

105

Marja-Leena Pihlajarinne

Nuoren sairastuminen
skitsofreeniseen häiriöön

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

JYVÄSKYLÄ 1994

Marja-Leena Pihlajarinne

Nuoren sairastuminen
skitsofreeniseen häiriöön

Perheterapeuttinen tarkastelutapa

Esitetään Jyväskylän yliopiston yhteiskuntatieteellisen tiedekunnan suostumuksella
julkisesti tarkastettavaksi yliopiston Musica-salissa (M103)
maaliskuun 26. päivänä 1994 kello 12.



JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

JYVÄSKYLÄ 1994

Nuoren sairastuminen skitsofreeniseen häiriöön

Perheterapeuttinen tarkastelutapa

Marja-Leena Pihlajarinne

Nuoren sairastuminen
skitsofreeniseen häiriöön

Perheterapeuttinen tarkastelutapa



JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

JYVÄSKYLÄ 1994

URN:ISBN:978-951-39-8498-4
ISBN 978-951-39-8498-4
ISSN 0075-4625

ISBN 951-34-0200-2
ISSN 0075-4625

Copyright © 1994, by Marja-Leena
Pihlajarinne and University of Jyväskylä

Jyväskylän yliopistopaino and
Sisäsuomi Oy, Jyväskylä 1994

ABSTRACT

Pihlajarinne, Marja-Leena

The onset of schizophrenic disorder at a young age. A family therapeutic study.

Jyväskylä: University of Jyväskylä, 1994, 174 p.

(Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research,

ISSN 0075-4625; 105)

ISBN 951-34-0200-2

Summary

Diss.

The aim of the study was to investigate the onset of a schizophrenic disorder at a young age (age range 14-28) in the family context. The problems examined the individuation and separation of the young person, the position of the young person in the family system, the problem of identification, sexual identity and the Oedipal triangle, differences between boys and girls and changes in these areas during a two year follow-up period.

The study was carried out as a qualitative case study. Seven patients and families took part in the study. The patients were located through the project concerning New Schizophrenic Patients undertaken by the Mental Health Organisation of Central Finland. Individuation and separation was studied using dynamic psychotherapy and the wholeness of the family by systemic family therapy. Data was collected by means of notes taken during each family therapeutic session. The family therapeutic sessions were also videotaped about every second time. On the basis of the videotapes the descriptions of selected episodes were obtained and from these were formed the variables "dominant speaker" and "distribution of emotional ties in a family". The quantitative data so formed was designed to support the qualitative analysis. Individuation and separation were also estimated using the forms of the NSP project.

Already in the beginning of the study the girls were more active and more capable in their individuation and separation development than the boys. They were also more individualized and separated during the two-years follow-up than the boys. But the boys too showed development during the follow-up in both individuation and separation, as well as in clinical estimation. Both sexes formed an Oedipal triangle with their parents. There were strong conflicts between the parents of the young patients. Two of the girls had taken up the role of therapist in their families and one of them was becoming independent without the necessary support from the parents. The boys were in the middle of their parents' conflicts depressed and tightly bound to the mother. It was concluded that the young adult with schizophrenia had met with longstanding difficulties in identifying with the parent of the same sex, because the relationship was one of great conflict. The development of individuation and separation according to age and the further development of identification were imperfect. The illness began, when the young adult had to take on the responsibilities of a grown-up person while still not ready.

In many families the changes aimed at by the therapy were realized.

Keywords: Schizophrenia, family therapy, gender identity, identification, separation, Oedipal triangle

ESIPUHE

Skitsofreeniseen häiriöön sairastuminen on raskas kokemus juuri itsenäistymisvaihettaan elävälle nuorelle ja hänen perheelleen. Vaikka sairaudessa on vielä paljon avoimia kysymyksiä, ovat hoitomuodot kuitenkin kohtalaisen hyvin kehittyneitä. Skitsofreniasta on paljon tutkimustietoa. Tutkimustulokset ovat kuitenkin hyvin erilaisia, joskus jopa vastakkaisiakin eri näkökulmia painottavien tutkijoiden mukaan. Tutkimustiedon yhdistelevä soveltaminen käytännön hoidossa ei ole helppoa. Hoitava henkilökunta joutuu siten sietämään tietopohjansa ja oman näkökulmansa tietynasteista epävarmuutta. Monialainen team-työ psykiatriassa lähinnä lääketieteen, psykologian ja sosiaalityön kesken varmistaa kuitenkin hoidon osuvuutta ja mahdollistaa sairauden hoidon kaikilta niiltä alueilta, jotka nykyisen näkemyksen mukaan liittyvät tähän sairauteen.

Tämä tutkimus lähestyy aihetta psykologian ja psykologin ammattikäytännön näkökulmasta. Virikkeen tutkimukselle antoi Skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallinen kehittämisohjelma, johon sain osallistua vuosina 1982 - 1987 Keski-Suomen mielisairaanhuoltopiirin, sittemmin Keski-Suomen sairaanhoitopiirin yhdyshenkilönä.

Työni kannustavasta ja lämpimästä ohjauksesta kiitän professori Jukka Aaltosta. Samoin kiitän alkuaikojen ohjauksesta apulaisprofessori Risto Friediä ja professori Yrjö Alasta. Tutkimukseni esitarkastajia, dosentti Timo Tuoria ja apulaisprofessori Antero Toskalaa kiitän lopputulokseen vaikuttaneista arvokkaista huomioista, tuesta ja ohjauksesta. Lehtori Antti Penttistä kiitän asiantuntevasta laskennallisten menetelmien tarkastamisesta ja dosentti Paula Lyytistä sekä tarkkailumenetelmien tarkastamisesta että julkaisusarjan toimittajana arvokkaasta avusta tutkimukseni painokuntoon saattamisessa.

Kiitän sydämellisesti psykologi, perheterapeutti Marja-Leena Käyhtyä toimimisesta väsymättömänä työnohjaajana itselleni ja muille tutkimuksen terapeuteille. Ilman hänen ammattitaitoaan ja rooliaan perheterapeuttisten näköalojen avaajana työyhteisössäni tätä tutkimusta ei olisi voitu tehdä. Samoin kiitän johtava lääkäri Pauli Poutasta, joka soi minulle tilaisuuden osallistua Skitsofreniaprojektiin ja suhtautui aina kannustavasti tähän tutkimukseen. Erityiset kiitokset ansaitsevat lukuisat terapeuttikumppanini ja reliabiliteettitutkimukseen osallistuneet psykologit Matti Orava ja Jorma Mönkkönen sekä työyhteisössäni vierailleet työnohjaajat, joiden kanssa saatoinkin käydä useinkin keskusteluja tutkimuksistani.

Suomen Akatemian yhteiskuntatieteellinen toimikunta myönsi minulle apurahan vuodeksi 1985 tutkimusta varten. Siitä olen hyvin

kiitollinen. Myös Haukkalan Lastenpsykiatrisen hoitolaitoksen kannatusyhdistys tuki tutkimustyötäni taloudellisesti myöntämällä apurahan yhden kuukauden työskentelyyn sekä osallistumiseen Prahan kansainväliseen perheterapiaseminaariin keväällä 1987. Siitä parhaimmat kiitokset.

Tutkimusteknikko Lauri Viljanto opasti kärsivällisesti videonauhointusten teknisessä käsittelyssä. Video-otosten puhtaaksi kirjoittamisessa auttoivat minua Marja-Liisa Holma, Eija Vuorenmaa, Aila Tolvanen ja Saija Pulli. Olen heille kaikille hyvin kiitollinen. Monet kiitokset ansaitsevat myös englanninkielisten osioiden kääntäjä Seija Ojala, niiden tarkastaja Michael Freeman sekä julkaisuryhmän sihteeri Kaarina Nieminen ja konekirjoittaja Marja-Liisa Helimäki, jotka auttoivat minua työni viimeistelyvaiheessa.

Syvästi kiitollinen olen perheille, jotka lupautuivat mukaan tähän tutkimukseen - monet sillä mielellä, että tutkimuksesta olisi apua muille, samassa elämäntilanteessa oleville perheille.

Taustatukenani on ollut oma perheeni: taloustieteiden tohtori Eero Pihlajarinne sekä tyttäreemme Hanna-Maria, Taina ja Noora, joita kiitän heidän pitkämielisyydestään tämän vuosia kestäneen tutkimuksen aikana. Heille ja vanhemmilleni haluan omistaa tämän tutkimuksen.

Marja-Leena Pihlajarinne

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	11
2	SKITSOFRENIA	13
2.1	Skitsofrenian määritelmä	13
2.2	Skitsofrenian ennuste	14
2.3	Skitsofreniaan sairastuvuus ja esiintyvyys Suomessa	15
2.4	Skitsofrenia tutkimuskohteena	16
2.4.1	Biolääketieteellinen näkökulma	17
2.4.2	Yksilöpsykologinen näkökulma	17
2.4.3	Transaktionaalinen näkökulma	18
2.4.4	Sosiologinen ja ekologinen lähestymistapa	19
2.4.5	Yhdistetty lähestymistapa	19
3	SKITSOFRENIAN TARKASTELU MINÄN HÄIRIÖNÄ	21
3.1	Minä-käsite	21
3.2	Minä-käsite psykodynaamisesta näkökulmasta	23
3.3	Identiteetti nuoruuden kehitystehtävänä ja identiteetin hajaannus	27
3.4	Eriytyminen ja yksilöityminen identiteetin muodostumisessa	29
3.5	Vanhempiin samastuminen ja sukupuoli-identiteetin kehittyminen	32
3.5.1	Psykoanalyttinen samastumisteoria	33
3.5.2	Sosiaalisen oppimisen teoria ja kognitiivinen kehitysteoria samastumisesta	35
4	SKITSOFRENIA JA PERHETEORIAM	38
4.1	Perheteoriat sairastumisen selittäjinä	38
4.2	Psykodynaamisesti suuntautuneet oletukset skitsofreniapotilaan perheestä	39
4.2.1	Yksilöitymisen ja eriytymisen ongelmat	39
4.2.2	Vuorovaikutuksen ongelmat	40
4.2.3	Vanhempien häiriöt	41
4.2.4	Perheen rakenteen epäselvyydet	42
4.2.5	Samastumisen, sukupuoli-identiteetin ja oidipaali- kehityksen ongelmat	42

4.3	Systeemiteoreettiset oletukset skitsofreniapotilaan perheestä	44
4.3.1	Skitsofreeninen peli	45
4.3.2	Sukupolvien ketju	45
4.3.3	Vuorovaikutuksen ongelmat	45
4.3.4	Kolmiosuhde	46
4.4	Ilmaistujen tunteiden tutkimussuunta (expressed emotions)	46
5	SKITSOFRENIA JA PERHEEN HOITO	48
5.1	Perheterapian kehitys skitsofrenian hoitomuotona	48
5.2	Psykodynaaminen perheterapia skitsofrenian hoidossa	49
5.3	Oppimisteorioihin perustuva skitsofrenian perheterapia	50
5.4	Kommunikaatioterapiat skitsofreniaperheen terapiana	51
5.4.1	Systeeminen perheterapia	53
5.5	Yhteenveto perheterapioista skitsofrenian hoitomuotona	55
6	TUTKIMUKSEN ONGELMAT	57
7	TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN JA METODISET RATKAISUT	58
7.1	Tutkimusperheiden valinta	58
7.2	Tutkimuspotilaiden vertailu muihin skitsofreniaprojektin potilaisiin Keski-Suomessa	61
7.3	Tutkimusmenetelmät ja niiden valinnan perustelut	63
7.4	Tutkimusmenetelmät	64
7.4.1	Tutkija ulkopuolisena havainnoijana	64
7.4.2	Perheistunnot - tutkija osana havainnoitavaa systeemiä	66
7.5	Tutkimusaineiston analysointi	68
7.5.1	Videoidut vuorovaikutusotokset	68
7.5.1.1	Puheenvuorojen hallitsevuus	70
7.5.1.2	Tunnesuhteiden jakautuminen perheessä	72
7.5.1.3	Puheenvuorojen hallitsevuuden ja tunnesuhteiden jakautumisen reliabiliteetti	73
7.5.1.4	USP-tutkimuksesta saatujen arviointien reliabiliteetti	75
7.5.2	Tapaustutkimus ja tulkinta	76

