysty tekemään. Vaikka yksilöpsykoterapiaa ei suljetakaan pois, ei se kriisihoitomenetelmänä tunnu soveltuvan vaikeiden ongelmien kohtaamiseen.

Taulukoista 46 ja 47 voi nähdä myös hoitotavan ongelmia. Systeminen työskentelytyyli sopii hyvin hoidon alussa varsinkin ensikertalaisille potilaille. Mutta hoitoprosessin pitkittyessä tämä ei enää riitä. Osastoilla turvaututtiin perinteisempiin hoitomenetelmiin vaikeissa ongelmissa. Lääkkeisiin turvaututtiin enemmän, mikä saattaa lisätä potilaan aloitteettomuutta omassa verkostossaan. Vaikeimmissa hoito-ongelmissa voi sairaalaosastosta tulla eräänlainen epäonnistuneiden perhekeskeisten hoitojen turvapaikka. Esimerkiksi tapausesimerkeissä 17 ("Kodittomuus liian suuri ongelma"), 30 ("Sairaalassa koko ajan") ja 23 ("Vauvan uhka") potilaat jäivät sairaalaosastoille. Hoitavat työryhmät olivat neuvottomia, kun perhekeskusteluilla ei voitukaan ongelmaa ratkaista. Kaikissa näissä tapauksissa potilaiden psyykkiset oireet eivät rajoittaneet elämää niin paljon, kuin mitä heidän käyttäytymisensä osoitti. Näiden potilaiden henkiset voimavarat eivät tulleet optimaalisesti käyttöön hoidon umpikujan ratkaisussa.

Tapausesimerkin 17 kohdalla olisi saattanut olla aiheellista siirtää huomio vastaanottotilanteesta pois perheestä. Jo ennen vastaanottokokousta oli vastaanottoryhmällä tiedossa perheen vuorovaikutussysteemin tuhoavuus. Esimerkiksi tämä hoitavan työryhmän arvio olisi voinut olla hoidon suunnittelun pohja. Nyt hoidossa toteutettiin perhekeskusteluja, joissa perheen vuorovaikutussysteemi aktivoitui uudelleen. Tämä lisäsi kaikkien perheenjäsenten ahdistusta ja vihaa, minkä vuoksi kaikki perheenjäsenet halusivat lopettaa keskustelut. Sovitusta kymmenestä keskustelusta toteutettiin viisi. Tällöin oli ehkä saatu asioita mahdollisen uudelleen arvioinnin kohteeksi, mutta mitään uusia vuorovaikutustapoja ei oltu opittu. Perhekeskustelujen keskeytyessä voitiin vain todeta sekä perheen sisäinen että hoitojärjestelmän ja rajasysteemin umpikuja.

Seurantatietojen perusteella vastaanottoryhmä ei kuunnellut tarpeeksi perhettä. Tapausesimerkissä 8 ("Poliisi puuttuu asiaan") vastaanottoryhmän oli mahdollista arvioida uudelleen toimintansa ja pyytää perheeltä anteeksi. Tapausesimerkin 17 kohdalla ei ollut mitään perhettä, keneltä pyytää anteeksi. Koko vuorovaikutusjärjestelmä oli hoitavan työryhmän varassa, perhe oli hajonnut paljon aikaisemmin. Hoitava työryhmä yritti mobilisoida sellaista verkostoa, mitä ei ollut olemassa. Kun se sitten perhekeskustelujen myötä vähän aktivoitui, se toikin mukanaan jo ennemmin perheen hajoamiseen johtaneet tunteet. Mitään uusia voimavaroja ei tullut. Potilas ratkaisi tämän tilanteen jäämällä passiivisesti sairaalaan. Hänen verkostossaan ei mikään aloitteellisuus ollut mahdollista.

Tämän tilanteen vuoksi Helenan (tapausesimerkki 17) hoidossa keskeisimmiksi hoitomuodoiksi tulivat työryhmäkeskustelut ja lääkehoito. Työryhmäkokouksissa keskusteltiin paljon, mutta nämä keskustelut eivät lisänneet Helenan aloitteellisuutta.

### 7.3.3.1. Lääkehoidon merkitys hoitajakson aikana

Pitkäaikaispotilaiden kohdalla korostui lääkehoidon merkitys. Tämäkään hoitajakso ei olennaisesti muuttanut pitkäaikaispotilaiden "potilasuraa". Psykoterapeuttiset hoitomenetelmät eivät painottuneet, vaikka siihen olisi mahdollisuuksia. Tästä kertoo tapausesimerkki 28, "Sven tarvitsee huomiota". Ilmeisesti muutokset ovat mahdollisia heti vastaanottokokouksessa hoidon alussa. Jos potilas tulee sairaalaan sisälle, ei siellä näytä tapahtuvat hoidollista muutosta. Entisen kaltaiset ennallaan pitävät hoitomenetelmät korostuvat. Yksi tällainen hoitomenetelmä on lääkehoito.

Taulukossa 48 esitetään kutakin potilasta kohden ryhmittäin käytetty neuroleptilääkkeiden määrä.

*TAULUKKO 48. Potilasta kohden käytetyt neuroleptit hoitoryhmittäin, milligrammaa päivää kohti*

Ajankohta	Vastaanottotilanne		4 kk seuranta	
	Ka	Vaihteluväli	Ka	Vaihteluväli
<i>I ryhmä</i>	35.23	0-300 mg	53.20	0-400 mg
<i>II ryhmä</i>	240.48	0-800 mg	248.48	0-766 mg
<i>III ryhmä</i>	544.95	0-2100 mg	606.62	0-1900 mg

Taulukon 48 mukaan ryhmien väliset erot neuroleptilääkkeiden määrässä säilyivät suurina neljän kuukauden seurantajakson aikana. Potilasta kohden käytettyjen neuroleptilääkkeiden määrä lisääntyi hieman. Ensimmäisen hoidon ryhmässä käytettyjen lääkkeiden vaihteluväli kasvoi hieman. Muissa ryhmissä lääkkeiden määrän suurimmat annokset eivät kasvaneet. Näissä ryhmissä lääkkeitä käytettiin ilmeisesti useamman potilaan hoidossa neljän kuukauden kuluttua kuin hoidon alussa.

Taulukossa 49 verrataan potilasta kohden käytettyä lääkitystä poliklinikan ja sairaalan hoidossa.

**TAULUKKO 49. Potilasta kohden käytetyt neuroleptit poliklinikan ja sairaalan ryhmissä, milligrammamäärä päivässä**

Hoitopaikka	Vastaanottotilanne		4 kk seuranta	
	Ka	Vaihteluväli	Ka	Vaihteluväli
Poliklinikka	137.48	0-800 mg	141.35	0-800 mg
Sairaala	472.03	0-2100 mg	496.37	0-1900 mg

Taulukon 49 mukaan poliklinikan ja sairaalan hoidossa käytettyjen lääkkeiden määrä eroaa merkitsevästi. Sairaalassa käytetään lääkitystä selvästi enemmän. Sairaalaan sisäänkirjoitettavat potilaat ovat jo vastaanottotilanteessa käyttäneet neuroleptilääkitystä selvästi enemmän kuin poliklinikan potilaat. Neljän kuukauden hoidon aikana ei lääkkeiden määrä ole vähentynyt. Ryhmien sisällä sen sijaan on voinut tapahtua suuria muutoksia.

Lääkkeiden määrässä tapahtui neljän kuukauden aikana suuria muutoksia. Suurin vähennys neuroleptien kohdalla oli 1150 mg:aa vuorokaudessa ja suurin lisäys 1500 mg:aa. Suurin osa aineistosta (38 tapausta = 54 %) sijoittui 50 mg vähennyksen ja 50 mg lisäyksen välille. Neuroleptilääkityksen määrän muutoksen suhteen aineisto jaettiin kolmeen ryhmään siten, että ensimmäisen (1) ryhmän muodostivat ne potilaat, joiden lääkitys väheni yli 50 mg:aa päivässä, toisen (2)ryhmän ne potilaat, joiden lääkityksessä tapahtui vain vähäinen muutos (50 mg:n vähennys tai 50 mg:n lisäys). Kolmannessa ryhmässä (3) ovat ne potilaat, joiden neuroleptilääkkeiden määrä lisääntyi eniten, yli 50 mg:aa päivässä klooripromatsiiniksi suhteutettuna. Taulukossa 50 verrataan neuroleptilääkityksen muutosta hoitoryhmiin.

Tällä jaottelulla pyritään kuvaamaan lääkehoidon merkitystä hoitoprosessissa. Ajatuksena on se, että suuret muutokset käytettyjen lääkkeiden määrässä kuvaavat hoitoprosessin monimutkaisuutta ja vaikeutta. Pienet muutokset kuvaavat sitä, että hoitoprosessissa ei lääkehoito ole tällä hetkellä keskeisellä sijalla. Tältä osin hoitoprosessi on vakaa. Ryhmissä tapahtuneiden lääkkeiden vaihdosten milligrammamäärien biologinen merkitys saattaa olla suuri. Se ei ole tässä esityksessä kuitenkaan keskeistä. Tämän asian käsittelyyn ei myöskään tutkijan asiantuntemus riittäisi.

**TAULUKKO 50. Vähentyneet, vähän muuttuneet ja lisääntyneet neuroleptilääkitykset hoitoryhmittäin**

Hoitoryhmät	1150 -51 mg:n vähennys		-50 - +50 mg:n muutos		yli 50 mg:n lisäys		Yhteensä
	N	%	N	%	N	%	
I	1	7	12	32	1	6	14
II	3	20	13	34	8	47	24
III	11	73	13	34	8	47	32
Yhteensä	15	100	38	100	17	100	70

$\chi^2 = 10.89; p = .028$

Taulukon 50 mukaan neuroleptilääkityksen muutos eroaa ryhmittäin lähes merkitsevästi. Ensimmäisen hoidon ryhmässä ei näytä tapahtuvan suuria muutoksia lääkityksen määrässä. Uusiutuvan hoidon ryhmässä lääkkeiden määrä muuttuu ratkaisevasti jompaan kumpaan suuntaan lähes yhtä usein, kuin pysyy samana. Pitkäaikaishoidon ryhmässä lääkkeiden määrää muutetaan hoidon aikana eniten. Lääkkeiden määrän muuttaminen näyttää olevan olennainen osa hoitoa. Muutokset kuvastavat yleensäkin hoidon vaikeuksia kahdessa ryhmässä. Ensimmäisen hoidon ryhmässä löydettiin hoitolinja helpommin kuin muissa ryhmissä.

Taulukossa 51 esitetään saman luokituksen perusteella jakauma poliklinikan ja sairaalan hoitoryhmien välillä. Siinä tulee esille merkitsevät erot.

**TAULUKKO 51. Vähentyneet, vähän muuttuneet ja lisääntyneet neuroleptilääkitykset poliklinikan ja sairaalan ryhmissä**

Hoitopaikka	1150 -51 mg:n vähennys		-50 - +50 mg:n muutos		yli 50 mg:n lisäys		
	N	%	N	%	N	%	N
Poliklinikka	2	13	24	63	2	12	28
Sairaala	13	87	14	37	15	88	42
Yhteensä	15		38		17		70

$\chi^2 = 18.58; p = .000$

Poliklinikan ja sairaalan välillä on selvät erot lääkityksen muutoksessa. Suurimmat lääkityksen muutokset tapahtuvat sairaalan ryhmässä. Lähes kaikki vähentyneet ja lisääntyneet lääkitykset ovat tässä ryhmässä. Poliklinikan ryhmässä neuroleptilääkitys on muuttunut vähiten.

Lääkehoidon merkityksen selventämiseksi verrattiin vuoden 1988 aineistoa viiden vuoden takaiseen aineistoon. Taulukossa 52 on verrattu hoitoryhmien lääkitystä hoidon alkaessa ja neljän kuukauden kuluttua. Vuoden 1983 tiedot on koottu sairaskertomuksista, joten niistä ei ole saatavilla mitään tarkkoja seurantalukuja. Neljän kuukauden kuluttua merkityt tiedot on kirjattu sairaskertomuksista tammikuun ja huhtikuun 1984 väliltä. Näin tiedot saattavat olla kolmen kuukauden tai viiden kuukauden kuluttua hoitojakson alusta. Puuttuvia tietoja jäi 25, mikä on hyvin suuri määrä 60:sta potilaasta. Siksi seurantatiedot ovat vain viitteellisiä.

*TAULUKKO 52. Neuroleptilääkkeiden määrä hoidon alussa ja neljän kuukauden kuluttua vuosina 1983 ja 1988, keskiarvot*

Ajankohta	Hoidon alku		4 kuukauden kuluttua	
	Ka	Kh	Ka	Kh
1983	346.95	509.29	355.89	577.10
1988	358.38	428.01	353.54	356.73

Taulukon 52 mukaan neuroleptilääkityksen määrä on säilynyt suurinpiirtein samana huolimatta perhekeskeisen hoitojärjestelmän kehityksestä. Tämän taulukon mukaan myöskään yhden hoitojakson aikana ei lääkityksen määrässä tapahdu ratkaisevia muutoksia.

### 7.3.3.2. Indikatiivinen ja symbolinen kielialue

Hoitojakson tapahtumat näyttävät eroavan ratkaisevasti poliklinikan ja sairaalan ryhmissä toisistaan. Hoitavan työryhmän arviot hoitotapahtumien merkityksestä kuvaavat ikäänkuin eri maailmoja. Sairaalaan sisäänkirjoitettujen potilaiden hoidossa tärkeäksi näyttää nousevan osastolla tapahtuvat eri hoitomuodot. Poliklinikan hoidossa erilaiset hoitomuodot eivät nouse merkittäviksi. Hoitoa ohjaavat mielikuvat syntyvät erilaisessa prosessissa. Hoitajat arvioivat toimintaansa erilaisilla merkityksillä. Hoitopaikkojen eron ymmärtämiseksi voi asiaa selventää Vygotskyn kuvaamalla kielen eri merkitysjärjestelmillä (Vygotsky,1970). Käytän tässä pohjana Wertschin kuvausta (1985).

Vygotsky kuvasi kielen merkitysjärjestelmän kehittymisen kaksi vaihetta. Kielen indikatiivinen funktio opitaan ensimmäiseksi. Indikatiiviseen alueeseen sisältyvät sellaiset merkitykset, joilla on suora vastaavuus todellisuuteen. Lapsi oppii vanhempien kommentteista sanojen suoran merkityksen ja yhteydet häntä ympäröivään todellisuuteen. Wertschin mukaan (1985) amerikkalainen filosofi

Peirce tarkoittaa samaa asiaa puhuessaan indeksisistä merkityksistä. Kullakin käytetyllä sanalla on suora vastaavuus ympäristössä. Tämän ympäristön kanssa toimiminen on indikatiivista toimintaa.

Kielen symbolinen merkitys kehittyy indikatiivisen merkityksen jälkeen. Kun indikatiivisessa merkityksessä tärkeintä on sanan kuvaama esine, niin symbolisessa merkityksessä ei enää tarkastellakaan sanan ja esineen välistä suhdetta, vaan sanan suhdetta toiseen sanaan. Asioiden merkitykset luodaan keskustelussa. Symbolisella merkitysalueella ei enää tarvita itse esineiden konkreettista läsnäoloa.

Tämä kielen indikatiivisen ja symbolisen merkitysalueen ero näkyy poliklinikan ja sairaalan hoitotapahtumien merkityksen arvioinnissa. Poliklinikalla hoitokokouksissa työskentely tapahtuu pääasiassa symbolisella merkitysalueella. Perheenjäsenet ja työryhmän jäsenet keskustelevat tapahtumien merkityksistä ja mielikuvista. Ainoat indikatiiviset tapahtumat ovat hoitopaikan valinnan päätökset, mahdolliset sairauslomapäätökset ja lääkemääräyspäätökset. Näitä päätöksiä tehdään kuitenkin vähän, kuten hoitoarvioista ilmeni (taulukko 47). Poliklinikalle hoitoon valikoituvat ilmeisesti ne potilaat ja perheet, joille tällainen symbolisella merkitysalueella työskentely on mahdollista. Symbolisella merkitysalueella työskentely on edellytys sille, että perhe on oman toimintansa subjekti. Hoitojärjestelmään kietoutuneet perheet ovat menettäneet mahdollisuuttaan ohjata itsenäisesti omaa toimintaansa. Näiden perheiden merkitysalue tulee myös indikatiiviseksi. Oma toimintaansa symbolisella kielialueella ohjaava perhe luo vastaanottotilanteessa mahdollisuuden myös vastaanottoryhmälle työskennellä hoitokokouksissa. Tällöin tarvitaan harvoin sairaalan sisäänkirjoitusta.

Sairaalan osastolla hoitoa ohjaavat mielikuvat syntyvät toisenlaisessa vuorovaikutustilanteessa. Sairaalan osastolla kielialue ei ole symbolinen, koska potilas tulee asumaan sinne. Hänen kanssaan hoidetaan konkreettisia elämänasioita. Hän syö osastolla, hänelle annetaan lääkkeet (ei vain määrätä niitä), hän nukkuu osastolla, hän peseytyy osastolla, hän käy WC:ssä osastolla, hän keskustelee osastolla asioistaan. Oikeastaan vain hoitokokoukset ja muut terapeutit tapahtumat ovat symbolisella merkitysalueella. Näiden ajallinen osuus elämästä on kuitenkin hyvin vähäinen. Omahoitajasuhteessakin usein käsitellään konkreettisia asioita. Samoin työryhmäkokouksissa ja hoitokokouksissa tehdään suunnitelmia ja hoitopäätöksiä enemmän kuin poliklinikan hoitokokouksissa. Osastolla merkitykset syntyvät siis sekä indikatiivisella että symbolisella alueella. Mitä vaikeampi hoito-ongelma on sitä enemmän merkitykset syntyvät indikatiivisella alueella, koska on vaikea löytää yhteisesti ymmärrettyä symbolista kieltä. Kuten Bateson totesi (1972, ks. tutkimuksen teория) skitsofreniapotilas kokee kaksoissidostilanteessa kaikki tapahtumat literaalisesti. Vygotskyn termille käännettynä tämä merkitsee kaikkien asioiden kokemista indikatiivisesti.

Hoitavien työryhmien täyttämässä arviolomakkeissa huomioitiin ensisijassa indikatiivisen merkitysalueen asioita. Siinä arvioitiin eri hoitomenetelmien käyttöä ja merkitystä. Siinä ei huomioitu lainkaan esimerkiksi hoitokokousten keskustelun sisällön merkitystä. Tällainen arvio olisi



ollut symbolisella merkitysalueella. *Poliklinikalla hoitava työryhmä luo omaa toimintaansa ohjaavat mielikuvat ensisijaisesti symbolisen alueen keskustelussa. Osaston hoitava työryhmä käyttää tiedon lähteenä osastolla potilaan käyttäytymisestä tekemiään havaintoja.* Näin osaston hoitavan työryhmän huomiointialue on paljon laajempi. Näitä poliklinikan ja sairaalan hoitotapahtumien merkitysten eroja ei tällä menetelmällä pystytty riittävästi huomioimaan.

#### **7.3.4. Perheen vuorovaikutuksen muutos**

Perheen vuorovaikutusta arvioitiin Olsonin ympyrämallilla sekä vastaanottotilanteessa että seurantatutkimuksessa. Tässä luvussa tarkastellaan ensin hoitoryhmien välisiä eroja perheen vuorovaikutuksessa vastaanottotilanteessa, toiseksi seurantatutkimuksessa havaittuja muutoksia ja kolmanneksi työryhmän ja perheen koevoluution luonnetta hoitojakson aikana.

Liitteessä 13 (s.284–285) esitetään hoitoryhmien väliset erot Olsonin ympyrämallissa vastaanottokokouksen arvion pohjalta. Vastaanottokokoukseen osallistui 50 perhettä. Taulukossa 53 esitetään frekvensseinä yhteenveto ryhmien välisistä eroista, muutoksesta neljän kuukauden aikana sekä työryhmän toiminnasta luokitelluissa tapauksissa.

Taulukon 53 mukaan vastaanottotilanteessa selvästi suurin osa perheistä sijoittui ympyrämallin äärilaidalle (N=32). Nämä perheet olivat sekä koossapysyvyydeltään että sopeutuvuudeltaan huonosti toimivia. Suurin osa oli pitkäaikaispotilaiden ryhmän perheitä (N=17). Yllättävän suuri määrä myös ensimmäisen hoidon ryhmän perheistä sijoittui mallin äärilaidalle (N=7). Näissä perheissä näkyi potilaan kriisin aiheuttama ahdistus ja neuvottomuus vastaanottokokouksessa. Uusiutuvan hoidon ryhmän potilaiden perheiden enemmistö sijoittui joko keskelle kokonaan tai ainakin toisessa akselissa (N=11;9+2).

TAULUKKO 53. Perheiden sijoittuminen Olsonin mallissa, tilanne seurannassa ja työryhmän sijoittuminen (Liite 13,s.284)

Ryh- mät	Vastaanotossa (1)Perhe äärilaidalla			Seurantatutkimuksessa								
	P	S	Y	Muut- tuneet Y	Työ- ryhmä Ä K		Samas- sa Y	Työ- ryhmä Ä K		Vastak- kainen Y	Työ- ryhmä Ä K	
I	5	2	7	3	0	3	1	0	1	2	1	1
II	1	7	8	5	3	2	0	0	0	1	1	0
III	2	15	17	2	0	2	6	2	4	7	3	4
Yht	8	24	32	10	3	7	7	2	5	10	5	5
(2)Ainakin toi- sessa akse- lissa kes- kellä												
I	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	3	6	9	1(-)	0	1	1	0	1	3	1	2
III	0	2	2	2	1	1	2	0	2	0	0	0
Yht	5	8	13	3	1	2	3	0	3	3	1	2
(3)Perhe kes- kellä												
I	3	0	3	0	0	0	2	0	2	0	0	0
II	1	1	2	0	0	0	2	0	2	0	0	0
III	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Yht	4	1	5	0	0	0	4	0	4	0	0	0
Yht:	18	32	50	13	4	9	14	2	12	13	6	7

P=poliklinikka;S=sairaala;Y=yhteensä

K=keskellä Olsonin mallissa ainakin toinen akseli

Ä=äärilaidalla Olsonin mallissa

Olsonin malli osoittaa psykiatristen potilaiden perheiden vuorovaikutuksen ongelmat. Optimaalisesti toimivat perheet joutuvat harvoin sellaisiin tilanteisiin, missä joku perheenjäsen lähetetään sairaalaan. Tässä aineistossa oli vain viisi hyvin vastaanottotilanteessa toimivaa perhettä (10 %). Neljässä tapauksessa tehtiin sopimus poliklinikalla toteutettavasta hoidosta. Vaikka hyvin toimivat perheet saattavat joutua kriisiin, antavat perheen voimavarat mahdollisuuden ratkaista ongelma ilman sairaalaan sisäänkirjoitusta.

Seurantatutkimuksessa arvioitsija näki *perheen vuorovaikutuksen parantuneen 12 tapauksessa*. Poliklinikan ryhmässä viisi perhettä näytti parantaneen vuorovaikutustaan ja sairaalan ryhmässä seitsemän. Poliklinikan ja sairaalan kesken ei ole merkitseviä eroja. Seurantaan osallistuneista perheistä näytti uusiutuvan hoidon ryhmässä tapahtuneen eniten muutosta. Ryhmien väliset erot eivät kuitenkaan ole merkitseviä.

Muutos oli tapahtunut mm. tapausesimerkeissä 6. (Iäkkäiden ongelmat), 2.(Avioliit-  
tokriisi – ei tarkkailuun), 11. (Jatkuva puolustautuminen ja 8.(Poliisi puuttuu asiaan).  
Näissä kaikissa tapausesimerkeissä muutos oli havaittavissa jo heti hoidon alussa.

Yhdessä tapauksessa arvioitsija näki muutoksen tapahtuneen huonompaan suuntaan (taulukossa 53 – merkillä; tapausesimerkki 10, "Lievästä oireesta suuri ongelma"). Perhe käyttäytyi seuranta-aikana kaoottisemmin kuin vastaanottotilanteessa. Perheellä oli vaikea ongelma äidin asuinpaikasta. Äidin halutessa ehdottomasti asua kotona ei perhe päässyt ratkaisuun asuinpaikasta. Jokainen yritti esittää vaihtoehtoja, mutta mitään muutosta ei tapahtunut. Näin kaoottisuus lisääntyi. Työryhmän toiminta ei auttanut. Anttikaan ei pystynyt auttamaan perhettään sairaalasaololla.

Seurantatutkimuksessa *14 perhettä oli pysynyt vuorovaikutukseltaan samassa*. Puolet näistä perheistä oli jo vastaanottokokouksessa arvioitu hyvin toimiviksi (sijoittuivat mallin keskelle ainakin toisessa akselissa). Viisi perhettä oli mallin keskellä. Optimaalisesti toimivien perheiden kohdalla ei odotettu tapahtuvan rakenteellisia muutoksia.

Yhteensä *13 tapauksessa arvioitiin perheen vuorovaikutus vastakkaisesti*. Useimmiten vastaanottotilanteessa jäykäksi arvioitu perhe arvioitiin seurannassa kaoottiseksi tai päinvastoin. Vastakkaiset arviot tulivat sopeutuvuuden akselissa. Tällaista muutosta ei kuitenkaan ole tapahtunut perheen vuorovaikutuksessa. Tähän ongelmaan on lähinnä kaksi selitystä.

(1) Arviointitilanteeseen ja arviointiskaalan käyttöön ei ole kiinnitetty riittävästi huomiota. Kaoottisen ja jäykän perheen arvioinnin vaikeutta pohdittiin jo menetelmän kuvauksen yhteydessä. Jäykiksi arvioidut perheet arvioivat usein itsensä kaoottisiksi ja päinvastoin. Vaikka arvioinnit osoittautuivat vastaanottotilanteessa yhtäpitäviksi reliabiliteettitestauksessa, ei näin tapahtunut seuranta-tilanteessa. Arviointitilanne on toisenlainen. Se saattaa tuoda esille perheen käyttäytymisestä erilaisia piirteitä, vaikka vuorovaikutustapa onkin sama. Ilmeisesti skaalan käyttöä ei harjoiteltu riittävästi saman perheen kanssa eri tilanteissa.

(2) Toisaalta nämä perheet ovat vaikeita perheitä. Perheistä 10 13:sta sijoittui ympyrämallin äärilaidalle. Arvion vastakkaisuus merkitsi sitä, että perheet muuttivat mallin yhdeltä äärilaidalta toiselle. Näiden perheiden käyttäytymisen arviointi on vaikeampaa kuin optimaalisesti toimivien perheiden. Perheiden käyttäytyminen on myös epäjohdonmukaisempaa ja ailahtelevampaa kuin optimaalisesti toimivien perheiden. Kaoottisuus merkitseekin Olsonin mallissa käyttäytymisen muuttumista tilanteesta toiseen. Toimintaa on vaikeaa ennustaa.

Tämän perusteella voidaan myös *kritisoida itse Olsonin ympyrämallia siitä, ettei se riittävän tarkasti erottele huonosti toimivia perheitä eikä niissä perheissä tapahtuvan muutoksen luonnetta*. Beavers ja Voeller (1983) kritisoivat Olsonin mallin muutokseen sopeutuvuuden akselin käyräviivaisuutta. Heidän mielestään kysymys on perheen voimavarasta muutokseen. Tätä voidaan parhaiten mitata lineaarisella asteikolla. He olivat Olsonin kanssa samaa mieltä siitä, että

perheen koossapysyvyys on käyräviivaisesti kuvattava ominaisuus. Edellä mainittu tulos antaa tukea tälle kritiikille. Sopeutuvuuden akselilla ei näyttänyt merkitsevän mitään se, kumpaan akselin päähän perhe sijoittui. Fristadin (1989) vertailututkimuksessa Olsonin mallin sopeutuvuuden ääripäät jakautuivat epätasaisesti. Kliinisistä tapauksista useimmat arvioitiin kaoottisiksi (37 %). Jäykiksi perheiksi arvioitiin vain 5 % tapauksista. Tässäkään tapauksessa käyräviivaisuuden oletus ei saanut vahvistusta.

### 7.3.5. Perheen muutos ja koevoluutio

Taulukossa 53 on esitetty myös työryhmän sijoittuminen vastaanottokokouksessa seurantatutkimuksessa mukanaolleiden perheiden kohdalla. Taulukossa on työryhmän sijoittuminen luokiteltu vain yleisesti äärilaidalle tai keskelle (ainakin toisessa akselissa keskellä). Luokittelu ei kuvaa tarkemmin työryhmän ja perheen koevoluutiota.

Taulukon 53 alinta riviä katsottaessa näkee työryhmän käyttäytymisen yleisen kuvan muuttuneiden, samana pysyneiden ja vastakkaiseen päähän sijoittuneiden perheiden kohdalla. Muuttuneissa perheissä työryhmä on sijoittunut hieman useammin keskelle kuin äärilaidalle. Kuitenkin myös negatiiviseen suuntaan muuttuneen perheen vastaanottanut työryhmä sijoittui Olsonin mallin keskelle. Selvin ero näyttää tulleen samana pysyneiden perheiden kohdalla. Vain kaksi työryhmää sijoittui äärilaidalle ja 12 työryhmää sijoittui keskelle. Samana pysyneiden perheiden kanssa oli työryhmän helppo toimia. Puolet perheistä sijoittui ainakin jommassa kummassa akselissa keskelle. Kuitenkin myös äärilaidalle sijoittuneiden perheiden kanssa toiminut työryhmä sijoittui useammin keskelle (5/7). Ilmeisesti näiden perheiden toiminta on vakaampaa kuin seurannassa vastakkaiseen luokkaan sijoittuneiden perheiden toiminta. Näin työryhmän mahdollisuudet optimaaliseen toimintaan ovat paremmat.

Taulukossa 54 on hoitoryhmittäin eroteltu työryhmän sijoittuminen Olsonin mallissa keskelle, samaan tai vastakkaiseen luokkaan kuin perhe. Näiden luokkien on arvioitu edustavan koevoluutiota. Regressioanalyysissä todettiin yleisesti yhteys hyvin toimivan työryhmän ja hyvin toimivan perheen välillä. Tällä perusteella keskelle sijoittuneen työryhmän toiminta on yhteydessä perheen toimintaan. Kaoottisten ja kietoutuneiden perheiden kanssa toimineiden työryhmien havaittiin toimivan jäykästi ja irrallisesti. Tämä yhteys kuvaa koevoluutiota. Samaan luokkaan sijoittuneet perheet ja työryhmä osoittavat sitä, että työryhmä on omaksunut perheen mukanaan tuoman toimintamallin. Perheen systeemi alkaa elää työryhmässä. Tämä on yleisesti havaittu koevoluution muoto (esimerkiksi Boscolo ym., 1988).

TAULUKKO 54. Perheen muutoksen yhteys työryhmän sijaintiin Olsonin mallissa

Ryhmä	Työryhmä keskellä	Työryhmä samassa	Työryhmä vastakkain	Ei yhteyttä	Yhteensä
I ryhmä	3	0	0	0	3
II ryhmä	2	2	1	0	5
III ryhmä	3	0	1	0	4
Yhteensä	8	2	2	0	12

Taulukon 54 perusteella vuorovaikutukseltaan parantuneiden perheiden vastaanottoryhmät sijoituivat todennäköisimmin Olsonin mallissa keskelle. Yhtä monta työryhmää sijoittui perheen kanssa samaan luokkaan tai vastakkaiseen luokkaan. Taulukon 53 jaottelussa ääri-laidalle merkityt työryhmät voivat sijoittua samaan, vastakkaisen tai ei yhteyttä luokkaan.

#### Tapausesimerkki 32: Äiti ja poika (S)

Tuulikki on ollut vastaanottotilannetta edeltävänä kahtena vuotena sairaalassa useita eri kertoja yhteensä yli 200 päivää. Hän on asunut yhdessä poikansa kanssa. Nyt poika on kuitenkin mennyt naimisiin ja muuttanut vaimonsa luokse. Vastaanottokokoukseen nämä tulevat kuitenkin mukaan. Useissa hoitokokouksissa käsitellään pojan kotoamuuttoa ja Tuulikin yksinjäämistä. Tuulikki sanoo epäilevänsä pojan vaimon yrittävän myrkyttää hänet. Nuoripari ei hyväksy Tuulikin valittamista ja saamattomuutta.

Vastaanottokokouksessa perhe arvioidaan strukturoidun kietouneeksi ja työryhmä jäykän irralliseksi. Työryhmän huonoon arvioon vaikuttaa se, että yksi työryhmän jäsen näyttää kietoutuneen aiempien hoitojen aikana perheen ongelmaan, eikä työryhmä pääse ensimmäisessä kokouksessa yhteisesti jaettuun ymmärrykseen. Työryhmä on perheelle vastakkainen.

Hoitojakson aikana käydyissä hoitokokouksissa pojan kotoalähtöä käsitellään kuitenkin yhä rakentavammin. Tuulikki ei enää syytä miniäänsä, vaan sanoo ymmärtävänsä heidän avioliittonsa, vaikka hänellä onkin poikaa ikävä. Seuran-takokouksessa Tuulikki valittelee sitä, että poika käy liian harvoin kylässä. Perheen vuorovaikutus arvioidaan joustavan yhtenäiseksi. Kumpikin alkoi viettää tämän jakson aikana omaa elämäänsä, kun aikeisemmin kummankin ratkaisuihin vaikutti toinen eniten.

Perheen vuorovaikutuksen muutos ei kuitenkaan heti ratkaisevasti vähennä Tuulikin riippuvuutta sairaalasta. Vastaanottoa seuranneen vuoden aikana hän on sairaalassa useita kertoja. Menetetyn perheen tilalle on hyvin vaikea löytää muuta verkostoa. Hänen verkostoonsa kuului 9 ihmistä, joista vain yksi oli ystävä muiden ollessa sukulaisia tai viranomaisia. Osastolla järjestettiin yksi verkostokokous, johon osallistui kaikki Tuulikin sisarukset, näiden lapsia sekä yksi ystävä. Vuoden kuluessa sairaalassakäynnit alkavat hiljalleen harventua sen avulla, että poliklinikan työryhmä käy Tuulikin kotona jopa kaksi kertaa viikossa.

Tapausesimerkin 32 mukaan pelkästään työryhmän Olsonin malliin sijoittumisen perusteella ei perheen vuorovaikutuksen muutosta voi ennustaa. Toisaalta tapausesimerkki kuvaa hyvin sitä, että perheen vuorovaikutuksen muutos ei välttämättä merkitse hoito-ongelmien loppumista. Psykoottisil-

ta tuntuvat ajatukset korvautuivat pojan menettämisestä aiheutuvalla masentuneisuudella. Tämä puolestaan edelleen lisäsi riippuvuutta sairaalasta, joka oli jo ennestään Tuulikin verkoston hyvin tärkeä osa. Rajasysteemissä voitiin nyt kuitenkin löytää perheen rajojen avartumisen myötä enemmän vaihtoehtoja kotikäyntien muodossa. Hetkittäin Tuulikki jopa lähti asunnoltaan mielenterveystoimiston ryhmiin. Samoin hänen yhteytensä sukulaisverkostoon lisääntyivät.