8	TULOKSET	77
8.1	Tytöt	77
8.1.1	Tapausesimerkki T1	77
8.1.2	Tapausesimerkki T2	82
8.1.3	Tapausesimerkki T3	87
8.1.4	Yhteenveto tyttöjä koskevasta yksilöhypoteesista	90
8.1.5	Yhteenveto tyttöjen perheitä koskevasta systemisestä hypoteesista	91
8.1.6	Muutokset kahden vuoden kuluttua	92
8.2	Pojat	92
8.2.1	Tapausesimerkki P1	92
8.2.2	Tapausesimerkki P2	97
8.2.3	Tapausesimerkki P3	101
8.2.4	Tapausesimerkki P4	105
8.2.5	Yhteenveto poikia koskevasta yksilöhypoteesista	110
8.2.6	Yhteenveto poikien perhettä koskevasta systemisestä hypoteesista	111
8.2.7	Muutokset kahden vuoden kuluttua	112
9	POHDINTAA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	113
9.1	Tutkimustuloksista	113
9.2	Tutkimusmenetelmien arviointia	114
9.3	Jatkotutkimusten tarve	117
10	SUMMARY	119
10.1	The Aim of the Study	119
10.2	The Problem of Individuation and Separation at a Young Age	119
10.3	The Individuation and Separation during the Follow-up	121
10.4	The Position of a Diseased Young Person in the Family System	122
10.5	Changes in the Family System	122
10.6	Problems of Identification, Sexual Identity and Oedipal Triangle	123
	LÄHTEET	124
	LIITTEET	137

1 JOHDANTO

Keski-Suomen mielisairaanhuoltopiirin henkilökunta osallistui v. 1981 professori Yrjö Alasen johdolla käynnistyneeseen skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnalliseen kehittämissohjelmaan (Skitsofreniaprojekti 1981 - 1987 (1988)). Kehittämissohjelman johtoryhmä kannusti käytännön työntekijöitä luomaan alueiden omia, pienempiä kehittämissohjelmia ja kokeiluja. Toimiessaan Uusien skitsofreniapotilaiden hoidon kehittämissuunnitelman (USP) yhdyshenkilönä Keski-Suomen mielisairaanhoitopiirissä, tutkimuksen tekijää alkoi kiinnostaa mahdollisuus tutkia nuoria potilaita, joilla oli ilmennyt psykoosi tai psykoosin uhkaa. USP-projekti perustui perhe- ja vuorovaikutuskeskeiseen näkemykseen ja niinpä tässäkin tutkimuksessa haluttiin tutkia nuorten skitsofreenisiä häiriöitä perheen kontekstissa. Uusia tutkimusperheitä otettiin hoitoon 1.3.1983 - 28.2.1984 välisenä aikana. Potilaita seurattiin kahden vuoden ajan.

Luvussa 2 käsitellään skitsofreniaa ja sen moniselitteisyyttä. Erilaisten teoreettisten näkemysten moninaisuus kuvaa sitä vaikeutta, mikä kohtaa käytännön työntekijää hoitomuotojen ja hoitoa ohjaavien näkemysten valintatilanteessa. USP-projektin piiriin tuli nuoria, joiden häiriöitä epäiltiin ainakin alkuun skitsofreniaksi, vaikka kaikki eivät sitten myöhemmässä kontrollitutkimuksessa sellaiseksi osoittautuneetkaan. Paremminkin ehkä nuorten tilaa voisi kuvata Eriksonin (1975b) käsitteellä identiteettihajaannus (identity diffusion). Kun skitsofreniaa tässä tutkimuksessa tarkastellaan minän ja identiteetin häiriönä, määritellään minä-käsitettä, identiteettiä ja sen muodostumista eriytymisen ja yksilöitymisen sekä samastumisen prosessien avulla luvussa 3. Luvussa 4 tarkastellaan perheteorioiden antia skitsofrenian ymmärtämisessä ja luvussa 5 erilaisia perheterapeuttisia suuntauksia skitsofrenian hoidossa. Tutkimuksen tavoite ja ongelmat määritellään luvussa 6.

Tutkimuksessa haluttiin tarkastella, minkälaisessa psykologisessa perheympäristössä identiteettihajaannus tapahtuu ja miten se on ymmärrettävissä. Aluksi mielenkiinto suuntautui nuoren eriytymis- ja yksilöitymiskehitykseen, jonka on havaittu olevan skitsofrenian kaltaisessa identiteettihajaannuksessa keskeistä. Myöhemmin mielenkiinto suuntautui nuoren samastumiskehitykseen samaa sukupuolta olevan vanhempaan, kun havaittiin, miten vaikeat ja ristiriitaiset suhteet nuorella ja hänen samaa sukupuolta olevalla vanhemmallaan keskenään olivat.

Tutkimuksen metodiset ratkaisut on esitetty luvussa 7. Tutkimus- ja hoitomenetelmänä käytettiin perheistuntoja, joiden teoreettinen perusta ja työskentelytapa oli saanut vaikutteita milanolaisesta systeemiteoreettisesta perheterapiasta (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin & Prata, 1978). Hypoteesit perheiden tilanteista tulkittiin systemisesti ja samoin palautteet perheille annettiin sen mukaisesti.

Kuitenkin systeemisten hypoteesien ohella tutkijan mielenkiinto alkoi herätä myös osasysteemeihin: isän ja pojan, äidin ja tyttären suhteisiin. 1960-luvun tutkimustulokset skitsofreniapotilaiden perheistä muodostivat pohjan osasysteemien tarkastelulle (Alanen, Rekola, Stewen, Takala & Tuovinen, 1966; Fleck, Lidz & Cornelison, 1963; Lidz, Fleck & Cornelison, 1965). Varsinkin Fleck ym. (1963), Lidz ym. (1965) ja Mc Cord, Porta ja Mc Cord (1962) viittasivat potilaan samastumisen ja sukupuoli-identiteetin ongelmaan. Kun 1950-luvulta alkaen systeemiset perheteoriat ja hoitomallit alkoivat kehittyä, saavuttaen vasta 1970-luvulla sellaisen kehitystason, että niitä voitiin soveltaa laajemmin, jäivät tämänkaltaiset osasysteemit vähemmälle mielenkiinnolle. Tämän tutkimuksen tekijän mielestä kuitenkin ei ole mahdotonta tutkia k.o. osasysteemejä systeemiseen näkemykseen pyrkivän perheterapian yhteydessä, vaikka silloin väistämättä lähestytään myös yksilötason tarkastelua.

Tutkimus toteutettiin toimintatutkimuksena siinä mielessä, että tutkija osallistui perheiden hoitoon yhtenä terapeutina ja pyrki yhdessä sekä hoitavan työryhmän että perheen kanssa ratkaisemaan perhettä koskevia ongelmia. Tutkimusmenetelminä olivat tarkat muistiinpanot tapahtumista, video-otokset istunnoista ja episodikuvausten analysointi tutkijan kehittämin menetelmin puheenvuorojen hallitsevuudessa ja tunnesuhteiden jakautumisessa. Perheistä saatuja tietoja tulkittiin kokonaisvaltaisemmin yksilöitymistä ja eriytymistä, perhesysteemiä, oidipaalista kolmiosuhdetta, samastumista ja sukupuoli-identiteetin muodostumista koskevien hypoteesien avulla. Näiden lisäksi käytettiin potilaan yksilöitymistä ja eriytymistä koskeviin arviointeihin USP-tutkimuksen yhteydessä kertynyttä arviointimateriaalia. (Salokangas, Rökköläinen & Alanen, 1985).

Tutkimuksen tulokset esitetään tapausselostuksina luvussa 8 ja johtopäätökset tuloksista luvussa 9.

2 SKITSOFRENIA

2.1 Skitsofrenian määritelmä

Skitsofrenian hoidon konsensuskokous (1987, 1) määritteli skitsofrenian "mielenterveydelliseksi häiriöksi, jolle on ominaista ajatustoimintaa ja tunteita säätelevän yhtenäisyyden ja todellisuudentajun ajoittainen väheneminen tai menettäminen sekä lisääntynyt alttius eristäytyä ihmisuhteista. Tämä ilmenee vetäytymisenä harhaluulojen ja harha-aistimusten maailmaan (ns. positiiviset psykoottiset oireet) tai tunne- ja ajatusmaailman ainakin näennäisenä köyhtymisenä (ns. negatiiviset puutosoireet)". Psykiatrisen diagnostisen järjestelmän, (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ,1982) (DSM-III:n) mukaan diagnostiset kriteerit on laadittu konsensusperiaatteella. Skitsofrenian diagnostiset kriteerit kuvaavat henkilön käyttäytymistä, oireita, häiriön alkamisikää ja kestoja. 1.1.1987 otettiin Suomessa käyttöön uusi psykiatrian tautiluokitus, jonka pohjana on ollut DSM-III:n kriteeristö. Sen mukaan skitsofreniaan kuuluu (1) taantumisen aikaisemmalta toimintatasolta ja (2) laaja-alainen henkisten toimintojen häiriintyminen. Sairauden aktiivisen vaiheen aikana tulee ilmetä avoin psykoosi ja häiriön kokonaiskeston tulee olla vähintään kuusi kuukautta. Vähemmän aikaa kestäneet häiriöt luokitellaan toisin, samoin kuin yli 45 vuoden iässä alkaneet häiriöt. Skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallisen kehittämissuunnitelman 1981 - 1984 diagnostiseksi menetelmäksi otettiin jo alustava versio DSM-III:sta. Nykyisin käytössä oleva Mielenterveyden häiriöiden diagnostinen ja tilastollinen ohjeisto (DSM III R, 1989) määrittelee huomattavasti tarkemmin oireiston ja jaottelee skitsofreniaa eri luokkiin oireitten esiintymisen suhteen. Tässä yhteydessä

todetaan vain tyypillisimmät oireet, (joita kaikkia yhdellä potilaalla ei tarvitse olla), kiteytettynä Skitsofrenian hoidon valtakunnallisen kehittämisen väliraportissa 1985 seuraavasti:

1. Taipumusta eristäytymiseen
2. Normaalin ajatusenkulun katkeilua ja muuttumista hajanaiseksi ja sellaisten ajatusyhteyksien esiintymistä, jotka ovat tavanomaisen logiikan mukaan vaikeasti ymmärrettäviä, mutta henkilölle itselleen silti merkityksellisiä.
3. Tunne-elämän ilmausten muuttumista hajanaisemmiksi tai näennäistä sammumista.
4. Vaikeasti ymmärrettävien harhaluulojen esiintymistä, jolle on usein ominaista itsen ja toisten välisten psykologisten rajojen epäselvyys.
5. Aistiharhat, joista tavallisimpia ovat kuuloharhat, mutta myös tunto-, haju-, maku- ja näköharhat.
6. Katatoniset oireet, jolloin potilas saattaa maata liikkumattomana paikallaan ympäristöstään vetäytyneenä. Katatoniset oireet ovat käyneet harvinaisemmiksi.