Vastaanottokokouksessa ja seurannassa vastakkaiseen luokkaan sijoittuneiden perheiden työryhmiä vertaillaan tarkemmin taulukossa 55.

**TAULUKKO 55.** Työryhmän sijoittuminen Olsonin mallissa, kun perheet sijoittuvat vastakkaiseen luokkaan

Ryhmä	Työryhmä keskellä	Työryhmä samassa	Työryhmä vastakkain	Ei yhteyttä	Yhteensä
<i>I</i>	1	0	0	1	2
<i>II</i>	1	1	1	1	4
<i>III</i>	2	1	2	2	7
Yhteensä	4	2	3	4	13

Taulukossa 55 kuvataan kaikkein vaikeimmin arvioitavien perheiden vastaanottoryhmiä. Kun muuttuneiden tai samana pysyneiden perheiden vastaanottoryhmät sijoittuivat todennäköisimmin keskelle tai perheiden kanssa samaan luokkaan, niin vastakkaiseen luokkaan sijoittuneiden perheiden vastaanottoryhmät saattoivat sijoittua mihin luokkaan hyvänsä. Vastaanottoryhmän ja perheen välille ei näyttänyt syntyvän ymmärrettävää yhteyttä. Perheen ja työryhmän koevoluutio on vaikeasti selitettävissä. Ilmeisesti näissä vaikeissa hoitotapauksissa Olsonin malli on liian yleinen kuvaamaan työryhmän ja perheen välisen yhteyden ominaisuuksia.

Taulukoiden 53–55 tietoja voi käyttää myös yhdessä yhteenlaskien eri luokkiin sijoittuneiden työryhmien frekvenssit. Keskelle sijoittuneiden työryhmien (N=21) perheet sijoittuivat todennäköisimmin muuttuneiden luokkaan (N=7) tai samana pysyneiden luokkaan (N=12). Samoin samaan luokkaan perheen kanssa sijoittuneet työryhmät todennäköisimmin merkitsivät perheen muutosta tai samana pysymistä. Sen sijaan suurin osa vastakkaiseen tai ei yhteyttä luokkaan sijoittuneista työryhmistä (N=10) sijoittui vaikeimmin arvioitavien perheiden luokkaan (N=7). Vastaanottoryhmän toiminta on siis yhteydessä perheen toimintaan hoidossa ja perheen muuttumiseen. Vaikka optimaalisesti toimivan vastaanottoryhmän toiminta ei suoraan merkitse hyvää hoitotulosta, näyttää se olevan edellytys perheen muuttumiselle.

*Yhteenvetona* perheen ja työryhmän vuorovaikutuksen arvioinnin tuloksista voi todeta Olsonin mallin erotelleen hyvin potilaiden perheiden ongelmat. Selvästi suurin osa perheistä sijoittui mallin akseleiden ääripäihin. Mallissa keskelle sijoittuneiden perheiden kriisit voitiin hoitaa poliklinikalla. Sopeutuvuudeltaan ja koossapysyvyydeltään heikot perheet saattoivat hoitojakson aikana joko

muuttua parempaan suuntaan tai käyttäytyä vaikeasti arvioitavalla tavalla. Äärilaidalle sijoittuneiden perheiden muutoksen ehto näytti usein olevan työryhmän optimaalinen toiminta. Työryhmän piti sijoittua joko Olsonin mallin keskelle tai perheen kanssa samaan luokkaan. Jos perheen vuorovaikutuksen arviot olivat seurantatutkimuksessa vastakkaiset vastaanottokokouksen arvioille, ei työryhmän ja perheen toiminnalla näyttänyt olevan ymmärrettävää yhteyttä. Perheen vuorovaikutuksen muutos ei merkinnyt hoito-ongelmien loppumista.

Kaikkein vaikeimpien perheiden arvioimiseksi ei Olsonin ympyrämalli ollut riittävä. Se ei kyennyt erottelamaan sopeutuvuudeltaan jäykkiä perheitä kaoottisista. Tutkijat eivät myöskään riittävästi harjoitelleet arviointiasteikon käyttöä saman perheen arvioimiseksi eri ajankohtina. Olsonin mallista kehitetty työryhmän arviointiasteikko ei myöskään kyennyt selittämään vaikeimmin arvioitavien perheiden ja työryhmän koevoluution ominaisuuksia.

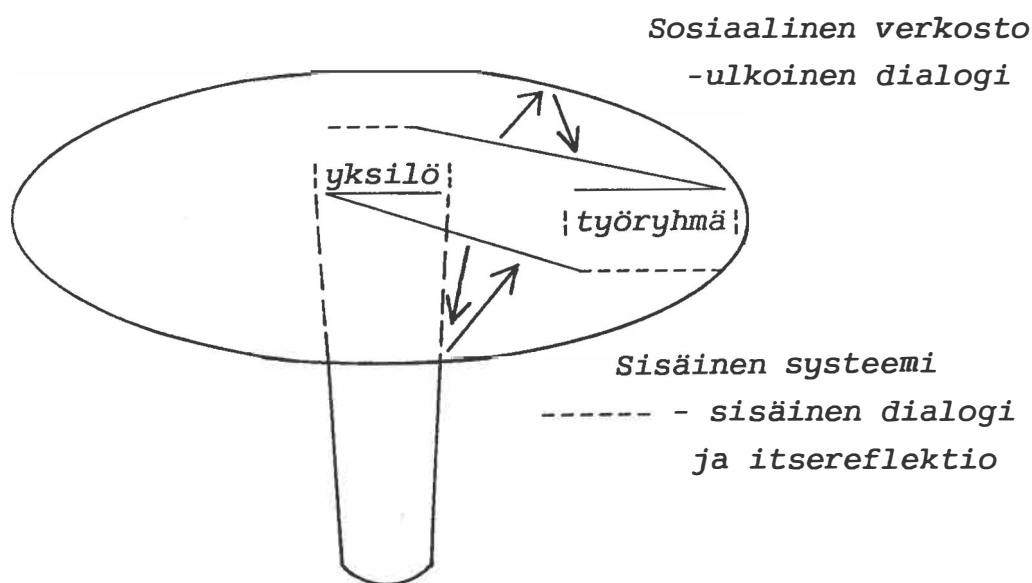
### 7.3.6. Perhe – sairaala – sosiaalinen verkosto

Sosiaalisen verkoston analyysin, hoitotapahtumien kuvailun sekä perheen vuorovaikutuksen muutoksen analysoinnin perusteella voi pohtia perheen, sairaalan ja sosiaalisen verkoston vastavuoroista vaikutusta. Selviä yksiviivaisia hoitotuloksia selittäviä tekijöitä ei ole löytynyt. Sen sijaan tapausesimerkeissä on mielenkiintoisia yksityiskohtia, joita voi yleistää liittämällä niitä hoitotapahtumien yleiseen analyysiin.

Useissa eri tapausesimerkeissä (28, "Sven tarvitsee huomiota"; 12, "Verkosto järjestäytyy"; 32, "Äiti ja poika") on tullut selvästi esille rajajärjestelmän merkitys vaikeiden hoito-ongelmien ymmärtämisessä. Näissä kaikissa tapauksissa sairaala on keskeinen osa ongelmaa. Suuressa mittakaavassa *itse ongelman ratkaisuyrityksestä on tullut ongelma*, kuten Watzlawick ym. (1979) kuvaavat oireiden syntyä. Näissä tapausesimerkeissä sairaalan osastosta tai hoitavasta työryhmästä on tullut potilaan verkoston yksi olennainen osa, mihin hän turvautuu vaikeissa tilanteissa. Kun hoitojärjestelmästä tulee verkoston keskeisin osa, pienenee hänen sosiaalinen aloitteellisuutensa entisestään. Riippuvuus sairaalasta kasvaa koko ajan, mikä näkyy hoitokertojen tihenevänä sarjana. Tämä taas on saanut hoitavan työryhmän yrittämään entistä pontevammin ratkaisua, mikä onkin vain edelleen lisännyt potilaan riippuvuutta hoitojärjestelmästä. Koevoluution systeemissä kumpikin osapuoli sovittaa oman käyttäytymisensä toisen tekoon, mikä taas ohjaa toisen seuraavaa tekoa, minkä perusteella toinen sovittaa käyttäytymisensä ja niin edelleen. Tässä loputtomassa ketjussa potilaan toimintajärjestelmä on tullut voimakkaammaksi, se on "vallannut" rajajärjestelmän. Hoitava työryhmä toiminnallaan ennemminkin ylläpitää ongelmaa, kuin ratkaisee sen.

Potilaan oireita synnyttävän vuorovaikutustavan pääsy vallalle rajasyteemissä johtaa siihen, että työryhmä ei voi kuulla potilasta tämän rakennetta vastaavalla tavalla. Ennemmin työryhmä yrittää niissä tapauksissa kaavamaisesti jotain hoitomenetelmää, useimmiten hoito- tai verkostokokouksia. Kaikissa edellä mainituissa tapausesimerkeissä ratkaisevaksi muuttavaksi hoitomenetelmäksi tuli kuitenkin eri tapa. Svenin tapauksessa (tapausesimerkki 28) ratkaisuksi tuli Svenin sisäistä reflektiivistä keskustelua herättävä terapiaprosessi, kun aikaisemmin oli etsitty ratkaisua sukulaisverkostoa mobilisoimalla. Susannalle (tapausesimerkki 12) ratkaisuksi tulivat kaksi laajaa verkostokokousta, kun perheterapia oli päättynyt epäonnistumiseen. Tuulikille (tapausesimerkki 33) ratkaisuksi tuli taas perhekeskusteluissa läpikäyty surutyö lapsen kotoairtaantumisen ja korvaavan verkoston hyvin varovaisesta rakentamisesta. Kun Svenin verkostossa siirryttiin ulkoisesta verkoston keskustelusta sisäisen dialogin herättämiseen, niin Susannan verkostossa siirryttiin perheen kietoutuneesta monologisesta keskustelusta verkoston yhteyksiä rakentavaan dialogiin. Kumpaakaan keskustelun suuntaa ei voi pitää oikeana, vaan suunnan ratkaisee kulloinkin käsiteltävä ongelma.

Näitä terapeuttisen prosessin suuntavaihtoehtoja voi havainnollistaa kuviolla (kuvio 7). Tämä kuvio kuvaa erityisesti Svenin tapauksessa tapahtunutta valintaa.



KUVIO 7. Ulkoisen ja sisäisen dialogin kuvaus

Kuvion 7 ajatuksena on se, että sosiaalisessa verkostossa on aina läsnä sekä potilaan kuva omasta verkostostaan että omasta sisäisestä kokemusmaailmastaan. Koevoluution systeemissä voi samalla perustilanteella vaikuttaa kumpaankin suuntaan. *Työryhmän reflektiivisen keskustelun avulla voidaan yhtä hyvin käsitellä potilaan sosiaalisen verkoston mobilisointia kuin sisäisen mielikuvasysteemin dialogin edistämistä.* Optimaalisesti toimiva työryhmä valitsee perheen ja potilaan kanssa



kytkeytymällä kulloinkin parhaan mahdollisen suunnan. Yhteisesti jaetun ymmärryksen syntyminen on merkki siitä, että valittu suunta on sillä hetkellä potilaan ja hänen perheensä rakenteen kehitystä vastaava.

Vaikka kaikissa edellä mainituissa kolmessa esimerkissä ratkaisu oli erilainen, oli niissä yksi yhteinen nimittäjä. *Uusi suunta hoidolle voitiin valita vastaanottotilanteen huolellisella rakentamisella.* Kaikissa tapauksissa jo vastaanottokokouksessa työryhmä kytkeytyi perheeseen siten, että syntyi entistä todellisempi ymmärrys ongelmasta. Kun sosiaalisesta verkostosta ei ollut löydettävissä voimavaroja, keskittyi työryhmä rajasysteemin ja potilaan sisäisen maailman ongelmiin. Tämä selvästi rajatun ongelman löytyminen ilmeisesti osittain selittää sitä, että pienen verkoston kanssa toimiessa vastaanottoryhmän jäsenet kunnioittivat ja huomioivat toisiaan hyvin. Sisäisen keskustelun herättämisessä työryhmä luonnostaan toimii hienotunteisemmin, koska liikutaan potilaan henkilökohtaisella alueella. Sosiaalisen verkoston suhteita käsiteltäessä käytetään usein selvempiä ja karrikoivampia ilmaisuja. Tämä vastaanottoryhmän optimaalisen toiminnan merkitys tuli esille useissa hoitoa kuvaavissa muuttujissa.

Vaikka hoitajakso oli vain yksi osa kokonaishoitoprosessissa, näyttää vastaanottotilanne antavan mahdollisuuden uuden syntymiselle. *Jos tällaiset uudet kehitystekijät eivät synny vastaanottotilanteessa, on niitä hyvin vaikea synnyttää myöhemmin hoitajakson aikana. Uusi kriisi antaa aina uuden mahdollisuuden myös muutokseen.* Mahdollisuuksien käyttäminen näyttää edellyttävän vastaanottokokouksen työryhmän optimaalista toimintaa.

Vastaanottoryhmän huonoksi arvioitua toimintaa ei voi kuitenkaan pitää syynä hoito-ongelmien jatkumiselle. Tämä ilmeni siitä, että myös huonosti onnistuneissa hoidoissa saattoi vastaanottoryhmä toimia hyvin eikä mitään muutosta alkanut tapahtua. Rajasysteemissä työryhmä on vain yksi vuorovaikutuksen osapuoli. Työryhmän ja perheen toisiinsa kytkeytyminen saattaa onnistua hyvin, mutta siitä huolimatta potilas valitsee ongelmien jatkumisen tien. Tämä ilmeni tapausesimerkeissä 30 ("Sairaalassa koko ajan"). Potilas itse valitsi makaamisen osastolla liikkeellelähtemisen sijasta. Hoitava työryhmä ei kyennyt millään keinoilla luomaan tilannetta toisenlaiseksi. Tällaisessa tilanteessa optimaalisesti toimiva työryhmä määrittelee hoitosuhteen sellaiseksi, että muutokseen ei pyritä. Tavoitteena voi olla potilaan hengissä pitäminen ja mahdollisen itsemurhan todennäköisyyden pienentäminen.

Svenin kanssa käyty terapiaprosessi kuvaa, kuinka ongelmaa sinällään ei ratkaistu, vaan ongelman luoma toimintajärjestelmä lopetettiin. Vastaanottoryhmä käsitteli ensin rakenteellisella tasolla osaston ja Svenin systeemiä, koska se oli ensimmäisenä esillä. Vasta tämän suhteen määrittelyn jälkeen oli mahdollista siirtyä reflektiivisen työskentelyn avulla sisäiseen dialogiin erityisesti kuolleen vaimon mielikuvan kanssa. Samanlainen ongelman määrittelemän systeemin lopettaminen tapahtui myös muissa tapausesimerkeissä. Se ei suinkaan poistanut oireita tai hoidon

tarvetta, vaan antoi mahdollisuuden astua yhden askeleen eteenpäin, kuten Tuulikille tapahtui. (ks Goolishian & Windermann, 1988).

*Työryhmän terapeutinen työskentely näyttää olevan tässä hoitojärjestelmässä yleispätevä toimintatapa.* Vaikeissa ongelmissa oli kaikissa yritetty sekä yksilöpsykoterapiaa, perheterapiaa että verkostoterapiaa. Mikään näistä hoitomenetelmistä ei ollut riittävä. Sen sijaan yhteisessä koevoluutiosysteemissä voitiin ymmärtää sekä aiempia epäonnistumisia että saada kehitys uudelleen liikkeelle. Ratkaisevan tärkeää on kokonaiskuvan muodostaminen. Vaikka Svenin kanssa työskenneltiin pääosin sisäisten mielikuvien alueella, suuntautui tämän työn vaikutus sosiaaliseen verkostoon. Svenin sosiaalinen aloitteellisuus lisääntyi. Tämä on verkostoterapian yksi perustavoite. Svenin omat voimavarat kasvoivat siten, että hän saattoi muuttaa suhdetta sukulaisiinsa ja luoda uusia suhteita. Yksilökeskusteluissakin saattavat potilaan omat voimavarat kasvaa itsetuntemuksen lisääntymisen kautta, mutta se ei näin suoraan vaikuta sosiaaliseen verkostoon. Svenin tapauksessa työryhmä oli sosiaalisen verkoston edustaja ja työryhmän reflektiivinen keskustelu yksi sosiaalisen vuorovaikutuksen muoto, missä Sven oli osallisena. Kahdenkeskisessä yksilöpsykoterapiakeskustelussa on vaikea tuoda tällaista sosiaalista tekijää mukaan, koska potilaalla itsellään ei ole riittävästi sisäistä oivalluskykyä.

### 7.3.6.1. Vertailu systeemisen kriisi-intervention ohjelmaan

Houstonissa Yhdysvalloissa toimii Gutsteinin johtama työryhmä, joka on kehittänyt nuorten kriisihoitoon erityisen hoitomallin (Systemic Crisis Intervention Program –SCIP). Heidän tutkimustuloksensa sopivat hyvin yhteen tämän tutkimuksen lähtökohtien ja tulosten kanssa. Työtään he ovat kuvanneet kahdessa artikkelissa (Gutstein, 1987; Gutstein ym., 1988).

SCIP-ohjelman kohteena on avohoidossa toteutettava nuorten kriisihoito. He valikoivat nuoret ohjelmaansa. Ohjelma on tältä osin erilainen kuin tämän tutkimuksen hoitomalli, jota toteutetaan kaikkiin tapauksiin myös sairaalassa. Gutstein olettaa (1987) nuorten ongelmakäyttäytymisen taustalla olevan perheen suhteiden katkeamisen ulkopuoliseen sosiaaliseen verkostoon. Perheen raja sulkeutuu siten, ettei ulkopuolinen verkosto pääse vaikuttamaan perheen elämään. Tämä ajatus on samankaltainen kuin Halevy–Martini ym. (1984) ja Pattisonien (1981) esittämä.

Gutstein analysoi tarkkaan näiden perheiden toimintatapaa. Hänen mukaansa tärkein tapahtuma tässä sosiaalisen verkoston merkityksen vähenemisessä on perheen rajan sulkeutuminen suhteessa sukuun. Perhe fragmentoituu erilliseksi jäykäksi yksiköksi, joka muodostaa oman todellisuutensa. Koska ulkopuolinen suku ei enää pääse vaikuttamaan perheeseen, kasvaa toisiin perheenjäseniin kohdistuvat vaatimukset kohtuuttomiksi. Vanhempien pitäisi vastata myös niistä tehtävistä, joita isovanhemmat ja vanhempien sisarusverkosto toteuttaa. Verkoston tiheys kasvaa niin, että kaikkiin

ihmisiin on vain hyvin tiiviit suhteet. Näissä perheissä kaikki muutokset käyvät sietämättömiksi. Vanhemmat eivät kestä nuorten yritystä luoda suhteita perheestä ulospäin.

Tuottamalla häiriöitä tällaiseen verkostoon nuoret luovat kriisin, joka antaa mahdollisuuden avata perheen sulkeutunut raja. Gutsteinin mukaan kriisin tullessa niin vakavaksi, että vanhemmat alkavat harkita nuoren karkottamista pois kotoa, alkaa kriittinen ajanjakso. Kriittisen jakson aikana perhe voi muuttua. SCIP ohjelmassa toimenpiteet tehdään tänä ajanjaksona. Kuusihenkinen työryhmä ottaa vastuun kaikista hoitotoimenpiteistä. He ovat valmiit tapaamaan yhtä hyvin potilaan yksin kuin 30 hengen verkoston. Aluksi kukin työryhmän jäsen haastattelee yksin ongelmaan eniten kietoutuneet ihmiset. Tätä seuraavassa kriisi-istunnossa työntekijät sitten toimivat perheenjäsenen asianajajina. He keskustelevat keskenään haastattelemansa perheenjäsenen puolesta perheen kuunnellessa tätä keskustelua. Perheen jumiutunut sisäinen maailma ikäänkuin ulkoistetaan. Tähän ulkoistamiseen tarjoaa kriisi mahdollisuuden. Gutstein (1987) pitää kriisiä "transitionaalitilana", jonka avulla siirrytään uudelle kehitysvaiheelle.

Gutsteinin työryhmä saavutti hyvät tulokset näin verkostoa mobilisoimalla (Gutstein ym., 1988). Samoin kuin tässä tutkimuksessa ongelmallisimmiksi tulivat ne tapaukset, jotka olivat jo luovuttaneet perheen funktioita hoitojärjestelmälle. Näiden potilaiden kohdalla oli käytettävissä hyvin vähän sosiaalista verkostoa.

Gutsteinin työryhmän hoitoteoria ja tutkimuksen tulokset auttavat ymmärtämään tämän tutkimuksen havaintoja. Tärkeäksi tekijäksi nousee vastaanottoryhmän vuoropuhelun synnyttäminen. Potilaiden perheet ovat eristäytyneet muusta verkostosta, jolloin yksikön sisäinen, "monologinen" maailmankuva tulee tärkeimmäksi. Kun perheen yhteydet ulospäin sulkeutuvat, loppuu myös vuoropuhelu. Gutsteinin työryhmä käynnistää dialogia "asianajajien" toiminnalla. Meidän hoitokokouksissamme dialogi synnytetään reflektiivisessä keskustelussa. Työryhmän jäsenet kuuntelevat perheen puhetta. Tämän jälkeen he keskenään keskustellen synnyttävät dialogia, jonka lähtökohtana on perheen kokemukset. Työryhmä voi keskustella usealla kielialueella. Se voi pohtia verkoston suhteita tai potilaan sisäistä kokemusmaailmaa.

Gutsteinin työryhmä on kyennyt hyvin täsmentämään verkostotyön kohteen. Kaikissa tapauksissa ei tarvitse kutsua koolle suurta verkostokokousta. Huomion keskipisteessä on perheen raja verkostoonsa. Verkoston osallistujat valitaan kussakin tapauksessa erikseen perheen senhetkistä kokemusmaailmaa vastaavasti. Tärkeintä ei ole valittava hoitomenetelmä, vaan hoitavan työryhmän pysyvyys. Työryhmän tulee olla valmis toimimaan kaikilla tarvittavilla sosiaalisen verkoston sektoreilla.

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan tärkeäksi tulee myös perheen suhde hoitojärjestelmään. Ongelman juuttuminen paikoilleen tapahtuu usein sairaalan ja perheen rajalla. Jokainen uusi kriisi antaa mahdollisuuden tarkastella tätä suhdetta. Pohtimalla omaa asemaansa hoidossa sairaala synnyttää dialogia.

### 7.3.6.2. Sosiaalinen, egosentrinen ja sisäinen kieli

Gutsteinin kuvaama hoitomalli auttaa ymmärtämään sosiaalisen verkoston rajoja ja eri "kielialueita". Tässä esityksessä ei kuitenkaan huomioitu potilaan sisäisen maailman eri kielialueita.

Maturanan (1988) mukaan sosiaalisen organisaation muutos on aina keskusteluprosessin muutosta. Systemit säätelevät toimintaansa kielessä. Andersenin mukaan (1987) terapeuttisen toiminnan tavoitteena on potilaan sisäisen reflektion muutos. Reflektiivistä keskustelua voidaan käydä sekä sosiaalisessa todellisuudessa että sisäisenä reflektiona. Tässä suhteessa sisäinen reflektio on tärkeämpi.

Neuvostoliittolainen psykologi Vygotsky (1970) on luonut teorian kielen kehityksestä. Wertsch (1985) on pyrkinyt liittämään Vygotskyn kielipsykologisen teorian semioottiseen merkitysten syntyä selvittävään tutkimukseen. Hoitokokouksissa tapahtuvan terapeuttisen muutoksen ymmärtämiseksi seuraavassa selvitetään Vygotskyn teoriaa.

Vygotskyn mukaan kieli kehittyy kolmessa vaiheessa. (1) Sosiaalinen puhe on ensimmäinen ja kaikkein yleisin kielen käyttöalue. Lapsi ohjaa käyttäytymistään vanhempien ohjeiden perusteella. Sosiaalisen puheen avulla lapsi voi kommunikoida vanhempiensa ja muun ympäristön kanssa. Hänen toimintaansa ohjaavat kuitenkin vanhemmat ja ympäristö, ei hän itse. Myöhemminkin sosiaalinen puhe on kielen yleisin käyttöalue.

Kielen tehtävä on ohjata käyttäytymistä. Oman käyttäytymisen ohjaaminen lisääntyy ratkaisevasti (2) egosentrisen puheen aikana. Tämä vaihe on lapsella n 3–7 ikävuoden välillä. Tunnusomaista sille on lapsen puhuminen itsekseen ääneen. Tällä tavalla ääneen puhumalla lapsi ohjaa itse tekojaan. Egosentrisessä puheessa lapsi siirtää ympäristön aiemmin toteuttamaa ohjaustoimintaa omaan psykologiseen maailmaansa. Tämä tapahtuu synnyttämällä dialogia omassa mielessä ympäristön eri edustajien kesken. Ihmisten välillä tapahtuva dialogi siirtyy lapsen sisäiseen psykologiseen maailmaan. Egosentrinen puhekin jää psykologiseen rakenteeseen. Sen avulla ihminen voi opetella vaikeita ja uusia asioita.

Kielen kehityksessä egosentrinen puhe on (3) sisäisen puheen esivaihe. Sisäisessä puheessaan ihminen ohjaa omaa käyttäytymistään. Sisäinen puhe on perusteiltaan dialogista. Dialogin merkitys kielessä on siinä, että sen avulla yksilö voi supistaa laajaa "havaintomassaa" (apperceptual mass), jonka hallinta muuten kokonaisuutena olisi mahdotonta. Tämän aineiston lyhentäminen tapahtuu jakamalla asiat dialogissa kuulijoiden kesken. Samalla se merkitsee sitä, että asiat irroitetaan yhteyksistään. Sosiaalisen puheen vaiheessa puhutaan paikalla olevasta todellisuudesta. Se määrää käyttäytymisen. Sisäisen puheen kehitysvaiheessa asiat irroitetaan yhteyksistään siten, että yleistävä keskustelu on mahdollista. Näin kehittyneessä kielessä sosiaalisessa vuorovaikutuksessa puhutut asiat saavat aina vastineensa myös sisäisen kielen dialogissa.

Svenin hoidon kulkua (tapausesimerkki 28) voi tarkastella tällaisena kielen kehityksen proses-  
sina. Svenin sisäinen puhe näytti juuttuneen monologiksi, jossa Saaran muisto määräsi kaikkea  
todellisuutta. Hoitokokouksessa tästä kokemusmaailmasta tehtiin haastattelun ja työryhmän sisäisen  
keskustelun kautta ulkoista. Tavanomainen haastatteluhan on yleensä sosiaalista puhetta, jolla ei  
ole paljon kosketusta sisäiseen kokemusmaailmaan. *Sen sijaan hoitokokouksen keskustelussa  
syntyvä reflektiivinen keskustelu on yhteydessä potilaan (ja muidenkin perheenjäsenten) sisäiseen  
maailmaan.* Puhumalla potilaan kertoman pohjalta työryhmän jäsenet käyvät eräänlaista egosentristä  
keskustelua. Tällainen keskustelu ei luonnollisesti ole yksilön omaa egosentristä puhetta, mutta sillä  
on samoja psykologisia merkityksiä yksilölle. Tämä egosentrinen puhe ei ole vielä potilaan  
sisäistä puhetta, vaan sen esiastetta. Sven oli menettänyt mahdollisuuden sisäisessä dialogissaan  
ohjata elämäänsä eteenpäin. Kun työryhmän jäsenet puhuivat keskenään tästä kokemusmaailmasta,  
he tarjosivat Svenille itselleen mahdollisuuden nähdä ulkopuolelta jotain hänen sisäisestä maailmas-  
taan.

Wertsch (1985) referoi erilaisia egosentrisen ja sisäisen puheen tutkimuksia. Eräässä Gouden  
tekemässä tutkimuksessa selvitettiin lasten käyttämän egosentrisen puheen määrää etäisten ja lapsen  
lähelle tulevien aikuisten seurassa. Lapset käyttivät poikkeuksetta egosentristä puhetta enemmän  
emotionaalisesti lähellä olevien aikuisten seurassa. Wertsch olettaa tämän johtuvan siitä, että lapset  
pitävät näitä aikuisia potentiaalisina avun lähteinä. Näin egosentrisenkin puhe on kom-  
muniikaatiomuoto eikä pelkästään oman toiminnan ohjaamista. Ilmeisesti hoitokokouksessa oikean  
*kielialueen löytäminen on edellytys sille, että työryhmän herättämä "egosentrinen" puhe voi  
sisäistyä.* Työryhmän on kuultava tarkkaan potilasta, jotta tälle tulisi tunne siitä, että työryhmä voi  
auttaa. Tällainen tunnekokemus herättää enemmän potilaan omaa egosentristä ja sisäistä dialogia.

Tutkimuksen ensimmäisen osan koevoluutioanalyysin perusteella näyttää siltä, että työryhmä  
keskustelee reflektiivisesti enemmän ja joustavammin hyvin toimivan perheen kanssa. Jotta  
työryhmän keskinäinen keskustelu voi saada egosentrisen puheen merkitystä, täytyy perheen päästää  
työryhmä lähelleen. Esimerkiksi vihamielisesti tai jäykästi käyttäytyvän perheen kanssa työryhmän  
keskinäinen keskustelu väheni. Tällaisen perheen kanssa on hyvin vaikea löytää yhteinen kielialue.

#### 7.4. Hoitotapahtumat vuoden kuluessa

Tutkimuksen kohteena olevan hoitojakson vaikutusta potilasuraan tutkittiin kirjaamalla sairaala-  
hoitopäivät ja sairaalahoitokerrat 1 vuosi ennen hoidon alkua ja 1 vuosi hoidon aloituksen  
jälkeen. Tämänkaltaista hoidon vaikutuksen mittausmenetelmää on käyttänyt Schoenfeld työtove-  
reineen (Schoenfeld ym., 1987) tutkiessaan verkostoterapian vaikutusta skitsofreniapotilaiden  
psykkiseen sairastamiseen. He kirjasivat sairaalahoitomäärät 2 vuotta ennen ja 2 vuotta hoidon  
jälkeen.

Sairaalahoitopäivien ja sairaalahoitokertojen määrää verrataan myös viisi vuotta sitten  
tapahtuneisiin hoitoihin Keroputaan sairaalassa.

##### 7.4.1. Poliklinikan ja sairaalan ryhmien erot hoidon määrässä

Taulukossa 56 esitetään sairaalahoitokertojen määrät poliklinikan ja sairaalan ryhmissä 1 vuosi  
ennen vastaanottokokousta ja 1 vuosi hoitojakson jälkeen.

*TAULUKKO 56. Sairaalahoitokertojen keskiarvo poliklinikan ja sai-  
raalan ryhmissä 1 vuosi ennen ja 1 vuosi vastaanotto-  
tapahtuman jälkeen*

Ajankohta	Poliklinikka		Sairaala		Koko aineisto	
	Ka	Kh	Ka	Kh	Ka	Kh
1 vuosi ennen vastaan- ottokokousta	0.68	1.49	1.29	1.73	1.04	1.65
1 vuosi hoitojakson jälkeen	0.69	1.03	1.86	2.38	1.36	2.05 <sup>a</sup>

$$a:t=-2.48;p=.015$$

Sairaalahoitokertojen keskiarvojen eroja verrattaessa t-testillä ei ilmennyt merkitseviä  
muutoksia. Poliklinikan ryhmässä sairaalahoitokertojen määrä näyttää pysyneen keskiarvoltaan  
samana. Hajonnan pienenemisestä voi olettaa, että sairaalahoitokertoja on ollut harvemmallalla  
potilaalla kuin vuosi ennen vastaanottokokousta. Sairaalaan tulleilla potilailla sairaalahoitokertojen  
keskiarvo on hieman noussut, mutta samaan aikaan hajonta on lisääntynyt. Tästä voi olettaa, että  
sairaalahoitokerrat ovat jakautuneet useamman potilaan kohdalle vuoden aikana.

Yksi vuosi ennen vastaanottokokousta ei poliklinikan ja sairaalan ryhmien välillä ollut  
sairaalahoitokertojen määrässä merkitsevää eroa. Sen sijaan yhden vuoden kuluttua on poliklinikan

ja sairaalan hoitoryhmissä tilastollisesti merkitsevä ero ( $p=.015$ ). Tämä ero merkitsee sitä, että vastaanottotilanteessa päätetty sairaalahoito ennusti useampia sairaalahoitokertoja vuoden aikana.

Seuraavassa tarkastellaan poliklinikan ja sairaalan hoidon eroja sairaalahoitopäivien suhteen vuoden aikana.

**TAULUKKO 57.** *Sairaalahoitopäivien keskiarvo poliklinikan ja sairaalan ryhmissä 1 vuosi ennen vastaanottokokousta ja 1 vuosi hoitojakson jälkeen*

Ajankohta	Poliklinikka		Sairaala		Koko aineisto	
	Ka	Kh	Ka	Kh	Ka	Kh
1 vuosi ennen vastaanottokokousta	9.50	27.55	29.60	49.60	21.56	43.10 <sup>a</sup>
1 vuosi hoitojakson jälkeen	16.46	49.45	44.10	62.38	33.04	58.78 <sup>b</sup>

$a: t=-1.98; p=.049$

$b: t=-2.00; p=.047$

Sairaalahoitopäivien määrän eroja verrattaessa todettiin poliklinikkaryhmän sairaalahoitopäivien määrän pysyneen keskiarvoltaan samana 1 vuosi ennen ja 1 vuosi hoitojakson jälkeen. Sen sijaan sairaalaryhmässä sairaalapäivien määrä lisääntyi jonkin verran. Ero ei ollut kuitenkaan merkitsevä. Vaikka poliklinikan ryhmän hoitopäivien keskiarvo nousi, oli ryhmän sisäinen hajonta niin suuri, että tilastollisesti hoitopäivien määrä pysyi ryhmässä samana. Yksittäistapaukset voivat olla pitkäänkin sairaalassa, mutta se ei vaikuta polikliinisen hoidon kokonaiskuvaan. Polikliinisella hoidolla voitiin taata se, että kriisi ei lisännyt sairaalahoitopäivien määrää. Alunperin poliklinikan ryhmässä sairaalahoitopäiviä on vähemmän kuin sairaalahoitoryhmässä. 1 vuoden seurantajakson perusteella sairaalahoidon merkitys kasvoi entisestään niiden potilaiden kohdalla, jotka jo ennestään olivat olleet sairaalassa. Sairaalahoitopäiviä oli poliklinikan ryhmällä lähes merkitsevästi vähemmän sekä yksi vuosi ennen vastaanottokokousta että yksi vuosi hoitojakson jälkeen ( $p=.049$  ja  $.047$ ).