Varsinkin sairastumisen alkuvaiheessa tavataan usein voimakkaita pelkotiloja, joihin liittyy vainoharhoja tai mielikuvia itseä tai ympäristöä uhkaavasta tuhosta. Sairauden pitkittyessä saattavat potilaan ajatukset täytyä harhamaailmalla, joka korvaa normaalit ihmissuhteet. Sairaudesta huolimatta osa psykologisista toiminnoista voi säilyä normaalina. Myös pitkäaikaispotilaat saattavat toipua oireistaan täysin.

2.2 Skitsofrenian ennuste

Suomessa on tehty useita skitsofrenian ennusteeseen liittyviä tutkimuksia. Niskanen ja Achté (1972) vertasivat 1950, 1960 ja 1965 Helsingissä ensi kertaa hoidettuja potilaita 5 vuoden seuruaikana. Täysin parantuneiden osuudet aikajärjestyksessä olivat 30 %, 29 % ja 21 %, ja sosiaalisesti parantuneiden samoina aikoina 59 %, 68 % ja 64 %. Tutkijat päättelivät sosiaalisesti parantuneiden osuuden lisääntymisen ja vaikeiden defektitilojen osuuden vähenemisen kuvaavan avohoidon kehittymistä 1960-luvulla. 1965 hoidetuilla potilailla sairaalahoidon tarve oli 2/3 aikaisemmin hoidettuihin verrattuna. Salokankaan (1977) mukaan turkulaispotilaista yli 7 vuoden seuranta-ajan kuluttua 2/5:lla ei enää ollut psykoottisia oireita ja vajaat 2/3 potilaista oli sosiaalisesti parantuneita. Täysin toimintakyvyttömiä oli 1/10. Salokangas tarkasteli skitsofrenian ennusteessa tapahtuneita muutoksia eri tutkimusten valossa viimeksi kuluneen 50 vuoden aikana ja tuli siihen tulokseen, että vaikeat skitsofreniset puutostilat ovat vähentyneet ja sosiaalisesti toipuneiden määrä on lisääntynyt 2/3 :aan sairaalassa hoidetuista potilaista. Täysin parantuneiden osuus sensijaan on pysynyt suurinpiirtein samana: se on 1/3 -

1/4 sairaalahoidossa olleista. Hänen mukaansa sekä somaattisten että psykososiaalisten hoitomuotojen kehittyminen ja yhteiskunnassa tapahtuneet muutokset ovat vaikuttaneet potilaiden ennusteen myönteiseen kehitykseen. Myönteisen kehityksen hitaus ja rajallisuus kuitenkin osoittavat sairauden vaikeuden ja monitahoisuuden. Vaikka käytettäisiin mitä tahansa hoitomuotoa tai useita hoitomuotoja yhdessä, hoidon tulee jatkua valtaosalla potilaista useita vuosia ja kohdistua potilaan ohella myös hänen ympäristöönsä.

Samansuuntaisiin tuloksiin on tullut Kuusi (1986). Hänen tutkimillaan helsinkiläispotilailla skitsofreenisten psykoosien ennuste näyttää eri vuosikymmenillä (1950, 1960, ja 1975 tutkimussarjoissa) muuttuneen niin, että vaikeasti invalidisoivat psykoottiset tilat ovat vähentyneet, mutta täysin tervehtyneiden osuus on pysynyt samana. Kahdeksan vuoden seuruaajan lopussa oli ensi kertaa psykiatriseen sairaalahoitoon otettujen potilaiden aineistosta (N = 94) 39,1 % oireettomia, 29,9 % kärsi lievistä, 20,7 % selvistä ja 10,3 % vaikeista psykoottisista oireista. Hyvään ennusteeseen liittyviä tekijöitä, vaikkakin heikkoja olivat: hyvä sairastumista edeltävä toimintataso, vaikutuselämykset oireistossa sekä tärkeiden läheisten ihmisten myönteinen asennoituminen. Autistiset oireet ja tunneilmaisun latistuminen taas liittyivät huonoon ennusteeseen. Kaikkiaan skitsofreenisiin psykooseihin sairastuneet olivat heterogeeninen ryhmä, jota on vaikea kuvata yhdenmukaisin ominaisuuksin.

Ulkomaisista tutkimuksista, joissa on käytetty lyhyempää seuruaikaa mainittakoon Rabinerin, Wegnerin ja Kanen (1986) tulokset, joiden mukaan yhden vuoden seuruaajan kuluessa ensimmäistä kertaa psykoosiin sairastuneista skitsofreniapotilaista 71,4 % pysyi oireettomina. Uudelleen sairastumiseen näytti vaikuttavan ylläpitolääkityksen puuttuminen, sairauden pitempi kesto ja vähäisempi sosiaalinen sopeutuminen ennen sairastumista.

2.3 Skitsofreniaan sairastuvuus ja esiintyvyys Suomessa

Käsitys skitsofreniasta vaihtelee eri maissa, joten vertailuja esiintymisessä on vaikea tehdä. Diagnoosikriteerit eivät ole olleet yhdenmukaisia, joskin pyrkimys yksimielisyyteen diagnoosikriteereissä (DSM III) on viime aikoina luonut paremmat mahdollisuudet vertailla sairautta. Suomessa viimeisimmän tutkimuksen mukaan (Salokangas, Stengård, Rökköläinen, Helle & Kaljonen, 1987) tutkimusalueella, joka käsitti kuusi mielisairaanhoidopiiriä (Turku, Länsi-Satakunta, Itä-Helsinki, Keski-Suomi, Pohjois-Savo ja Pohjois-Karjala) vuotuiseksi hoitoontuloinsidensiksi tuli alueen koko väestön 100 000 henkeä kohti 11,0 - 21,3, keskiarvon ollessa 15,7. Skitsofreniaprojektin 1981 - 1978 loppuraportin (1988)

mukaan lopputuloksena pidetään vuotuisena ilmaantuvuutena 16 - 19 potilasta väestömmä 100 000 asukasta kohti. Eroja maan eri osien välillä ei pidetty huomattavina. Kuusen (1986) tutkimuksessa helsinkiläispotilaiden hoitoontuloinsidenssi oli 18,9.

Väisänen (1975) tutkimuksen mukaan skitsofrenian esiintyvyydeksi tuli 1,5 %, kun tutkimuskohteena oli 15 - 64-vuotias väestö Etelä- ja Pohjois-Suomesta. Suomen Akatemian lääketieteellisen toimikunnan järjestämässä konsensuskokouksen raportissa "Skitsofrenian hoito" 1988, todetaan, että skitsofrenia on yleinen sairaus: Noin joka sadas suomalainen sairastuu siihen, eli potilaita on n. 45 000. Mini-Suomi-terveystutkimuksen (Lehtinen & Joukamaa, 1987) mukaan 1,3 % yli 30 vuotiaista sairastaa skitsofreniaa. Salokankaan (1990) mukaan skitsofreniadiagnosi näyttää vähentyneen viimeisen parin vuosikymmenen aikana potilailta, jotka ovat tulleet ensi kertaa psykiatriseen hoitoon. Osaselityksenä ovat skitsofreniadiagnosin tiukentuneet kriteerit, mutta osan muutoksesta hän päättelee olevan todellista ilmaantuvuuden vähentymistä. Tähän taas saattaisivat vaikuttaa sosiaalisen vuorovaikutuksen ja informaation lisääntyminen yhteiskunnassa, taloudellisten olojen paraneminen ja aikaisempaa varhaisempi hoitoon tulo.

2.4 Skitsofrenia tutkimuskohteena

Skitsofreniaa on tutkittu n. sadan vuoden ajan. Bleuler (1923) nimesi sairauden skitsofreniaksi, kiinnitti huomiota psyykkisten toimintojen hajoamiseen ja oli sitä mieltä, että skitsofreniaa ei voitu selittää yhdestä syystä johtuvaksi, vaan monet eri syyt saattoivat johtaa siihen. Freud ja Jung toivat esiin psykodynaamisten tekijöiden mahdollisen merkityksen skitsofreniassa.

Mm. Sullivanin (1970, perustuen 1944 - 1945 pidettyihin luentoihin) interpersoonallisen teorian vaikutuksesta skitsofreniaa alettiin pitää Amerikassa pikemmin reaktion ympäristöön kuin aivoissa tapahtuvana prosessina. Pohjoismaissa myötäiltiin toiseen maailmansotaan asti saksalaisen, orgaanisesti painottuneen psykiatrian näkemyksiä. Toisen maailmansodan jälkeen Suomi, Norja ja Tanska saivat yhä enemmän psykoanalyttisiä ja sosiaalipsykiatrisia vaikutteita skitsofrenian tutkimuksessa ja hoidossa. Ruotsissa sensijaan on jatkettu tutkimusta perinteisemmän lääketieteen suuntaisesti. (Achté & Tuulio-Henrikson, 1982).

Edelleenkin skitsofrenia on moniselitteinen sairaus sekä oireitten että etenemisensä suhteen. Diagnoosirajat ovat kiistanalaisia ja ennuste vaihtelee suuresti tapauksesta toiseen. Alanen, Rökköläinen, Laakso, Rasimus ja Kaljonen (1986) jaottelevat tärkeimmät sairausmallit ja niiden vaikutukset skitsofrenian hoitoon seuraavasti:

1. Biolääketieteellinen malli, jossa sairaus ymmärretään orgaanisena aivoissa tapahtuvana prosessina tai ainakin biologinen dimensio on keskeisin. Hoito on psykofarmakologista ja "orgaanista".
2. Yksilöpsykologinen malli, jonka mukaan sairaus perustuu persoonallisuuden kehityksen pitkäaikaiseen ja varhaiseen häiriöön. Hoitona on yksilöpsykoterapia.
3. Transaktionaalinen (systeeminen) malli, jonka mukaan sairaus nähdään osana häiriintynyttä vuorovaikutusverkostoa. Hoitona käytetään perheterapiaa ja ryhmiin ja yhteisöihin kohdistuvia toimenpiteitä.
4. Sosiologinen ja ekologinen lähestymistapa, jossa yhteisön jäsenten tuki potilaalle nähdään ensiarvoisen tärkeänä ja kohdistetaan mielenterveyspalvelut ympäristöön. Myös kuntoutusta korostetaan.
5. Yhdistetty malli, jonka mukaan erilaiset sairausmallit ovat oikeutettuja eri tapauksissa. Hoito tulee suunnitella kokonaisvaltaisesti tapauskohtaisen tarpeen mukaan.

2.4.1 Biolääketieteellinen näkökulma

Vaikka biologinen tutkimus on tuonut esiin löydöksiä, jotka tukisivat sairauden biologis-biokemiallista etiologiaa, spesifejä tekijöitä ei kuitenkaan ole löytynyt. Vaikka magneettikuvauksen kehittyminen on tarjonnut uusia mahdollisuuksia tutkia skitsofreniapotilaiden aivoja, ratkaisevia uusia löydöksiä ei silti ole havaittu (esim. Besson, Corrigan, Cherryman & Smith, 1987). Myös dopamiinin niinkuin muidenkin keskushermoston välittäjäaineiden osuus skitsofreniassa on osoittautunut epäselväksi, vaikka skitsofrenian hoidossa käytettävät lääkkeet aiheuttavat dopamiinireseptorien salpauksen aivoissa. (Scheinin, 1987).

Myös perinnöllisyystutkimusten tulokset ovat osittain ristiriitaisia (mm. Kendler & Gruenberg, 1984). Suomessa Tienari on tehnyt kaksostutkimusta ja adoptiolapsitutkimusta geneettisten tekijöiden selvittämiseksi (Tienari, 1963, 1975; Tienari ym. 1985a, 1985b). Tutkimuksissa tullaan siihen tulokseen, että tietty alttius geneettisesti on olemassa, mutta perhetekijöitäkään ei voida unohtaa, sillä vakavasti psykoosiin sairastuneet adoptiolapset olivat usein myös kasvaneet häiriintyneissä adoptioperheissä. Terve perheympäristö taas suojaa adoptiolasta psykiseltä häiriöltä, vaikka hänellä olisi geneettinen rasite skitsofreniaan.