#### 7.4.2. Sairaalahoitokertojen määrään liittyvät tekijät

Vuoden aikana sairaalahoitokertojen määrä vaihteli 0:sta 12:een sairaalahoitokertaan. Uusiutuvia sairaalahoitoja ei ollut 35:lla potilaalla (50 %). Yhden kerran sairaalassa oli 13 potilasta (19%). Kahdesta neljään kertaan oli sairaalassa 15 potilasta (21%) ja yli 5 kertaa sairaalassa oli 7 potilasta (10%) vuoden seuranta-aikana.

Sairaalahoitokertoihin liittyviä tekijöitä tarkasteltiin sekä ristiintautulukoiden että varianssianalyysin avulla. Sairaalahoitokerrat luokiteltiin ylläolevalla tavalla.

Poliklinikan ja sairaalan ryhmien eroja sairaalahoitokertojen määrässä vertailtaessa voidaan tarkastella sitä, onko hoitotavan valinta ollut oikea vastaanottotilanteessa. Taulukossa 58 on esitetty sairaalahoitokertojen jakauma poliklinikan ja sairaalahoitoryhmien välille.

**TAULUKKO 58. Sairaalahoitokerrat poliklinikan ja sairaalan ryhmissä**

Uudet hoitokerrat	Sairaalahoitokerrat				Yhteensä	
	Poliklinikka		Sairaala			
	N	%	N	%	N	%
0	19	68	16	38	35	50
1 kerta	3	11	10	24	13	19
2-4 kertaa	6	21	9	21	15	21
yli 5 kertaa	0	0	7	17	7	10
Yhteensä	28	100	42	100	70	100

$\chi^2 = 9.19; p = .027$

Sairaalahoitokertojen määrä eroaa poliklinikan ja sairaalan ryhmissä. Poliklinikan ryhmässä 19 (68%) potilaalla ei ollut vuoden aikana sairaalahoitoa. Poliklinikan potilaista 9 joutui tulemaan vuoden aikana sairaalahoitoon (yhteensä 32%). Sairaalaan sisäänkirjoitetuista potilaista yhteensä 26 (62 %) kävi uudelleen sairaalahoidossa vuoden aikana. Kaikkein useimmin sairaalassa vuoden aikana käyneet potilaat valikoituivat jo vastaanottotilanteessa. Todennäköisesti he ovat käyneet myös ennen tutkimusta sairaalassa useimmin.

Mielenkiintoista on se, että 32% poliklinikalle tulleista potilaista turvautui vuoden aikana sairaalahoitoon. Vaikka neljän kuukauden kuluttua hoidon alusta voitiin todeta hoitopaikkaratkaisun olleen oikean kaikissa muissa paitsi yhdessä tapauksessa, ei sairaalahoidolta voitu kokonaan välttyä vuoden aikana.

Sairaalahoitokertojen eroja hoitoryhmittäin verrataan taulukossa 59.

**TAULUKKO 59. Sairaalahoitokerrat hoitoryhmittäin**

Uudet hoitokerrat	I ryhmä		II ryhmä		III ryhmä		Yhteensä	
	N	%	N	%	N	%	N	%
0	11	79	12	50	12	38	35	50
1 kerta	1	7	6	25	6	19	13	19
2-4 kertaa	1	7	4	17	10	31	15	21
yli 5 kertaa	1	7	2	8	4	13	7	10
Yhteensä	14	100	24	100	32	100	70	100

$\chi^2 = 6.57; p = .037$  (kun kaikki yli 1 kertaa laskettu yhteen)



Taulukon 59 mukaan pienet hoitokertojen määrät painottuivat ensimmäisen hoidon ryhmään. Tämän ryhmän potilaista vain kolmella (3/14) oli uusiutuva sairaalahoitokerta. Uusiutuvan hoidon ryhmässä 12 potilaalla ei ollut uutta hoitokertaa.

Useat sairaalahoitokerrat painottuvat uusiutuvan hoidon ja pitkäaikaishoidon ryhmän potilaisiin. Puolella uusiutuvan hoidon ryhmän potilaista oli enemmän kuin yksi hoitokerta (12/24). Pitkäaikaishoidon ryhmässä näin tapahtui kahdessa kolmasosassa tapauksia (20/32). Mitä enemmän potilaalla oli hoitohistoriaa, sitä useammin hän oli sairaalahoidossa myös tämän tutkimusvuoden aikana.

Potilaalle tulotilanteessa annetun diagnoosin merkitystä sairaalahoitokertojen määrässä arvioitiin siten, että psykoottisia oireita sisältävät diagnoosit (luokat 2–5) koottiin yhdeksi ryhmäksi ja muut psykiatrisia oireita kuvaavat diagnoosit (luonnehäiriöt, neuroosit) toiseksi luokaksi (6–9). Tähän luokitteluun ei otettu mukaan niitä havaintoyksikköjä, joiden ensisijainen diagnoosi oli alkoholiongelma tai kehitysvamma (ks. taulukko 3).

*Diagnoosiryhmittäin ei uusiutuvien sairaalahoitokertojen määrässä ollut merkitsevää eroa.* Ei psykoottisten diagnoosien luokassa oli todennäköisesti enemmän niitä, jotka eivät tulleet vuoden aikana sairaalahoitoon. Toisaalta tässä luokassa oli yhtä paljon kuin psykoottisten luokassa usean hoitokerran potilaita (yli 2 hoitokertaa).

Lineaaristen muuttujien eroa sairaalahoitokertoittain tarkasteltiin laskemalla kussakin sairaalahoitokertaryhmässä keskiarvo. Taulukossa 60 esitetään tämän yksisuuntaisen varianssianalyysin tulos kokoomana.

**TAULUKKO 60.** *Sairalahoitokertojen yhteys hoitotapahtumamuuttujiin, verkostostomuuttujiin ja potilaan ominaisuuksiin, keskiarvot*

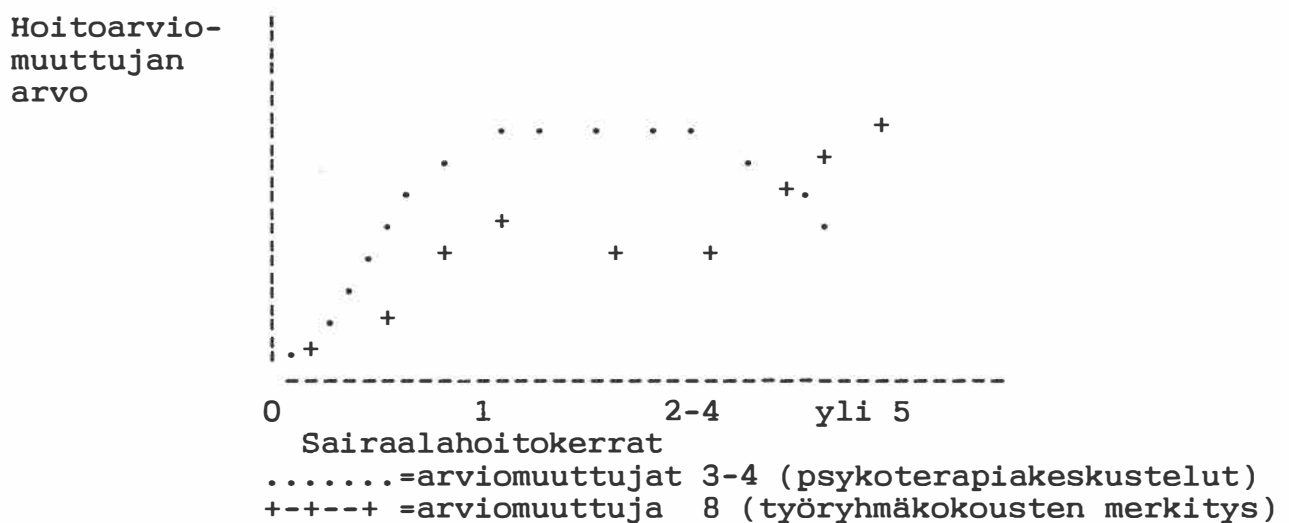
Muuttujat	Sairalahoitokerrat				p-arvo
	0(N=33)	1(N=11)	2-4(N=15)	yli 5(N=7)	
(1)Vastavuoroinen vuorovaikutus verkostossa	9.82	7.36	4.67	5.83	.006
(2)Sairaalapäivien määrä 4 kk:ssa	10.14	32.54	37.33	40.29	.003
(3)Psykoterapia-keskust.määrä 4kk	1.29	4.31	4.87	2.43	.014
(4)Niiden merkitys hoidolle 4 kk	0.23	0.69	0.60	0.43	.025
(5)Työryhmäkokousten merkitys 4 kk	0.31	0.77	0.53	0.86	.036
(6) Potilaan GAS 4 kk:ssa	5.63	4.62	5.07	3.86	.011

Taulukossa 60 olevat tiedot on kerätty sekä hoidon alussa (verkoston vastavuoroinen vuorovaikutus) että neljän kuukauden seurannan aikana. Nämä tiedot näyttävät ennustavan myös tulevaa sairaalahoitoa yhden vuoden aikana.

Potilaan sosiaalisen verkoston ominaisuudet vaikuttavat sairaalahoitokertojen määrään. *Jos potilaalla on verkostonsa kanssa vastavuoroisia vuorovaikutussuhteita, selviää hän todennäköisemmin ilman sairaalahoitoa tai yhdellä sairaalahoitokerralla.* Sairaalahoitokertojen toistumiseen useammin kuin kaksi kertaa ei vastavuoroisen vuorovaikutussuhteiden määrällä näytä olevan vaikutusta. Muut sosiaalisen verkoston ominaisuudet eivät eronneet sairaalahoitokertojen suhteen. Tämän mukaan siis verkoston vastavuoroisen vuorovaikutussuhteiden määrä oli erottelvin verkoston ominaisuus. Potilaan verkoston rakennetta tai kokoa kuvaavat muuttujat eivät erotelleet sairaalahoitokertojen määrää. Tämä tulos tukee Israelin (1985) esittämää teesiä, että verkoston laadulliset ominaisuudet ovat tärkeämpiä terveyden ennustetekijöitä.

### 7.4.3. Sairaalahoitokerrat vuoden aikana

Sekä sairaalahoitopäivien määrä neljän kuukauden aikana (muuttuja 2 taulukossa 60) että hoitavan työryhmän hoidon vaikuttavien tekijöiden arviot ennustivat koko vuoden sairaalahoitokertojen määrää. Hoitoarviotekijöiden vaikutuksen selventämiseksi esitetään muuttujien 3–4 (taulukko 60) sijoittuminen sairaalahoitokertojen mukaan graafisesti kuviossa 8. Tässä kuviossa kunkin muuttujan arvot on standardoitu siten, että korkein havaittu keskiarvo saa jokaisessa muuttujassa korkeimman arvon. Y-akselilla on esitetty tämä arvo ja x-akselilla sairaalahoitokertojen määrä ryhmiteltyinä.



KUVIO 8. Hoitoarviomuuttujien vaihtelu sairaalahoitokertojen määrän suhteen

Kuviosta 8 ja taulukosta 60 ilmenee, että hoitapahtumien merkityksen arvio erottelee hoitokertojen määrää. Arviomuuttujien välillä on kuitenkin ero. Psykoterapiakeskustelujen määrä ja niiden merkitys hoidolle on suurin 1–4 kertaa sairaalassa olleilla potilailla. Psykoterapiakeskustelujen merkitys vähenee, jos potilas on tätä useammin sairaalassa vuoden aikana. Hoitava työryhmä arvioi neljän kuukauden kuluttua hoidon alusta tekijöiden merkityksen. Arvioiden perusteella näytti valikoituvan se potilasryhmä, joka käytti sairaalaa vuoden aikana useimmin. Sairaalassa 1–4 kertaa olleiden potilaiden hoidossa korostui yksilökeskeinen työskentely. Näillä potilailla on hoidossa ongelmia toistuvien sairaalahoitojen perusteella. Heidän hoidossaan käytetään paljon psykoterapiakeskustelua. Kaikkein useimmin sairaalassa olleiden kohdalla ei psykoterapiakeskusteluilla ollut enää merkitystä.

Useimmin sairaalassa olleiden potilaiden hoidossa tärkeimmäksi arvioitiin työryhmän ja potilaan keskinäiset hoitokokoukset ("työryhmäkokoukset"). Tämä ero viitanee siihen, että *potilaan omaan aktiivisuuteen perustuvilla hoitomenetelmillä (psykoterapiakeskustelut, yhteisöryhmät) voidaan auttaa tiettyyn rajaan saakka*. Kun potilas tulee toistuvasti sairaalaan, kietoutuu hoitava työryhmä ongelmaan. Työryhmäkokoukset tarjoavat paikan etsiä ymmärrystä vaikeaan ongelmaan, missä työryhmä on itse osallisena. Ilmeisesti toistuvien sairaalahoitojen takana on enemmän hoidon ongelmat, kuin potilaan psyykkiset oireet.

Potilaan psyykkisen tilan arvio (GAS mja 6) neljän kuukauden kuluttua hoidon alusta ennusti sairaalahoitokertojen määrää vuoden aikana. Korkein GAS:n arvo oli neljän kuukauden kuluttua niillä potilailla, jotka eivät käyneet vuoden aikana lainkaan sairaalassa. GAS:n arvo ei näyttänyt eroavan sen suhteen, oliko potilas yhden kerran vai 2–4 kertaa sairaalassa. Sen sijaan useimmin sairaalassa olleiden potilaiden GAS oli neljän kuukauden kuluttua alhaisin. Verrattuna vastaanototilanteen arvioon heidän GAS:n arviossaan ei ollut tapahtunut muutosta. GAS:n arvio ei siis ennustanut vielä hoidon alussa sairaalan käyttöä seuraavan vuoden aikana. Neljän kuukauden kuluttua suoritettussa arviossa erottuivat jo sairaalaa paljon käyttävät potilaat muista. *Jos psyykinen toimintakyky ei kohene neljän kuukauden kuluessa, tarvitsee potilas seuraavan vuoden aikana todennäköisesti useasti sairaalahoitoa.*

#### 7.4.4. Sairaalahoitopäivät vuoden aikana

Sairaalahoitopäivien määrä vaihteli 0:sta 260:een. Hoitajakson jälkeen ei 35 potilaalla ollut yhtään uutta hoitopäivää (50 %). Alle 26 vuorokautta oli sairaalassa 13 potilasta (19 %). Yli 27 sairaalahoitopäivää oli 22:lla potilaalla (31 %). Tämän ryhmittelyn mukaisesti etsittiin keskiarvojen eroja. Taulukossa 61 on esitetty sairaalahoitopäivien erottelevat muuttujat.

TAULUKKO 61. Sairaalahoitopäivien yhteys hoitoarviomuuttujiin, verkostomuuttujiin ja potilaan ominaisuuksiin, keskiarvot

Muuttujat	Sairaalahoitopäivät			p-arvo
	0 (N=35)	1-26 (N=13)	yli 27 (N=22)	
(1) Vastavuoroinen vuorovaikutus verkostossa	9.83	5.23	5.74	.003
(2) Sairaalahoitopäivät 4 kk:ssa	10.14	13.93	50.96	.000
(3) Osallistuminen yhteisöryhmiin 4kk	0.69	0.64	1.48	.016
(4) Psykoterapiakeskust. merk. 4kk	0.23	0.43	0.71	.005
(5) Työryhmäkokousten merkitys 4 kk	0.31	0.36	0.90	.001
(6) Potilaan GAS 4 kk:ssa	5.63	4.64	4.67	.021

Taulukosta 61 voi havaita, että sairaalahoitopäivien määrä eroaa samoissa muuttujissa kuin sairaalahoitokertojen määrä. Sosiaalisen verkoston ominaisuudet ovat yhteydessä sairaalahoitopäivien määrään. Niillä potilailla, jotka eivät olleet lainkaan sairaalahoidossa, oli verkostossa paljon vastavuoroisia ihmissuhteita.

Hoitoarviomuuttujissa erot poikkeavat hieman sairaalahoitokertojen eroista. Pisimpään sairaalassa olleet osallistuivat aktiivisimmin yhteisöryhmiin. Yhteisöhoidosta voi ilmeisesti hyötyä pitkissä sairaalahoidoissa. Lyhyen sairaalahoidon aikana ei potilasyhteisöllä ole vielä suurta merkitystä. Samoin psykoterapiakeskustelujen ja työryhmäkokousten merkitys on sitä suurempi, mitä pitempään potilas oli jatkossa sairaalassa. Sairaalahoitopäivien määrä ensimmäisen neljän kuukauden aikana ennusti hyvin sairaalahoitopäivien määrää koko vuonna.

Nämä tiedot viittaavat siihen, että pitkissä hoidoissa yksilökeskeiset hoitomenetelmät korostuvat. Useissa yhteyksissä on jo aiemmin ilmennyt, että lyhyissä hoidoissa vuorovaikutuksellinen ("systeeminen") hoidon aloitus ja läpivienti on etusijalla. Tämä koskee sekä poliklinikalla hoidettuja potilaita että yhden kerran sairaalassa olleita potilaita. Tämänkaltaista tapahtumaa kuvaa Alasen työryhmä tarpeenmukaisen hoidon käsitteellä (Alanen ym., 1986). Hoidossa ei enää toteuteta ennakkosuunnitelman mukaan tiettyä hoitomenetelmää, vaan itse hoitoprosessi valitsee kuhunkin tapaukseen sopivat menetelmät. Ylläolevien tulosten perusteella jo hoidon alun tapahtumista voi päätellä potilaan sairaalan käytön tulevan vuoden aikana.

Potilaan GAS:n arvio neljän kuukauden kuluttua on korkeampi niillä potilailla, jotka eivät ole olleet sairaalassa yhtään uutta kertaa. GAS:n arvio ei poikkea lainkaan sairaalassaolopäivien

suhteen, jos potilas on ollut vuoden aikana sairaalassa. Tässä suhteessa sairaalahoitokertojen määrä on tarkempi hoidon tapahtumien kuvaaja.

### 7.5. Ongelmapotilaiden ryhmä

Edellä esitettyjen hoitoprosessin seurannan tulosten perusteella hoito-ongelmia ei määritä niinkään potilaan psyykkiset oireet tai psykiatrinen diagnoosi. Hoito-ongelmat valikoituvat yhteisessä koevoluutio prosessissa. Hoito-ongelmatapaukset erotettiin ryhmäksi sen mukaan, kuinka paljon he olivat käyttäneet sairaalahoitoa vuoden aikana. Sairaalahoitokertojen ja sairaalahoitopäivien määrän perusteella etsittiin ne potilaat, joiden hoidossa oli vuoden aikana kaikkein eniten ongelmia. Tähän ryhmään otettiin sekä poliklinikan ryhmään että sairaalan ryhmään alun perin sijoittuneita potilaita. Hoito-ongelmaryhmään sijoittumisen kriteerit olivat seuraavat:

- Poliklinikan ryhmään sijoittuneella potilaalla oli vähintään kaksi sairaalahoitokertaa vuoden aikana tai jos hänellä oli vain yksi sairaalahoitokerta, mutta yli 10 sairaalahoitopäivää.
- Sairaalan ryhmään sijoittuneella potilaalla oli vähintään kolme sairaalahoitokertaa tai jos hänellä oli vain kaksi hoitokertaa, mutta oli ollut sairaalassa yli 31 hoitopäivää.

Taulukossa 62 on esitetty näillä perusteilla valittujen potilaiden jakauma hoitoryhmittäin.

**TAULUKKO 62. Hoito-ongelmat ryhmittäin**

	Poliklinikka		Sairaala		Yhteensä	
	N	%	N	%	N	%
<i>I hoitoryhmä</i>	2		1		3	
<i>II hoitoryhmä</i>	3		6		9	
<i>III hoitoryhmä</i>	4		13		17	
<i>Yhteensä</i>	9		20		29	100

Taulukon 62 mukaan hoito-ongelmatapaukset sijoittuvat pääasiassa pitkäaikaishoidon ja uusiutuvan hoidon ryhmään. Pitkäaikaishoidon ryhmän potilaista 53.1% (17 32:sta) sijoittui tähän hoito-ongelmien ryhmään, jossa hoidon aloitus tapahtui usein tuttavallisesti jo totuttua hoitolinjaa vahvistaen. Poliklinikalle hoitoon sijoittuneista kuudesta pitkäaikaishoidon ryhmän potilaasta neljällä oli hoidossa ongelmia myöhemmin. Toisaalta näissä tapauksissa on myös kaikkein onnistuneimmat pitkäaikaishoidon hoidot. Sairaskertomusten perusteella hoito-ongelmapotilaiden ryhmästä otettiin

pois ne, joiden hoito arvioitiin onnistuneeksi paljosta sairaalan käytöstä huolimatta. Näitä tapauksia oli uusiutuvan hoidon ryhmässä kaksi (tapausesimerkit 11, "Jatkuva puolustautuminen ja 22, "Pelottava nuori mies) ja pitkäaikaishoidon ryhmässä 3 (mm. tapausesimerkit 8, "Poliisi puuttuu asiaan" ja 28, "Sven tarvitsee huomiota). Taulukossa 63 esitetään korjattu versio hoito-ongelma-  
tapausten osuuksista eri ryhmissä.

**TAULUKKO 63: Hoito-ongelmat ryhmittäin (tarkistettu kuvaus)**

Ryhmät	Poliklinikka		Sairaala		Yhteensä	
	N	%	N	%	N	%
I	2	28.6	1	5.9	3	12.5
II	3	42.9	4	23.5	7	29.2
III	2	28.6	12	70.6	14	58.3
Yhteensä	7	100	17	100	24	100

Hoito-ongelmia esiintyi vuoden aikana kaikissa hoitoryhmissä. Hoitoryhmien jakauma vastaa suurin piirtein näiden ryhmien osuutta koko aineistossa. Ensimmäisen hoidon ryhmän osuus on pienempi hoito-ongelmissa kuin koko tutkimusryhmässä ja pitkäaikaishoidon ryhmän osuus vastaavasti suurempi. Sen sijaan poliklinikan ongelmahoitojen ryhmässä sekä ensimmäisen hoidon että uusiutuvan hoidon ryhmässä on suhteellisesti enemmän tapauksia. Sairaalahoitoon valikoituineista potilaista taas suurimmat ongelmat on pitkäaikaishoidon ryhmän potilailla.

## 7.6. Hoitotulosten vertailu

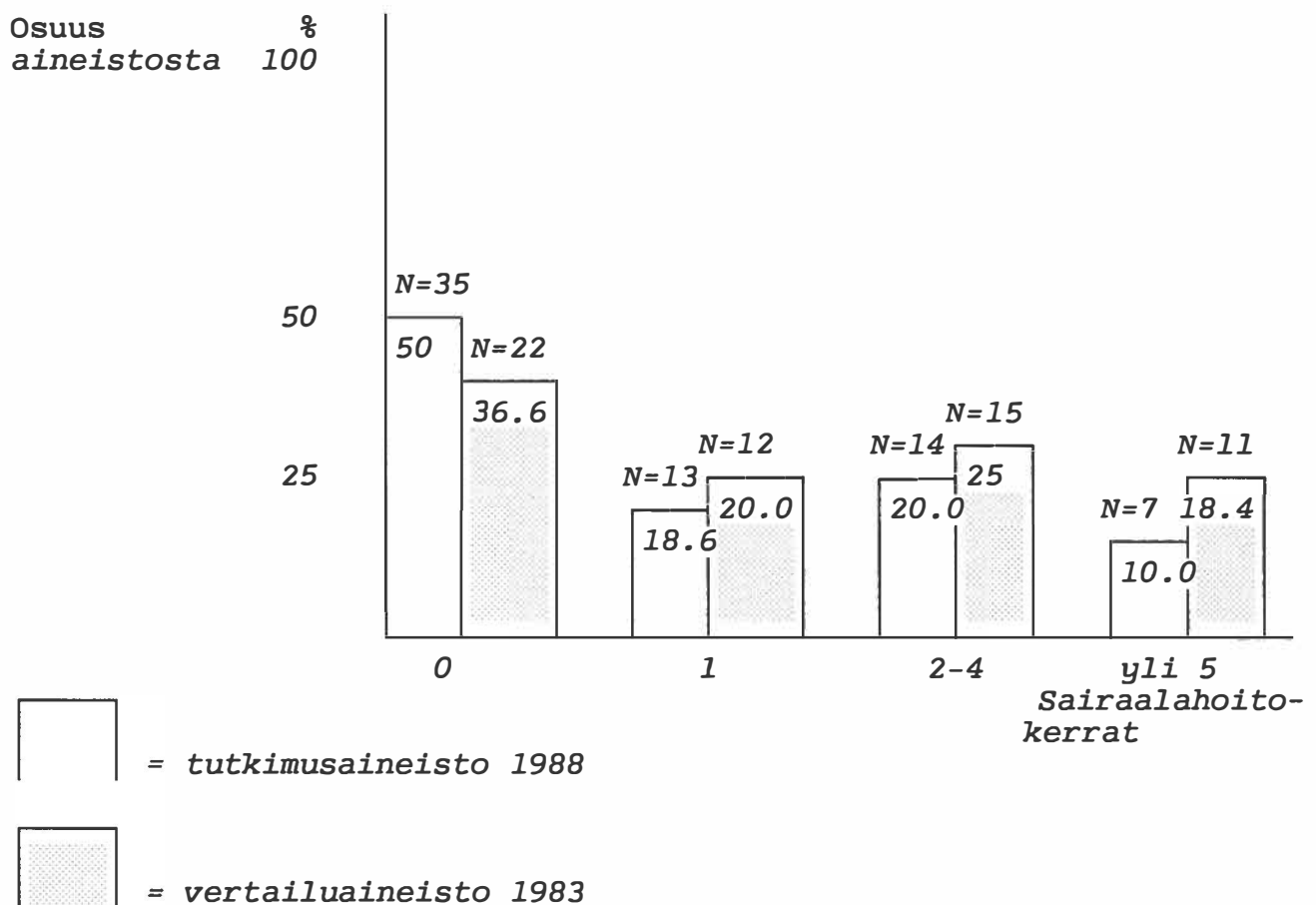
Uuden hoitokäytännön vaikutusta voi arvioida vertaamalla hoitotuloksia sekä viisi vuotta aiemmin saman sairaalan hoitotuloksiin että muihin perhe- ja verkostokeskeisiin sairaalan hoidon tutkimuksiin.

Taulukossa 64 esitetään tutkimus- ja vertailuaineiston sairaalahoitokertojen määrän keskiarvot yhden vuoden aikana.

TAULUKKO 64. Sairaalahoitokertojen ja sairaalahoitopäivien keskiarvot tutkimus- ja vertailuaineistossa

Vuoden aikaiset	Vertailuaineisto 1983		Tutkimusaineisto 1988	
	Ka	Kh	Ka	Kh
Sairaalahoitokerrat	2.75	2.24	2.10	2.22
Sairaalahoitopäivät	59.35	62.48	42.11	64.02

Keskiarvojen perusteella näyttävät viidessä vuodessa sekä sairaalahoitokerrat että sairaalahoitopäivät hieman vähentyneen. Erot eivät olleet kuitenkaan tilastollisesti merkitseviä. Koska potilaat olivat kuitenkin ongelmiltaan erilaisia näissä kahdessa ryhmässä, selvitettiin eroja vielä tarkemmin tarkastelemalla sairaalahoitokertojen ja sairaalahoitopäivien jakaumaa. Nämä jakaumat on esitetty kuvioissa 9 ja 10.

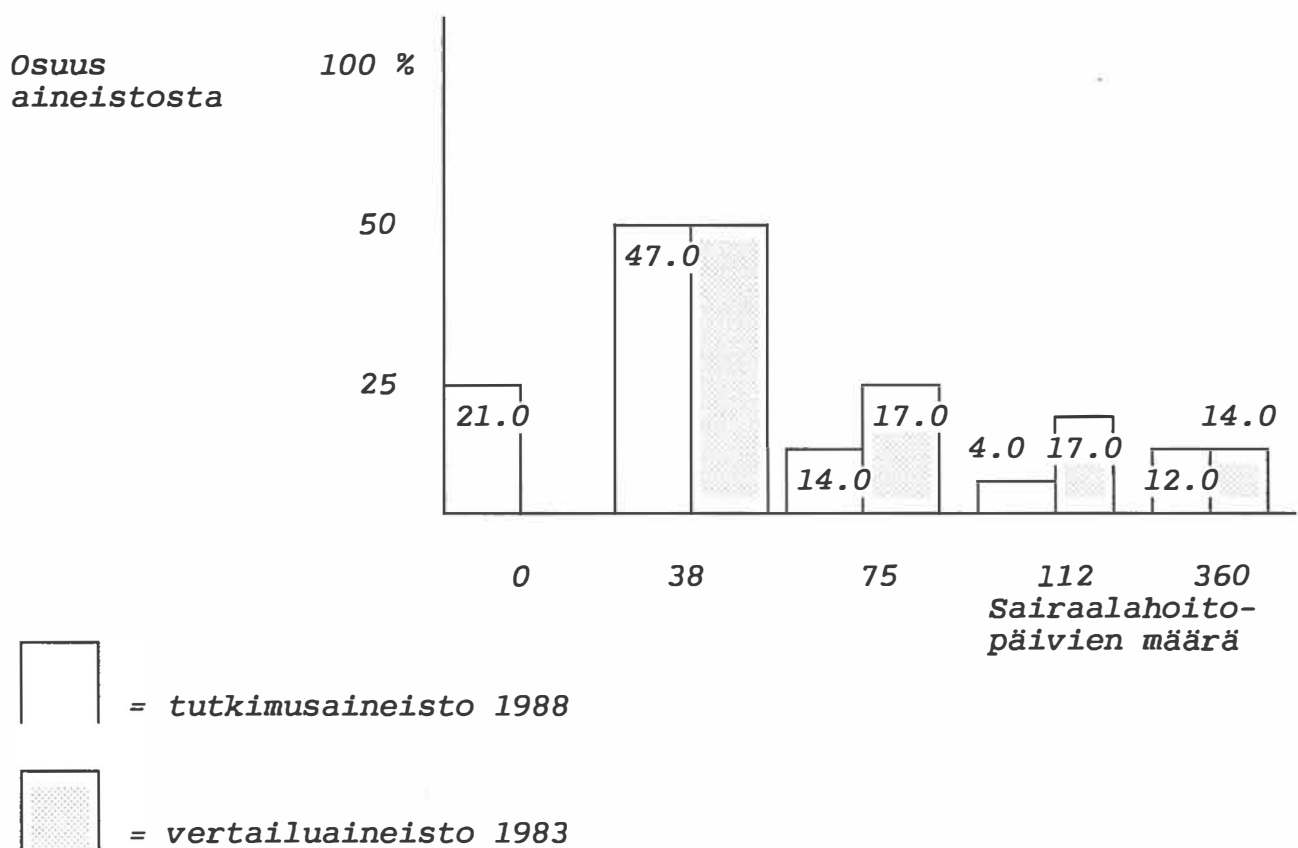


KUVIO 9. Sairaalahoitokertojen jakauma vuosina 1983 ja 1988

Sairaalahoitokertojen jakaumat eroavat kahdessa ryhmässä. Tutkimusaineistosta 50 % selvisi ilman uutta sairaalahoitokertaa. Yhteensä 68.6 % tutkimusaineiston potilaista selvisi korkeintaan

kahdella sairaalahoitokerralla. Enemmistöllä vertailuaineiston potilaista (56.6 %) oli korkeintaan kaksi sairaalahoitokertaa. Tässä ryhmässä on todennäköisesti sellaisia potilaita, joita hoidettiin tutkimusaineistossa ilman sairaalahoitoa. Myös useamman sairaalahoitokerran potilaita oli enemmän vertailuryhmässä. Yli kaksi kertaa sairaalassa oli yhteensä 43.4 % tämän ryhmän potilaista. Tutkimusryhmässä 30 %:lla oli enemmän kuin kaksi hoitokertaa. Koska tutkimusaineiston sairaalahoitokerrat jakautuvat laajemmalle alueelle, ei hoitokertojen keskiarvoissa näkynyt eroja.

Sairaalahoitopäivien erojen jakaumaa vertaillaan kuviossa 10. Koska vuoden 1983 tiedoista ei saanut luotettavasti erotettua hoitajakson aikaisia hoitopäiviä, on tässä kuviossa mukana kaikki sairaalahoitopäivät.



KUVIO 10. Sairaalahoitopäivien jakauma vuosina 1983 ja 1988

Myös sairaalahoitopäivien määrän jakaumassa on ero tutkimus- ja vertailuryhmässä. Enemmistö tutkimusryhmän potilaista oli sairaalahoidossa vähemmän kuin 38 päivää (yhteensä 68 %). Vertailuryhmässä hieman yli puolet oli hoidossa enemmän kuin 38 päivää (yhteensä 53 %). Myös kaikkein eniten sairaalassa olleita potilaita oli vertailuaineistossa (yhteensä 31 %) hieman enemmän kuin tutkimusaineistossa (yhteensä 16%).



Sekä sairaalahoitokertojen että sairaalahoitopäivien määrä on vähentynyt uudessa hoitokäytännössä. Vertailuryhmän potilaiden ongelmat olivat lievemmät kuin tutkimusaineiston potilaiden ongelmat (ks. Taustatiedot). Näistä vertailuista voi tehdä johtopäätöksen, että sairaalahoitoa on voitu korvata kriisiryhmän verkostokeskeisellä työllä. Suuri osa sairaalaan lähetetyistä potilaista ei tarvinnut sairaalahoitoa lainkaan (21%). Sairaalaan tulleiden potilaiden kohdalla ovat pitkät sairaalahoidot vähentyneet. Sairalahoidon tarve on pienentynyt kehittämällä rajasyteemissä yhteistyötä potilaan perheen ja verkoston kanssa.

*Suomalaisiin sairaalahoidon pituutta kuvaaviin tutkimuksiin verrattuna on sairaalahoito lyhennyt.* Alasen työryhmän (Alanen ym., 1986) tutkimuksessa potilaat olivat ensimmäisen vuoden aikana sairaalassa keskimäärin 75 vuorokautta. Heidän tutkimusaineistonsa ensimmäinen sairaalahoito kesti keskimäärin 63 vuorokautta. Salokankaan tutkimusaineistossa (Salokangas, 1977) ensimmäisen sairaalahoidon pituus oli keskimäärin 37.6 vuorokautta. Potilaat olivat tutkimusvuoden aikana sairaalassa keskimäärin 42 vuorokautta. Salokankaan tutkimuksen hoitajaksoit tapahtuivat 99 %:sti viiden kuukauden kuluessa. Tässä tutkimuksessa ensimmäisen neljän kuukauden aikana ensimmäistä kertaa sairaalaan lähetetyt potilaat olivat sairaalassa keskimäärin 5 vuorokautta.

Yllämainitut erot kuvaavat 15 vuoden aikana Suomessa alkanutta psykiatristen potilaiden hoitokulttuurin muutosta. Kun Salokankaan ja Alasen työryhmän tutkimuksissa sairaala on hyvin keskeisellä sijalla kriisien hoidossa, niin tässä tutkimusraportissa kuvatussa hoitomallissa on sairaalahoidon keskeisyyttä voitu ratkaisevasti vähentää. Pääasiassa tämä on tapahtunut sairaalahoidon tarpeen korvaamisella verkostokeskeisellä kriisihoidolla. Itse sairaalahoito on lyhentynyt hieman, mutta ei merkitsevästi.

Hoitomenetelmien tutkimuksista on vaikea löytää vertailuaineistoa. Tuorin (1987) sairaalassa olleiden potilaiden perheterapiaa koskevassa tutkimuksessa 71 % potilaista tuli uudestaan sairaalaan vuoden seurannan aikana. Tämän tutkimuksen potilaista 50 % oli sairaalahoidossa useammin kuin yhden kerran. Aineistojen vertailua vaikeuttaa se, että Tuorin tutkimusaineistoksi valikoitiin skitsofreniadiagnoosin potilaat. Tämän tutkimuksen aineisto on valikoitumatonta. Lisäksi tässä tutkimuksessa ei rajattu tutkittavaa terapiamenetelmää.

Tuorin tutkimuksessa vain yksi ensikertalainen potilas tuli vuoden aikana uudelleen hoitoon. Vastaa luku tässä tutkimuksessa oli 3 potilasta. Falloonin psykologis-kasvatuksellisen perheterapian tutkimuksessa uudelleen sairaalaan tuli 1 18 potilaasta (Falloon ym., 1984). Näiltä osin erityisesti Falloonin mutta myös Tuorin raportoimat hoitotulokset ovat hyviä. Pienten frekvenssien takia vertailuja näiden tutkimusten hoitotuloksista on mahdotonta tehdä. Tuorin tutkimus osoittaa, että ensikertalaisten potilaiden hoidossa tehoaa hyvin myös perinteinen perheterapia. Tämä viittaa siihen, että nämä potilaat eivät ole kietoutuneet hoitojärjestelmään. Tämän vuoksi he voivat itse ohjata omaa elämäänsä ja ottaa myös hyödyn sairaalassa toteutetusta perheterapiasta.

Schoenfeldin tutkimusryhmän (1986) verkostoterapian tuloksiin verrattuna eivät tämän tutkimuksen tulokset olleet yhtä dramaattisia. Heidän tutkimuksessaan tutkimusryhmä valikoitui. Keski-ikä oli 26.5 vuotta kun se tässä tutkimuksessa on 37.9 vuotta. Schoenfeldin tutkimusryhmän vertailuaineistoksi valittiin ne potilaat, joiden kanssa verkostotyö ei ollut syystä tai toisesta onnistunut. Tässä tutkimuksessa kaikki potilaat olivat mukana. Schoenfeldin aineistossa 8 potilasta 20:sta tuli uudelleen sairaalaan seuranta-aikana. Seuranta-aika vaihteli 6 kk:sta 2 vuoteen. Sen sijaan sairaalahoitopäivien määrä väheni selvästi. Nämä potilaat olivat keskimäärin sairaalassa vain 8.9 päivää (tässä tutkimuksessa 33.0 päivää !). Vertailuaineisto oli sairaalassa keskimäärin 67.1 päivää. Verkostoterapiaan valikoituneiden potilaiden kohdalla oli verkostoterapia siis hyvin tehokas hoitomenetelmä. Schoenfeldin työryhmä ei miettinyt sitä, miksi osa verkostoterapiaohjelmasta ei onnistunut.

## 8. POHDINTA

### 8.1. Tutkimustavoitteiden toteutuminen

Tutkimuksen tavoitteeksi asetettiin (1) potilaan vastaanottotapahtuman kuvaus rajasyteemissä, (2) koevoluution kuvausjärjestelmän täsmentäminen sekä (3) potilaan sosiaalisen verkoston merkityksen selvittäminen. Näitä tutkimusongelmia lähdettiin selvittämään osallistuvan toimintatutkimuksen ajatuksen mukaisesti. Tutkija on osa tutkimuksen kohdetta. Tutkimuksen yleinen tehtävä oli tehdä rajasyteemin tapahtumia ymmärrettäviksi ja kehittää tähän liittyvää teoriaa.

*(1) Potilaan vastaanottotapahtuman kuvaus rajasyteemissä täsmentyi.* Tutkimuksen ensimmäisen osan tuloksista luotiin hoitotapahtuman kaavio, missä erotettiin kaksi eri tasoa – rakenteen määräämä ja ongelman määräämä syteemi. Rakenteen määräämän syteemin osat (perheen rakenne, verkoston rakenne, lähettävän tahon rakenne sekä hoitavan työryhmän rakenne) vaikuttavat vastavuoroisesti toisiinsa. Vastaanottotapahtuma alkaa ennen vastaanottokokousta ensimmäisestä yhteydenotosta sairaalan poliklinikkaan. Yhteydenotossa sekä potilas perheineen että mahdollinen lähetteen kirjoittaja määrättävät vastaanoton puitteet.

Tärkeimmäksi tekijäksi nousi potilaan ja hänen perheensä aiemmat hoitokokemukset. Tämän perusteella erottui kolme eri ryhmää: (1) ensimmäisen hoidon ryhmä, (2) uusiutuvan hoidon ryhmä sekä (3) pitkäaikaishoidon ryhmä. Ensimmäisen hoidon ryhmän potilaiden vastaanotossa ongelmat voitiin hoitaa polikliinisenä kriisihoitona. Uusiutuvan hoidon ryhmä oli kaikkein vaikein. Perheen

aiemmat hoitokokemukset painottivat sairaalahoidon merkitystä. Tätä oli vaikea muuttaa. Pitkäaikaishoidon ryhmässä hoitojärjestelmästä oli tullut olennainen osa potilaan verkostoa. Työryhmän tehtävä oli kaikissa tapauksissa ymmärtää perheen toimintasääntö ja suunnitella toimintansa sen mukaisesti.

Perheen toimintasäännön mukaisesti valikoitui myös hoitopaikka. Ensimmäisen hoidon ryhmä sijoittui useammin poliklinikalle, ja pitkäaikaishoidon ryhmä sairaalaan. Uusiutuvan hoidon ryhmässä voitiin juuttua "taisteluun" hoitopaikasta. Mitä enemmän perhe oli jo kietoutunut hoitojärjestelmään aiemman sairastamisen myötä, sitä huolellisemmin työryhmän piti pohtia hoitopaikkaa. Ilman perhettä tullut potilas sijoittui todennäköisemmin poliklinikalle ensimmäisen ja uusiutuvan hoidon ryhmissä. Pitkäaikaishoidon ryhmässä hän sijoittui todennäköisemmin sairaalaan.

(2) *Perheen ja vastaanottoryhmän koevoluutiota* voitiin selvittää vertailemalla perheen ja työryhmän rakennetta toisiinsa. Työryhmän ja perheen toimintaa säätelee eniten kummankin sisäinen rakenne. Perheen kommunikaatio on eniten yhteydessä työryhmän keskustelutapaan. Työryhmä kehitti parhaiten koevoluutiota keskenään paljon neuvotellen. Tämä merkitsi sitä, että työryhmä rakensi ulkoiset rajansa joustavaksi. Se ei arvioinut ongelmaa perhesysteemin patologia-  
na, vaan etsi yhteistä ymmärrystä. Suurimmat ongelmat tulivat sellaisten perheiden kanssa, joiden vuorovaikutus oli kietoutunutta tai kaoottista. Näiden perheiden kohdalla työryhmien toiminta jäykistyi autoritaariseksi, vaikka olisi pitänyt tapahtua päinvastoin. Työryhmän sisäisen reflektiivisen keskustelun ja perheen kommunikaation korostuminen sopi hyvin teoriaan, joka korostaa ongelmien syntyvän kielellisessä vuorovaikutuksessa silloin, kun ne määritellään ongelmiksi. Hoitomallin kaaviossa tätä kuvattiin ongelman määräämänä systeeminä.

Rajasysteemin käsite auttoi ymmärtämään hoito-ongelmia. Vaikeiden hoito-ongelmien kohtaamisessa sairaalan ja perheen rajalla tapahtuvan vuorovaikutuksen merkitys korostui toistuvasti. Rajan tärkeys korostui myös sosiaalisen verkoston teorian ja tutkimustulosten myötä. Sairaalan ja perheen rajan tärkeyden vuoksi osoittautui hyväksi käyttää aivan erityistä käsitettä. Tulokset osoittivat oikeaksi sen teesin, että hoitavan työryhmän on vaikea kontrolloida rajasyntymisen vuorovaikutusta. Tällä tavalla rajasyntymisen käsite näytti kohdistavan huomion oikeaan suuntaan.

Koevoluution kuvauksen täsmentämisessä nousi tärkeimmäksi semioottiset kielen merkitystä ja merkitysten syntyä koskevat ajatukset. Tähän palataan myöhemmin.

(3) *Potilaan sosiaalisen verkoston rakenteen* yhteys hoidon kulkuun tuli selvästi esille. Hoitoryhmien sosiaalinen verkosto erosi toisistaan. Kansainvälisiin tutkimuksiin yhtyen tästä tehtiin oletus, että psyykkisten ongelmien hoitaminen sairaalassa köyhdyttää sosiaalista verkostoa. Pitkäaikaishoidon sosiaalinen verkosto on kooltaan pieni, siinä on vähän tärkeitä ryhmiä ja siinä on erityisen vähän riippuvaista ja vastavuoroista vuorovaikutusta. Kukaan ei näytä tarvitsevan

potilasta. Vastavuoroisten ihmissuhteiden puuttuminen sekä lisäsi sairaalahoitopäivien että sairaalahoitokertojen määrää.

Verkostokeskeisellä työtavalla ei voitu välttyä hoito-ongelmista. Vaikka viiden vuoden vertailuajana potilaiden sairaalahoitopäivien ja sairaalahoitokertojen määrä oli hieman pudonnut, tuli vuoden aikana 24 hoito-ongelmatapausta (34.2%). Tärkeimmäksi hoidettavaksi ongelmaksi nousi tässä hoitojärjestelmässä sairaalan ja potilaan välinen suhde.

Sosiaalisen verkoston analyysin myötä nousi tärkeäksi verkoston eri kielialueiden ymmärtäminen. Näitä kielialueita muodostavat sekä verkoston eri ryhmät että potilaan sisäiset kokemukset. Hoitavan työryhmän tulisi kussakin tapauksessa löytää sillä hetkellä ajankohtaisin kielialue. Tärkeää on se, että sama työryhmä keskustelee sekä yksin potilaan kanssa, selvittää potilaan ja sairaalan välistä suhdetta että työskentelee mahdollisesti laajan verkoston kanssa verkostokokouksessa. Tavoitteena on synnyttää dialogia tässä polyfoonisessa hoitotapahtumassa. Hoitava työryhmä ei sovelle eri terapiamenetelmiä, vaan valitsee kulloinkin parhaimman näkökulman.

Tutkimuksen teoria on tutkijan tekemä konstruktio ilmiöiden ymmärtämiseksi. Teorian oikeellisuutta ei testattu koeasetelmalla. Kun tutkijan rakentamaa teoreettista mallia käytettiin kuvauksen pohjana, oli odotettavissa, että tämä teoreettinen malli saisi tutkimuksessa vahvistusta. Näin tapahtuikin. Teoreettisessa osassa esitetyt alustavat ajatukset täsmentyivät. Tätä teoriaa ei voi sellaisenaan siirtää mihinkään muuhun yhteyteen. Tulosten yleistettävyyttä käsitellään vielä myöhemmin luvussa 8.6.

Osallistuva toimintatutkimus oli ainoa mahdollisuus tämän tutkimuksen suorittamiseksi. Tutkimusaineistoa käsiteltiin sekä tilastollisilla että kvalitatiivisilla menetelmillä. Tilastollisilla menetelmillä saatiin rajattua yleisiä suuntia, tapausesimerkkien kautta suoritettulla kvalitatiivisella analyysillä täsmennettiin hoitojärjestelmän kuvausta. Tämä osa jäi edelleenkin puutteelliseksi. Jatkotutkimuksissa terapeutin toiminnan sisältöön tulee kiinnittää enemmän huomiota.

## 8.2. Tutkimusmenetelmien sopivuus

Tutkimusmenetelmien sopivuuden kriteerinä on se, kuinka hyvin niillä selvitettiin tutkittuja asioita. Tutkimustietoa kerättiin taustatietoja kirjaamalla, yksilöpsykologisilla testeillä, perheen ja työryhmän arvioinnilla (Clinical Rating Scale), sosiaalisen verkoston analyysillä (Network Analysis Profile), hoitoarvion suorittamisella sekä sairaalahoidon käyttömäärää kirjaamalla.

*Taustatietojen kokoamisella* saatiin tähän tutkimukseen käyttökelpoista tietoa. Näillä tiedoilla pystyttiin kuvaamaan tutkimusaineiston sosiaalisia ominaisuuksia. Taustatietojen määrä tuntui sopivalta. Kaikille kerätyille tiedoille löytyi käyttöä tutkimusaineiston käsittelyssä.

*Yksilöpsykologisista testeistä* saatu tietoa ei kyetty tutkimuksessa käyttämään tarkoituksenmukaisesti. Yksilötutkimuksiin käytettiin paljon aikaa (59 tutkimusta, keskimäärin 1–2 tuntia). Tutkimuksista saadusta tiedosta oli käytössä vain kaksi yleistä muuttujaa. Toinen näistä muuttujista ("Rorschachin yleisdiagnoosi") oli yhteydessä useasti potilaan käyttäytymiseen. Ilmeisesti psykologisten testien käyttö tutkimuksissa on perusteltu, jos testeihin voidaan paneutua yksityiskohtaisesti. Tässä tutkimuksessa siihen ei löydetty keinoja. Testaustuloksissa olisi ollut suhteellisen laaja kuvaus potilaan persoonallisuudesta. Tämän puolen liittäminen tutkittuun koevoluutioon olisi mielenkiintoinen asia.

*Perheen ja työryhmän toimintaa* kyettiin arvioimaan vastaanottotilanteessa tyydyttävästi. Tutkijat oppivat Olsonin kehittämän kliinisen arviokaalan (Clinical Rating Scale) käytön helposti. Samoin tätä tutkimusta varten kehitetty työryhmän toiminnan arvioasteikko kuvasi hyvin työryhmän toimintaa vastaanottokokouksessa. Näiden avulla löydettiin terapeutista koevoluutiota kuvaavia ominaisuuksia. Tilastollisena menetelmänä käytetty regressioanalyysi näytti erottelevan koevoluution olennaiset tekijät. Olsonin ympyrämallin asteikkojen muunnos lineaarisiksi säilytti tärkeät tiedot.

Arvioitaessa Clinical Rating Scale asteikolla perheen muutosta neljän kuukauden aikana ilmeni ongelmia. Vastaanottotilanteessa arviointiasteikko erotteli huonosti toimivat perheet hyvin toimivista. Sen sijaan seurantatutkimuksessa vaikeimmin arvioitavien perheiden vuorovaikutusta ei kyettykään luotettavasti tutkimaan. Sopeutuvuuden akselilla nämä perheet saattoivat sijoittua kumpaan päähän akselia hyvänsä. Tässä tutkimuksessa ei kyetty luotettavasti erottamaan jäykästi tai kaoottisesti toimivia perheitä toisistaan. Samanlaisia ongelmia on havaittu muissakin tutkimuksissa (Fristad,1989; Beavers & Voeller,1983).

Tähän ongelmaan voi hakea kolmenlaista selitystä. (1) Tutkija ei riittävästi opetellut ja opettanut arvioitsijoille jäykän ja kaoottisen perheen ominaisuuksia. Arviointia harjoiteltiin vain yhden kerran kunkin perheen kohdalla. Saman perheen arviointia eri tilanteissa ei harjoiteltu. (2) Toisaalta juuri arvioidun sopeutuvuuden akselin kaoottisuuden kriteeri on se, että perhe sopeutuu kaikkiin uusiin tilanteisiin. Se muuttaa käyttäytymistään aina kunkin tilanteen mukaan siten, että toiminnassa ei säily jatkuvuutta. Arviointien epäluotettavuus kuvaa tätä perheen toiminnan ennustamattomuutta. Arvioitsijat ovat tulleet ikäänkuin liian lähelle perhettä. He eivät voineetkaan nähdä etäämpää perheen sopeutuvuuden ennustamattomuutta, vaan näkivät vain kunkinhetkisen käyttäytymisen. (3) Ilmeisesti yhden haastattelun perusteella ei voikaan luotettavasti arvioida perhesysteemin kokonaisuutta. Tällainen kokonaisarvio vaatisi useamman eri haastattelun. Tässä tutkimuksessa oltiin pääasiassa kiinnostuneita perheen toiminnasta vastaanottokokouksessa. Tähän saatiin luotettavaa tietoa.

Muiden perheiden kohdalla CRS asteikolla kyettiin havaitsemaan perheen toiminnan muutokset. Nämä muutokset näyttivät joissakin tapauksissa ennustavan potilaan paranemista tulevaisuudessa, vaikka itse arviointihetkellä tilanne oli vielä vaikea.

Ympyrämallin käsitteillä pystyttiin myös kuvaamaan työryhmän ja perheen koevoluutiota. Sopeutuvuuden ja koossapysyvyyden käsitteillä löydettiin perheen ja työryhmän toiminnan välille yhteyksiä, jotka näyttivät ennustavan hoidon kulkua neljän kuukauden aikana. Nämä käsitteet jäivät kuitenkin liian yleiselle tasolle. Tapausesimerkkejä analysoimalla löydettiin koevoluutiota täsmentäviä ominaisuuksia.

*Sosiaalisen verkoston analyysi* oli helppo suorittaa piirtämällä potilaan kanssa verkostokartta. Network Analysis Profile analyysimenetelmä erotteli verkoston olennaisia ominaisuuksia. Verkoston analyysin tulokset näyttivät yhtäpitäviltä muiden tutkimusten kanssa. Potilaan sosiaalisen verkoston ominaisuudet vaikuttivat hoitotapahtumiin. Tärkeimmiltä asioilta vaikuttivat verkoston koko sekä vastavuoroisen ja riippuvaisen vuorovaikutuksen määrä verkostossa. Heikosti toimiva sosiaalinen verkosto merkitsi riippuvuuden kasvua sairaalasta. Nämä tiedot tukevat myös Keroputaan sairaalan hoitokäytännön perusajatuksia. Verkostonäkökulman liittymistä hoitokäytäntöön pohditaan vielä tarkemmin.

Tämän tutkimuksen perusteella potilaan sosiaalisen verkoston analysointi tulisi kuulua psykiatrisen hoidon perusteisiin. Verkostanalyysillä saadaan olennaista potilaan elämää ja hoitosuunnitelmia selkiyttävää tietoa. Yleisemminkin sosiaalisen verkoston näkökulma on tärkeä psykiatrisen hoidon kehittämiseksi. Suomessa tätä tutkimusta ei ole aiemmin tehty.

*Sairaalahoitokertojen ja sairaalahoitopäivien määrän* kirjaaminen osoittautui hyväksi tiedon lähteeksi. Sairalahoidon käytössä ilmeni merkitseviä eroja hoitoryhmittäin. Sairalahoidon käytön vertailu yksi vuosi ennen vastaanottoa ja yksi vuosi vastaanottokokouksen jälkeen ei antanut paljoa olennaista tietoa. Ilmeisesti yksi vuosi on liian lyhyt aika potilasuran tarkkailussa.

*Hoitotapahtumien arviointi* ei onnistunut tyydyttävästi tämän tutkimuksen menetelmällä. Hoitavan työryhmän subjektiivinen arvio sekä hoitotapahtumien määrän kirjaaminen kuvasivat joitakin sairaalahoidon ominaisuuksia. Sen sijaan poliklinikalla tapahtuvaa hoitoa tällä menetelmällä ei pystytty arvioimaan. Kun arvio keskittyi käytettyihin hoitomenetelmiin, korostui siinä ns. indikatiivisen kielen merkitysalue (Vygotskyn termi, ks. Wertsch, 1985). Sairaalan osastolla tapahtumien merkitys syntyy vuorovaikutuksessa ja toiminnassa. Sen sijaan poliklinikan toiminnan pääasiallinen toiminta tapahtuu symbolisella merkitysalueella. Terapeuttinen toiminta hoitokokouksissa tapahtuu käsittelemällä kaikkien asianosaisten mielikuvia. Hoitotapahtumien arvioinnissa olisi pitänyt huomioida myös hoitokokouksen eri teemojen merkitys. Tällöin olisi huomioitu myös poliklinikan toiminnan symbolinen merkitysalue. Siinä ei ole tärkeää erilaisten hoitomenetelmien käyttö, vaan ennemminkin yhteinen eläminen ja kokeminen. Tätä ongelmaa pohditaan seuraavassa tarkemmin.

### 8.3. Menetelmät vai näkökulma

Kaikissa eri terapiasuuntauksissa – niin yksilöpsykoterapiassa, perheterapiassa kuin verkostoterapiassa – on etsitty ratkaisua myös vaikeitten potilaiden hoitoon. Mikään menetelmä ei ole kuitenkaan kyennyt tätä ongelmaa yksin ratkaisemaan. Tämän tutkimuksen tulosten valossa puutteeksi on jäänyt se, että missään terapiamenetelmissä ei käsitellä systeemin kokonaisuutta. Tarkastelun kohteena on vain terapian kohteen käyttäytymisen analysointi. Hoitojärjestelmän asemaa ei huomioida.

Hoitojärjestelmän ja hoitokäytännön merkistystä on alettu pohtia tarkemmin sen jälkeen, kun konstruktivistiset teoreetikot (Maturana, 1980; Dell, 1984) havaitsivat kummankin osapuolen samanlaisen aseman hoitojärjestelmässä. Maturana kuvasi rakenteiden kytkeytymisen ajatuksen. Kaikki osapuolet ovat samassa asemassa. Kukin kytkeytyy toiseen uudessa systeemissä rakenteidensa määrämällä tavalla. Hoitajien ei ole mahdollista jäädä ulkopuolelle tai yläpuolelle ja muuttaa hoidettava – yksilö, perhe tai ryhmä. Tarkkailijasta tulee osa systeemiä, muodostuu havainnoiva systeemi ("observing system"; Foerster, 1981). Näin havainnoitsija on aina osa ongelmaa. Saman havainnon vaikeasti hoidettavien potilaiden kanssa toiminnasta teki jo 1930-luvulla H. Sullivan. Hän puhui osanottaja-tarkkailijasta (Alanen, 1979).

Mahdollisuuksia hoitavan osapuolen aseman havaitsemiseen on ollut jo 60-luvulta lähtien, kun Palo Alton työryhmä kuvasi, kuinka ongelman ratkaisuyrityksestä itsestään tulee ongelma (Watzlawick ym., 1979). Ongelman ratkaisemiseksi pitäisi huomioida heidän mielestään kohdistaa ensi sijassa ratkaisuyrityksiin. "Hoidettavana" pitäisi siis olla epäonnistuneet ratkaisuyritykset, ei niinkään itse oireet. Psykiatriassa tämä merkitsee sitä, että hoitojärjestelmän käyttäytymisestä tulee ongelma. Tästä on systeemisen perheterapian piirissä tehty oletus, että hoitojärjestelmä ei ratkaisekaan ongelmaa, vaan usein itse asiassa ylläpitää sitä. Tällainen ajatus kohdistaa huomion oikeaan suuntaan (siis hoitojärjestelmään), mutta se on yksipuolinen. Tämän tutkimuksen perusteella hoidollisessa vuorovaikutuksessa on aina kysymys (vähintään) kahden osapuolen rakenteen toisiinsa kytkeytymisestä. Näin hoitava työryhmä ei yksin ylläpidä ongelmaa, vaan se on yhdessä perheen kanssa osapuoli systeemissä (rajasysteemissä).

Vaikka perheterapia ja verkostoterapia ovat perustuneet systeemiselle ajattelulle, ei hoitavan työryhmän tai terapeutin asemaa systeemin osana ole arvioitu. Yleensä terapeuttien toiminnan tarkkailun lähtökohdana on kuhunkin perheeseen parhaan mahdollisen intervention luominen. Kuitenkin esimerkiksi Milanon perheterapiatyöryhmä totesi jo työnsä alussa, että perheen vaikea



systemi alkoi elää terapeutin työryhmän sisällä johtaen erimielisyyksiin (Selvini Palazzoli ym., 1978). Terapeutin työryhmän toiminnan keskeiseksi säätelijäksi on noussut neutraalisuuden käsite (Selvini Palazzoli ym., 1981). Milanon työryhmä halusi neutraalisuuden vaatimuksella välttää tilanteet, jossa terapeutin työryhmä joutuisi perheen patologisen systeemin imuun. Huippuunsa tämä ajatus on viety Selvini Palazzolin ja Pratan (1984) vakiointerventio terapiatyössä. Riippumatta ongelmasta psykoottisen potilaan perheelle annetaan tietyt käyttäytymisohjeet.

Neutraalisuuden periaate perheterapiassa on johtanut siihen, että terapiatilanteessa perheterapeutit toimivat vain itsensä kehittämisen tiedon varassa. Esimerkiksi sirkulaarisilla kysymyksillä saadaan tietoa uusien kysymysten asettamiseksi perheen vastauksista (Selvini Palazzoli ym., 1981). Tässä kehässä kuitenkin vain terapeutin osapuoli tekee terapian kulkuun vaikuttavia johtopäätöksiä. Perhe on kysymysten, interventioiden ja johtopäätösten objekti. Tässä asetelmassa neutraalisti työskentelevän terapeutin on tiedettävä perheestä enemmän kuin perhe itse, koska terapeutti rakentaa teorioistaan sen yhteyden, mihin hän sijoittaa haastattelussa saamansa tiedot. Perhe ei voi olla ideoita synnyttävä ja tiedon kontekstia määrittävä aktiivinen osapuoli.

Meidän kehittämistyömme ensimmäisiä havaintoja oli se, ettei tämänkaltainen neutraalisuus sovellu sairaalan perhekeskeiseen työhön. Kun Milanon työryhmä vaati neutraalisuutta perheen kaikkien mahdollisten puolien kuulemiseksi, ajattelimme me päinvastoin antavamme perheen vuorovaikutukseen uusia aineksia työryhmän keskinäisellä keskustelulla (Seikkula, 1987). Tämä muutti terapeutin työryhmän aseman olennaisesti. Se ei enää ollut perheen vuorovaikutuksen tarkkailija, vaan yhteisen vuorovaikutuksen aktiivinen herättäjä. Katsoimme asemamme rajasynteesin uusien elementtien synnyttäjäksi. Tällä hetkellä ehkä kuuntelemme perheen toimintatapaa enemmän kuin tuolloin, mutta edelleen terapeutin työryhmä on myös aktiivinen dialogin herättelijä.

Myös verkostoterapian puitteissa samanlainen neutraalisuuden periaate tulee esille. Verkostokokouksen vetäjien (verkostostotiimi) pitäisi olla neutraali suhteessa käsiteltävään ongelmaan. (Speck & Attneave, 1973; Attneave, 1969). Samoin verkostotiimin sisäisessä työnjaossa korostetaan tiimin johtajan neutraalisuutta (Klefbeck ym., 1988a). Tässä tutkimuksessa esille noussut "kolmannen näkökulman" vaatimus vaikeissa hoito-ongelmissa suuntautuu jonkin verran eri kohtaan. Kolmannen osapuolen yksi hyvä ominaisuus on luonnollisesti avoimuus kaikille vaihtoehdoille, mutta neutraalisuus ei ole päävaatimus. Kolmas näkökulma tuo juuttuneissa hoitotilanteissa vuorovaikutukseen uutta sisältöä. Perinteisestihän yksilöpsykoterapia on myös vaatinut terapeutista neutraalisuutta.

Terapeutin neutraalisuuden vaatimus sitoo potilaita ja heidän perheitään hoitojärjestelmään. He ovat jonkin käytettävän terapiamenetelmän kohteita, eikä heillä ole mahdollisuutta vaikuttaa vuorovaikutuskokonaisuuteen muuten kuin potilaan asemasta. Tässä tutkimuksessa analysoitu hoitosysteemi auttaa tämän ongelman ratkaisemista. Vaikeat, juuttuneet hoito-ongelmat voitiin

ratkaista huomioimalla kokonaisvaltaisesti erityisesti hoitojärjestelmän osuus ongelmassa. Vastaanottokokoukset muodostuivat sitä paremmiksi, mitä enemmän vastaanottoryhmä huomioi keskustelussa omaa asemaansa ongelmassa. Paikalleen juuttuneissa hoidoissa päästiin eteenpäin, jos vastaanottoryhmä pystyi riittävästi heti hoidon alussa käsittelemään sairaalan hoitojärjestelmän osuutta nykyisessä umpikujassa. Hoitavan työryhmän piti tämän jälkeen olla avoin lähtemään mihin suuntaan hyvänsä – yksilön sisäisen dialogin herättämiseen, perheen suhteiden selvittämiseen tai sosiaalisen verkoston yhteyksien lujittamiseen. Tässä tärkeintä oli se, että työryhmä itse suoritti kaikki tehtävät. Se ei lähettänyt potilaita yksilöterapiaan tai perheterapiaan, vaan oli valmis toimimaan erilaisissa asemissa.

Edelläolevalla terapiamenetelmien kritiikillä ei ole tarkoitus tehdä tyhjäksi eri menetelmiä. Kaikkia terapiamenetelmiä tarvitaan myös. Niiden heikkous on se, että ne kaikki on tarkoitettu yksilöille, perheille tai verkostoille, jotka ainakin jossain määrin ovat oman toimintansa subjekteja. Siksi jokaisen terapiamenetelmän yhteydessä aina luetellaan kunkin menetelmän indikaatiot ja kontraindikaatiot. Pääosa tässä tutkimuksessa esitetyistä tapauksista olisi kaikissa menetelmissä todettu kuhunkin menetelmään soveltumattomaksi. Näillä potilailla ei ole yksilöpsykoterapiaan tarvittavaa sisäistä oivalluskykyä, heidän perheensä vastustavat usein voimakkaasti hoitoyrityksiä (jos heillä on perhe) eivätkä heidän ongelmansa herätä verkostoa mobilisoivia voimakkaita ahdistavia tunteita. Terapiamenetelmiin soveltuvien potilaiden kriisit selvisivät terapeuttisella työllä jotenkin niin itsestäänselvästi, ettei seurantatutkimusanalyyseissa näihin potilaisiin kiinnitetty juuri lainkaan huomiota. Ilman terapeuttista työtä eivät nämäkään useimmiten ensikertalaisten potilaiden ongelmat olisi poistuneet. Heillä on niin paljon omia voimavaroja elämänsä ohjaamiseen, että terapeuttisen työryhmän työ jää "potkun antamiseksi" (ks Hoffman, 1984).

Terapeuttinen neutraalisuus on yksi osa terapiamenetelmän oikeaoppisuuden vaalimista. Terapiamenetelmän korostaminen merkitsee elämän moninaisuuden pukemista ymmärrettävään ykseyteen. Elämän ilmiöt on selitettävä sellaisen teorian puitteisiin, että kehitettyä terapiamenetelmää voi niihin soveltaa. Tässä tapahtuu analogisesti samanlaista, mistä semiootikko M. Bahtin kritisoi 1930-luvulla kielitiedettä. Bahtinin mukaan kielitieteen eri alueet tavoittelivat ennen kaikkea moninaisuuden ykseyttä. Tuo ykseyden tavoittelu johti kielitieteilijät tutkimaan sanan syvimpiä, lujimpia, vähiten muuttuvia ja yksiselitteisiä momenteja. Nämä ominaisuudet taas ovat kaikkein kauimpana sanan sosiaalisen merkityksen alueelta. Kielelliseen kirjavuuteen liittyvä ideologinen kielen tajuaminen jäi taka-alalle. Ykseyden tavoittelun vuoksi eurooppalaisen kielitieteen ulkopuolelle jäi kielen hajauttamispyrkimykset. Kansankertomuksissa, parodioissa, kiertoilmaisissa ja muissa eriaänisissä taiteellisissa muodoissa elää moniäänisesti tajunta. Tämä osa jäi sitten Bahtinin mukaan kielitieteen kiinnostuksen ulkopuolelle (Bahtin, 1979).

Ilmeisesti psykiatriassa vaaditaan samanlaista moniäänisyyden esiintuloa. Vaikeisiin hoito-ongelmiin ei ole käytössä yhtä hoitomenetelmää. Hoitajilla ei ole hallussaan menetelmää, jolla he

voisivat ihmisten ongelmat ratkaista. Ongelmat ratkaistaan herättämällä dialogia eri tekijöiden kesken ja rakentamalla moniäänistä tajuntaa. Vaikeissa hoito-ongelmissa ei näytä riittävän edes se, että käytetään vuorotellen erilaista "tajuntaa" (so. terapiamenetelmää). Pitää löytyä jokin piste, missä nämä erilaisten tajuntojen tuomat ainekset voivat olla esillä yhtäaikaan. Tällainen "leikkauspiste" on vastaanottokokous. Hoitava työryhmä ei voi systeemisesti toimien sivuuttaa yksilön sisäistä kokemusmaailmaa, kuten useissa perheterapiamenetelmissä menetellään. Se ei voi myöskään olla kuulematta potilaan perhettä tai verkostoa, koska se nimenomaan on ongelman määritellyt ongelmaksi. Yksilöpsykoterapian useissa suuntauksissa perhe nähdään terapiaprosessia häiritsevänä tekijänä esimerkiksi sairaalaosastolla. Se ei voi myöskään sivuuttaa hoidossa umpikujaan joutuneen systeemin (sairaala) asemaa järjestelmässä, eikä se missään nimessä voi havainnoida ongelmaa itsestään irrallisena systeeminä. Se ei voi asettua neutraalille alueelle hoitomenetelmien toteuttajaksi.

Edellälueteltu havaintokenttä on niin laaja, ettei kenelläkään yksittäisellä terapeutilla tai terapeuttiryhmällä voi olla hallussaan kaikkiin tilanteisiin soveltuvia terapiamenetelmiä. Siksi *tärkeää on vuorovaikutuksen synnyttäminen ja dialogin herättäminen potilaan sisäisen maailman ja ulkoisen verkoston parantavien voimavarojen liikkeellesaattamiseksi*. Siirrytään terapiamenetelmistä dialogiseen näkökulmaan.

Gutstein (1987) on todennut samalla tavalla neutraalisuuden periaatteen mahdottomuuden vaikeissa ongelmissa. Hänen mukaansa yksi tai kaksi terapeuttia ei voi edustaa eri perheenjäsenten asemaa yhtäaikaisesti. Eristyneissä perheissä suhteita tarkastellaan joko/tai näkökulmasta. Neutraali terapeutti ei voi saavuttaa kenenkään luottamusta. Gutsteinin mielestä jokaisella perheenjäsenellä tulee olla hänen puolellaan oleva terapeutti työryhmässä. Meidän hoitokäytännössämme työryhmä rakentaa monikielistä dialogia siten, että kaikkien näkökulmat voivat olla esillä samanaikaisesti. Työryhmä tekee sen mahdolliseksi keskustelemalla keskenään.