2.4.2 Yksilöpsykologinen näkökulma

Yksilöpsykologinen käsitys sairaudesta on kehittynyt kahdenkeskisessä hoitotilanteessa, terapiassa. Sen juuret ovat Freudin psykoanalyttisissä tutkimuksissa. Skitsofrenia nähdään persoonallisuuden heikkoutena ja yksilöitymisen puutteena. Salonen (1979) ja Johansson (1985) ovat tutkineet Suomessa skitsofrenian yksilöterapiaa. Räcköläisen (1977) tutkimuksessa potilaitten havaittiin olleen ennen psykoosiin sairastumistaan

riippuvaisia vanhemmistaan sisäisen rakenteensa hajanaisuuden vuoksi. Psykoosiin sairastuminen tapahtui tavallisesti tärkeässä kehitys- ja muutosvaiheessa; perheestä eroon joutumisessa, yrityksissä luoda aikaisempaa aikuisempia suhteita tai psykososiaalisen roolin muutosvaiheessa. Jo Alasen, Rekolan, Stewenin, Takalan ja Tuovisen (1966) tutkimuksessa havaittiin, että elämäntilanne, joka vaaransi potilaan riippuvuuden vanhemmistaan, oli vaikuttanut sairauden puhkeamiseen. Kuormittavia elämänmuutoksia korostavat tutkimuksissaan myös Lukoff, Snyder, Ventura ja Nuechterlein (1984) sekä Canton ja Fraccon (1985). Kummattakin viittaavat myös stressiä aiheuttavaan perheympäristöön.

2.4.3 Transaktionaalinen näkökulma

Transaktionaalinen näkemys on kehittynyt yksilöterapian kokemuksista ja perhetutkimuksista. (Alanen 1958, 1980; Lidz, Fleck & Cornelison, 1965; Wynne, Ryckoff, Day & Hirsch, 1958,). Systeemiteoriaa perheterapiaan ovat soveltaneet mm. Selvini-Palazzoli ym. (1978) ja Stierlin (1981). Pohjoismaissa on tehty skitsofrenian perhetutkimusta 1950-luvulta asti. Suomi on ollut skitsofrenian perhetutkimuksen eturivin maita lähinnä Alasen (1956, 1958, 1979) (Alanen ym. 1966) (Alanen & Kinnunen, 1974) tutkimusten ansiosta. Tuori (1987) ja Lehtinen (1993) ovat tutkineet skitsofreniapotilaiden systeemistä perheterapiaa, Aaltonen (1982) perhekeskeistä, Seikkula (1991) ja Keränen (1992) perhe- ja verkostokeskeistä hoitoa psykiatrisilla potilailla. Psykoterapeuttisesti orientoitunutta kokonaisuhoitoa on tutkinut Alasen työryhmä (1985, 1986). Lähinnä sosiaalipsykiatrista näkökulmaa on edustanut Salokangas (1977), (Salokangas, Rökköläinen & Alanen, 1985), (Salokangas, Stengård, Rökköläinen, Helle & Kaljonen, 1987) (Salokangas, Rökköläinen, Stengård & Kaljonen, 1988).

Perinnöllisyystutkijat ovat pitäneet runsaana havaittuja häiriöitä potilaiden perheissä saman perimän eriaisteisena ilmentymänä. Perhetutkijat taas ovat korostaneet, että perinnöllisyystutkimuksissa ei ole kyetty arvioimaan häiriöiden perhedynaamisia tekijöitä. Tutkimusten mukaan skitsofrenian geneettiset tekijät näyttävät olevan vähäisempiä kuin on oletettu. Vaikka perhetutkijat ovat vakuuttuneita perheen sisäisten tapahtumien ja vuorovaikutussuhteiden merkityksestä skitsofrenian synnyssä ja hoidossa, on skitsofrenian etiologia jäänyt kiistanalaiseksi myös tästä näkökulmasta. Dell (1980) ja Alanen (1980) korostavatkin, että syysuhteet on ymmärrettävä molemminpuolisina. Perimää ja perheympäristöä ei pitäisi tutkia toisistaan erillään. Esim. alunperin muita passiivisempi lapsi on alttiimpi vanhempien tarpeille, jos jompi kumpi vanhemmista omista vaikeuksistaan johtuen pyrkii symbioottiseen suhteeseen lapsensa kanssa. Tällöin lapsen yksilöityminen jää puutteelliseksi. Tienarin (1982) mielestä perhedynaamisia seikkoja kos-

keva tietous on vastaansanomaton, joskin sitä kohtaan voidaan esittää oikeutettua kritiikkiä empiris-luonnontieteellisen tutkimusotteen näkökulmasta.

2.4.4 Sosiologinen ja ekologinen lähestymistapa

Sosiologinen ja ekologinen lähestymistapa ei liity niinkään etiologisiin teorioihin kuin muut lähestymistavat. Se voidaan nähdä laajentumana transaktionaalista lähestymistavasta, sillä sen mukaan ei rajoituta tarkastelemaan vain läheisempien ihmissuhteiden verkostoa, vaan vuorovaikutusta yksilön ja laajemman sosiaalisen ja fyysisen ympäristön kanssa. Terapeuttisista keinoista erityisesti kuntoutusmuodot painottuvat tässä lähestymistavassa.

2.4.5 Yhdistetty lähestymistapa

Jokainen lähestymistapa yksinään on liian kapeapohjainen, kun hoidetaan yksittäistä potilasta. Skitsofrenia on alkuperältään ja etenemiseltään monidimensionaalinen sairaus. On luultavaa, että erilaiset etiologiset tekijät ja niiden keskinäinen vuorovaikutus painottuvat eri tavalla eri tapauksissa. Niinpä hoidon tulisi edetä integroidun näkemyksen mukaisesti, joka saa aineksia kaikista yllämainituista neljästä lähestymistavasta.

Tässä tutkimuksessa painottuvat yksilöpsykologinen ja transaktionaalinen näkemys. Erityisesti tässä 1983 aloitetussa tutkimuksessa painottui Alasen (1980) näkemys, jonka mukaan lapsen skitsofrenian kehittyminen liittyy koko perheen häiriöön. Skitsofrenia ei olisi sairaus, joka olisi täysin erilainen kuin muut psyykkiset sairaudet. Se olisi perhehäiriön vakavin ilmenemismuoto. Alanen ei pidä poikkeavaa kommunikaatiota perheenjäsenten välillä tärkeimpänä tekijänä häiriöiden synnyssä, vaikka kommunikaatiota (esim. kaksoissidoskommunikaatio, Bateson, 1961, 1973) lieneekin helpompi tutkia kuin sen taustalla olevia, vuorovaikutukseen vaikuttavia perheen häiriöitä. Alanen korostaa sellaisten perustekijöiden osuutta vanhempien ja lasten välisissä suhteissa, jotka vaikuttavat lapsen persoonallisuuden rakenteeseen. Psykodynaamiset tutkimukset ovat tässä avuksi. Puhtaasti systeemiteoreettiset tutkijat jättävät huomiotta nämä persoonallisuuden rakenteeseen vaikuttavat tekijät. Alanen yhdistää dynaamista ja systeemistä perheteoriaa. Hän on tutkimuksissaan havainnut skitsofreniapotilaiden vanhemmilla runsaasti egon häiriöitä, jota kuvaa usein persoonallisuuden rajojen hämäryys itsen ja muiden, erityisesti vanhempien ja lasten välillä. Primitiivisten defenssien käyttö on yleistä, mitä Kernberg (1979) kuvaa tyyppillisenä rajatilapersoonallisuuden häiriöissä: kieltämistä, splittausta,

projektiota, primitiivista idealisointia, kaikkivoipaisuutta ja arvonkieltämistä. Nämä defenssit johtavat omistaviin asenteisiin lapsia kohtaan, jolloin lapsen kyky muodostaa rajoja itsensä ja ulkopuolisen maailman välille häiriintyy. Stierlin (1981) (Stierlin, Rücker-Emden, Wezel & Wirsching, 1977) on käyttänyt näistä ilmiöistä sitomisen ja delegoimisen käsitteitä. Alanen puolestaan nimittää näitä defenssimekanismeja "transaktionaaliseksi defenssimekanismiksi". Vanhemmat voivat normaalisti-kin samastua lapseensa ja projisoida omaa lapsuuttaan häneen, mutta häiriöitä syntyy silloin, kun vanhemman projisointi on voimakasta ja pitkäkestoista. Tällöin omistavat tai lasta aliarvioivat käsitykset ovat tärkeitä vanhemman oman tasapainon säilyttämiseksi (Alanen 1980; Alanen ym. 1986).

3 SKITSOFRENIAN TARKASTELU MINÄN HÄIRIÖNÄ

3.1 Minä-käsite

Tässä luvussa käsitellään käsitettä "minä", jonka häiriönä skitsofreniaa ja psykoottista käyttäytymistä voidaan pitää. Samoin käsitellään käsitettä "identiteetti", joka mm. Eriksonin (1968, 1975a) käsitteistössä on keskeisellä sijalla nuoruuden psykooseissa, joita hän käsiteellistää "identiteetin hajanaisuutena". Minän ja identiteetin kehitysprosessissa korostuvat taas eriytyminen ja yksilöityminen ja samastumisen käsite varsinkin sukupuoli-identiteetin muodostumisessa. Psykodynaamisen teoriasuunnan edustajat kuten esim. Stern (1985, 1992) ja Stoller (1968, 1979) lähentyvät kognitiivisia teorioita kuten esim. Kohlbergin (1966) kognitiivista kehitysteoriaa. Siksi tässä luvussa on otettu tarkasteltavaksi sekä psykodynaamista että kognitiivista kehitysteoriaa vanhempiin samastumisen ja sukupuoli-identiteetin kehityksen ymmärtämiseksi.

Psykoottisen häiriön yleisenä ja yhteisenä tuntomerkinä voidaan pitää minän toimintojen häiriötä. Skitsofreniassa minän toimintojen häiriö on toisinaan osittainen, mutta tavallisesti pitkäaikainen ja laaja-alainen. Se ulottuu sekä ajattelun että tunteiden, tahdonilmausten ja motoriikan hallintaan (Achté, Alanen & Tienari, 1990). Koska tässä tutkimuksessa skitsofreniaa käsitellään minän ja identiteetin häiriönä, joudutaan määrittelemään näitä käsitteitä ja niihin läheisesti liittyviä eriytymisen, yksilöitymisen, samastumisen ja sukupuoli-identiteetin käsitteitä eri taustateorioiden valossa. Sillä ei ole olemassa sellaista teoreettista suuntausta, jota voisi pitää ylivertaisena minän häiriön selittäjänä, vaikkakin psykodynaamisilla teoriasuuntauksilla on pitkä perin-

ne ja asema käytännön sovellutuksissa.