#### **8.4. Dialogisen hoitokäytännön pohdintaa**

Edelläolevan pohjalta ja toisaalta seurantatutkimuksen analyysin pohjalta seuraavassa hahmotellaan tarkemmin hoitosysteemissä ilmenevää dialogista maailmankuvaa. Apuna tässä käytetään Bahtinin kieli- ja kirjallisuustieteellisiä teorioita sanan dialogisuudesta ja kielen monikielisyydestä. Tällaista monikielisyyttä on Suomessa Engeström väitöskirjassaan pyrkinyt soveltamaan koulun opetustilanteisiin (Engeström, 1987).

Bahtinin mukaan perinteinen tyylioppi tarkasteli sanaa itsessään, kohteensa itsenäisenä ilmaisijana. Toinen ulkopuolinen sana on sille vain neutraali kielen sana. Tällainen suora sana

kokee vain esineen suoran vastustuksen, mikään muu ei kiistä sitä. Sana vastaa kuvaamaansa esinettä. Bahtinin dialogisessa maailmankuvassa tällainen ei ole mahdollista. Sanan ympärillä on tiiviinä muurina samaa kohdetta kuvaavia sanoja. Sana muovautuu yksilölliseksi vain vuorovaikutuksessa tuon ympärillään "kuhisevan" sanaverkoston kanssa. Jokainen sana tavoittaa esineen aiemmin sanottujen sanojen muovaamana. Esineeseen kohdistunut sana joutuu vastakohtaisuuksien ja vieraiden sanojen kiihottamaan ja jännittämään ympäristöön, missä sen on nivouduttava kaikkien sanojen monimutkaiseen keskinäiseen yhteyteen, sulautua toisten kanssa, loitota toisista ja ristetä kolmansista. Tässä prosessissa sanasta tulee välttämättä sosiaalisen dialogin aktiivinen osanottaja, ei vain esineen vastustuksen passiivinen vastaanottaja. Sana ei saa vastaustaan sen kohteena olevasta esineestä, vaan muiden sanojen, arvioiden ja painotusten ympäristössä. Sana on dialogissa tämän muun sanaympäristön kanssa luomassa havaintoa.

Bahtinin teoriassa kielessä ilmenevä psyyke on rajailmiö (Voloshinov, 1973). Jonkin esineen nimeäminen sinänsä ei vielä tuo sille merkitystä. Asiat saavat merkityksensä vasta kunkin hetken erityisessä vuorovaikutustilanteessa ja vuoropuhelussa. Bahtinin monikielisyyden käsite (raznarecie, ven; heteroglossia, engl.) tarkoittaa sitä, että kielen ilmaisut saavat erityisen merkityksensä kunkin vuorovaikutustilanteen mukaan. Nämä merkitykset eivät ole pysyviä, vaan senhetkinen mieli (sense) kulkee aina pysyvän merkityksen (meaning) edellä (Emerson, 1983).

Elämässä kaikki ymmärtäminen on aktiivista. Bahtinin mielestä sanan aiheuttama vastaus on aina ensisijainen. Ymmärtäminen kypsyy vasta vastauksessa. Tällainen sirkulaarinen prosessi on perheterapian kuvaama tapahtumasarja. Samalla tavalla Tomm (1987) esittää kysymysten herättämien vastausten ohjaavan vuorovaikutusta. Dialogissa puhujan on aina suunnistauduttava kuuntelijan omintakeiseen maailmaan. Kuulija tuo puhujan sanaan aina uudet momentit. Maturana kuvaa tätä samaa tilannetta toteamalla, että kuulijan rakenne määrää sen mitä tämä ottaa vastaan ja toisaalta koevoluutiossa puhuja sovittaa uuden sanomansa kuulijan rakenteen mukaisesti (Maturana, 1980;1988). Puhuja joutuu dialogisiin suhteisiin kuulijan esittämien momenttien kanssa. Jotta syntyisi kytkeytymä, pitää Bahtinin mukaan puhujan sanoa sanottavansa kuulijan ymmärrysalueella (Bahtin, 1979). Rajasysteemissä tämä tapahtuma on edellytys yhteisesti jaetun ymmärryksen syntymiselle. Hoitavan työryhmän on sovitettava sanansa potilaan sana-alueella. Tässä tapahtumassa tärkeämmäksi tulee vuorovaikutuksen muoto.

Tällainen sanan dialogisuus eroaa siitä, minkä aiheutti sanan törmäminen toiseen sanaan itse esineessä. Nyt tapaamiskenttänä on kuulijan subjektiivinen näköpiiri eikä esine. Yhteyden löytäminen kuulijaan jättää usein kokonaan varjoonsa itse käsiteltävän esineen. Onnistuneen hoitokokouksen dialogissa yhteisen kokemisen alueeksi muodostuu kokonaisuuden hahmottaminen, kun itse oireet ja sairaudet ovat vain välineitä tai pohja, millä keskustelu voi tapahtua. Toisaalta työryhmän sisäisen dialogin pitää perustua potilaan ja tämän perheen kokemusalueeseen ja niihin

sanoihin, mitkä ovat näille tuttuja. Jos työryhmä käy keskustelua vain oireista, tapahtumista tai teoista, jäävät sanat toisistaan irralliseksi vain "sairastamisesinettä" käsitteleviksi.

Sanojen dialogisesta toisiinsa kytkeytymisestä syntyy maailmankuva, missä ei ole subjekti – objekti erottelua. Esimerkiksi jokin kuvattava esine ei ole kuvauksen kohde, vaan yhdessä sitä esinettä kuvaavien kymmenien muiden sanojen ja ilmausten muodostamassa verkostossa aktiivinen subjekti. Maailman suhteet muodostuvat siis subjekti – subjekti suhteeksi ( Bahtin, 1979; Laine, 1983). Bahtin käyttää termejä Minä – Toinen. Tämä kielen dialoginen näkemys palautuu taas lähelle Maturanan struktuurien kytkeytymän ajatusta. Maturanan mukaan ei voi olla havaittavan havainnosta irrallista objektia. Havaittaja rakentaa havaintonsa kytkeytymällä havaittavaan kummankin rakenteiden määräämällä tavalla. Maailma on jatkuvaa rakenteiden toisiinsa kytkeytymistä, missä toinen ei voi olla subjekti ja toinen objekti. Kumpikin kytkeytymän osapuoli sovittaa käyttäytymisensä toisen tekoihin vastavuoroisesti.

Sanan dialogisuus ei riitä vielä hahmottamaan kokonaistilannetta dialogisessa hoitokäytännössä. Yksilön ja hänen verkostonsa eri osien keskinäisen suhteen kulloisenkin painottumisen ongelmaa voi tarkentaa kuvaamalla Bahtinin monikielisyttä. Romaanin kielen dialogisuus tulee esille kaksikielisuuden perustilanteessa. Romaanin hahmot puhuvat aina kahdella äänellä. Heidän kauttaan tulee esiin sekä heidän oma kantansa ja maailmankuvansa että tekijän maailmankuva. Mutta tämän lisäksi sekä romaaniin että elämään yleensä rakentuu vielä monikielisyys. Yksilö kokee asioita useassa eri kielessä. Näiden kielten välinen dialogi on ihmisen kehitystä eteenpäinvievä ristiriita. Bahtin kuvaa yksinkertaisen talonpojan elämää, jota säätelee enemmän konkreettiset tapahtumat kuin kieli. Talonpojalle eri tilanteissa käytettävä kieli voi olla ei-dialoginen. Kielet eivät leikkaa toisiaan. Pellolla hän puhuu yhdellä kielellä, kirkossa hän veisaa virsiä ja toistaa liturgiaa eri kielellä ja puhuessaan viranomaisille hän käyttää kolmatta kieltä.

Dialogista kaksikielisyttä opetetaan Bahtinin mukaan koulussa hyvin sellaisissa tehtävissä, missä oppilasta pyydetään omin sanoin kuvaamaan lukemaansa (Bahtin, 1979). Tällöin oppilas ottaa pohjaksi tekijän kielen. Hän kertoo tämän kuitenkin oman kielensä kautta. Tällöin kumpikin kieli on läsnä. Samalla tavalla hoitokokoukset ovat monessa merkityksessä monikielisiä. Yksi tärkeä tapahtuma on se hetki, kun työryhmän joku jäsen alkaa puhua siitä, mitä joku perheenjäsen äsken sanoi. Tässä hetkessä tulee monikielisydestä kokouksen ohjaava periaate. Terapeutin on otettava pohjaksi perheenjäsenen sana, jotta hänen sanomallaan olisi terapeutista merkitystä. Liittämällä kuulemaansa oman näkökannan terapeutti tekee dialogin mahdolliseksi. Perheenjäsen voi kuulla työryhmän jäsenen sanomassa jotain siitä, mitä hän sanoi, mutta samalla hän kuulee jotakin hänen sanomaansa avartavaa. Jos vielä muut työryhmän jäsenet täydentävät puhuttua omilla polyfoonisilla havainnoillaan, hajautuu kieli siten, että uudenkaltaiset havainnot ovat mahdollisia. Koska maailma dialogisesti avartuu monikielisesti useaan eri suuntaan, ei muutosta useinkaan havaita yksiselitteisesti. Andersenin (1987) mielestä muutoksen voimavaroja on enemmän sellaisissa

perheissä, missä voidaan vastata hypoteettisiin kysymyksiin. Tämän voi yhdistää rajasynteesiin toteamalla, että *muutos tulee hoitokokouksissa sitä todennäköisemmäksi mitä monikielisemmin asioita voidaan tarkastella*. Tulosten perusteella tällaisen monikielisyyden on löydyttävä heti hoidon alussa vastaanottokokouksessa.

Romaanihakmojen kuvauksessa eri kielet ovat dialogisessa suhteessa toisiinsa. Kirjailija luo risteytymän, missä useat kielet ja samalla useat sosiaalis-kielelliset maailmankuvat sekoittuvat. Tällaisessa risteytymässä eri maailmankuvien kohdatessa syntyy uusia maailmankuvia. Se on historiallisesti produktiivista. Tämä eri kielin dialogi on monikielisyyden perussisältö. Yksilöt voivat eri aikoina toimia eri kielissä, tai olla samaan aikaan risteytymässä kahden kielen alueella.

Tällainen samanlainen risteytymä tai leikkauspiste on kuvattu kuviossa 12. Yksilön elämän eri puolia voi tarkastella Bahtinin tarkoittamina eri kielinä. Sosiaalinen verkosto muodostaa yhden kielen, hänen perheensä muodostaa yhden kielen, sisäinen mielikuvamaailmansa yhden. Samaa aikaan vielä näiden sisällä muodostuu useita eri kieliä. Vastaanottokokous on leikkauspiste tai risteytymäkohta, jossa vastaanottoryhmä kytkeytyy sanojen kautta kulloinkin päällimmäisenä olevaan kieleen. Jos tämä ei onnistu, jos vastaanottoryhmä ei osaa sovittaa sanojaan potilaan ja hänen verkostonsa rakennetta vastaavalla tavalla, se valitsee "väärän" kielen. Tämä kieli ei ole absoluuttisesti väärä. Se kuuluu potilaan elämään, mutta se ei ole juuri sillä hetkellä keskeisin. Näin saatetaan suuntautua sosiaalisen verkoston mobilisoimiseen, vaikka tärkeämpää olisi kuunnella sisäistä kieltä. Jos eri kielten välille ei ajateltaisi dialogista yhteyttä, olisi tämä valinta pysyvä. Näin ei kuitenkaan voi olla. Svenin tapauksessa (tapausesimerkki 28; "Sven tarvitsee huomiota") työskenneltiin useiden eri kielten kanssa osittain vuorotellen, osittain samanaikaisesti.

Sosiaalisen verkoston eri ryhmissä (cluster) puhuu yksilö eri kielillä. Jokaisella sosiaalisella ryhmällä on oma luonteenomainen puhetapansa. Jokaisessa vuorovaikutustilanteessa tätä eri ryhmien "murretta" käännetään omalle kielelle ymmärrettäväksi. Näin ymmärtäminen on aina vuorovaikutus-tapahtuma (Emerson, 1983). Elämän rikkaus näytti edellyttävän sitä, että yksilö kuuluu useampaan eri ryhmään samanaikaisesti. Eri verkoston kielten samanaikaisuus vaatii dialogisuutta. Sen sijaan sairaalan potilaiden verkoston ryhmien väheneminen yhteen tai kahteen (sairaalaosasto ja perhe) tekee elämää monologiseksi. Esimerkiksi tapausesimerkeissä 28 ("Sven tarvitsee huomiota") ja 33 ("Äiti – poika") oli tärkeää, että saman hoitajakson aikana työskenneltiin useiden eri verkoston kielten alueella. Vaikeissa hoito-ongelmissa voi olla vaarallista työskennellä vain yhteen suuntaan. Näissä tapauksissa sama työryhmä saattoi tavata potilasta yksin, työskennellä osasto-potilas suhteen kanssa tai potilaan verkoston kanssa. Tällainen monikielinen näkökulma on tärkeää myös työryhmälle. Sen sisäisen keskustelun alue avartuu, kun se näkee sekä potilasta että hänen perhettään.

Toistuvasti tuli esille vastaanottokokouksen peruuttamaton merkitys. Kriisin puhkeaminen ja sen ensimmäinen hoidollinen kohtaaminen tarjoavat aina mahdollisuuden eri kielten ja sosiaalis-psykolo-

gisten maailmankuvien uudelleenlaiselle törmäämiselle ja uuden synnylle. Heti ensimmäisessä kontaktissa vastaanottoryhmä luo pohjan hoidon kululle. *Tärkeää ei ole niinkään se, onko hoitomenetelmä oikea. Tärkeintä näyttää olevan se, että eri kielten välinen dialogi syntyy uudelleen.* Vastaanottoryhmä synnyttää kytkeytymällä oikein perheeseen tämän tai ei synnytä. Useissa tapauksissa tällaisen kytkeytymän syntyminen on mahdotonta, jolloin tavoitteeksi jää entisen kaltaisen tasapainotilan säilyttäminen. *Hoitoa ei ratkaise ensimmäisessä hoitokokouksessa valittu hoitomenetelmä, vaan dialogisen suhteen luonne.*

## 8.5. Hoitomallin arviointia

Tutkimuksen tulosten I osan lopuksi rakennettiin vastaanottotapahtumaa kuvaava hoitomalli (kuvio 4, s. 134). Hoitomallissa tapahtumia tarkasteltiin kahdella tasolla – rakenteen määrämisen systeemin ja ongelman määrämisen systeemin tasolla. Seurantatutkimusten tulosten perusteella mallia voi arvioida tarkemmin. Tutkimuksen I osan yhteydessä sekä sosiaalisen verkoston osuus että ongelman määrämisen systeemin osuus jäi mallissa vajaaksi.

*Perheen* toimintaan vaikuttaviin tekijöihin ei tullut seurantatutkimuksessa oleellista lisäystä. Potilaan ominaisuuksista tarkentui GAS:ssa arvioidun psyykkisen toiminnan tason merkitys. GAS:n arvo näytti ennustavan hoidon alkua. Seurantatutkimuksen tulosten mukaan oleellista ei kuitenkaan ollut pelkästään GAS:n arvon suuruus vastaanottotilanteessa. Neljän kuukauden aikana tapahtunut muutos ennusti sairaalan käytön määrää vuoden kuluessa. Potilas tarvitsi sairaalaa vähän, jos hänen GAS:n arvonsa oli kohonnut neljän kuukauden kuluessa. Hoidon alussa tämä arvo saattoi olla alhainen.

*Lähettävän tahon* osuutta ei seurantatutkimuksessa selvitetty tarkemmin. Tutkimuksen I osan johtopäätökset lähettävän tahon merkityksestä vastaanottotilanteessa tuntuvat edelleen oikeilta. Myöskään vastaanottoryhmän rakenteellisia tekijöitä ei pohdittu tarkemmin. Vastaanottoryhmän toiminta koevoluution systeemissä täsmentyi olennaisesti. Tähän palataan jäljempänä.

*Sosiaalisen verkoston* merkitys oli tutkimuksen II osassa päähuomion kohteena. Jos potilaan psykososiaalisessa verkostossa oli riittävästi ihmisiä, ja jos hänen verkostossaan oli paljon vastavuoroista ja riippuvaista vuorovaikutusta, tarvitsi hän sairaalahoitoa vähemmän. Näiden ominaisuuksien puuttuminen satoi potilasta ja hänen perhettään hoitojärjestelmään. Jos potilas oli ollut aiemmin paljon sairaalassa, oli hän todennäköisesti menettänyt toimivan verkoston. Kun tällainen verkosto romahtaa sairaalahoidon myötä, korostuu sairaalan osuus myös tämän tutkimuksen seuranta-aikana. Vastaanottotilanteen huolellisella rakentamisella saattoi vastaanottoryhmä luoda

vuorovaikutusta, missä puuttuvan sosiaalisen verkoston merkitys voitiin korvata. Sosiaalisen verkoston psykologinen merkitys täsmentyi tutkimuksen teorian ja tulosten myötä.

Kuva *ongelman määräämän systeemin* toiminnasta tuli selvemmäksi seurantatutkimuksen tulosten myötä. Lähtökohtana I osan tuloksissa oli se, että ongelman määräämän systeemin toiminta tapahtuu keskustelussa, kielen käytössä. Työryhmä ja perhe vaikuttavat toisiinsa koevoluutiossa erityisesti kielen käyttöön, kommunikaatioon. Hoidettava ongelma määritellään ongelmaksi kielessä. Vuorovaikutussuhteiden muutos on kielellisen vuorovaikutuksen muutosta. Koevoluution systeemin keskeiseksi tehtäväksi löytyi dialogin synnyttäminen.

Tutkimuksen II osassa keskityttiin dialogin ja monikielisyyden periaatteisiin sekä sosiaalisen verkoston eri kielten yhteyteen koevoluutioprosessiin. Kun vaikeiden hoito-ongelmien tunnusomaisin piirre on paikalleen juuttunut suhde sairaalan ja muuhun hoitojärjestelmään, pitää hoitojärjestelmän tulla mukaan monikieliseen dialogiin. Pelkästään hoito- tai terapiamenetelmien soveltaminen potilaaseen, hänen perheeseensä tai muuhun verkostoon ei riitä. Hoitavan työryhmän on toimittava monikielisesti siten, että se pystyy synnyttämään dialogia yhtä hyvin potilaan sisäisessä kielessä kuin potilaan eri sosiaalisen verkoston osien välillä. Terapeuttisen toiminnan lähtökohta on siinä, että työryhmä ymmärtää perheen toimintasäännön. Muutoksen käynnistämiseksi työryhmän on löydettävä kulloinkin päällimmäisenä (tärkeimpänä) oleva kielialue. Työryhmä ei kuitenkaan muuta perhettä tai potilasta, vaan toimii subjektina vuorovaikutusmahdollisuuksia avartavassa dialogissa. Tässä dialogissa perhe ja verkosto ovat työryhmän kanssa yhtäläisesti hoidon suunnittelijoita ja tulosten arvioitsijoita. Tässä rajasyntymän toiminta eroaa eniten perhe- tai verkostoterapiasta. Niissä vain perheterapeutti tai verkostotyöryhmä ovat hoidon toteuttajia.

Työryhmän ja monikielisyyden ajatuksen pohjalta voi arvioida koko hoitomallia. Hoitomallin jakaminen rakenteen määräämän ja ongelman määräämän systeemin tasoihin tuntuu keinotekoiselta. Itse terapeuttisessa keskusteluprosessissa (ongelman määräämä systeemi) ovat rakenteelliset tekijät (=eri kielet) aina jollain tavoin mukana. Niitä käsitellään monikielisessä keskustelussa. Ne voivat myös osallistua prosessin eri vaiheissa hoitokokouksiin. Sosiaalinen verkosto ei ole prosessissa vain alkuehto tai hoitomenetelmän kohde, vaan ratkaiseva osa dialogia.

Koska tavoitteena tutkimuksessa oli ymmärryksen lisääminen hoitojärjestelmästä, käytettiin paljon tiedon lähteitä. Useita tiedon osa-alueita käsiteltiin pinnallisesti. Osittain tutkimusraportti jäi tästä syystä hajanaiseksi. On paljon erilaista tietoa, joka lisää kokonaisymmärrystä. Nämä tiedot eivät kuitenkaan aina liity toisiinsa. Kokonaiskuvan selkiyttämiseksi olen käsitellyt niitä laajasti. Jatkotutkimuksissa tehtävänä on keskittyä enemmän tarkemmin rajattuihin tutkimusalueisiin.



## 8.6. Tulosten yleistettävyys

Tutkimusta ohjaavien periaatteiden esittelyssä (luku 4.1.) todettiin tutkimuksen olevan yleistettävissä vain Keroputaan sairaalan hoitojärjestelmässä. Muissa yhteyksissä ei tässä kuvattua hoitomallia voida sellaisenaan soveltaa. Tutkimuksen tulosten jälkeen voi yleistettävyyttä pohtia tarkemmin.

Tulosten perusteella osoittautui hyväksi tarkastella sairaalan ja potilaan perheen yhteistyötä erityisenä ilmiönä sairaalan ja perheen rajalla. Samoin erityinen rajajärjestelmän käsite auttoi ymmärtämään sairaalan ja perheen suhteen vastavuoroista luonnetta ja koevoluutiota. Tutkimuksen suorittamisen aikaan on tällainen rajajärjestelmän ajatus saanut jalansijaa muissa yhteyksissä. Piha (1987; 1988) on kuvannut lastenpsykiatrisen laitoshoidon perhekeskeistä sovellutusta Turussa. Hänen esityksessään myös osaston ja perheen raja nousee esille erityisenä käsitteenä. Hänen mielestään osaston ja perheen yhteistyön määrittelemisen osaston ja perheen rajan tapahtumaksi antaa tälle ilmiölle oikeat mittasuhteet. Heidän työssään keskeinen havainto on ollut se, että perheen ja osaston kytkeytymästä syntyy monimutkainen vuorovaikutusten verkosto. Perhe ja osasto ymmärretään laajennettuna terapeuttisena systeeminä, missä osasto ei voi kontrolloida potilasta tai hänen perhettään. Vaikka Piha tarkastelee perhetyötä perheterapiana toisin kuin tässä tutkimuksessa, näkee hänkin tärkeäksi aina perheterapauttisten interventioiden suuntaamisen samaan aikaan sekä perheelle että osastolle.

Sosiaalityön puitteissa on Arnkil (1990) soveltanut tässä tutkimuksessa käytettyä rajajärjestelmän käsitettä sosiaalihuollon organisaatioiden työhön. Rajajärjestelmän käsitteen avulla hän kuvaa sosiaalihuollon laitosten kosketuspintaa asiakkaisiin ja toisiinsa. Hänen esittämiensä ajatusten yleistettävyyttä vahvistaa niiden teoreettisuus. Hän näyttää löytäneen rajajärjestelmän käsitteen täyttämään nimenomaan yhteiskunnallisten ilmiöiden kuvauksen käsitteellistä aukkoa. Hänen mukaansa voidaan puhua myös teorioiden rajajärjestelmistä. Rajajärjestelmä on teorioiden suhdetta toisiinsa vastavuoroisena vaikutusprosessina kuvaava käsite.

Edellä esitettyjen kahden esimerkin ja tämän tutkimuksen tulosten perusteella voidaan olettaa erityisen laitoksen rajaa kuvaavan käsitteen olevan yleistettävissä hyvin erilaisiin tilanteisiin. Sillä voidaan kuvata aikuispsykiatrista laitosta, lastenpsykiatrista laitosta ja sosiaalitoimen laitosten suhdetta asiakkaisiin ja toisiinsa. Tämän tutkimusten tulosten perusteella rajajärjestelmän käsite tekee mahdolliseksi kehittää sellainen vastavuoroinen toimintajärjestelmä, joka vähentää psykiatrisen laitoshoidon merkitystä. Laitokset tulevat lähemmäksi asiakkaitaan. Yhteiskunnan jäsenistä tulee hoito- ja palvelulaitosten aktiivisia kehittäjiä.

Yksittäisistä tutkimustuloksista voidaan yleistää potilaan sosiaalisen verkoston ominaisuuksien köyhtyminen sairastamisen ja sairaalahoidon myötä. Ilmeisesti tähän voidaan myös liittää tutkimuksessa tehty jako kolmeen potilasryhmään aiemman sairastamisen perusteella. Ensimmäisen hoidon,

uusiutuvan hoidon ja pitkäaikaishoidon potilaiden vastaanottotapahtuma ja hoitoprosessi on erilainen. Sosiaalisen verkoston ominaisuudet vaikuttavat hoidon kulkuun. Sosiaalisen verkoston ominaisuudet olivat hyvin samanlaiset muiden tutkimusten kanssa.

Perhe- ja verkostokeskeistä hoitoa ei verrattu muihin hoitomenetelmiin. Eri hoitomenetelmien välisiä vertailuja ei voida tehdä tämän tutkimuksen perusteella. Tuloksista voidaan kuitenkin päätellä, että akuutissa kriisissä sairaalahoidon korvaaminen avohoidolla on mahdollista vain perhe- ja verkostokeskeisillä hoitomenetelmillä. Niin selvästi polklinikan hoidossa painottuivat systeemiset hoidon tekijät. Sairaalahoito ei sinällään näyttänyt paljon muuttuneen viiden vuoden seuranta-aikana.

Koevoluutiosta terapeuttisena menetelmänä saatiin alustavia havaintoja. Tämän tutkimuksen tuloksia ei voida tässä suhteessa pitää yleistettävänä. Perhe vaikuttaa hoitavaan työryhmään, kuten teoriaosassa oletettiin. Tämän vaikutuksen ja koko koevoluution tarkka kuvaus vaatii jatkotutkimusten suorittamista.

## SUMMARY

### 1. The background of the study

The study was made at Keropudas Hospital in Tornio. The psychological meaning of the *social network* is the background of the theory. The clusters in the network and the boundaries between clusters are the main points. The treatment model is incorporated into the area of network therapy.

In the background of the treatment model is the theory of *boundary system which* is a coevolving system at the boundary between the hospital and the family. The boundary system opens at the first treatment meeting which in this study is called the admission meeting. The admission team aim is to start from an equal level with the family and tries to build up a joined understanding about the problem. The team converses openly while the family listens and jointly seeks treatment decisions with the family.

With the admission meeting begins *coevolution*, the mutual evolution of the family and the – hospital. In coevolution both the family, the team and their common interactional system changes. Coevolution is seen as structural coupling. Two autonomous social organizations couple with each other in a way which is determined by their structures. So they build up a new organization.

## 2. The problems and the methods

The philosophy of the study applies the sc. constructivistic theory. The observer does not only make passive observations from the outside world but builds up the knowledge actively. He is always a part of the object of observation. In psychological interaction, it is impossible to find an objective, absolute truth. The aim of this study is to find best possible description about the treatment model applied in Keropudas Hospital. The researcher is part of the researched subject. The study is *action research*. This rapport is with scientific methods constructing a subjective description about the subject of the study.

The subjects were (1) the description of the admission situation, (2) the development of the description of coevolution and (3) clarifying patients social networks impact on the treatment process. These subjects were clarified both with qualitative analysis and with statistical methods. The statistical methods were incorporated into the qualitative analysis through case descriptions. One aim was also to develop the theory of the treatment model.

The observation material consisted of those patients who during two month period had either been sent to the hospital or polyclinic or had admitted themselves. 1st study group consisted of patients treated in the polyclinics and the 2nd study groups patients were admitted into the hospital.

In gathering the information, the most important method was *Olsons Clinical Rating Scale (CRS)*. The family's interaction was evaluated with CRS. The evaluated scales were cohesion, adaptability and communication. The rating was done by an experienced family therapist. From the CRS the researcher developed a rating scale for team interaction. All suitable subscales from cohesion, adaptability and communication in CRS where with this rating scale. The content of the subscale was also changed when needed. Both ratings (the family and the team) where made simultaneously at the admission meeting. The reliability between coraters in both scales was good, varying from .300 to 1.000.

To support the information from the rating scales, information was also gathered about patients anamnesis, patients GAS and their medication. The patient was tested with WAIS and Rorschach psychological tests. The patients psychosocial network was evaluated with the Network Analysis Profile after drawing a network map. After the admission meeting the team members independently evaluated the meeting with a questionnaire.

The *follow-up study was made after four months* of treatment. At that point family interaction was evaluated again. The treatment team evaluated the teatment process and the patients GAS. *After one year* the amount of hospital days and admissions was registered. This information was compared with a group who was in treatment five years before the study group.

### 3. The results

The study group consisted of 70 patients from which 28 (40 %) in group 1. (policlinic) and 42 (60 %) in group 2. (admitted patients). The study group well represents the whole year's patient population. The polyclinic group was relatively a little bigger than that of the whole year's. In the study group schizophrenia diagnosis appeared more often than in whole years population. The amount of all psychosis diagnosis is equal in both groups.

The problems of the patients were difficult. Psychotic symptoms were present in 71.5 % of cases. The mean age of population is 39.7 years. 1/3 still lives with their parents ("primary family") and 40 % alone. 59 % of the patients are retired and only 26 % are employed. 43 % had no occupational education. 63 % of population were men.

To make the material clear, it was divided into (1) *a first treatment group (14 patients)*, (2) *recurrent treatment group (24 patients)* and (3) *longterm treatment group (32 patients)*. The discriminative factor was the place of psychic illness in the patient's life. The problems of the first treatment group patients were treated significantly more often at the polyclinic than the others' problems. The patients of the longterm treatment group were admitted significantly more often than the others.

*The admission situation of the recurring treatment group turned out to be generally the most difficult.* The families of the first treatment group easily accepted the outpatient treatment. The polyclinic treatment occurred very often by home visits. The admission situation of long term patients was often very familiar and there was no alternative for admission. In the recurrent treatment group there often occurred "fights" about the treatment place. The interaction across the boundary was the focus. Often the striving for admission was one part of an ongoing treatment process.

The family was present in 50 admission meetings. The absence of the family in the admission situation had no effect on the treatment place decision. In 8 cases, the patient's family or social network took part in the treatment later. The family's presence in the admission situation helped to give up nonvoluntary treatment in 4 cases out of 26 (15.4 %). From the polyclinic group, 3 patients visited the hospital during the first week.

The team – family coevolution became evident in that the subject and the object meshed with each other. The main task for the admission group was to understand the family systems rule and create mutual understanding.

The team – family's mutual interaction was researched more specifically by regression analysis. In both rating scales, cohesion and adaptability scales were changed linearly at the level of the interval scale. In rating the family with the cohesion scale, first was the Disengaged class, second was the

Enmeshed and then Separate and Connected. In the adaptability scale, the order was Rigid, Chaotic, Structured and Flexible. In the team rating, Enmeshed and Chaotic was placed first because those classes had only a few observations. The result of regression analysis is not interpreted linearly. The significant explanatory factors are seen as a part of mutual interaction.

Both the family's and teams behavior was controlled mainly by their own structure. They were autonomous organizations. In the *family's behavior*, the most explicable factors were cohesion and adaptability. There were no significant explanation model for the family's communication. The team influenced on the family's cohesion by regarding and respecting each others' observations and by consistently tracking communication. The family's adaptability was good if the team regarded itself as a part of the problem (teams external boundaries). The family's communication influenced many things. The team had its effect through mutual conversation, by regarding each other inside the team, through democratic leadership, by discussing openly about one's own counter feelings and by generally good communication.

The family's adaptability, mutual respect, regarding and empathy influenced the team's external boundaries, i.e. did the team strive for mutual understanding about the problem. The family's democratic leadership had its effect on the teams feeling about growth of understanding in the admission meeting. The most important factor in the growth of understanding was the team's internal reflective conversation during the admission meeting. If the team saw itself as a part of the problem (flexible external boundaries) then the team's understanding grew during the admission meeting. If the team only interviewed the family rigidly, the team's understanding about the problem did not grow.

The most important group of factors declaring the team's coevolving behavior included the amount of mutual conversation (team's own feeling about it), the quality of conversation (rating), the regarding and respect of each others' observations, the open reflection about their own counter feelings together with the team's external boundaries. The external boundaries means how much the team creates a mutual understanding with the family, while all the time seeing itself a part of the problem. Inadequate external boundaries means action where the team, by interviewing the family, only seeks a picture of the family systems pathology.

#### **4. Description of the treatment model**

Out of these observations came the system of verbal interaction ("languaging"). The team, for instance, seemed to get the family members to speak for each other, if it not did regard and respect each others observations. This system of language in which the problem determines the interaction is named as the problem determined system (Anderson, Goolishian, 1988). This idea is a part of the model.

The *first level* of the model was built up through the structure of each unit. These units were (1)

the structure of the referring institution, (2) the structure of the patients psychosocial network, (3) the structure of the family, and the patient as a part of the family and (4) the structure of the admission-team. The structure here means the rules through which each unit controls its own behavior. These rules determines the way different units couple with each other at first contact. In the admission meeting, on the basis of these structures, began the dialogue defining the problem. The problem is a kind of organizer of the system. The second level of the treatment model began here.

The second level was constructed from the team-family coevolutionary problem determined system. The team and the family influenced each other mostly by their internal reflective conversation in language they created. In the conversation process, the team is subject to the language in which new meanings are created in a dialogue. The description of this process was not fulfilled in this research.

## 5. The results of the follow up

The structure of the patient's psychosocial network correlated clearly with the treatment process. The social network of the treatment groups differed from each other. Agreeing with some other studies (Lipton et al.,1981; Hamilton,1989), it was hypothesized that treatment of psychic problems in hospital does impoverish the social network. The social network of a long term patient is small in size, it has few important clusters and especially a small amount of dependent and mutual interaction. No one seems to need the patient. The lack of mutual interaction did increase both the amount of hospital days and hospitalizations.

The treatment place selected in the admission meeting proved to be mostly the right one. The patients in the polyclinic group used the hospital clearly less both in the four months' and one year's period. The use of hospital treatment was smallest with the first time treatment group and largest with the longterm treatment group. When compared to the group five years earlier the amount of hospital treatment decreased. In the group conducted five years earlier, there were more of those patients who stayed in hospital for a longer time and more often in the one year's period. *So the network centered treatment style both decreased the need for inpatient treatment (40 % of patients were not admitted in the admission situation) and the use of the hospital during the one year follow up period (larger part of the patients were admitted fewer times and for a shorter period).*

The admission team influenced both the treatment process and the family's change by its action in the admission meeting. If the coevolution had started well in the admission meeting the planned treatment was accomplished. The adequate behavior of the admission team made it also possible for

the family to change in four months. Out of 41 families, 12 had changed their interaction for the better. The problem was that with the Olson Circumplex Model (especially Clinical Rating Scale) it was not possible to reliably evaluate the most difficult families.

The network centered treatment system did not prevent difficult treatment problems. Although the amount of hospital days and –periods had diminished in comparison with the group five years earlier, there were 24 treatment problem cases (34.2%). The most important issue in treating these cases was the mutual relationship between the hospital and the patient. The change in these most difficult cases occurred if the treatment team could hear the current language area through which the patient was living.

In the analysis of the social network, the main point changed from the properties of the network to understand the different language areas of the network. These language areas are generated both by the clusters in the network and by the patients' internalized experiences. These language areas get their meaning through team's dialogical conversation. The team should find just at that moment the actual language area. Accordingly the team then selects treatment "methods". *The most important factor is that the same team discusses individually with the patient, with the boundary system and with the larger social network in a network meeting if needed.*

In describing the process, some helping concepts was used. (1) The difference between the hospital and polyclinic treatment process was analyzed through Vygotsky's concepts of *indicative and symbolic meaning*. The therapeutic process in the polyclinic happened mostly in a symbolic meaning, while the therapeutic process in an inpatient setting included mostly indicative meanings. So the processes should be analyzed differently. (2) The language processes were made more concrete through Vygotsky's language development model. Language development starts as *a social speech, becomes an egocentric speech and an internal speech*. The reflective conversation of the therapeutic team was compared to the psychological meaning of the egocentric speech. If the patient has no language for the internal dialogue, the team moves into the patient's language area making dialogue inside the team. This dialogue could have the same effect on the patient as the egocentric speech has in a child's language development.

Thus man is developing a polyphonic treatment process in which the main aim is to create a dialogue. The task of the treatment team is not to apply some therapy method but to choose the observing angle. For that reason the concept of neutrality was criticized. The concept of neutrality "treats" the purity of the therapy method. When working with the most difficult treatment problems all different therapy methods can be seen as contraindicated. The task of the treatment team is to actively create the dialogue both in the social, egocentric and internal language, and it is impossible to take care of neutrality.



## LÄHTEET

- Aaltonen, J. (1982) *Perhekeskeisen hoitoprosessin lähtökohdat psykiatrisessa avohoidossa*. Turun yliopiston julkaisuja, C:38.
- Aaltonen, J., Alanen, Y., Lehtinen, K., Rökköläinen, V., Leppänen, E., Rasimus, R., Salminen, I. & Virtanen, H. (1988) Uusien skitsofreniapotilaiden perhekeskeinen hoito Turussa. Teoksessa J. Aaltonen, V. Rökköläinen & A. Kokkola (toim.), *Kokemuksia uusien skitsofreniapotilaiden perhekeskeisestä hoidosta Suomessa* (s. 23–40). Helsinki: Sairaaliitto.
- Aaltonen, J. & Rökköläinen, V. (1988) Skitsofrenian perheterapian perusteista. Teoksessa J. Aaltonen, V. Rökköläinen & A. Kokkola (toim.), *Kokemuksia uusien skitsofreniapotilaiden perhekeskeisestä hoidosta Suomessa* (s. 7–18). Helsinki: Sairaaliitto.
- Achte, K., Alanen, Y. & Tienari, P. (1981) *Psykiatria*. Porvoo: WSOY.
- Alanen, Y. (1958) The Mothers of Schizophrenic Patients. *Acta Psychiatria Neurologia Scandinavia*, 33, Supplement 124.
- Alanen, Y. & Kinnunen, P. (1974) *Perheterapia skitsofrenian hoitomuotona I–II*. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja ML.3.
- Alanen, Y., Rökköläinen, V., Rasimus, R., Laakso, J. & Kaljonen, A. (1986) *Toward Need-Specific Treatment of Schizophrenic Psychoses*. Heidelberg: Springer Verlag.
- Andersen, T. (1987) The Reflecting Team. Dialogue and Metadialogue in Clinical Work. *Family Process*, 26, 415–428.
- Anderson, C., Hogarty, G. & Reiss, D. (1980) Family Treatment of Adult Schizophrenic Patients: A Psycho-Educational Approach. *Schizophrenia Bulletin*, 6, 490–505.
- Anderson, H. & Goolishian (1988) A View of Human Systems as Linguistic Systems: Some Preliminary and Evolving Ideas about the Implications for Clinical Theory. *Family Process*, 27, 371–393.
- Antikainen, R. (1989) *Rajatilapotilaiden hoito psykoterapeuttisella yhteisöosastolla*. Kuopion yliopiston julkaisusarja. Alkuperäistutkimukset 5.
- Anttinen, E., Eloranta, K. & Stenij, P. (1971) *Kotisairaanhoidon mahdollisuudet skitsofreniaa sairastavien jälkihoidossa ja kuntoutuksessa*. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja A:8.
- Apo, M. & Kivimäki, K. (1988) Perhekeskeinen hoito Pohjois-Karjalassa. Teoksessa J. Aaltonen, V. Rökköläinen & A. Kokkola (toim.), *Kokemuksia uusien skitsofreniapotilaiden perhekeskeisestä hoidosta Suomessa* (s. 19–22). Helsinki: Sairaaliitto.
- Arnkil, E. (1990) *Sosiaalityö rajasysteemeissä. Makroanalyysistä Markoanalyysiin*. Sosiaalihuollituksen julkaisusarja, 4.
- Attneave, C. (1969) Therapy in Tribal Settings and Urban Network Intervention. *Family Process*, 8, 192–210.

- Attneave, C. (1984) Tasty Hors d'Oeuvres- and a Promise of a Banquet to Come. *Family Process*, 23,198-199.
- Attneave,C. (1987) *Nätverksarbetets framväxt i USA. Nätverksarbete i teori och praktik.* Dokumentation från seminariedagarna 7-8 september. Botkyrka Kommun.
- Attneave,C. (1990) Core Network Intervention: An Emerging Paradigm. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 9,3-10.
- Bahtin,M. (1979) *Kirjallisuuden ja estetiikan ongelmia.* (Suomentaja Kerttu Kyhälä-Juntunen ja Veikko Airola). Moskova: Kustannusliike Progress.
- Balis,E. & Harris,J. (1982) Re-Empowering a Disabled Family Network.*International Journal of Family Therapy*, 4,42-59.
- Bateson,G.(1972) *Steps to an Ecology of Mind.* New York: Ballantine Books.
- Beavers,W.R., Voeller,M. (1983) Comparing and Contrasting the Olson Circumplex Model with the Beavers System Model. *Family Process*,22,85-98.
- Beels, C. (1978) Social Networks, the Family, and the Schizophrenic Patient. *Schizophrenia Bulletin*, 4,512-521.
- Beels, C. (1981) Social Networks and the Treatment of Schizophrenia. *International Journal of Family Therapy*, 3,310-315.
- Beels, C. (1981) Social Support and Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 7,58-72.
- Bernheim,K. (1982) Supportive Family Counseling. *Schizophrenia Bulletin*,8,634-640.
- Bion, W. (1967) *Second Thoughts: Selected Papers in Psychoanalysis.* London: Heinemann.
- Boyd, J., McGill, C. & Falloon, I. (1981) Family Participation in the Community Rehabilitation of Schizophrenics. *Hospital and Community Psychiatry*, 32,629-632.
- Bronfenbrenner,U. (1981) *Sosialisaatiotutkimus* (Suomentaja Pirkko Ikonen) Espoo: Weilin+Göös.
- de Bruijn,T. (1989) Onko perhe pahin. *Perheterapia*,5(1),8-12.
- Bråten, S. (1986) The Third Position Beyond Artificial and Autopoietic Reduction. In F. & J.van der Zouwen (Eds.), *Sociocybernetic Paradoxes: Control and Evolution of Self-Steering Systems.* London: Sage.
- Buchkremer,G. & Lewandowski,L. (1987) Therapeutische Angehörigenarbeit bei schizophrenen Patienten: Rationales, Konzept und praktische Anleitung. *Psychiatrische Praxis*, 14,73-77.
- Caffey,E. & Galbrecht,C., Klett,C. (1971) Brief Hospitalization and Aftercare in the Treatment of Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 24,81-86.
- Cecchin,G. & Fruggeri,L. (1986) Consultation with Mental Health System in Italy.In L.Wynne, S.McDaniel & T.Weber (Eds.), *Systems Consultation: A new Perspective for*

*Family Therapy*. New York: The Guilford.

- Cohen,C. & Sokolovsky,J. (1979) Clinical Use of Network Analysis for Psychiatric and Aged Populations. *Community Mental Health Journal*, 15,203–213.
- Costell, R. & Reiss, D. (1982) The Family Meets the Hospital. *Archives of General Psychiatry*, 39,433–448.
- Dell, P. (1985) Understanding Bateson and Maturana: Toward a Biological Foundation for the Social Sciences. *Journal of Marital and Family Therapy*, 11,1–20.
- Drake,R.& Osher,F. (1987) Using Family Psychoeducation When There is No Family. *Hospital and Community Psychiatry*, 38,274–277.
- Drake, R.& Sederer, L. (1986) Inpatient Psychosocial Treatment of Chronic Schizophrenia: Negative Effects and Current Guidelines. *Hospital and Community Psychiatry*, 37, 897–901
- Eisler,I., Dare,C. & Szumkler,G. (1988) What's Happened to the Family Interaction Research? An Historical Account on a Family Systems Viewpoint. *Journal of Marital and Family Therapy*, 14,45–65.
- Emerson,C. (1983) The Outer Word and Inner Speech: Bakhtin, Vygotsky, and the Internalization of Language. *Critical Inquiry*. December,245–264.
- Engeström,Y. (1987) *Learning by Expanding. An Activity Theoretical Approach to Developmental Research*. Helsinki: Orienta-Konsultit Oy.
- Erickson,G. (1984) A Framework and Themes for Social Network Intervention. *Family Process*, 23,187–198.
- Falloon,I.,Boyd,J.& McGill,C. (1984) *Family Care of Schizophrenia*. New York: Guilford Press.
- Falloon,I., McGill,C., Boyd,J.& Pederson,J. (1987) Family Management in the Prevention of Morbidity of Schizophrenia: Social Outcome of a Two-Year Longitudinal Study. *Psychological Medicine*,17,59–66.
- Friedman,A.,Utada,A.& Morrissey,M. (1987) Families of Adolescent Drug Abusers are "Rigid".Are These Families Either "Disengaged" or "Enmeshed" or Both? *Family Process*, 26,131–148.
- Fristad,M. (1989) A Comparison of the McMaster and Circumplex Family Assesment. *Journal of Marital and Family Therapy*, 15,259–269.
- Garrison, J. (1974) Network Techniques: Case Studies in the Screening–Linking–Planning Conference Method. *Family Process*, 13,337–353.
- Garrison, J. (1981) Clinical Construction of Action Social Network. *International Journal of Family Therapy*,258–267.
- Garrison, J. & Howe, J. (1976) Community Intervention with the Elderly: A Social Network Approach. *Journal of the American Geriatrics Society*, 14, 329–333.

- Glaser, B. & Strauss, A. (1967) *The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine.
- von Glasersfeld, E. (1985) An Introduction to Radical Constructivism. In P. Watzlawick (Ed.) *The Invented Reality* (pp.17–40) New York: Norton.
- von Glasersfeld, E. (1988) The Reluctance to Change a Way of Thinking. *The Irish Journal of Psychology*. A Special Issue, 9, 83–90.
- Group for the Advancement of Psychiatry–GAP. (1985) *The Family, the Patient and the Psychiatric Hospital: Toward a New Model*. New York: Brunner/Mazel Publishers.
- Goolishian, H. & Anderson, H. (1987) Language Systems and Therapy: An Evolving Idea. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 24, 529–539.
- Goolishian, H. & Winderman, L. (1988) Constructivism, Autopoiesis and Problem Determined Systems. *The Irish Journal of Psychology*. A Special Issue, 9, 130–143.
- Grönfors, R. (1982) *Kvalitatiiviset tutkimusmenetelmät*. Juva: WSOY.
- Gutstein, S. (1987) Family Reconciliation as a Response to Adolescent Crisis. *Family Process*, 26, 475–491.
- Gutstein, S., Rudd, M.D., Graham, J.C., & Rayha, L. (1988) Systemic Crisis Intervention as a Response to Adolescent Crises: An Outcome Study. *Family Process*, 27, 201–211.
- Haas, G., Glick, I., Clarkin, J., Spencer, J., Lewis, A., Peyser, J., DeMane, N., Good-Ellis, M., Harris, E. & Lestelle, V. (1988) Inpatient Family Intervention: A Randomized Clinical Trial: II: Results at Hospital Discharge. *Archives on General Psychiatry*, 45, 217–224.
- Habermas, J. (1987) *Järki ja kommunikaatio* (Suomentaja Jussi Kotkavirta). Helsinki: Oy Gaudeamus Ab.
- Halevy–Martini, J., Hemley–van der Velden, E., Ruhf, L. & Scoenfeld, P. (1984) Process and Strategy in Network Therapy. *Family Process*, 23, 521–533.
- Haley, J. (1980) *Leaving Home*. New York: McGraw – Hill.
- Hamilton, N.G., Ponzoha, C., Cutler, D. & Weigel, R. (1989) Social Networks and Negative Versus Positive Symptoms of Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 625–633.
- Hammer, M. (1981) Social Supports, Social Networks, and Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 7, 45–57.
- Hanrahan, G. (1986) Beginning Work with Families of Hospitalized Adolescents. *Family Process*, 25, 391–405.
- Helsingin yliopiston psykologian laitos (1965) *Johdatus Rorschach diagnostiikkaan*. Julkaisuja. 3.
- Hoffman, L. (1981) *Foundations of Family Therapy: A Conceptual Framework For Systems Theory*. New York: Basic Books.

- Hoffman,L. (1985) Beyond Power and Control: Toward a "Second Order" Family Systems Therapy. *Family Systems Medicine*, 3, 381–396.
- Hoffman,L. (1988) A Constructivist Position for Family Therapy. *The Irish Journal of Psychology*. A Special Issue, 9, 110–129.
- Holt, R. & Havel, J. (1965) A Method for Assessing Primary and Secondary Process in the Rorschach. In M. Rickers–Ovsiankina (Ed.), *Rorschach Psychology*. New York: John Wiley.
- Horelli,L., Helamaa,M–L.& Segerholm,R. (1987) *Länsi–Pohjan psykiatrisen terveydenhuollon kehittäminen*. Raportti II.Helsinki: Sairaalaaliitto.
- Hubschmid,T. (1985) Von der Familientherapie zur Angehörigenarbeit oder vom therapeutischen zum präventiv–rehabilitativen Paradigma in der Scizophreniebehandlung. *Fortschritt Neurologie und Psychiatrie*, 53,117–122.
- Hunter,D. (1985) On the Boundary: Family Therapy in a Longterm Inpatient Setting. *Family Process*, 24, 339–348.
- Isohanni, M. (1983) *The Psychiatric Ward as a Therapeutic Community*. Acta Universitatis Ouluensis. Series D. 111.
- Israel,B. (1985) Social Networks and Social Support: Implications for Natural Helper and Community Level Interventions. *Health Education Quarterly*, 12,65–80.
- Jacobson,N. (1985) Family Therapy Outcome Research: Potential Pitfalls and Prospects. *Journal of Marital and Family Therapy*, 11,149–158.
- Johansson, A. (1985) *Skitsofrenian analyttisen psykoterapian ongelma*. Turun yliopiston julkaisu, C:53.
- Jyrkämä, J.(1978) Toimintatutkimuksen teoriasta ja tutkimuskäytännöstä. *Sosiaalipolitiikka*, 31–37.
- Jääskeläinen, J. (1987) Akuuttien psykoosien hoito Pohjois–Savossa. *Mielenterveys*, 6,3–4.
- Kangas,R. (1987) *Jurgen Habermasin kommunikatiivisen toiminnan teoria*. Tutkijaliiton julkaisusarja 45. Helsinki.
- Klefbeck,J.,Bergerhed,E.,Forsberg,G.,Hultkrantz–Jeppson,A. & Marklund,K. (1988a) *Nätverks–arbete i multiproblemfamiljer*. Botkyrka: Botkyrka Kommun.
- Klefbeck,J., Hultkrantz–Jeppson,A., Marklund,K., Bergerhed,E. & Forsberg,G. (1988b) Verkostoterapia – Ruotsin malli. *Perheterapia*, 4(1),3–12.
- Klopper,B. & Davidson,H. (1962) *Rorschach Technique: An Introductory Manual*. USA: Harcourt Brace Jovanovich, Inc.
- Laine,T. (1983) *Romaanin dialogiikka. Mihail Bahtinin romaaniteoria, lähtökohdat ja niiden filosofis–antropologinen kritiikki*. Jyväskylän yliopiston ylioppilaskunnan julkaisusarja 15.

- Langsley,D.,Pittman III,S.,Machotka,P. & Flomenhaft,K. (1968) Family Crisis Therapy – Results and Implications. *Family Process*, 7, 145–158.
- Lieberman,R., Wallace,C., Falloon,I. & Vaughn,C.(1981) Interpersonal Problem Solving Therapy for Schizophrenics and their Families. *Comprehensive Psychiatry*, 22, 627–629.
- 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.
- Lokki,O. (1980) *Tutkimustulosten tilastollinen hallinta ja käyttö*. Helsinki: Insinööritieto Oy.
- Lääkintöhallitus (1985) *Skitsofrenian hoidon valtakunnallinen kehittäminen*. Väliraportti.Julkaisuja 69. Helsinki.
- Lääkintöhallitus (1987) *Skitsofreniaan sairastuneen hoito ja kuntoutus. Hoitomalli*.Julkaisuja 103.Helsinki.
- Lääkintöhallitus (1987) *Tautiluokitus. Osa 1 Systemaattinen osa*. Helsinki: Valtion Painatuskeskus.
- Manninen,P. (1978) *Tilastotiedettä yhteiskuntatieteilijöille*. Helsinki: Gaudeamus.
- Marsella,A. & Snyder,K. (1981) Stress, Social Supports, and Schizophrenic Disorders: Toward an Interactional Model. *Schizophrenia Bulletin*, 7,152–163.
- Martin, B., Cermignani, P. & Voineskos, G. (1985) A Short-Stay Ward in a Psychiatric Hospital. Effects on the Hospital Caseload. *British Journal of Psychiatry*, 147, 82–87.
- Mattes, J. (1982) The Optimal Length of Hospitalization for Psychiatric Patients: A Review of the Literature. *Hospital and Community Psychiatry*, 33, 824–828.
- Mattlar,C–E. & Lahtela,K. (1982) Strukturoimattomat ärsykkeet persoonallisuuden tutkimusmenetelmänä. *Psykologia*, 17,23–29.
- Maturana,H. (1978) The Biology of Language: The Epistemology of Reality. In G.Miller & F. Lennenberg (Eds.), *Psychology and Biology of Language and Thought* (pp.27–63). New York: Academic Press.
- Maturana,H. (1988) Reality: The Search for Objectivity or the Quest for a Compelling Argument. *The Irish Journal of Psychology*. A Special Issue, 9(1),25–82.
- Maturana,H. & Varela,F. (1980) *Autopoiesis and Cognition*. Boston Studies on Philosophy of Science, Vol.42
- McGill,C., Falloon,I., Boyd,J. & Wood–Siverio,C. (1983) Family Educational Intervention in the Treatment of Schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry*, 34, 934–938.

- McGill,C.& Lee,E. (1986) Family Psychoeducational Intervention in the Treatment of Schizophrenia. *Bulletin of Menninger Clinic*, 50, 264–286.
- McNeill, D., Stevenson, S. & Longabaugh, R. (1980) Short-Term Inpatient Care and Readmission The CMHC Approach Versus the Private Approach. *Hospital and Community Psychiatry*, 31, 751–755.
- Mikrovuo (1986) *PATO tilasto-ohjelmisto*. Oulu.
- Minuchin, S. (1974) *Families and Family Therapy*. Bristol: J.W.Arrowsmith.
- Naskali,P. (1983) Hermeneuttisesta tutkimusotteesta kasvatustieteessä. Teoksessa S.Hirsjärvi (toim.) *Kasvatus ja yhteiskuntatieteiden metodologisista lähtökohdista* (s. 28–49) Jyväskylän Yliopisto. Kasvatustieteen laitos,B3.
- Niiniluoto,I. (1983) *Tieteellinen päättely ja selittäminen*. Keuruu: Otava.
- Niskanen, P. (1970) *Skitsofreniaa sairastavien kotihoito*. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja. A 6.
- Nyky-suomen sanakirja* (1985) Osat V ja VI. S – Ö. Porvoo: WSOY.
- Ogden,T. (1982) *Projective Identification and Psychotherapeutic Tehcniue*. New York: Jason Aronson.
- Ojanen, M. (1988) *Skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallinen kehittämisohjelma. Skitsofreniapotilaan kuntoutuminen: PSP-projektin seurantatulokset*. Psychiatrica Fennican julkaisusarja, No 82.
- Olson,D., Russell,C. & Sprenkle,D. (1983) Circumplex Model of Marital and Family Systems:VI.Theoretical Update. *Family Process*, 22, 69–83.
- Olson,D. (1986) Circumplex Model VII: Validation Studies and FACES III. *Family Process*, 25. 337–351.
- Olson,D., McCubbin,M.,Barnes,H.,Larsen,A.,Muten,M. & Wilson,M. (1985) *Family Inventories*. University of Minnesota.
- Pattison, E. & Pattison, M. (1981) Analysis of a Schizophrenic Psychosocial Network. *Schizophrenia Bulletin*, 7, 135–143.
- Peuranen, E. (1980) Bahtinin sosiologinen poetiikka. *Kulttuurivihkot*, 8, 17–27.
- Phillips, S. (1981) Network Characteristics Related to the Well-Being of Normals: A Comparative Base. *Schizophrenia Bulletin*, 7,117–124.
- Pratt,D. & Hansen,J. (1987) A Test of the Curvilinear Hypothesis with FACES II and III. *Journal of Marital and Family Therapy*, 13, 387–392.
- The Penguin English Dictionary* (1973) Aylesbury: Hazel Watson& Viney Ltd.
- Perlmutter,R. (1986) Emergency Psychiatry and the Family: The Decission to Admit. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12, 153–162.

- Piha, J. (1987) Lastenpsykiatrisen osastohoidon ominaispiirteitä. *Suomen Lääkärilehti*, 42, 1575–1578.
- Piha, J. (1988) Lastenpsykiatrisen osastohoito Turussa. *Perheterapia*, 4(1), 4–12.
- Pittman S.III (1984) Wet Cocker Spaniel Therapy: An Essay on Technique in Family Therapy. *Family Process*, 23, 1–10.
- Psykiatrisen sairaskertomus, ohjekirja* (1980) Sairaalaliitto julkaisuja 7/79. Vammala.
- Rhine, M. & Mayerson, P. (1971) Crisis Hospitalization within a Psychiatric Emergency Service. *American Journal of Psychiatry*, 127, 1386–1391.
- Rorschach, H. (1975) *Psychodiagnostics. A Diagnostic Test Based on Perception*. New York: Grune & Stratton.
- Rubinstein, D. (1972) Rehospitalization Versus Family Crisis Intervention. *American Journal of Psychiatry*, 129, 715–720.
- Rud, J. & Noreik, K. (1982) Who become long-stay patients in a psychiatric hospital. *Acta psychiatria Scandinavia*, 65, 1–14.
- Salokangas, R. (1977) *Skitsofreniaan sairastuneiden psykososiaalinen kehitys*. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja, Sarja AL:7.
- Salokangas, R. (1985) *Skitsofrenian hoito ja ennuste. Jälkitutkimus psykoterapeuttista yhteisöhoitoa saaneiden skitsofreniapotilaiden psykososiaalisesta ennusteesta*. Kansanterveystieteen julkaisuja, M 89/85.
- Schoenfeld, P., Halevy, J., Hemley-van der Velden, E. & Ruhf, L. (1986) Long-Term Outcome of Network Therapy. *Hospital and Community Psychiatry*, 37, 373–376.
- Seikkula, J. (1987) Rajasysteemi – Hoidettava yksikkö osaston ja perheen välillä. *Perheterapia*, 3(1), 11–13.
- Seikkula, J. (1990) *Perheen ja sairaalan rajasysteemi. Tutkimus perhekeskeisen hoidon aloituksesta sairaalassa*. Helsinki: Sairaalaliitto.
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. & Prata, G. (1978) *Paradox and Counterparadox*. New York: Jason Aronson.
- Seppälä, T. (1987) *Psykykenlääkkeet ja niiden käyttö. Moderni Lääkehoito*. Recallmed. Karisto.
- Simon, F., Stierlin, H. & Wynne, L. (1985) *The Language of Family Therapy: A Systemic Vocabulary and Sourcebook*. New York: The Family Process Press.
- Singer, M. (1977) The Borderline Diagnosis and Psychological Tests: Review and Research. In P. Hartocollis (Ed.), *Borderline Personality Disorders* (pp. 193–212) New York: Int. Univ. Press.
- Slater, J. & Depue, R. (1981) The Contribution of Environmental Events and Social Support to Serious Suicide Attempts in Primary Depressive Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 275–285.



- Speck, R. & Attneave, C. (1973) *Family Networks*. New York: Pantheon Books.
- Syvälähti, E. (1988) Unilääkkeiden vaikutus ja käyttö. Teoksessa *Psykykenlääkkeiden valinta ja käyttö*. Lääketehtas Orion. Jyväskylä: Gummerus.
- Terkelsen, K. (1983) Schizophrenia and the Family II: Adverse Effect of Family Therapy. *Family Process*, 22, 191–200.
- Tomm, K. (1987) Interventive Interviewing: Part I. Strategizing as a Fourth Guideline for the Therapist. *Family Process*, 26, 3–13.
- Tuori, T. (1987) *Naimisissa olevien skitsofreniapotilaiden systeeminen perheterapia*. Turun yliopiston julkaisuja, C:62.
- Tähkä, V. (1979) Psykoterapian hoidollisesti vaikuttavista tekijöistä. Teoksessa Y. Alanen & V. Tähkä (toim.), *Psykoanalyysin ja psykoterapian suuntauksia* (s. 132–139) Helsinki: Weilin+Göös.
- Wan, T. & Weissert, W. (1981) Social Support Networks, Patient Status, and Institutionalization. *Research on Aging*, 3, 240–256.
- Vanistendael, C. (1985) Prevention of Admission and Continuity of Care. *Theoretical Medicine*, 6, 93–113.
- Valkonen, T. (1974) *Haastattelu- ja kyselyaineiston analyysi sosiaalitutkimuksessa*. III korjattu painos. Helsinki: Oy Gaudeamus Ab.
- Varela, F. (1985) The Creative Circle: Sketches on the Natural History of Circularity. In P. Watzlawick (Ed.), *The Invented Reality* (pp. 309–323). New York: Norton.
- Vasama, P.-M. & Vartia, Y. (1973) *Johdatus tilastotieteeseen. Osa II*. (2. korjattu painos). Helsinki: Gaudeamus.
- Watzlawick, P., Weakland, J. & Fisch, R. (1979) *Muutoksen avaimet* (Suomentaja Ilkka Malinen). Jyväskylä: Gummerus.
- Wechsler, D. (1971) *WAIS käsikirja*. Helsinki: Psykologien Kustannus.
- Wertsch, J. (1985) *Vygotsky and the Social Formation of Mind*. Massachusetts: Harvard University Press.
- Wiener, P. (1958) *Values in an Universe of Chance. Selected Writings of Charles S. Peirce*.
- Virtanen, H. (1986) Kokemuksia Turun psykiatristen sairaaloiden sisäänottopoliklinikan toiminnasta. *Sairaala*, 8–9, 287–290.
- Wolfe, A. (1981) Discussion. *Schizophrenia Bulletin*, 7, 173–177.
- Voloshinov, V. (1973) *Marxism and the Philosophy of the Language*. New York: Seminar Press.
- von Wright, G. H. (1970) *Tieteen filosofian kaksi perinnettä*. Helsingin Yliopiston filosofian laitoksen julkaisuja, 1.

Vygotsky, L. (1970) *Thought and Language*. Massachusetts: The MIT Press.

Wynne, L., McDaniel, S. & Weber, T. (1986) *Systems Consultation: A new Perspective for Family Therapy*. New York: The Guilford Press.

**LIITTEET**

1. Muuttujaluettelo	244
2. Perheen vuorovaikutuksen arviointi	246
3. Työryhmän vuorovaikutuksen arviointi	249
4. FACES III kyselykaavake	252
5. Työryhmän lomake hoitokokouksen jälkeen	253
6. Verkostoanalyysin profiili	254
7. Korrelaatiomatriisi	255
8. Regressioanalyysin tulokset	262
9. Suorat jakaumat vastaanottotilanteessa	275
10. Seurantatietojen muuttujaluettelo	280
11. Seurantatutkimuksen suorat jakaumat	281
12. Vertailuaineiston muuttujien suorat jakaumat	283
13. Perheet ja työryhmät Olsonin mallissa	284

## LIITE 1. MUUTTUJALUETTELO

### Taustatiedot

KOEHENKILÖN NIMI: \_\_\_\_\_ NUMERO: \_\_\_\_\_

- 1.Lähettäjä: 1.terveyskeskus, 2.Mtt, 3.Lpks, 4.itse , 5.muu
- 30.Lähetteen laatu: 1=vapaalähete,2=MT1, 3=itse,4=muu
- 2.Koehenkilön ikä
- 3.Koehenkilön luokka, 1=poliklinikka,2=sairaala
- 16.Koehenkilön hoitoryhmä: 1=ensimmäinen hoito, 2=uusiutuva hoito, 3=pitkäaikaishoito
- 4.Koehenkilön sukupuoli: 1=mies, 2=nainen
- 5.Koehenkilön diagnoosi tullessa
- 6.Sairaalahoitokerrat yhteensä
- 7.Sairaalahoitokerrat edellisen 2 v. kuluessa
- 8.Sairaalahoitopäivät edellisen 2v. kuluessa
- 9.Aiemmat perhehoitajaksot
- 10.Siviilisäätty: 1=naimaton, 2=naimisissa, 3= eronnut, 4=leski
- 11.Perhesuhteet:1=lapsi perheessä, 2=vanhempana perheessä, 3=yksin
- 12.Montako sukupolvea asuu yhdessä
- 13.Monesko avioliitto
- 14.Edellinen muutos tilanteessa kuukausissa
- 15.Hoitosuhte avohoidossa
- 17.Aikaa lähimaisen menetykseen, kuukausia.
- 18.Toimeentulo: 1=palkka, 2=työttömyyskorvaus,3=eläke,  
4=sosiaalivastuu, 5=toinen perheenjäsen
- 19.Koulutus: 0=ei ole, 1=ammattikurssi,2=ammattikoulu, 3=opistotason tutkinto,  
4=korkeakoulututkinto
- 20.Työtilanne: 0=ei ole, 1=päivätyö, 2=vuorotyö

### Potilasta kuvaavat ominaisuudet

- 21.GAS tulotilanteessa
- 23.Karkea arvio älykkyydestä WAIS:n mukaan
- 29.Päiviä ennen vastaanottokokousta
- 39.Neuroleptien määrä tulotilanteessa
- 40.Antidepressanttien määrä tulotilanteessa
- 41.Anksiolyyttien määrä tulotilanteessa
- 60.Rorschachin yleisdiagnoosi: 0= ei diagnoosia,1=neuroottinen, 2=masentuneisuus, 3=rajatila,  
4=psykoottinen, 5=krooninen skitsofrenia

### Perhettä kuvaavat ominaisuudet – Olsonin malli

- 61.Perheen emotionaalinen sitominen
- 62.Perheen puuttuminen toisen asioihin
- 63.Aviosuhde
- 64.Vanhempi-lapsi koalitiot
- 65.Sisäiset rajat perheessä
- 66.Ulkoiset rajat perheessä
- 67.Koossapysyvyys kokonaisarviona
- 68.Perheen johtajuus
- 70.Perheen neuvottelu
- 71.Perheen roolit
- 72.Perheen säännöt
- 73.Sopeutuvuuden kokonaisarvio

- 74. Teemassa pysyminen
- 75. Kunnioitus ja huomiointi
- 76. Kommunikaation selkeys
- 77. Ilmaisun vapaus
- 78. Empatia
- 79. Puhuminen muitten puolesta
- 80. Tunkeutuminen toisen alueelle
- 81. Kommunikaation kokonaisarvio
- 82. Sijoittuminen Olsonin mallin ympyrälle, 1–3

- 45. Työryhmä Olsonin mallin asteikolla, arvot 1 – 16
- 46. Perhe Olsonin mallin asteikolla, arvot 1 – 16

### **Työryhmää kuvaavat ominaisuudet – Olsonin malli**

- 87. Työryhmän puuttuminen toisen asioihin
- 88. Työryhmän sisäiset rajat
- 89. Työryhmän ulkoiset rajat
- 90. Työryhmän koossapysyvyys
- 91. Työryhmän johtajuus
- 92. Työryhmän neuvottelu
- 93. Työryhmän roolit
- 94. Työryhmän säännöt
- 95. Työryhmän sopeutuvuus
- 96. Työryhmän teemassa pysyminen
- 97. Työryhmän kunnioitus ja huomiointi
- 98. Työryhmän selkeys
- 99. Työryhmän ilmaisun vapaus
- 100. Työryhmän empatia
- 101. Työryhmän toisten puolesta puhuminen
- 102. Työryhmän tunkeutuminen toisen alueelle
- 103. Työryhmän kommunikaatio
- 104. Työryhmä Olsonin mallin ympyrällä, 1–3

### **Työryhmän oma arvio toiminnastaan**

- 105. Tiimin ymmärryksen lisääntymisen hajonta (0–3)
- 106. Vuorovaikutusmäärä tiimin jäsen <----->tiimin jäsen
- 107. Ymmärryksen lisääntyminen, keskiarvo

### **Sosiaalisen verkoston ominaisuudet**

- 108. Potilaan verkoston koko – sukulaiset
- 109. Potilaan verkoston koko – ei-sukulaiset
- 110. Potilaan verkosto yhteensä
- 111. Verkoston tiheys
- 112. Verkoston taso

## LIITE 2:

## PERHEEN VUOROVAIKUTUKSEN ARVIOINTI

## Olsonin Clinical Rating Scalen arviointiperusteet

## I Perheen koossapysyvyys

	Irrallinen		Erillinen		Yhtenäinen		Kietoutunut	
	Pm	1 2	3 4	5 6	7 8			
Emotionaalinen sitominen		Äärimmäinen emotionaalinen ero. Perheolojallisuuden puute.	Emotionaalinen ero. Ajoittain lojaalisuus.	Emotionaalinen läheisyys. Lojaalisuutta odotetaan	Äärimmäinen tunneläheisyys Lojaalisuutta vaaditaan			
Toisten asioihin puuttuminen		Hyvin vähän interaktiota pj:n välillä	Puuttuminen hyväksytään, etäisyys tärkeämpi	Puuttumista rohkaistaan etäisyyden sallittua	Symbioottinen kietoutuminen riippuvuus näkyvissä			
Aviosuhde		Äärimmäinen emotionaalinen ero	Emotionaalinen ero	Emotionaalinen läheisyys	Äärimmäinen reaktiivisuus			
Vanhempi-lapsi koalitie		Läheisyyden puute	Selvät osasysteimirajat, hieman läheisyyttä	Selvät osasysteimirajat v-l läheisyys	V-l koalitie, Sukupolvirajojen puute			
Sisäiset rajat aika (fyysinen ja emotionaalinen)		Hk eristyneisyys vallitseva.	Eristyneisyyttä hieman rohkaitaan.	Eristyneisyyden tarve kunnioitetaan.	Hk eristyneisyyden puute.			
tila (fyysinen ja emotionaalinen)		Erillinen aika maksimaalista.	Aikaa hieman yhdessä.	Aika yhdessä tärkeä. Yksinolo sallittu	Yhteisaika maksimoitu.			
päätöksenteko		Riippumaton	Oma tila preferoitu.	Perheen tilan jakaminen, oma kunnioitettua.	Vähän omaa tilaa sallittu.			
Ulkoiset rajat perheen ystävät		Fokus perheen ulkopuolella. Hk ystävät tavataan yksin.	Yksilöllinen, yhteinen mahdollista.	Yhteinen etusijalla - ei välttämätön.	Muun ryhmän toiveiden mukaisesti.			
harrastukset huvitukset		Fokus enemmän ulkopuolella. Hk ystävyys-suhteet harvoin jaettu	Fokus enemmän ulkopuolella. Hk ystävyys-suhteet harvoin jaettu	Fokus enemmän sisäpuolella. Hk ystävyys-suhteet jaettu.	Fokus sisäpuolella. Perheystävät etusijalle.			
		Erilliset harrastukset ja hovit.	Yksin, hovit enemmän yksin kuin yhdessä	Jaetut etusijalla.	Jaetut harrastukset, paikalliset yhteiset hovit.			