Alanen ym. (1986) ryhmittelevät skitsofreniaa egon häiriönä. Ego (das Ich) määritellään klassisessa psykoanalyysissä yhdeksi strukturaalisista käsitteistä, joka on välittävänä tekijänä "id'in" (das Es) ja "superegon" (das Über-ich) välillä. Ego edustaa järkeilyä ja todellisuusperiaatetta, kun taas id edustaa rajoittamatonta mielihyvän ja viettien periaatetta. (Freud, 1923). Alanen ym. jaottelevat siis skitsofreniapotilaita egon häiriön heijastamana seuraavasti:

1. Potilaat, joita uhkaa hajoaminen. Usein rajatilapersonallisuuden omaavat henkilöt (Kernberg, 1979), jotka kamppailevat egon hajoamisen rajoilla. Psykoottiset oireet ovat usein suhteellisen heikot, mutta tuottavat ahdistusta. Neuroottiset oireet ovat tavallisia. Potilaat ovat suhteellisen halukkaita hoitoon.
2. Akuutin hajoamisen ryhmä. Näillä potilailla on ollut persoonallisuuden kehitystaso pidemmällä ennen psykoosia kuin muilla tässä luokitelluilla ryhmillä. Heillä voidaan havaita vakiintunut heteroseksuaalinen kehitys ja työidentiteetti. Psykoottinen vaihe jää yleensä lyhyeksi.
3. Regressiivisen hajoamisen ryhmä. Potilailla on ollut ennen psykoosia hyvin häiriintynyt kehitys. He eivät ole eriytyneet primaariperheestään, eivätkä ole kyenneet luomaan heteroseksuaalista identiteettiä tai työidentiteettiä. Skitsofrenian pääoireet ovat tavallisempia tässä ryhmässä kuin muissa.
4. Paranoidisen hajoamisen ryhmä. Paranoidiset oireet vallitsevat. Potilaat pystyvät tulemaan toimeen kuitenkin melko hyvin sosiaalisessa ympäristössä. Neuroottiset oireet puuttuvat. Potilaat elävät usein erillään perheestään. Näillä potilailla on vähiten halua osallistua hoitoon.

Skitsofreniaa koskevissa hypoteeseissa kiinnitetään huomiota minän häiriintymisen prosessiin ja ihmisen yksilöitymis- ja eriytymiskehitykseen. Yksilöllisyys, muista erottuminen, on osa identiteettiä. Eriytymisen, yksilöityminen ja itsesätelytoimintojen sisäistäminen liittyvät identiteettikehityksen perusprosessiin. Minäkäsitys on hypoteettinen käsite, jota eri tutkijat määrittelevät hieman eri tavalla, eri puolia painottaen ja antavat myös erilaisia käsitteitä tälle ihmisen psyyksille struktuurille. Läheisiä käsitteitä ovat "ego" (Das Ich) "minä" (self), "minäkäsitys" (self-concept) ja "identiteetti". Kernbergin (1984) mukaan termejä "ego" ja "self" käytetään toisinaan samaa merkitsevinä, toisinaan tarkoin toisistaan erotettuina ja toisinaan sekaisin. Kun Freudin termi "Ich" käännettiin "Egoksi", sanaksi, jolla on persoonaton leima, se viittaa Freudin psyyken rakenneteoriaan, kun taas "self" on persoonallisempi, subjektiivisempi. "Self" voi tarkoittaa henkilöä subjektina erotukseksi ympäröivästä "objektien" ts. toisten ihmisten maailmasta.

Breakwell (1983) korostaa, että minän määritelmät muuttuvat sen mukaan, mikä on taustateoria. Samassa merkityksessä on käytetty käsitteitä identiteetti, luonne, itse ja persoonallisuus. Minä-käsitteen eri puolia ja siihen liittyviä vastakohtaisuuksia voidaan tarkastella akseleilla:

1. Minäkäsitys (Erikson, 1968; Markus, 1977; Sherif, 1968) - itsensä arviointi (Burns, 1979).
2. Minä objektina - minä subjektina (Burns, 1979; Deschamps, 1982; James, 1891; Mead, 1934).
3. Sosiaalinen minä (Erikson, 1968; James, 1891; Mead, 1934) - henkinen minä (James, 1891).
4. Minän pysyvyys - minän muuttuvuus (Erikson, 1968; Kelly, 1967; Laing 1961; Liebkind, 1988; Weinreich 1983).
5. Todellinen minä - ihanneminä (Burns, 1979; Weinreich, 1983).

Käsitteet vaihtelevat sen idean ympärillä, että "minä" on sekä kokija että koettu, arvioija ja arvioitu, persoonallinen ja sosiaalinen, tämänhetkinen ja potentiaalinen.

3.2 Minä-käsite psykodynaamisesta näkökulmasta

Psykodynaaminen lähestymistapa korostaa lapsen varhaisia häiriintyneitä kokemuksia "minän" häiriöissä; sekä lapsuuden psykooseissa, että myöhemmällä iällä esiintyvien psykoosien kehittämisessä. Tutkijat ovat kuitenkin eri mieltä siitä (tai eivät ota kantaa), missä vaiheessa, millä intensiteetillä ja minkälaisia näiden häiriintyneiden kokemusten tulee olla, jotta kehittyvä ihminen sairastuisi psykoosiin. Miksi jotkut sairastuvat jo lapsena ja toiset vasta nuoruusiässä, jos häiriö tapahtuu varhaisvaiheessa?

Lapsuusiän psykoosien ja eriytymisen ja yksilöitymisen tutkija Mahler (1969), (Mahler, Pine & Bergman, 1975) korostaa lapsen ja äidin välistä kommunikaatiota molemminpuolisten viestien (mutual cuing) avulla. Viestit häiriintyvät, jos lapsella on esim. rakenteellinen vamma tai äiti ei kykene riittävästi ymmärtämään vauvan viestejä. Keskinäisten viestien puutteet aiheuttaisivat niin häiriintyneitä kokemuksia vauvalle, että ne olisivat keskeisiä myöhemmin kehittyvässä skitsofreniassa. Mahlerin (1969) mukaan nämä häiriintyneet kokemukset toimivat ytimenä tuleville oireille ja ne ovat yksilöllisiä siten, että kaikki häiriöt eivät ole vallitsevia jokaisella skitsofreniapotilaalla, vaan tästä syystä eri potilailla olisi erilaisia yhdistelmiä kliinisistä oireista (liittyneinä objektisuhteisiin, mielihyvän ja mielihäviön tasapainoon, ahdistuneisuuspotentiaaliin, ruumiinkuvaan jne). Äitiyden tehtävänä on houkutella lapsi autistisesta tilasta symbioosiin, jolla Mahler ym. (1975) tarkoittaa eriytymättömyyden tilaa, sekoittumista äidin kanssa, jossa minä ("I") ei ole eriytynyt eiminästä ("not-I"). Stern (1985, 1992) taas kritisoi Mahlerin käsitteitä "normaali autismi" ja "symbioosi". Hänen mielestään vauva on alusta alkaen ihmishakuinen ja kiinnostunut kasvoista ja äänistä ja hän muodostaa jo kahden ensimmäisen elinkuukauden aikana minäkäsitystä. Heräävä minäkokemus (0 - 2 kk) on samalla prosessi ja prosessin tulos; lapsi ky-

kenee muodostamaan yhteyksiä irrallisten kokemusten välille. Noin kahden kuukauden iässä tapahtuu selvä kehityksellinen hyppäys, jolloin vauva alkaa katsoa toista ihmistä silmiin ja "jutella" hänelle. Vauvalle on kehittynyt jonkinlainen sisäinen kokemus omasta itsestä ja siitä, että ollaan suhteessa johonkin toiseen ihmiseen. Lapsella on (2 kk - 6 kk) tunne ydinminästä (core self) ja peruskokemus toisesta (core other). Stern siis korostaa lapsen melko varhaista tunnetta itsestä ja toisesta, kun mm. Mahler korostaa, että lapsi ei kykene erottamaan itseään toisesta. Kun Mahler pitää eriytymättömyyttä, yhteisyyttä ikäänkuin "annettuna" perustilana lapselle ja vain separaatio- individuaatiokehitys veisi lasta kehityksellisesti eteenpäin, korostaa Stern taas päinvastoin, että tunne liittymisestä, yhteisyydestä ei ole alkutila, vaan kehityksen tulos. Kehitysprosessi on seurausta lapsen aktiivisesta tendenssistä olla yhteydessä toisiin. 7 - 9 kk iässä lapselle kehittyy subjektiivinen minäkokemus; se sisältää kokemuksen, että se mitä tapahtuu "minun" mielessäni on riittävän samanlaista kuin "sinun" mielessäsi ja lapsi voi kommunikoida siitä, tosin vielä ilman sanoja. Mahler kuvaa vastaavaa vaihetta separaatio- individuaatioprosessin ensimmäisen alavaiheen, eriytymisen alkamiseksi ja käyttää metaforaa symbioottisen kehän "kuoren puhkaisusta". Kun lapselle toisen vuoden aikana kehittyy kieli, se avaa uuden alueen olla suhteessa toiseen ihmiseen. Stern kuvaakin tällöin lapsen kehittyvää minää "kielelliseksi minäksi". Sternin mukaan kuitenkin kieli aiheuttaa splitin, kahtiajaon, lapsen minäkokemukseen; on toisaalta tuttu ei-verbaalinen kokemusmaailma suhteesta toiseen ihmiseen ja toisaalta maailma, jolla se ilmaistaan verbaalisesti. Lapsi alkaa nähdä itsensä objektina (esim. vasta n. 18 kk iässä lapsi ymmärtää peilikuvansa). "Objektiivinen self" tulee "subjektiivisen selfin" rinnalle ja "käsitteellinen self" tulee "kokemuksellisen selfin" rinnalle. Lapsi alkaa käyttää pronomineja "minä", "minun", kun hän aikaisemmin käytti nimeään. Stern jakaa vielä kielellisen minän "luokittelevaan selfiin" (sense of categorical self), jolloin lapsi nimeää asioita, ja lapsen ollessa neljänellä vuodella "kertomukselliseen selfiin" (narrated self). Sternin käsite minäkokemuksesta on sosiaalinen; se sisältää lapsen kokemuksen olla vuorovaikutuksessa toisen ihmisen kanssa.

Myös Peterfreund (1978) ja Pine (1985) kritisoivat Mahlerin käsitettä "normaali autismi", jolloin lapsi ei kykenisi alle 2 kk ikää erottamaan sisäisiä ja ulkoisia ärsyksiä toisistaan. Pine tosin pehmentää Mahlerin tutkijatoverina kritiikkiä toteamalla, että kysymys ei ole siitä, etteikö lapsi erottaisi ulkoisia ja sisäisiä ärsyksiä toisistaan, vaan siitä, että hänellä ei ole käsitteitä, joilla hän voisi mieltää ärsykkeiden eroja. Pine pitää Mahlerin ym. (1975) käsitettä "normaali symbioosi" tärkeämpänä käsitteenä kuin "normaalia autismia", mutta tekee siihenkin uusia varauksia; hän ei ole sitä mieltä, että lapsi olisi n. 2 - 7 kk iässä "kokonaan" sulautunut äitiin, "kokonaan symbioosissa", vaan käsitettä "normaali symbioosi" ymmärretään parhaiten hetkinä, jolloin lapsi on sym-

bioosin vallassa sen sijaan, että hänen kaikki kokemuksensa sävyttyisivät symbioosilla. Pine korostaa, että lapsi voi erottaa, mitkä ärsykkeet tulevat hänestä itsestään ja mitkä äidistä, mutta hänellä ei ole vielä käsitteitä, joilla hän erottaisi esim. äidin ja itsensä toisistaan, kuten aikuinen. Lapselle "äiti" merkitsee ärsykkeiden kokoelmaa - ruumiin lämpöä hetkittäin, hymyileviä kasvoja tai ääntä.