Koossapysyvyyden kokonaisarviointi

## II P erheen sopeutuvuus

	Pm	Jäykkä		Strukturoitu		Joustava		Kaoottinen	
		1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Johtajuus</b>		Autoritaarinen Vanhemmat hyvin kontrolloivia		Pääasiassa autoritaarinen, hieman tasa-arvoa.		Tasavertainen johtaminen.		Rajoitettu ja/ tai epävakainen johtajuus. Vanhempien kontrolli epäonnistuu.	
<b>Kuri</b>		"Laki ja järjestys", ei armoa, jäykät seuraukset		Jv demokratiaa. Ennustettavat seuraukset. Harvoin lempeyttä.		Demokraattinen. Neuvotellut seuraukset. Jv armoa.		"Antaa mennä" Epävakaaat seuraukset, hyvin paljon armoa.	
<b>Neuvottelu</b>		Rajoitettua. Vanhemmat määräävät päätökset		Str. neuvottelut. Pääasiassa vanhemmat päättävät.		Joustavat neuvottelut. Päätöksistä yksimielisyys.		Loputtomat neuvottelut. Impulsiiviset päätökset.	
<b>Roolit</b>		Rajoitettu valikoima, tiukasti määrätyt		Roolit vaihtaa, voidaan vaihtaa.		Jaetaan, joustava vaihtaminen		Selvyyden puute, muutokset ja kumoamiset.	
<b>Säännöt</b>		Muuttumattomat. Tiukasti vahvistettu		Vähän muutoksia. Pehmeästi vahvistettu.		Joitakin muutoksia. Joustavasti vahvistettu.		Usein muutoksia, pysymättömästi vahvistettu.	

Sopeutuvuuden kokonaisarvio.

## III Perheen kommunikaatio

Pm	Helpottavuus					
	Alhainen				Korkea	
	1	2	3	4	5	6
<b>Teemassa pysyminen</b>	Vähän sisällön jatkuvuutta, usein irrelevanteja syrjähyppyjä Usein aiheen vaihtoja.		Hieman jatkuvuutta, muttei koko aikaa tai kaikkia koskien. Joitakin irrel. syrjähyppyjä tai ei-verbaalisia kommentteja. Aiheiden vaihdot ei aina aiheellisia.		Johdonmukaisesti teemassa. Aiheen vaihdot aiheellisia	
<b>Kunnioitus ja huomiointi</b>	Toisen tunteiden tai viestien kunnioituksen puute peittelemättömästi esille.		Hieman toisten kunnioitusta, ei koko aikaa eikä kaikkia koskien.		Pysyvä toisten tunteiden ja viestien kunnioitus.	
<b>Selkeys</b>	Epävakaat ja/tai epäselvät suulliset viestit. Usein ristiriita kielellisen ja ei-kielellisen viestin välillä.		Hieman selkeyttä, ei koko aikaa eikä kaikkia koskien. Joitakin ristiriitaisia viestejä.		Verbaaliset viestit hyvin selviä, ei ristiriitoja.	
<b>Ilmaisun vapaus</b>	Harvoin keskustelua itsestä, tunteista tai suhteista.		Hieman keskustelua itsestä, tunteista ja suhteista.		Avoin keskustelu itsestä, tunteista ja suhteista.	
<b>Kommunikaatiotaidot</b>						
<b>Kuuntelijan taidot</b>						
<b>Empatia</b>	Harvoin		Joskus		Usein	
<b>Huomioiva kuuntelu</b>	Harvoin		Joskus		Usein	
<b>Puhujan taidot</b>						
<b>Omasta puolesta</b>	Harvoin		Joskus		Usein	
<b>Muitten puolesta</b>	Usein		Joskus		Harvoin	
<b>Tunkeutuminen, keskeyttäminen, epäkyssä läheisyys</b>	Usein		Joskus		Harvoin	

Kommunikaation kokonaisarvio



## LIITE 3.

## TYÖRYHMÄN VUOROVAIKUTUKSEN ARVIOINTI

## I Työryhmän koossapysyvyys

Pm	Irrallinen		Erillinen		Yhtenäinen		Kietoutunut	
	1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Toisten asioiden puuttuminen</b>	Hyvin vähän interaktiota tiimin sisällä		Puuttuminen hyväksytään, etäisyys tärkeämpi. Hieman tunneperäistä vv:a		Puuttumista rohkaistaan etäisyyden sallittu. Tunneperäinen vv hallinnassa		Hyvin suuri riippuvuus toisista. Tunneperäinen vv vallannut toiminnan.	
<b>Sisäiset rajat</b>	Kukin toimii erillisenä		Aika omien ajatusten kanssa tärkein, hieman yhteistä aikaa.		Jaettu yhteinen kokemus, yksilöllinen tila ei niin tärkeä.		Fokus pääasiassa tiimin sisällä.	
<b>Päätöksenteko</b>	Toisista tiimin jäsenistä riippumatta		Liittyminen muihin mahdollista		Yhteiset päätökset tärkeitä - ei välttämättömiä		Muiden toiveiden mukaan	
<b>Ulkoiset rajat</b>	Fokus kokonaan perheessä		Fokus enemmän perheessä kuin yhteisessä kokouksessa.		Fokus enemmän yhteisessä kuin perheessä		Fokus tiimin asioissa.	
<b>Toiminta</b>	(ennakko)kaavan mukaista, ongelmat meidän ulkopuolella		Huomioi ulkopuoliset näkemykset, oman toiminnan arvio vaikeaa		Uudet näkökulmat esim. seurantaryhmästä huomioon. Oman toiminnan arvio mahdollista.		Fokus tiimin asioissa	

Koossapysyvyyden kokonaisarvio

## II Työryhmän sopeutuvuus

	Pm	Jäykkä		Strukturoitu		Joustava		Kaoottinen	
		1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Johtajuus</b>		Autoritaarinen Auktoriteetti-kontrolloi		Pääasiassa autoritaarinen, hie- man tasa-arvoa		Tasavertainen		Rajoitettu ja/tai epä- vakainen johtajuus, johtajuus hukassa	
<b>Neuvottelu</b>		Rajoitettua Auktoriteetti-määrää päätökset		Str. neuvottelut. Pääasiassa auk- toriteetit päätä- vät.		Joustavat neu- vottelut. Toi- ninnasta yksi- mielisyys.		Loputtomat neuvot- telut. Impulsiiviset päätökset.	
<b>Roolit</b>		Rajoitettu vali- koima, tiukasti määrätyt		Roolit vakaat, voidaan vaih- taa.		Jaetaan, jous- tava vaihtami- nen		Selvyyden puute, muutokset ja ku- moamiset.	
<b>Säännöt</b>		Muuttumatto- mat. Tiukasti vahvistettu		Vähän muutok- sia. Pehmeäs- ti vahvistettu.		Joitakin muu- toksia. Jous- tavasti vah- vistettu.		Usein muutoksia pysymättömäs, vah- vistettu. "Sääntöjen ha- keminen"	

Sopeutuvuu-  
den koko-  
naisarvio.

## III Työryhmän kommunikaatio

## Helpottavuus

Pm	Alhainen				Korkea	
	1	2	3	4	5	6
<b>Teemassa pysyminen</b>	Vähän sisällön jatkuvuutta, usein irrelevanteja syrjähyppyjä. Usein aiheen vaihtoja.		Hieman jatkuvuutta, muttei koko aikaa tai kaikkia koskien. Joitakin irrel. syrjähyppyjä tai ei-verbaalisia kommentteja. Aiheiden vaihdot ei aina aiheellisia.		Johdonmukaisesti teemassa. Aiheen vaihdot aiheellisia.	
<b>Kunnioitus ja huomiointi</b>	Toisen tunteiden, havaintojen kunnioituksen puute peittelemättömästi esille.		Hieman toisten kunnioitusta, ei koko aikaa eikä kaikkia koskien.		Pysyvä toisten tunteiden ja havaintojen kunnioitus	
<b>Selkeys</b>	Epävakaat ja/tai epäselvät suulliset viestit. Usein ristiriita kielellisen ja ei-kielellisen viestin välillä.		Hieman selkeyttä, ei koko aikaa eikä kaikkia koskien. Joitakin ristiriitaisia viestejä.		Verbaaliset viestit hyvin selviä, ei ristiriitoja.	
<b>Ilmaisun vapaus</b>	Harvoin keskustelua omista havainnoista ja keskinäisistä suhteista.		Hieman omien havaintojen ja keskinäisten suhteiden arviointia.		Avoin keskustelu omista havainnoista ja keskinäisistä suhteista.	
<b>Kommunikaatiotaidot</b>						
<b>Kuuntelijan taidot</b>						
<b>Empatia</b>	Harvoin		Joskus		Usein	
<b>Huomioiva kuuntelu</b>	Harvoin		Joskus		Usein	
<b>Puhujan taidot</b>						
<b>Omasta puolesta</b>	Harvoin		Joskus		Usein	
<b>Muitten puolesta</b>	Usein		Joskus		Harvoin	
<b>Tunkeutuminen, keskeyttäminen, epäkyssä läheisyys</b>	Usein		Joskus		Harvoin	

Kommunikation  
kokonaisarvio

## LIITE 4.

## FACES III Kyselykaavake perheenjäsenille

1	2	3	4	5
Ei juuri koskaan	Silloin tällöin	Joskus	Usein	Lähes aina

Kuvaa perhettäsi tällä hetkellä:

1. Perheen jäsenet pyytävät toisiltaan apua.
2. Ongelmien ratkaisussa lasten ehdotuksia seurataan.
3. Me hyväksymme toistemme ystävät.
4. Lapsilla on sanavaltaa saamaansa kurinpitoon.
5. Me pidämme toiminnasta lähimmän perhen kesken.
6. Eri henkilöt toimivat johtajina perheessämme.
7. Perheen jäsenet tuntevat olevansa lähempänä muita perheen jäseniä kuin perheen ulkopuolisia.
8. Perheemme muuttaa toimintatapaansa.
9. Perheen jäsenet viettävät mielellään vapaa-aikaansa toistensa kanssa.
10. Vanhemmat ja lapset keskusteleivat rangaistuksista yhdessä.
11. Perheenjäsenet ovat toisilleen hyvin läheisiä.
12. Lapset tekevät päätökset meidän perheessä.
13. Kun perheemme ryhtyy yhdessä toimimaan, on jokainen läsnä.
14. säännöt muuttuvat meidän perheessämme.
15. Voimme helposti löytää asioita, mitä voimme tehdä yhdessä perheenä.
16. Jaamme vastuun kotitöistä henkilöltä toiselle.
17. Perheen jäsenet keskustelevat muitten perheenjäsenten kanssa päätöksistään.
18. Johtajan nimeäminen on vaikeaa perheessämme.
19. Perheen yhteenkuuluvaisuus on hyvin tärkeää.
20. On vaikea sanoa kuka tekee mitkään kotityöt.

© D.H. Olson, 1985  
suomennos J. Seikkula, 1988

## LIITE 5. TYÖRYHMÄN LOMAKE HOITOKOKOUKSEN JÄLKEEN

Potilas

Työryhmän jäsen \_\_\_\_\_

Tutkija \_\_\_\_\_

Lomake: Arvio hoitokokouksesta hoitokokouksen jälkeen

Ominaisuus	Arvo	Ei yhtään 0	Vähän 1	Kohtalaisesti 2	Paljon 3
Vuorovaikutusmäärä: Tiimi → perhe		Ei kyselyä, vuorovaikutus tiimin omien tietojen pohjalta	Tiimin oma vv pohjana, hieman tietoa kysellään	Tietoa kysellään, omaa tietoa mukana	Hyvin paljon vv perheen tiedon pohjalta
Tiimi ← → perhe		Ei keskinäistä vuorovaikutusta esillä			Hyvin paljon keskinäiset asiat esillä
Tiimin jäsen ↑ → tiimin jäsen		Ei kommentteja toiselle			Hyvin paljon kommentteja toiselle
Tiimin jäsen ↑ → tiimin jäsen		Ei keskinäistä keskustelua			Hyvin paljon keskinäistä pohdintaa
Ymmärryksen lisääntyminen - muutos		Ei mitään uutta	Vähän uutta ymmärrystä, ei olennaista muutosta	Entisen tiedon täydentämistä, ymmärrys kasvoi	Ratkaiseva uusi ymmärrys, "toisen asteen muutos"
Koko työryhmän arvio ymmärryksestä					

## LIITE 6. VERKOSTOANALYYSIN PROFILI

### Verkoston rakenteelliset kriteerit:

1. Verkoston koko – sukulaiset  
ei-sukulaiset  
ammatti-ihmiset  
Koko yhteensä
2. Verkoston tiheys  

$$\frac{N_a}{N(N-1)}$$

$$\frac{2 N_a}{N}$$

Na = verkoston sisäiset suhteet  
ilman egoa  
N = verkoston koko ilman egoa
3. Verkoston taso  
Paljonko kontakteja toisiin samassa verkostossa  

$$\frac{2 N_a}{N}$$

### Verkoston vuorovaikutukselliset kriteerit:

4. Sosiaalisten kontaktien määrä – sukulaiset  
ei-sukulaiset  
ammatti-ihmiset  
yhteensä  
Lasketaan lukumäärä tavanomaisen viikon aikana
5. Kahdenkeskisen vuorovaikutuksen suunta
  1. välineellinen: ego -----> muut
  2. vastavuoroinen: ego <-----> muut
  3. riippuvainen: ego <----- muut
6. Transaktionaalinen sisältö  
Elantoon liittyvien kontaktien lukumäärä  
Ei-materiaalisten kontaktien lukumäärä
7. Linkkien monipuolisuus, suhteiden lukumäärä  
sukulaiset  
ei-sukulaiset  
ammatti-ihmiset  
yhteensä
8. Linkkien laatu – hyvin tärkeät  
hyvä ystävä  
hyvin läheiset

### Kaavakkeen täyttämiseksi:

- 1) piirrä verkostokartta potilaan kanssa
- 2) haastattele riittävän useasti







R:c	2	3	6	7	8	12	14	16	17	18
	19	21	23	29	60	61	62	65	66	67
	68	70	71	72	73	74	75	76	77	78
	79	80	81	82	87	88	89	90	91	92
	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102
	103	104	106	107	110					
77	0.236	-0.532*	-0.249	-0.166	-0.166	-0.036	0.087	-0.332*	-0.332*	0.045
	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
	0.051	0.377*	0.085	-0.203	-0.401*	0.213	0.243	-0.050	0.228	0.218
	50	50	42	50	45	50	50	50	50	50
	0.190	-0.007	0.199	0.073	0.083	0.458*	0.306*	0.506*	1.000	
	50	50	50	50	50	50	50	50	50	
78	0.324*	-0.133	-0.003	0.081	0.224	-0.028	0.200	-0.076	0.086	0.088
	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
	-0.051	0.136	-0.126	-0.099	-0.288	0.390*	0.243	0.301*	0.239	0.375*
	50	50	42	50	45	50	50	50	50	50
	0.302*	0.236	0.335*	0.432*	0.332*	0.332*	0.603*	0.434*	0.138	1.000
	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
79	-0.068	-0.311*	0.086	0.207	0.108	0.183	-0.059	-0.153	-0.064	-0.007
	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
	-0.055	0.349*	-0.210	-0.302*	-0.279	0.105	0.288*	-0.112	-0.154	0.118
	50	50	42	50	45	50	50	50	50	50
	0.441*	0.070	0.247	0.358*	0.347*	0.250	0.315*	0.334*	0.391*	0.270
	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
	1.000									
	50									
80	0.073	-0.127	-0.361*	-0.253	0.008	0.020	0.021	-0.335*	0.150	-0.180
	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
	0.066	0.386*	0.059	-0.192	-0.294	0.306*	0.215	0.005	0.138	0.181
	50	50	42	50	45	50	50	50	50	50
	0.145	-0.043	0.189	0.244	0.145	0.529*	0.495*	0.599*	0.159	0.259
	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
	0.264	1.000								
	50	50								
81	0.272	-0.388*	-0.397*	-0.295*	0.012	-0.040	0.159	-0.376*	0.034	-0.083
	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
	0.015	0.427*	0.080	-0.174	-0.406*	0.440*	0.515*	0.096	0.292*	0.402*
	50	50	42	50	45	50	50	50	50	50
	0.245	0.048	0.376*	0.332*	0.235	0.769*	0.689*	0.816*	0.484*	0.544*
	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
	0.331*	0.615*	1.000							
	50	50	50							
82	0.172	0.115	0.171	-0.321*	0.321*	-0.024	0.051	0.274	-0.120	0.231
	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51
	-0.231	-0.168	-0.239	0.022	0.107	0.164	0.161	0.151	0.044	0.072
	51	51	43	51	46	51	51	51	51	51
	0.275	0.373*	0.170	0.336*	0.345*	-0.041	0.158	-0.195	0.078	0.222
	51	51	51	51	51	50	50	50	50	50
	0.229	-0.274	-0.019	1.000						
	50	50	50	51						
87	-0.022	-0.051	-0.104	0.075	0.061	0.011	-0.062	-0.044	-0.236	-0.027
	0.177	0.051	0.046	-0.050	-0.106	0.223	0.043	0.066	0.147	0.141
			56	69	59	51	51	51	51	51
	-0.053	0.112	0.046	0.033	0.092	0.271	0.383*	0.320*	0.079	0.072
	51	51	51	51	51	50	50	50	50	50
	0.013	-0.254	0.186	-0.156	1.000					
	50	50	50	51						



N:o	2	3	6	7	8	12	14	16	17	18
	19	21	23	29	60	61	62	65	66	67
	68	70	71	72	73	74	75	76	77	78
	79	80	81	82	87	88	89	90	91	92
	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102
	103	104	106	107	110					
-----										
95	0.104	-0.371*	-0.157	0.040	-0.029	0.099	0.068	-0.231	-0.103	0.019
	0.013	0.272*	0.045	-0.072	-0.332*	0.231	0.137	0.024	0.149	0.194
			56	69	59	51	51	51	51	51
	0.019	0.215	0.135	0.209	0.192	0.316*	0.288*	0.323*	0.237	0.210
	51	51	51	51	51	50	50	50	50	50
	0.214	0.252	0.287*	0.008	0.534*	0.445*	0.459*	0.485*	0.540*	0.238*
	50	50	50	51						
	0.793*	0.691*	1.000							
96	-0.157	0.078	-0.019	0.087	0.128	0.073	-0.141	-0.014	-0.158	0.069
	-0.061	0.084	-0.013	0.078	-0.050	-0.108	0.152	-0.249	-0.309*	-0.129
			56	69	59	51	51	51	51	51
	0.042	0.162	-0.024	-0.013	0.058	0.199	0.155	0.152	0.067	-0.013
	51	51	51	51	51	50	50	50	50	50
	0.264	-0.092	0.107	0.173	0.294*	0.164	0.361*	0.210	0.340*	0.345*
	50	50	50	51						
	0.265*	0.297*	0.330*	1.000						
97	-0.063	-0.043	0.090	0.239	0.292*	0.017	-0.100	0.106	-0.172	0.094
	-0.052	0.028	-0.141	-0.097	0.024	0.066	0.336*	0.068	-0.009	0.023
			56	69	59	51	51	51	51	51
	0.276	0.015	0.204	0.190	0.294*	0.107	0.301*	0.220	0.242	0.207
	51	51	51	51	51	50	50	50	50	50
	0.499*	0.120	0.250	0.287*	0.410*	0.378*	0.469*	0.412*	0.292*	0.430*
	50	50	50	51						
	0.300*	0.450*	0.327*	0.482*	1.000					
98	-0.073	-0.079	-0.127	0.015	0.052	0.118	-0.170	-0.194	-0.098	-0.151
	0.043	0.138	0.128	-0.112	-0.200	0.149	0.152	-0.023	-0.103	0.008
			56	69	59	51	51	51	51	51
	0.063	0.170	0.079	0.374*	0.180	0.158	0.255	0.115	0.022	-0.022
	51	51	51	51	51	50	50	50	50	50
	0.323*	0.161	0.186	0.275	0.299*	0.143	0.225	0.273*	0.277*	0.184
	50	50	50	51						
	0.346*	0.387*	0.425*	0.397*	0.175	1.000				
99	-0.051	-0.027	0.081	0.214	0.142	-0.063	-0.134	0.012	-0.200	-0.098
	0.083	0.099	0.052	-0.065	-0.042	0.008	0.126	-0.132	-0.095	-0.130
			56	69	59	51	51	51	51	51
	0.131	-0.005	-0.021	-0.005	0.062	0.014	0.313*	0.129	0.084	0.080
	51	51	51	51	51	50	50	50	50	50
	0.167	0.098	0.134	-0.085	0.563*	0.591*	0.476*	0.583*	0.434*	0.386*
	50	50	50	51						
	0.314*	0.345*	0.332*	0.333*	0.610*	0.140	1.000			
100	0.156	-0.146	-0.128	0.033	0.018	0.003	-0.018	-0.291*	-0.081	-0.019
	0.022	0.138	0.226	-0.022	-0.267*	0.110	0.267	-0.296*	-0.056	-0.066
			56	69	59	51	51	51	51	51
	-0.123	0.019	-0.263	0.034	-0.164	0.068	0.157	0.068	0.184	0.051
	51	51	51	51	51	50	50	50	50	50
	0.229	0.129	0.248	0.077	0.236	0.299*	0.246*	0.242*	0.291*	0.262*
	50	50	50	51						
	0.293*	0.267*	0.340*	0.070	0.217	0.288*	0.351*	1.000		

N:o	2	3	6	7	8	12	14	16	17	18
	19	21	23	29	60	61	62	65	66	67
	68	70	71	72	73	74	75	76	77	78
	79	80	81	82	87	88	89	90	91	92
	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102
	103	104	106	107	110					

101	-0.039	-0.293*	-0.323*	-0.127	-0.081	0.033	-0.069	-0.350*	-0.203	-0.254*
	0.154	0.257*	0.310*	-0.090	-0.219	0.133	0.150	-0.105	-0.039	0.022
			56	69	59	51	51	51	51	51
	0.052	0.066	0.106	0.184	0.092	0.317*	0.201	0.300*	0.155	-0.090
	51	51	51	51	51	50	50	50	50	50
	0.094	0.160	0.319*	-0.039	-0.002	-0.074	-0.102	-0.027	0.133	-0.031
	50	50	50	51						
	0.095	0.065	0.149	0.219	-0.012	0.364*	-0.075	-0.005	1.000	
102	0.043	-0.205	-0.189	0.031	-0.076	0.061	-0.143	-0.256*	-0.224	-0.042
	-0.032	0.204	-0.011	-0.034	-0.172	0.035	0.213	-0.175	0.107	-0.029
			56	69	59	51	51	51	51	51
	-0.078	0.090	-0.022	0.003	0.000	0.256	0.204	0.231	0.275	-0.053
	51	51	51	51	51	50	50	50	50	50
	0.199	0.142	0.288*	0.142	0.213	0.074	0.162	0.163	0.197	0.145
	50	50	50	51						
	0.249*	0.288*	0.329*	0.352*	0.131	0.507*	-0.005	0.205	0.536*	1.000
103	-0.107	0.025	-0.159	0.081	0.079	0.148	-0.202	-0.176	-0.032	0.019
	0.004	0.136	0.075	-0.055	-0.167	-0.097	0.144	-0.334*	-0.283*	-0.183
			56	69	59	51	51	51	51	51
	0.039	0.147	0.015	0.172	0.072	0.128	0.145	0.089	0.077	-0.093
	51	51	51	51	51	50	50	50	50	50
	0.406*	0.225	0.100	0.135	0.265*	0.208	0.244*	0.230	0.367*	0.278*
	50	50	50	51						
	0.331*	0.396*	0.394*	0.593*	0.297*	0.658*	0.248*	0.353*	0.333*	0.588*
	1.000									
104	-0.126	-0.051	-0.061	0.151	0.173	0.019	-0.005	-0.006	0.063	0.004
	0.173	0.041	0.036	-0.079	0.080	0.102	-0.191	0.050	-0.051	-0.086
			56	69	59	51	51	51	51	51
	0.133	-0.191	-0.197	-0.026	-0.057	-0.107	0.088	0.041	-0.017	0.064
	51	51	51	51	51	50	50	50	50	50
	0.062	0.032	-0.175	0.049	0.351*	0.401*	0.415*	0.415*	0.152	0.161
	50	50	50	51						
	0.038	0.142	0.104	0.031	0.248*	-0.069	0.314*	0.115	-0.194	-0.151
	-0.008	1.000								
106	-0.048	0.101	-0.082	0.057	0.117	0.250	-0.110	-0.032	0.099	-0.030
	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64
	-0.089	-0.114	-0.072	-0.020	0.015	0.158	0.007	-0.049	0.132	-0.053
	64	64	51	63	54	47	47	47	47	47
	-0.107	-0.018	-0.125	-0.003	-0.024	-0.054	0.115	-0.120	-0.127	0.097
	47	47	47	47	47	46	46	46	46	46
	-0.073	0.013	0.009	0.174	0.405*	0.424*	0.386*	0.431*	0.137	0.166
	46	46	46	47	64	64	64	64	64	64
	0.176	0.165	0.110	0.071	0.161	-0.002	0.264*	0.167	-0.303*	-0.111
	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64
	0.016	0.217	1.000							
	64	64	64							

N:o	2	3	6	7	8	12	14	16	17	18
	19	21	23	29	60	61	62	65	66	67
	68	70	71	72	73	74	75	76	77	78
	79	80	81	82	87	88	89	90	91	92
	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102
	103	104	106	107	110					

107	-0.009	-0.147	-0.348*	-0.156	-0.133	0.190	-0.025	-0.337*	0.153	-0.337*
	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64
	0.214	-0.015	0.226	-0.022	-0.291*	0.184	0.082	0.023	-0.038	0.035
	64	64	51	63	54	47	47	47	47	47
	0.209	0.045	0.047	0.223	0.159	0.169	0.233	0.102	0.108	0.067
	47	47	47	47	47	46	46	46	46	46
	0.132	0.069	0.052	0.171	0.257*	0.347*	0.257*	0.288*	0.363*	0.168
	46	46	46	47	64	64	64	64	64	64
	0.085	0.097	0.259*	0.175	0.099	0.229	0.201	0.208	0.075	0.087
	64	64	64	64	64	64	64	64	64	64
	0.274*	0.240	0.355*	1.000						
	64	64	64	64						
110	-0.125	-0.107	-0.374*	-0.232	-0.330*	0.108	-0.113	-0.499*	0.048	-0.340*
	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65
	0.297*	0.440*	0.413*	-0.082	-0.349*	-0.073	-0.030	-0.161	0.056	-0.049
	65	65	56	64	59	49	49	49	49	49
	0.038	0.011	-0.034	0.141	0.005	0.235	-0.178	0.136	0.159	-0.261
	49	49	49	49	49	48	48	48	48	48
	0.006	0.161	0.063	-0.122	-0.231	-0.214	-0.115	-0.209	-0.042	-0.227
	48	48	48	49	65	65	65	65	65	65
	-0.153	-0.161	-0.053	-0.022	-0.358*	0.267*	-0.290*	0.111	0.315*	0.352*
	65	65	65	65	65	65	65	65	65	65
	0.240	-0.261*	-0.263*	0.049	1.000					
	65	65	60	60	65					

**LIITE 8.  
REGRESSIOANALYYSIN TULOKSET**

Työryhmän ymmärryksen lisääntyminen.

Kiinteä regressioanalyysi

Selitysosuus	F	p	va
28.78 %	3.08	0.006	8/61

N:o	Beta	Smc	Kv	t	p
18	-0.328	0.036	0.155	-2.308	.023
68	0.175	0.085	0.109	1.020	.313
75	0.110	0.211	0.119	1.021	.312
88	0.492	0.832	0.260	1.228	.222
90	-0.523	0.847	0.309	-2.703	.009
91	0.271	0.355	0.129	1.873	.068
103	0.170	0.142	0.162	1.003	.321
106	0.329	0.226	0.138	2.399	.018

**Regressiomallin testaus**

N:o	r	ok	beta	Sel. %	F	p
106	0.355	0.313	0.289	12.61	13.20	.001
18	-0.337	-0.370	-0.317	10.68	11.17	.002
91	0.363	0.319	0.302	11.24	11.76	.001
68	0.209	0.232	0.194	3.85	4.03	.046
88	0.347	0.085	0.084	0.45	0.47	.505
<b>Yhteensä</b>				<b>38.83 %</b>	<b>8.13</b>	<b>.001</b>

Perheen koossapysyvyys

## KIINTEÄ REGRESSIOANALYYSI

	Selitysosuus	F	p	va
Koko malli	40.43 %	4.53	0.000	9/60

N:o	Beta	Smc	Kv	t	p
23	-0.200	0.219	0.023	-0.986	0.671
61	0.265	0.462	0.224	1.033	0.307
62	0.215	0.195	0.206	1.023	0.311
65	0.195	0.450	0.238	0.767	0.548
66	0.368	0.395	0.224	1.521	0.130
75	0.070	0.577	0.355	0.415	0.683
78	0.029	0.425	0.388	0.250	0.799
107	0.001	0.127	0.284	0.004	0.992
110	0.090	0.267	0.042	4.527	0.000

## REGRESSIOANALYYSI - MALLIN TESTAUS

N:o	r	ok	beta	Sel.	F	p
66	0.661	0.469	0.376	43.72 %	89.14	0.001
62	0.491	0.361	0.232	10.18 %	20.76	0.001
65	0.589	0.246	0.185	5.02 %	10.24	0.003
23	-0.204	-0.308	-0.198	2.49 %	5.09	0.026
61	0.586	0.440	0.312	7.29 %	14.87	0.001
110	-0.049	0.113	0.071	0.40 %	0.81	0.625
Yhteensä				69.10 %	23.48	0.001

Perheenjäsenten puuttuminen toisten asioihin

## KIINTEÄ REGRESSIOANALYYSI

	Selitysosuus	F	p	va
Koko malli	43.08 %	7.95	0.000	6/63

N:o	Beta	Smc	Kv	t	p
67	0.419	0.238	0.125	3.422	0.001
70	0.174	0.147	0.151	1.504	0.134
74	-0.294	0.651	0.229	-1.608	0.109
75	-0.156	0.532	0.195	-1.704	0.090
81	0.609	0.723	0.299	3.204	0.002
97	0.250	0.128	0.178	2.306	0.023

## REGRESSIOANALYYSI - MALLIN TESTAUS

N:o	r	ok	beta	Sel.	F	p
81	0.515	0.363	0.535	26.52 %	30.54	0.001
67	0.491	0.422	0.394	9.58 %	11.03	0.002
97	0.336	0.303	0.254	5.87 %	6.76	0.011
74	0.306	-0.165	-0.197	1.66 %	1.91	0.169
75	0.377	-0.119	-0.130	0.80 %	0.92	0.658
Yhteensä				44.42 %	10.23	0.001



Perheen ulkoiset rajat

## KIINTEÄ REGRESSIOANALYYSI

	Selitysosuus	F	p	va
Koko malli	50.13 %	16.33	0.000	4/65

N:o	Beta	Smc	Kv	t	p
61	-0.118	0.351	0.103	-1.087	0.281
65	0.249	0.384	0.113	2.233	0.027
67	0.559	0.488	0.132	4.574	0.000
96	-0.188	0.063	0.164	-1.619	0.106

## REGRESSIOANALYYSI - MALLIN TESTAUS

N:o	r	ok	beta	Sel.	F	p
67	0.661	0.424	0.438	43.72 %	59.92	0.001
65	0.576	0.274	0.254	5.34 %	7.32	0.009
96	-0.309	-0.220	-0.192	3.25 %	4.45	0.037
81	0.292	0.145	0.113	0.99 %	1.36	0.247
103	-0.283	-0.018	-0.016	0.01 %	0.02	0.881
Yhteensä				53.31 %	14.61	0.001

Perheen sopeutuvuus

## KIINTEÄ REGRESSIOANALYYSI

	Selitysosuus	F	p	va
Koko malli	80.81 %	44.21	0.000	6/63

N:o	Beta	Smc	Kv	t	p
2	-0.084	0.060	0.006	-1.698	0.091
70	0.119	0.187	0.061	1.903	0.058
71	0.489	0.489	0.079	6.187	0.000
72	0.352	0.546	0.081	4.199	0.000
88	-0.069	0.474	0.074	-0.884	0.616
89	0.193	0.549	0.089	2.409	0.018

## REGRESSIOANALYYSI - MALLIN TESTAUS

N:o	r	ok	beta	Sel.	F	p
72	0.815	0.532	0.347	66.44 %	299.32	0.001
71	0.842	0.668	0.484	14.90 %	67.12	0.001
70	0.473	0.261	0.112	1.49 %	6.72	0.011
89	0.486	0.316	0.197	1.70 %	7.65	0.007
2	-0.309	-0.233	-0.096	1.33 %	6.00	0.016
92	0.326	0.080	0.037	0.03 %	0.16	0.697
77	0.083	-0.129	-0.053	0.15 %	0.69	0.584
88	0.128	-0.172	-0.089	0.41 %	1.86	0.174
Yhteensä				86.46 %	48.69	0.001