Kernbergin (1984) objektisuhdeteoria psyykkisistä rakenteista sisältää Freudin (1923) esittämän psyyken jaon superegoon, egoon ja id:iin. Myöhemmän egopsykologian mukaan ego voidaan käsitteellistää 1) hitaasti muuttuvina "rakenteina" tai muodostelmina, jotka määräävät psyykkisten prosessien kanavoitumista, 2) psyykkisinä prosesseina tai "funktioina" sinällään sekä 3) näiden funktioiden ja muodostelmien "aktivaatiokynnyksinä". Nämä rakenteet ovat tämän käsitteistön mukaan psyykkisten prosessien suhteellisen pysyviä muodostelmia; superego, ego ja id ovat rakenteita, jotka dynaamisesti yhdistävät alarakenteita, sellaisia kuin egon kognitiivisia ja defensiivisiä muodostelmia (Kernberg, 1984, 4 - 5).

Kernberg (1984) esittää kolme laajaa rakenteellista persoonallisuuden järjestelmää, jotka vastaavat neuroottista, rajatilasta ja psykoottista persoonallisuutta. Ne heijastuvat potilaan 1) identiteetin jäsentymisen asteessa, 2) defensiivisten toimintojen luonteessa, joita potilas tavallisesti käyttää ja 3) potilaan kyvyssä testata realiteetteja. Neuroottiseen persoonallisuuden rakenteeseen sisältyy jäsentynyt identiteetti ja defensiivisinä toimintoina käytetään pääasiassa torjuntaa ja muita kehittyneitä ja korkeatasoisia puolustusmekanismeja. Sensijaan potilaat, joilla on rajatilainen tai psykoottinen persoonallisuuden rakenne, käyttävät primitiivisiä defensiivisiä toimintoja, joista keskeisenä on halkominen (split). Neuroottisilla ja rajatilaisen rakenteen omaavilla potilailla kyky testata realiteettia on säilynyt, kun se taas psykoottisessa rakenteessa on vaikeasti häiriintynyt. 1) Rajatilaisessa persoonallisuuden rakenteessa minäkuvat (self representations) ovat riittävästi eriytyneet objektikuvista (object representations), jotta minän rajat (ego boundaries) pystytään säilyttämään. Sensijaan psykoottisissa rakenteissa minäkuvat ja objektikuvat ovat regressiivisesti sekoittuneet. Ne eivät ole eriytyneet. 2) Neuroottisessa persoonallisuuden rakenteessa kaikki minäkuvat (self images), sekä "hyvät" että "pahat" ovat jäsentyneet kokonaiseksi, laaja-alaiseksi minäksi (self) ja toisia ihmisiä koskevat "hyvät" ja "pahat" mielikuvat voidaan jäsentää laaja-alaisiksi toisia ihmisiä koskeviksi käsityksiksi. Sensijaan rajatilaisessa persoonallisuuden rakenteessa tällainen jäsentymisen ei onnistu ja sekä minäkuvat että objektikuvat jäävät affektiivisesti ja kognitiivisesti erillisiksi, vastakohtaisiksi mielikuviksi itsestä ja muista. 3) Tämä kyvyttömyys yhdistää itseä ja muita koskevia "hyviä" ja "pahoja" todellisuuden osia on Kernbergin (1984) mukaan seurausta voimakkaasta varhaisesta aggressiosta, joka on aktivoitunut näillä potilailla: Kun erotetaan "hyvät" ja "pahat" mielikuvat itsestä ja toisista, se

suojelee rakkautta ja hyvyyttä vihan ja pahuuden tuholta.

Stern (1985) kuitenkin kyseenalaistaa edellä mainitun Kernbergin käsitejärjestelmän. Jako mielipahaan ja mielihyvään tapahtuisi, ennenkuin itsen (self) ja toisen (other) erottelu on esim. Mahlerin ym. (1975) esittämän kehitysaikataulun mukaan tapahtunut. Kuinka voidaan ajatella "hyvää itseä" ja "pahaa itseä" ennenkuin lapsi on muodostanut ollenkaan kuvaa itsestä? Sternin mukaan myös kokemukset "hyvästä" ja "pahasta" edellyttäisivät tiettyjä standardeja, moraalia ja käsitteitä, joita lapsella ei vielä ole. Esim. lapsella on 4 - 6 kertaa päivässä kokemuksia rintaruokinnasta ja jokainen kokemus eroaa hieman toisestaan tyydyttävyyden suhteen. Vauvan kokemusten jakaminen "hyviin" ja "pahoihin" on todella ongelmallista, ja se kyseenalaistaa Kernbergin teorian ydinajatuksen.

Lapsuuden miellemaailman käsittäminen aikuisen käsittein menee vielä pidemmälle Kleinin (1971) käsitteissä vauvan kuolemanvietistä, joka ilmenisi "vainoahdistuksena", "hyvänä ja pahana rintana", tai että vauva elää "skitso-paranoidisessa positiossa eli omnipotenssikuvitelmiin ja vainotuksi-tuhotuksi tulemisen välimaastossa". Tällä näkemyksellä yritetään ymmärtää lapsen normaalia varhaisvaihetta aikuisen psykopatologian käsittein. Ajatuksena on, että myöhempi vakava psykopatologia saa käyttövoimansa juuri vauvavaiheen kehityshäiriöistä.

Stern (1985) ei kiistä sitä, etteikö split, halkominen, defenssinä ole tärkeä ilmiö erityisesti patologisissa tiloissa, mutta hänen mielestään se on vauvaiheen jälkeinen ilmiö, jolloin ihminen voi käyttää symboleja. Hänestä "splitin" käyttö on hyvin yleinen ilmiö, sitä ei tapahdu vain häiriintyneillä tavoilla potilailla, kuten Kernberg olettaa, vaan sitä käyttävät luultavasi kaikki hieman lievemmillä tavoilla. Huolimatta kritiikistään Stern uskoo, että lapsi ryhmittää kokemuksensa erilaisiin miellyttäviin ja epämiellyttäviin kategorioihin. Vanhempi lapsi ja aikuinen käyttävät todella "splittiä", mutta tosiasiaa se ei ole asioiden halkomista vaan käsitteiden järjestämistä korkeammiksi käsiteluokiksi. Sternin ansioksi onkin luettava se, että hän lähtee tarkastelemaan vauvan kehitysvaiheita ja minän kehitystä vauvasta itsestään käsin, eikä yritä selittää ilmiöitä symbolein, joita vauvavaiheessa ei vielä voi olla.

Kohutin (1971, 1987) self-psykologian mukaan kehitys, joka vie kypsymistä kohti, kulkee yhteensulautumisesta (merger) "kaksos-kokemuksen" kautta "peilikokemukseen". Aluksi sulautumisvaiheessa (merger) vauva kokee toisen ihmisen oman itsen jatkeena. "Alter ego" tai kaksoskokemuksessa toinen ihminen koetaan aivan samanlaisena kuin itse. Lopulta ihminen kokee toisen erillisenä. Kohutin mukaan aikuisella on käytössään kaikki vaiheet.

Schalin (1991) taas korostaa latenssi-ian merkitystä identiteetin kehityksessä analysoituaan nuoria miehiä, joiden kehitys vauvaiässä ja oidipaalikriisissäkään ei ollut häiriintynyt. Latenssi-ian Schalin määrittelee minän kasvun ja vakiintumisen vaiheeksi kahden suuren kriisin,

oidipaali-ien ja puberteetin välillä. Schalinin mukaan useiden miesten narsistinen problematiikka liittyy heidän pettymyksiinsä isään latenssi- iässä.

Psykodynaamisen teorianmuodostuksen ongelmana psykoosien ja skitsofrenian selittämisessä on ollut, että tutkijat ovat vetäneet yhtäläisyyden oireiden (ihmissuhteista eristäytymisen, itsen ja toisten välisen psykologisten rajojen epäselvyyden) ja vauvan varhaisvaiheen kehityksen (autismi, symbioosi) välille. (Kernberg 1975, 1984; Klein, 1971; Kohut, 1987; Mahler ym. 1975). He ovat päätelleet, että häiriön on täyty- nyt tapahtua hyvin varhain lapsen kehityksessä, koska aikuisten oireissa on jotakin samankaltaista kuin vauvavaiheen normaalikehityksessä. Kuitenkin psykodynaamisen suunnan edustajista lähinnä sellaiset tutki- jat, jotka ovat käyttäneet tutkimusmenetelmään myös pienen lapsen tarkkailua ja ottaneet huomioon hänen neurofysiologisen valmiutensa, kuten Peterfreund (1978) ja Stern (1985), ovat tuoneet sellaista uutta näkemystä, joka oikeuttaa vakavienkin häiriöiden tarkastelun niiden kehittymisenä myös vauvavaiheen jälkeisenä aikana.

3.3 Identiteetti nuoruuden kehitystehtävänä ja identiteetin hajaannus

Eriksonin (1968, 1975a) kehitysteoria tarkastelee nuorten identiteetin kehitystä. Sen mukaan identiteetin muotoutuminen on elinikäinen, laajalti tiedostamaton kehitys. Nuoruuden kehitystehtävänä on kuitenkin saavuttaa vakaa identiteetti ja välttää identiteetin hajanaisuus (iden- tity diffusion). Eriksonin käsitteeseen "ego-identiteetti" sisältyy piirteitä sekä psykoanalyttisesta käsitteestä "ego" että aikaisemmin esiintyneestä käsitteestä "self". Lange ja Westin (1981) arvioivat, että Eriksonin mie- lenkiinto identiteetin sosiaaliseen alkuperään saa hänet muodostamaan yhteyden psykoanalyttisen teorian ja sosiaalipsykologian sekä sosiolo- gian välille.

Bournen (1978a) mukaan ego-identiteettiä voidaan tarkastella monesta eri näkökulmasta: Sitä on usein kuvattu kehityksen tuotteena, kasautuvana ominaisuutena (identifikaatiot vanhempiin, kavereihin, ryhmiin, ihanteisiin jne.). Ego-identiteettiä voidaan tarkastella myös adaptiivisena ominaisuutena, joka yksilöllä on sosiaalisessa ympäristös- sään. Identiteettiä voidaan pitää myös persoonallisuuden rakenteellisena osana ja dynaamisena voimana, jonka avulla valikoidaan ja yhdistellään lapsuudesta peräisin olevia minäkäsityksiä muuttuvan sosiaalisen ympäristön vaatimalla tavalla. "Identiteetin tunne" taas viittaa saavutettuun ego-identiteettiin ja se on tässä merkityksessä lähellä käsitettä "minäkä- sitys" (self-representation). Identiteetin tunteen ominaisuutena on tällöin

"jatkuvuus" tai "ykseys" erilaisten saavutettujen sosiaalisten roolien välillä. Lopuksi käsite "ego-identiteetti" voidaan nähdä eksistentiaalisesta näkökulmasta: Siihen liittyisivät esim. sen tapaiset kysymykset kuin "Mikä on minun elämäni tarkoitus?". Tällöin yksilön elämää koskevat mielipiteet ja käsitykset (esim. ammattia, sosiaalista elämää, avioliittoa, maailmankatsomusta, eettisiä kysymyksiä ym. koskevia) olisivat tärkeimpiä merkkejä ego-identiteetistä.

Silloin, kun nuori on akuutisti identiteettihajaannuksen tilassa, hän on Eriksonin mukaan (1975b) usein tilanteessa, jossa hänen olisi samanaikaisesti selviydyttävä seuraavista haasteista: suhteestaan fyysiseen läheisyyteen, ammatin tai työn valinnasta, voimakkaasta kilpailutilanteesta (energetic competition) ja oman itsensä psykososiaalisesta määrittelystä. Eriksonin mukaan läheisyyden (intimacy) ja eristäytymisen (isolation) vastakohtaisuus on ydinristiriita, joka ilmenee identiteetin hajanaisuudessa. Tämä tulee selvästi esiin seurustelusuhteissa. Nuoren ihmisen sairastumista aikuisuuden kynnyksellä psykoosiin on selitetty sillä, että läheisen ystävän tai seurustelukumppanin tavoittelu tai seksuaalisuhde saattaa paljastaa identiteetin piilevän heikkouden. Läheinen suhde muodostaa koetinkiven kyvyille rajata itsensä muista, säilyttää identiteettinsä. Identiteettihajaannuksessa ajan kokeminen voi häiriintyä ja työ ja toiminta epäonnistuu. Ei kyetä keskittymään tehtäviin tai toiminta suuntautuu yksipuolisesti esim. lukemiseen. Erikson pitää identiteettihajaannuksen seurauksena myös negatiivista identiteettiä, jolloin vanhempien arvostamat asiat hylätään. Se on epätoivoinen yritys hallita tilannetta, kun myönteiset identiteetin osat häipyvät toinen toisensa perään.

Kernbergin (1984) mukaan myöhäisessä nuoruusiässä olevat rajatilapotilaat eivät ole saaneet suoritettua loppuun nuoruusiän normaaleja kehitystehtäviä, erityisesti: 1) egoidentiteetin lujittumisen tunnetta, 2) normaalia seksuaalista identiteettiä kykynä rakastua pysyväan objektisuhteeseen, 3) irrottautumista vanhemmista ja 4) infantiilien superegosuhteiden korvaamista joustavalla, sisäistelyllä moraalilla.

Kernberg (1984) erotelee normaalien tai neuroottisista häiriöistä kärsivien nuorten identiteetikriisit ja vakavamman identiteetin hajanaisuuden toisistaan. Vaikkakin nämä saattavat pinnallisesti muistuttaa toisiaan, ne voidaan erottaa kuitenkin siitä, että normaalilla tai neuroottisella nuorella potilaalla on paremmin integroitunut käsitys ainakin joistakin ihmissuhteista. He eivät täysin aliarvioi tai ihannoisi ihmisiä, kuten rajatilaiset, vakavammin häiriintyneet nuoret. Rajatilaisilla nuorilla esiintyy väkivaltaista kapinallisuutta vanhempia vastaan, johon liittyy kaikkivoipaista kontrollointia, grandiositeettia ja arvon kieltämistä. Normaali tai neuroottinen nuori kykenee kokemaan syyllisyyttä ja huolta, saa aikaan kestäviä suhteita ystäviin, opettajiin tai muihin ihmisiin. Hänellä ei ole hyväksikäyttösuhteita kuten rajatilaisella nuorella. Lisäksi normaalilla tai neuroottisella nuorella on laajaneva ja syvä arvomaail-

ma, joka voi olla sopusoinnussa tai oppositiossa ympäröivän kulttuurin kanssa. Kernberg pitää perhehaastattelua apuna diagnosoinnissa, ja hänen mielestään monesti onkin vaikea erottaa potilaan patologiaa perheen patologiasta. Kernberg kuitenkin painottaa, että todellinen narsistinen (ja rajatilainen) patologia on tavallisesti peräisin varhaisesta lapsuudesta eikä ole seurausta nyt havaittavasta perhedynamiikasta ja perheen rakenteesta. Siksi pelkkä perheterapia ei riitä, vaan hänen mielestään nuori vaatii pitkäaikaista yksilöhoitoa. Jos perheen patologia taas suojelee nuoren psykopatologiaa, on perheterapiakin välttämätöntä.

Jos Kernbergin oletus lapsen varhaisesta häiriintymisestä nuoruuden ongelmien selittäjänä asetetaan kyseenalaiseksi (kuten Stern, 1985), voidaan kritisoida myös sitä, että häiriintyminen ei olisi seurausta havaitusta perhedynamiikasta.

Marcia (1966) jakoi identiteetin erilaisiin "tiloihin": "saavutettu identiteetti", "ehkäistynyt identiteetti", "odotteluvaihe" ja "identiteetin hajanaisuuden tila". Hän käytti tutkimuksissaan haastattelumenetelmää, jossa opiskelijoilta kysyttiin heidän mielipiteitään ja käsityksiään maailmankatsomuksestaan ja työstään. Ollessaan "identiteetin hajanaisuuden tilassa" ihminen on hänen mukaansa liian välinpitämätön tai hajanainen, jotta hänellä olisi selviä mielipiteitä työstään tai maailmankatsomuksestaan.

Minään ja identiteettiin liittyvien käsitteiden moninaisuus ja epätarkkuus voidaan mieltää siten, että itse ilmiö on epätarkka ulottuen ihmisen sisimmän minärakenteen määrittelystä sosiaalisiin kokemuksiin, jotka muokkaavat käsitystä itsestä. Minäkäsité vaihtelee sävyiltään pysyvyydestä muuttuvuuteen ja todellisuudesta toiveisiin.

3.4 Eriytyminen ja yksilöityminen identiteetin muodostumisessa

Yksilöllisyys - olla henkilö, joka erottuu muista - on tärkeä osa identiteettiä. Lisääntyvä tietoisuus omista rajoista itsenäisenä ihmisenä on lapsen identiteettikehityksen perusprosessi, johon liittyvät käsitteet eriytyminen ja yksilöityminen ja itsesäätelytoimintojen sisäistäminen. Edellinen korostaa tapahtumaa, jossa vanhempiin samastuminen väheenee ja nuori vapautuu emotionaalisesta riippuvuudesta heihin. Jälkimmäinen taas korostaa nuoren egon tehtävien hallintaa, joissa aikaisemmin vanhemmat ovat olleet apuna.

Kun Mahler ym. (1975) kuvaa eriytymistä ja yksilöitymistä autismin ja symbioosivaiheen jälkeen neljänä eri vaiheena: differentiaatio- (n. 5 - 12 kk), harjoittelu- (n. 7 - 18 kk), lähentymis- (n. 12 - 24 kk) ja objektikonstanssivaihe (n. 24 - 36 kk), tarkastelee Stern lapsen ihmissuh-

dekehitystä (sisältäen myös eriytymisen ja yksilöitymisen), heräävän minäkokemuksen (0 - 2 kk), ydinminän (itsen ja toisten erottelu n. 2 kk - 6 kk), subjektiivisen minän (7 - 12 kk), kielellisen minän ja objektiivisen minän (13 - 26 kk,) ja neljännellä vuodella kertovan minän vaiheiden kautta.

Blos (1975) vertaa nuoruuden yksilöitymiskehitystä Mahlerin (1975) kuvaamiin kehitysvaiheisiin käyttäen termiä "toinen mahdollisuus" yksilöityä ja eriytyä. Hänen mukaansa kummassakin yksilöitymisvaiheessa ihmisen persoonallisuus on hyvin haavoittuva. Molemmille ajanjaksoille on yhteistä muutospainetta, joka kohdistuu psyykkiseen rakenteeseen ja joka tapahtuu samanaikaisesti kuin kypsyntäpahtuma vie kehitystä eteenpäin. Jos kehitystehtävä epäonnistuu, se johtaa psyykkiseen häiriintymiseen, jossa yksilöityminen on epäonnistunut. Se, mikä Mahlerin kuvaamana on "kuoriutumista" symbioottisesta suhteesta yksilöityneeksi "taapertelijaksi", merkitsee taas Blos'in mukaan nuoruudessa sitä, että nuori pääsee irti riippuvuudestaan perheestä. Eriytyminen vanhemmista tapahtuu kahdella tasolla: nuori irrottautuu tunteenomaisesta suhteesta vanhempiinsa ja solmii uusia suhteita ensiksi samaa sukupuolta oleviin ystäviin ja vähitellen yhä läheisimpiin heteroseksuaalisiin suhteisiin. Blos (1975) nimittää tätä objektiivisella (object-relational) tapahtuvaksi eriytymiseksi. Intrapsyykinen näkökulma taas viittaa siihen, että nuori irrottautuu täydellisestä samastumisesta vanhempiinsa. Identiteetin muodostumiselle on ratkaisevaa nuoren kyvykkyys vapautua näistä varhaisista samastumisista vanhempiin ja yhdistää niihin uusia malleja ja mielikuvia, joita opettajat, työtoverit, sankarit ja ihanteet voivat tarjota.

Stierlinin (1969, 1977) mukaan yksilöityminen suhteessa toiseen merkitsee pääasiassa yksilöllisten ominaisuuksien psykologisten rajojen kehittymistä, kykyä erilaistua ja luoda omia rajoja. Stierlinin mukaan yksilöitymisessä on sekä yli- että aliyksilöitymisen vaara. Edellisessä rajat toisia vastaan ovat liian jäykät ja lujat. Riippumattomuus muuttuu eristäytymiseksi ja yksinäisyydeksi. Jälkimmäisessä taas rajat toisia vastaan ovat liian heikot, jolloin sulautuminen toisiin uhkaa. Yksilöityminen joutuu koetukselle silloin, kun ihmissuhteet ovat läheiset.

Eriytisesti skitsofreniapotilaille on Stierlinin ym. (1977) mukaan usein tyypillistä puutteellinen eriytyminen. He voivat kokea omat sisäiset aistimuksensa ulkoa tulevina (hallusinaatiot) tai eivät kykene erottamaan omaa tunne- ja ajatusmaailmaansa toisten ihmisten ajatusmaailmasta. Ali- tai yliyksilöitymistä hän näkee esim. skitsofreniapotilaiden symbioottisessa yhdistymisessä, jolloin omat kokemukset, tunne omasta itsestä ja rooleista sulautuvat yhteen toisten ihmisten kanssa, tai autistisessa, paranoidisessa eristäytymisessä ja ambivalentissa heilahtelussa näiden äärimuotojen välillä.

Stierlin (1981) kuvaa nuorten eriytymiskehitystä vanhemmistaan vähitellen laajenevana spiraalina, jossa yksilöityminen ja differentioitu-

minen tapahtuu sekä tunteenomaisella, kognitiivisella että moraalisisella tasolla. Eriytyminen tasaisesti ei kuitenkaan näytä olevan tavallista, vaan siinä nähdään ristiriitaisia voimia, jotka vetävät eteen ja taaksepäin kehitystä. Tällaista kahdensuuntaista, nykivää, edestakaista liikettä Stierlin kutsuu eriytymiskehityksen dialektiseksi malliksi. Hän korostaa vanhempien osuutta eriytymiskehityksessä, kun usein tarkastelun painopiste on lapsen eriytyemisessä. Stierlinin näkemyksessä tulee mukaan systeemisiä ominaisuuksia; vastavuoroinen eriytyminen on enemmän kuin osiensa summa. Stierlinin käsitteet vanhempien "sitominen", "karkottaminen" ja "delegointi" kuvaavat eriytymiskehitystä vaikeuttavia ilmiöitä. Ne ovat kuitenkin jopa välttämättömiä lapsen varhaisvaiheessa, jotta lapsi voisi tuntea itsensä ainutkertaiseksi ja tärkeäksi. Sensijaan niistä tulee lasta vahingoittavia, jos ne ilmenevät hyvin voimakkaana väärään aikaan ja yhdistyneenä. Vahingollisia ne ovat niissä kehitysvaiheissa, kun lapsi haluaa nauttia itsenäisyydestään, tai kun nuori taistelee itsenäisyytensä puolesta. Aaltonen (1982) määrittelee Stierlinin käsitteet sitominen, karkottaminen ja valtuuttaminen korostaen niiden normaaleja, kehitystä eteenpäin vieviä tehtäviä: Sitomalla perheenjäsenen vaikuttaa toisen perheenjäsenen sisäiseen maailmaan muokaten omistavasti tämän ajatuksia, tarpeita, tunteita, pyrkimyksiä tai mielikuvia; häiriötä aiheuttavassa tapauksessa liian paljon tai itsenäistymisen estäen. Karkottamalla taas vaikutetaan vähän: sallien tai auttaen perheenjäsenen itsenäistymistä. Häiriötä aiheuttavassa tapauksessa toisen perheenjäsenen sisäiseen maailmaan vaikuttaminen on silmiinpistävä vähäistä, torjuvaa ja psykologiseen kehitykseen nähden liian varhaista. Valtuuttamisessa perheenjäsentä yhtäaikaaisesti sekä sidotaan että karkotetaan; hänen edellytetään toteuttavan tiettyjä tehtäviä, jotka tyydyttävät toisen perheenjäsenen toiveita tai tarpeita, mutta samalla auttavat valtuutettua perheenjäsentä muodostamaan omaa identiteettiään. Häiriöitä aiheuttavissa tilanteissa annetut tehtävät ovat ristiriidassa perheenjäsenen kehitysvaiheen, kykyjen tai omien pyrkimysten kanssa.