Perheen säännöt

## KIINTEÄ REGRESSIOANALYYSI

	Selitysosuus	F	p	va
Koko malli	60.97 %	13.84	0.000	7/62

N:o	Beta	Smc	Kv	t	p
18	-0.087	0.117	0.174	-0.821	0.580
23	0.088	0.117	0.010	0.744	0.534
68	0.105	0.264	0.130	0.773	0.552
73	0.639	0.309	0.145	4.542	0.000
75	-0.148	0.442	0.152	-1.615	0.108
78	0.302	0.465	0.172	4.040	0.000
98	0.272	0.152	0.173	1.926	0.056

## REGRESSIOANALYYSI - MALLIN TESTAUS

N:o	r	ok	beta	Sel.	F	p
73	0.815	0.763	0.639	66.44 %	202.77	0.001
68	0.501	0.197	0.105	1.92 %	5.87	0.017
98	0.374	0.486	0.272	5.48 %	16.72	0.001
78	0.432	0.441	0.302	2.89 %	8.82	0.004
75	0.310	-0.238	-0.148	1.18 %	3.60	0.059
18	-0.202	-0.178	-0.087	1.08 %	3.31	0.070
23	0.213	0.181	0.088	0.69 %	2.10	0.149
<b>Yhteensä</b>				<b>79.69 %</b>	<b>34.74</b>	<b>0.001</b>

Perheen johtajuus

## KIINTEÄ REGRESSIOANALYYSI

	Selitysosuus	F	p	va
Koko malli	39.79 %	5.85	0.000	7/62

N:o	Beta	Smc	Kv	t	p
8	0.423	0.328	0.003	3.808	0.001
21	0.160	0.370	0.134	1.395	0.165
60	-0.357	0.514	0.211	-2.503	0.014
70	0.143	0.209	0.127	1.188	0.237
72	0.210	0.378	0.142	1.547	0.123
78	-0.089	0.296	0.144	-1.499	0.135
79	0.179	0.245	0.030	1.069	0.289

## REGRESSIOANALYYSI - MALLIN TESTAUS

N:o	r	ok	beta	Sel.	F	p
72	0.501	0.233	0.209	25.07 %	32.42	0.001
79	0.441	0.217	0.176	7.83 %	10.13	0.003
60	-0.387	-0.338	-0.352	4.96 %	6.42	0.013
8	0.298	0.454	0.428	11.09 %	14.34	0.001
21	0.376	0.163	0.160	1.74 %	2.25	0.135
78	0.302	-0.111	-0.095	0.47 %	0.61	0.556
74	0.311	0.024	0.022	0.15 %	0.20	0.661
70	0.316	0.176	0.140	1.50 %	1.95	0.165
<b>Yhteensä</b>				<b>52.83 %</b>	<b>8.54</b>	<b>0.001</b>

Perheen toistensa kunnioitus ja huomiointi

## KIINTEÄ REGRESSIOANALYYSI

	Selitysosuus	F	p	va
Koko malli	17.05 %	2.63	0.031	5/64

N:o	Beta	Smc	Kv	t	p
61	0.324	0.229	0.148	0.919	0.635
78	0.280	0.346	0.249	1.559	0.120
81	0.339	0.398	0.276	0.907	0.629
91	0.146	0.238	0.204	0.569	0.579
99	0.179	0.199	0.248	0.505	0.621

## REGRESSIOANALYYSI - MALLIN TESTAUS

N:o	r	ok	beta	Sel.	F	p
78	0.603	0.380	0.280	36.42 %	76.89	0.001
81	0.689	0.431	0.339	18.50 %	39.07	0.001
61	0.593	0.459	0.324	7.52 %	15.88	0.001
91	0.314	0.225	0.146	4.67 %	9.86	0.003
99	0.313	0.279	0.179	2.57 %	5.42	0.022

Yhteensä 69.69 % 29.42 0.001

Perheen kommunikaation selkeys

## KIINTEÄ REGRESSIOANALYYSI

	Selitysosuus	F	p	va
Koko malli	32.51 %	5.06	0.000	6/63

N:o	Beta	Smc	Kv	t	p
8	-0.129	0.097	0.002	-0.810	0.573
74	0.328	0.644	0.129	1.088	0.280
77	0.103	0.308	0.113	0.967	0.661
80	0.122	0.433	0.103	0.546	0.593
81	0.418	0.701	0.164	1.370	0.172
87	0.122	0.114	0.095	0.612	0.550

## REGRESSIOANALYYSI - MALLIN TESTAUS

N:o	r	ok	beta	Sel.	F	p
81	0.816	0.506	0.468	66.53 %	200.33	0.001
74	0.813	0.413	0.347	8.42 %	25.37	0.001
8	-0.181	-0.288	-0.144	1.54 %	4.62	0.033
87	0.320	0.243	0.123	1.70 %	5.11	0.026
80	0.599	0.160	0.097	0.56 %	1.69	0.196
Yhteensä				78.75 %	47.42	0.001

Perheen ilmaisuuden vapaus

## KIINTEÄ REGRESSIOANALYYSI

	Selitysosuus	F	p	va
Koko malli	18.92 %	2.99	0.017	5/64

N:o	Beta	Smc	Kv	t	p
2	0.160	0.055	0.010	0.790	0.562
3	-0.300	0.229	0.290	-1.335	0.183
76	0.249	0.241	0.114	2.048	0.042
79	0.223	0.176	0.025	0.644	0.529
91	0.189	0.067	0.094	1.089	0.280

## REGRESSIOANALYYSI - MALLIN TESTAUS

N:o	r	ok	beta	Sel.	F	p
76	0.506	0.285	0.249	25.57 %	30.80	0.001
3	-0.532	-0.340	-0.300	12.94 %	15.59	0.001
91	0.309	0.242	0.189	2.66 %	3.21	0.074
79	0.391	0.268	0.223	3.27 %	3.94	0.049
2	0.236	0.209	0.160	2.43 %	2.93	0.088
Yhteensä				46.87 %	11.29	0.001

Perheenjäsenten puhuminen toistensa puolesta

## KIINTEÄ REGRESSIOANALYYSI

	Selitysosuus	F	p	va
Koko malli	18.01 %	2.81	0.023	5/64

N:o	Beta	Smc	Kv	t	p
3	-0.211	0.094	3.234	-1.177	0.242
68	0.320	0.148	1.197	1.476	0.141
94	0.175	0.330	1.594	0.808	0.572
97	0.247	0.301	1.669	1.091	0.279
103	0.257	0.183	1.765	1.208	0.229

## REGRESSIOANALYYSI - MALLIN TESTAUS

N:o	r	ok	beta	Sel.	F	p
97	0.499	0.282	0.247	24.93 %	32.42	0.001
68	0.441	0.388	0.320	9.92 %	12.90	0.001
103	0.406	0.314	0.257	8.15 %	10.60	0.002
3	-0.311	-0.275	-0.211	5.73 %	7.45	0.008
94	0.422	0.200	0.175	2.05 %	2.67	0.103
<b>Yhteensä</b>				<b>50.78 %</b>	<b>13.21</b>	<b>0.001</b>



Työryhmän ulkoiset rajat

	Selitysosuus	F	p	va
Koko malli	73.18 %	20.81	0.000	8/61

N:o	Beta	Smc	Kv	t	p
73	0.278	0.232	0.102	2.444	0.017
75	0.067	0.553	0.126	0.772	0.550
78	0.170	0.496	0.132	2.582	0.012
88	0.137	0.858	0.227	0.515	0.615
90	0.334	0.868	0.266	2.632	0.010
92	0.216	0.271	0.096	2.263	0.026
106	0.147	0.295	0.115	1.684	0.093
107	-0.046	0.254	0.113	-0.535	0.601

REGRESSIOMALLIN TESTAUS

N:o	r	ok	beta	Sel.	F	p
92	0.561	0.347	0.228	31.52 %	68.14	0.001
73	0.486	0.403	0.266	10.28 %	22.22	0.001
90	0.671	0.542	0.457	23.04 %	49.82	0.001
75	0.471	0.049	0.037	1.89 %	4.08	0.045
78	0.392	0.255	0.193	2.73 %	5.90	0.017
106	0.386	0.215	0.134	1.41 %	-3.04	0.082
<b>Yhteensä</b>				<b>70.86 %</b>	<b>25.53</b>	<b>0.001</b>

N:o	r	ok	beta	Sel	F	p
88	0.648	0.077	0.103	42.01 %	92.35	0.001
90	0.671	0.267	0.397	3.84 %	8.43	0.005
92	0.561	0.363	0.262	10.09 %	22.17	0.001
73	0.486	0.353	0.233	9.24 %	20.32	0.001
75	0.471	0.091	0.071	2.21 %	4.86	0.030
78	0.392	0.236	0.176	2.28 %	5.00	0.027
106	0.386	0.173	0.107	1.37 %	3.01	0.084
21	0.191	0.097	0.069	0.26 %	0.58	0.545
91	0.290	-0.112	-0.082	0.40 %	0.88	0.647
<b>Yhteensä</b>				<b>73.61 %</b>	<b>14.71</b>	<b>0.001</b>

## REGRESSIOANALYYSI - MALLIN TESTAUS

N:o	r	ok	beta	Sel.	F	p
73	0.486	0.454	0.393	23.64 %	29.71	0.001
78	0.392	0.065	0.060	5.99 %	7.53	0.008
75	0.471	0.290	0.276	6.08 %	7.64	0.007
106	0.386	0.442	0.358	12.56 %	15.79	0.001
Yhteensä				48.28 %	15.17	0.001

## REGRESSIOANALYYSI - MALLIN TESTAUS

N:o	r	ok	beta	Sel.	F	p
73	0.486	0.393	0.366	23.64 %	24.27	0.001
78	0.392	0.080	0.083	5.99 %	6.15	0.015
75	0.471	0.294	0.312	6.08 %	6.24	0.014
Yhteensä				35.71 %	12.22	0.001

**LIITE 9.**  
**SUORAT JAKAUMAT VASTAANOTTOTILANTEESSA**  
**(Muuttujat liitteestä 1.)**

---

Ylär	1	2	3	4	5
1	36	11	5	2	16
%	51	16	7	3	23

Ylär	19	25	31	37	43	49	55	61	67	73
2	1	4	16	17	11	3	8	4	4	2
%	1	6	23	24	16	4	11	6	6	3

Ylär	1	2
3	28	42
%	40	60

Ylär	1	2
4	44	26
%	63	37

Ylär	0	2	4	6	8	10	12
5	0	33	13	12	1	10	1
%	0	47	19	17	1	14	1

Ylär	0	4	8	12	16	20	24	28	32	36	40
6	14	21	16	11	4	1	1	1	0	0	1
%	20	30	23	16	6	1	1	1	0	0	1

Ylär	0	2	4	6	8	10	12	14	16
7	23	30	7	5	2	1	0	0	2
%	33	43	10	7	3	1	0	0	3

Ylär	0	37	74	111	148	185	222	259	296	333	370
8	23	18	17	6	2	0	2	0	1	0	1
%	33	26	24	9	3	0	3	0	1	0	1

Ylär	0	1
9	22	48
%	31	69

Ylär	1	2	3	4
10	34	16	18	2
%	49	23	26	3

Ylär	1	2	3
11	19	22	29
%	27	31	41

Ylär	1	2
12	36	34
%	51	49

Ylär	0	1	2
13	34	33	3
%	49	47	4

Ylär	0	15	30	45	60	75	90	105	120	135	150
14	1	25	41	0	0	1	0	0	1	0	1
%	1	36	59	0	0	1	0	0	1	0	1

Ylär	0	1
15	40	30

Ylär	1	2	3
16	14	24	32
%	20	34	46

---

Ylär	0	3	6	9	12	15	18	21	24
17	1	2	0	0	1	2	0	1	63
Z	1	3	0	0	1	3	0	1	90

Ylär	1	2	3	4	5
18	18	9	41	1	1
Z	26	13	59	1	1

Ylär	0	1	2	3	4
19	30	15	16	6	3
Z	43	21	23	9	4

Ylär	0	1	2
20	52	13	5
Z	74	19	7

Ylär	0	1	2	3	4	5	6	7
21	1	3	3	20	20	15	6	2
Z	1	4	4	29	29	21	9	3

Ylär	34	44	54	64	74	84	94	104	114	124	134	P
23	1	0	0	2	8	11	14	6	12	1	1	14
Z	2	0	0	4	14	20	25	11	21	2	2	

Ylär	0	1	2	3	4	5	6	7	8	P
29	35	13	5	2	4	6	2	1	1	1
Z	51	19	7	3	6	9	3	1	1	

Ylär	1	2	3	4	P
30	35	29	2	3	1
Z	51	42	3	4	

Ylär	0	210	420	630	840	1050	1260	1470	1680	1890	2100	P
39	20	12	9	9	8	2	1	0	0	1	1	7
Z	32	19	14	14	13	3	2	0	0	2	2	

Ylär	0	30	60	90	120	150	180	210	240	270	300	P
40	53	1	6	0	0	0	0	0	0	0	2	8
Z	85	2	10	0	0	0	0	0	0	0	3	

Ylär	0	15	30	45	60	75	90	105	120	135	150	P
41	46	9	4	0	3	1	0	0	0	0	1	6
Z	72	14	6	0	5	2	0	0	0	0	2	

Ylär	1	3	5	7	9	11	13	15
45	2	4	0	5	5	27	19	8
Z	3	6	0	7	7	39	27	11

Ylär	1	3	5	7	9	11	13	15	17	P
46	8	5	6	1	1	4	10	4	10	21
Z	16	10	12	2	2	8	20	8	20	

Ylär	1	2	3	4	5	P
60	3	2	11	20	23	11
Z	5	3	19	34	39	

Ylär	1	2	3	4	5	6	7	8	P
61	5	9	13	7	5	3	1	8	19
Z	10	18	25	14	10	6	2	16	

Ylär	1	2	3	4	5	6	7	8	P
62	3	10	13	11	5	2	1	6	19
Z	6	20	25	22	10	4	2	12	

Ylär	1	2	3	4	5	6	7	8	P
63	6	5	3	1	5	1	2	1	46
Z	25	21	13	4	21	4	8	4	

---

Ylär	1	2	3	4	5	6	7	8	P
64	3	2	13	7	2	3	1	2	37
Σ	9	6	39	21	6	9	3	6	

Ylär	1	2	3	4	5	6	7	8	P
65	5	10	16	9	2	1	2	6	19
Σ	10	20	31	18	4	2	4	12	

Ylär	1	2	3	4	5	6	7	8	P
66	5	10	16	9	2	0	3	6	19
Σ	10	20	31	18	4	0	6	12	

Ylär	1	2	3	4	5	6	7	8	P
67	5	9	16	8	6	1	1	5	19
Σ	10	18	31	16	12	2	2	10	

Ylär	1	2	3	4	5	6	7	8	P
68	5	9	17	9	7	0	3	1	19
Σ	10	18	33	18	14	0	6	2	

Ylär	1	2	3	4	5	6	7	P
70	5	16	14	8	4	1	3	19
Σ	10	31	27	16	8	2	6	

Ylär	1	2	3	4	5	6	7	8	P
71	10	19	11	4	5	1	0	1	19
Σ	20	37	22	8	10	2	0	2	

Ylär	1	2	3	4	5	6	P
72	12	13	10	5	9	2	19
Σ	24	25	20	10	18	4	

Ylär	1	2	3	4	5	6	7	8	P
73	7	15	13	7	7	1	0	1	19
Σ	14	29	25	14	14	2	0	2	

Ylär	1	2	3	4	5	6	P
74	7	10	11	7	10	5	20
Σ	14	20	22	14	20	10	

Ylär	1	2	3	4	5	P
75	10	12	14	8	6	20
Σ	20	24	28	16	12	

Ylär	1	2	3	4	5	6	P
76	10	11	9	10	9	1	20
Σ	20	22	18	20	18	2	

Ylär	1	2	3	4	5	6	P
77	15	19	8	4	3	1	20
Σ	30	38	16	8	6	2	

Ylär	1	2	3	4	5	P
78	9	16	11	8	6	20
Σ	18	32	22	16	12	

Ylär	1	2	3	4	5	6	P
79	4	22	10	7	2	5	20
Σ	8	44	20	14	4	10	

Ylär	1	2	3	4	5	6	P
80	8	13	8	7	11	3	20
Σ	16	26	16	14	22	6	

---

---

Ylär	1	2	3	4	5	6	P
81	11	13	13	7	5	1	20
Z	22	26	26	14	10	2	

Ylär	1	2	3	P
82	6	26	19	19
Z	12	51	37	

Ylär	2	3	4	5	6	7	8
87	1	5	16	32	11	2	3
Z	1	7	23	46	16	3	4

Ylär	2	3	4	5	6	7	8
88	1	8	18	25	9	5	4
Z	1	11	26	36	13	7	6

Ylär	2	3	4	5	6	7
89	2	15	18	21	11	3
Z	3	21	26	30	16	4

Ylär	2	3	4	5	6	7	8
90	1	7	16	31	10	2	3
Z	1	10	23	44	14	3	4

Ylär	2	3	4	5	6	7	8
91	5	4	16	27	12	2	4
Z	7	6	23	39	17	3	6

Ylär	2	3	4	5	6	7	8
92	5	7	15	25	12	3	3
Z	7	10	21	36	17	4	4

Ylär	2	3	4	5	6	7	8
93	3	6	27	24	6	3	1
Z	4	9	39	34	9	4	1

Ylär	2	3	4	5	6	7	8
94	2	8	30	22	3	3	2
Z	3	11	43	31	4	4	3

Ylär	2	3	4	5	6	7	8
95	7	4	23	24	8	2	2
Z	10	6	33	34	11	3	3

Ylär	2	3	4	5	6
96	6	15	24	24	1
Z	9	21	34	34	1

Ylär	1	2	3	4	5	6
97	3	7	17	28	14	1
Z	4	10	24	40	20	1

Ylär	2	3	4	5	6
98	3	21	27	15	4
Z	4	30	39	21	6

Ylär	1	2	3	4	5	6
99	5	18	20	22	4	1
Z	7	26	29	31	6	1

Ylär	1	2	3	4	5	6
100	1	0	6	23	28	12
Z	1	0	9	33	40	17

---

---

Ylär	2	3	4	5	6
101	1	5	10	19	35
Σ	1	7	14	27	50

Ylär	2	3	4	5	6
102	2	6	22	23	17
Σ	3	9	31	33	24

Ylär	2	3	4	5	6
103	2	9	27	24	8
Σ	3	13	39	34	11

Ylär	1	2	3
104	8	22	40
Σ	11	31	57

Ylär	0	1	2	P
105	14	38	12	6
Σ	22	59	19	

Ylär	0	1	2	3	P
106	1	25	29	9	6
Σ	2	39	45	14	

Ylär	0	1	2	3	P
107	5	34	22	3	6
Σ	8	53	34	5	

Ylär	0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	P
110	1	3	20	20	11	4	1	1	2	2	5
Σ	2	5	31	31	17	6	2	2	3	3	

Ylär	0	1	P
111	1	64	5
Σ	2	98	

Ylär	3	6	9	12	15	18	21	24	27	P
112	45	15	3	1	0	0	0	0	1	5
Σ	69	23	5	2	0	0	0	0	2	

---

**LIITE 10.  
SEURANTATIETOJEN MUUTTUJALUETTELO****Neljän kuukauden seuranta**

- 1.Hoitokokousten lukumäärä 4 kuukauden (kk) aikana
- 2.Kuinka monessa mukana perheenjäseniä
- 3.Kuinka monessa viranomaisia
- 4.Kuinka monessa mukana muuta verkostoa
- 5.Kuinka monta kokousta kotona
- 9.Kuinka monta sekundaariperheen jäsentä hoitokokouksissa
- 12.Lähetteen laatu 1=vapaalähete;2= MT 1 lähete; 3= tullut itse ;4= muu
  
- 13.Sairaalapäivien yhteismäärä
- 14.Osallistuminen yhteisöryhmiin
- 15.Lääkehoidon merkitys
- 16.Psykoterapiakeskustelujen määrä
- 17.Niiden merkitys hoidolle
- 18.Työryhmäkokousten määrä
- 19.Niiden merkitys hoidolle
- 21.Neuroleptien määrä hoitjakson lopussa
- 24.GAS:n arvo seuranta-aikana
  
- 31.Perheen koossapysyvyyden kokonaisarvio
- 37.Perheen sopeutuvuuden kokonaisarvio
- 45.Perheen kommunikaation kokonaisarvio

**Yhden vuoden seurantatiedot**

- 455.Sairaalahoitokerrat 1 vuosi ennen vastaanottotilannetta
- 456.Sairaalahoitokerrat 1 vuoden kuluttua
- 457.Sairaalahoitopäivät 1 vuosi ennen vastaanottotilannetta
- 458.Sairaalahoitopäivät 1 vuoden kuluttua
- 461.Sairaalahoitokerrat ensimmäisen hoitokerran jälkeen vuoden aikana
- 462.Sairaalahoitopäivät ensimmäisen hoitokerran jälkeen vuoden aikana



## LIITE 11 -

## SEURANTATUTKIMUKSEN SUORAT JAKAUMAT

---

	Ylär	0	1	2	3	4	5	6	7	8		
1		4	12	15	17	7	9	6	0	1		
	%	6	17	21	24	10	11	9	0	1		
	Ylär	0	1	2	3	4	5	6	7	8		
2		17	5	16	12	6	7	6	0	1		
	%	24	7	23	17	9	10	9	0	1		
	Ylär	0	1	2	3							
4		54	13	2	1							
	%	77	19	3	1							
	Ylär	0	1	2	3	4	5					
9		47	9	6	4	3	1					
	%	67	13	9	6	4	1					
	Ylär	1	2	3	4							
12		36	29	2	3							
	%	51	41	3	4							
	Ylär	0	12	24	36	48	60	72	84	96	108	120
13		15	20	12	7	3	6	0	2	1	3	1
	%	21	29	17	10	4	9	0	3	1	4	1
	Ylär	0	1	2	3							
14		34	18	8	10							
	%	49	26	11	14							
	Ylär	0	1	2								
15		27	36	7								
	%	39	51	10								
	Ylär	0	3	6	9	12	15	18	21	24		
16		30	22	9	2	6	0	0	0	1		
	%	43	31	13	3	9	0	0	0	1		
	Ylär	0	1	2								
17		43	25	2								
	%	61	36	3								
	Ylär	0	3	6	9	12	15	18	21	P		
18		23	31	8	2	2	0	0	3	1		
	%	33	45	12	3	3	0	0	4			
	Ylär	0	1	2								
19		39	27	4								
	%	56	39	6								

---

---

	Ylär	0	190	380	570	760	950	1140	1330	1520	1710	1900	P
21		18	7	11	9	8	7	2	0	0	0	1	7
	%	29	11	17	14	13	11	3	0	0	0	2	
	Ylär	0	1	2	3	4	5	6	7	8			
24		1	0	2	7	10	19	20	11	1			
	%	1	0	3	10	14	26	29	16	1			
	Ylär	1	2	3	4	5	6	7	8	P			
31		3	4	14	7	4	0	1	9	28			
	%	7	10	33	17	10	0	2	21				
	Ylär	1	2	3	4	5	6	7	8	P			
37		3	10	12	4	7	2	1	3	28			
	%	7	24	29	10	17	5	2	7				
	Ylär	1	2	3	4	5	P						
45		2	17	8	10	4	29						
	%	5	41	20	24	10							
	Ylär	0	1	2	3	4	5	6					
455		41	12	5	4	4	1	3					
	%	59	17	7	6	6	1	4					
	Ylär	0	2	4	6	8	10	12					
456		15	36	11	4	3	0	1					
	%	21	51	16	6	4	0	1					
	Ylär	0	22	44	66	88	110	132	154	176	198	220	
457		41	11	6	4	3	2	0	1	0	0	2	
	%	59	16	9	6	4	3	0	1	0	0	3	
	Ylär	0	30	60	90	120	150	180	210	240	270	300	
458		15	30	10	6	0	2	4	1	0	0	2	
	%	21	43	14	9	0	3	6	1	0	0	3	
	Ylär	0	2	4	6	8	10	12					
461		35	21	7	6	0	0	1					
	%	50	30	10	9	0	0	1					
	Ylär	0	26	52	78	104	130	156	182	208	234	260	
462		35	13	10	3	1	1	1	3	1	0	2	
	%	50	19	14	4	1	1	1	4	1	0	3	

---

## LIITE 12:

## VERTAILUAINEISTON MUUTTUJIEN SUORAT JAKAUMAT

## Muuttujat:

55. Sairaalahoitokertojen määrä 1 vuosi ennen vastaanottoa

56. Sairaalahoitopäivien määrä 1 vuosi ennen vastaanottoa

57. Sairaalahoitokertojen määrä 1 vuosi vastaanoton jälkeen

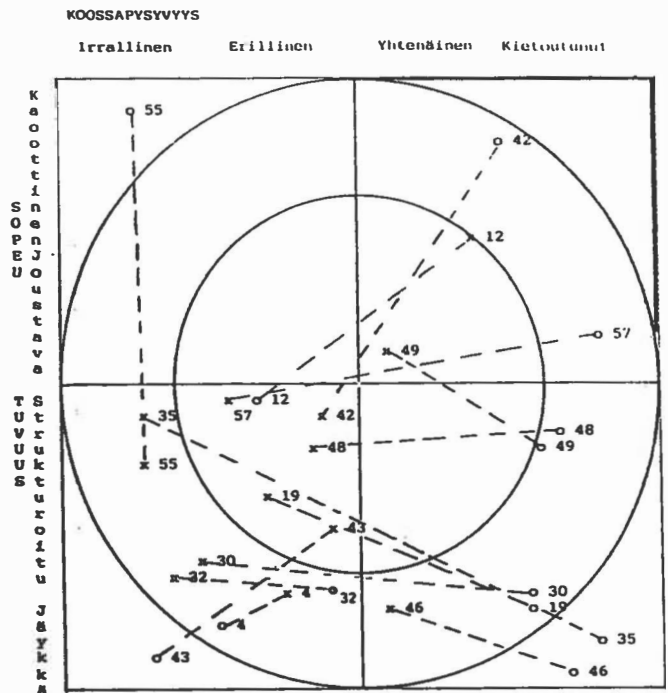
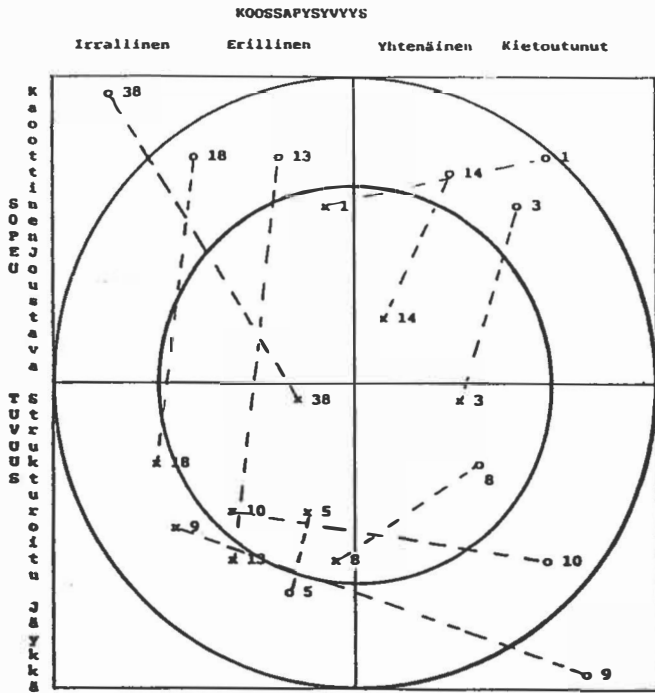
58. Sairaalahoitokertojen määrä 1 vuosi vastaanoton jälkeen

Ylär	0	1	2	3	4	5	6	7			
55	30	7	7	4	2	5	2	1	1		
	50	12	12	7	3	8	5	2	2		
Ylär	0	2	4	6	8	10	12				
56	0	37	14	1	7	0	1				
	0	62	23	2	12	0	2				
Ylär	0	24	48	72	96	120	144	168	192	216	240
57	29	9	7	6	3	3	0	1	0	0	2
	48	15	12	10	5	5	0	2	0	0	3
Ylär	1	38	75	112	149	186	223	260	297	334	371
58	1	28	13	10	5	1	0	1	0	0	1
%	2	47	22	17	8	2	0	2	0	0	2

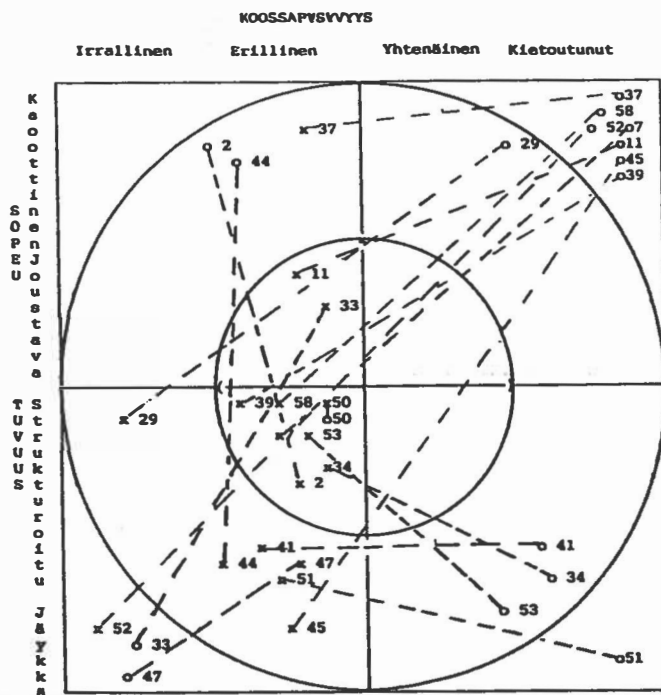
**LIITE 13.  
PERHEET JA TYÖRYHMÄT OLSONIN MALLISSA**

**I ryhmä**

**II ryhmä**



**III ryhmä**



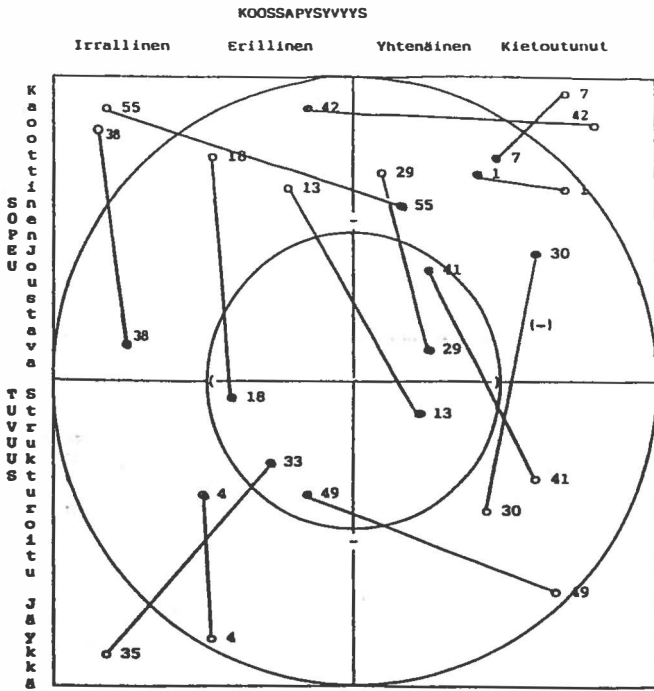
LIITEKUVIOT 1-3. Perheet ja työryhmät hoitoryhmittäin vastaanottotilanteessa

o = perheen sijainti

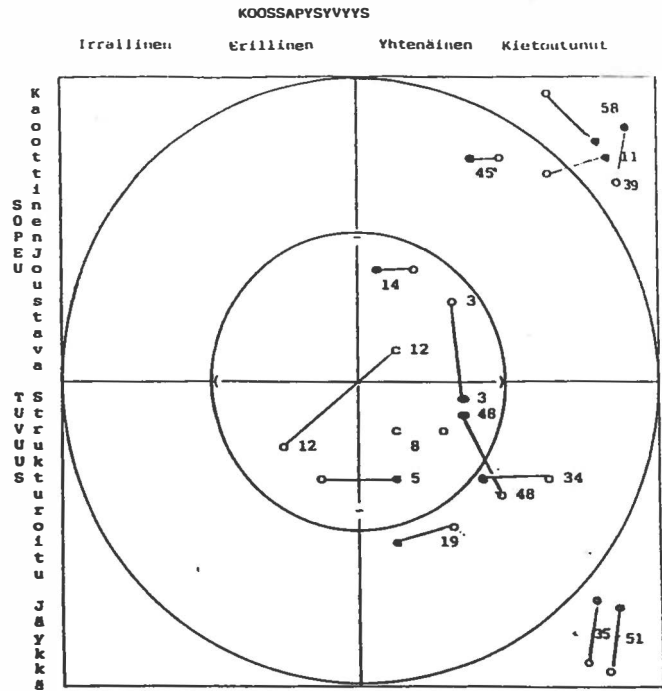
x = työryhmän sijainti

I = ensimmäisen hoidon ryhmä; II = uusiutuvan hoidon ryhmä; III = pitkäaikaishoidon ryhmä

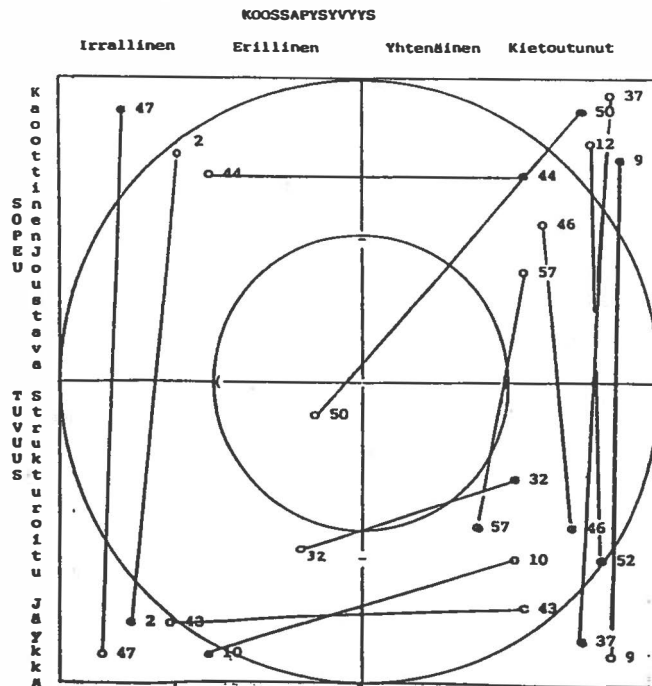
Muuttuneet perheet



Samassa pysyneet perheet



Vastakkaiset arviot perheistä



LIITEKUVIOT 4-6. Perheiden sijainti seurannassa

○ = perhe vastaanottotilanteessa

● = perhe seurannassa