Stierlinin (1981) mukaan kriittisimpiä elämänvaiheita skitsofrenian synnyssä ovat varhaislapsuus 3,5 vuoteen asti ja nuoruus. Skitsofreniaan sairastuvan kohtalona näyttävät olevan sitominen ja valtuuttaminen. Kun vanhempien sitominen ja valtuuttaminen on äärimmäisen voimakasta ja lapsi on perheessä avuttomin, hänen on kehitettävä keinoja, joilla voi selvitä perheessä. Kun vanhemmat sitovat lapsen samalla kertaa emotionaalisesti, kognitiivisesti ja uskollisuuden sitein, seurauksena on molemmin puolinen orjuus. Tällaista tilaa hän nimittää symbioottiseksi liitoksi

Shapiro (1989) liittää objektisuhdeteorian yksilöitymisen ja eriytyksen tarkasteluun. Hänen mielestään varhaisessa nuoruusiässä kognitiivisissa egofunktioissa tapahtuva autonomian kehitys on ensisijaista, eikä alisteista viettikehitykselle. Nuoren egon lisääntyvä autonomia on esiaste identiteetin muodostumiselle, kun taas sellaiset

perhekokemukset, jotka estävät egon autonomian kehitykseen, aiheuttavat nuoressa identiteettidiffuusion. Jos perheen odotukset eivät tue nuoren ihmisen kypsyvää kognitiivista kapasiteettia itsenäiseen kehitykseen, nuoren identiteetti muodostuu vanhempien mielikuvan pohjalta heikoksi ja avuttomaksi. Yritykset saavuttaa suurempaa autonomiaa aiheuttavat nuoressa syyllisyyttä ja ahdistusta. Nuori vastustaa myös itse siirtymistä kohti suurempaa itsenäisyyttä. Jos vanhempien oma autonomia on heikko, nuori ei onnistu identifioitumaan heihin. Shapiro ja Zinner (1989) korostavat, että jos vanhempien mielikuva nuoresta on vääristynyt, ts. se ei ole realistinen suhteessa nuoren käyttäytymiseen ja luonteenpiirteisiin, tämä mielikuva toimii vanhempien defenssinä.

Bourne (1978b) pohtii eriytymisen ja yksilöitymisen operationaalisoinnin ongelmaa. Hän ehdottaa, että ehkä nuoren suhdetta objekteihin voitaisiin mitata käyttäytymisen perusteella; esim. milloin nuori lähtee kotoa muualle asumaan. Asuinpaikan ja kodin välimatkalla voisi olla tietty merkitys tai sillä, miten pitkiä aikoja nuori on poissa kotoa, tai kuinka usein vierailee kotona tai soittaa vanhemmilleen. Tärkeä osoitin ehkä olisi, onko nuori löytänyt uusia objekteja vanhempien tilalle. Eriytymistä sisäistetyistä vanhempien mielikuvista (introjects) on vielä vaikeampi saada mittauksen kohteeksi. Kuitenkin nuoren kaverisuhteiden tyydyttävyyden ja erityisesti pysyvä heteroseksuaalinen suhde voisi kuvata epäsuorasti intrapsyykkistä eriytymistä. Tällaiset suhteet luultavasti olisivat ristiriitaisia ja epävakaita, mikäli nuori on edelleen vanhempiensa sisäistettyjen mielikuvien vallassa.

3.5 Vanhempiin samastuminen ja sukupuoli-identiteetin kehittyminen

Identiteetin kehittymiseen liittyy läheisesti käsite samastuminen, identifiikaatio. Identiteetin kehittyessä lapsi tarvitsee samastumiskohteita. Samastumisen merkitys käsitteenä saa eri vivahteita riippuen siitä, minkä taustateorian yhteydessä sitä käytetään. Langen ja Westinin (1981) mukaan samastumisessa on sekä emotionaalinen että kognitiivinen puolensa. Samastumista voidaan tarkastella myös seuraavalta kolmelta tasolta a) samastuminen tärkeisiin ihmisiin (significant others), esim. vanhempiin, ystäviin tai idoleihin, b) tiettyihin rajattuihin ryhmiin, joista etsitään arvostukset, esim. perheeseen, c) yhteen tai useampiin laajempiin sosiaalisiin ryhmiin kuten etnisiin tai uskonnollisiin ryhmiin, ammattiryhmään, yhteiskuntaluokkaan jne. Weinreich (1983) taas korostaa, että ihminen samastuu vain osittain eri ryhmien ja yksilöitten arvoihin ja luonteenpiirteisiin. Hänen määritelmänsä samastumisesta sisältävätkin lausumia siitä asteesta, jolla henkilö samastuu toi-

seen. Hän nimeää samastumiskonfliktiksi tilanteen, jossa samastumis-kohteessa havaitaan kielteisiä piirteitä.

Burns (1979) esittelee sukupuoli-identiteetin ymmärtämiseksi neljä samastumisen taustateoriaa: psykoanalyttisen, sosiaalisen oppimisen, kognitiivisen ja sukupuolinormeihin perustuvan.

3.5.1 Psykoanalyttinen samastumisteoria

Freudin (1932) mukaan tyttö samastuu äitiinsä kahdessa vaiheessa: ensimmäisen vaiheen pohjana on hellä kiintymys äitiin, lapsen tarpeiden ensimmäiseen ja elintärkeään tyydyttäjään ja toinen vaihe alkaa oidipuskompleksista, joka tähtää äidin syrjäyttämiseen ja isän omistamiseen. Kummastakin samastumisesta jää aineksia myöhempään kehitykseen. Pincus'in ja Dare'n (1978) mukaan oidipuskompleksin ensimmäinen piirre on se, että lapsi tulee tietoiseksi vanhempiansa keskinäisestä suhteesta, jossa lapsi on ulkopuolinen. Toinen tärkeä piirre on se, että lapsi kokee samanaikaisesti voimakkaita rakkauden ja vihan tunteita. Pojan tunteissa äitiin on myös seksuaalisia sävyjä ja se johtaa isän kanssa kilpailmiseen. Ongelma on siinä, että samalla kun poika vihaa ja pelkää isäänsä, hän myös rakastaa ja ihailee isää. Lapsen rakkaus ja voimakas identifikaatio vanhempiin saa hänet sekä toivomaan olevansa kummankin vanhemman kaltainen ja kummankin "täydentäjä". Pienen tytön tilanteessa on paljon samanlaisuutta. Sekä pojalle että tytölle rakentuu uusi suhde rakastetun äidin lisäksi. Mutta kun poika saa uuden suhteen samaa sukupuolta olevaan isään, tytön rakkautta äitiin täydentää hänen heteroseksuaalinen rakkautensa isään. Useimmat 4 - 5-vuotiaat tytöt ilmaisevatkin haluavansa mennä naimisiin isän kanssa. Pikku-tytöllä on edelleen tietenkin voimakas rakastava suhde äitiin, jota hän ei halua menettää ja samalla hän pelkää äidin kilpailua isästä.

Freud (1931) muotoili oidipuskompleksin käsitteen pääasiallisesti analysoituaan potilaitaan. Se liittyy Freudin käsitteeseen kastroatiokompleksista (huom. ympärileikkauskäytäntö), jonka suhde oidipuskompleksiin ei erillään tytöillä ja pojilla: "Poikien oidipuskompleksi sortuu kastroatiokompleksiin" (poika luopuu entisistä libidovarauksistaan, jotka menettävät seksuaalisen sävynsä), "tyttöillä taas kastroatiokompleksi on oidipuskompleksin edellytys ja johdanto". Mm. Chodorow (1978) kritisoi ajatusta, että oidipaali-ongelma olisi lähtöisin vain lapsesta. Hänestä se on vastavuoroinen tapahtuma, jossa seksuaaliset mielikuvat syntyvät ehkä ensin vanhemmilla, ja lapset vaistoaisivat nämä vanhempien tiedostamattomat mielikuvat. Hän myös kritisoi Freudin ajatusta, että anatomisista eroista voitaisiin tehdä päätelmiä paremmuudesta ja huonommuudesta (peniskateus).

Stollerin (1968, 1979) mukaan lapsi samastuu ensin samaa sukupuolta olevaan vanhempaan ja myöhemmin kilpailee hänen kanssaan

oidipaalivaiheessa ja tuntee kaipuuta vastakkaista sukupuolta olevaan vanhempaan. Ilman tällaista vanhempien vaikutusta varsinaista miehisyyttä pojissa ja naisellisuutta tytöissä ei kehittyisi. Stoller korostaa ympäristön asenteiden merkitystä sukupuolisen identiteetin kehitykseen. Hän toteaa, että anatomisella sukupuolielimellä ei ole niin ratkaisevaa merkitystä psykologisen maskuliinisuuden ja feminiinisuuden kehittymiselle kuin Freud oli ajatellut. Kun vanhemmat ja muut johdonmukaisesti vahvistavat lapsen olemista joko poika tai tyttö, se lujittaa lapsen tunnetta olla tyttö tai poika, samoin kuin se, että lapsi havainnoi ja vertailee itseään muihin tyttöihin ja poikiin. Kun Stoller (1968) seurasi joidenkin lasten kehitystä, joiden sukupuolta syntymähetkellä ei voitu määrittellä, hän päätyi kuitenkin olettamaan, että tietty "biologinen voima" on olemassa (lapsi valitsi toisen sukupuoli-identiteetin, vaikka häntä johdonmukaisesti oli kohdeltu toisen, valitun sukupuolen mukaisesti). Stoller pitää kuitenkin biologista voimaa olettua pienempänä merkitykseltään. Hän korostaa, että vanhempien ja varsinkin äidin suhtautuminen määrää lapsen varhaisen seksuaalisen identiteetin (core gender identity). Tärkeää on, että lapsi nimetään heti jomman kumman sukupuolen edustajaksi ja häneen suhtaudutaan sen mukaisesti.

Lidz'in (1968) mukaan samastuminen isään vahvistaa pojan egoa ja myös super-egoa. Jos äiti halveksii isää, poika ei halua samastua isään, jota äiti eri rakasta. Jos poika tuntee olevansa liian omistavan äitinsä "nielaisema" ja hänellä on heikko isä, joka ei puutu asioihin, hän ei voi rakentaa riittäviä rajoja äitinsä ja oman itsensä välille, eikä hän tunne olevansa maskuliininen. Normaalisti poika samastuu isään, saa vahvuutta samastumisesta ja mallin, miten jatkaa kehitystä miehuuteen.

Samoin jos isä kunnioittaa äitiä, työllä on mahdollisuus kehittyä itsetunnon sopusointuiseksi. Jos äiti, johon hän samastuu, on isän ihailema, niin seuraamalla äidin mallia tytär saa itsearvostusta ja voi kokea olevansa myöskin rakastettu. Lidz (1968) korostaa edelleen, että hyvin rakentunut perhe, jossa vanhemmat muodostavat keskenään voimakkaan liiton ja pitävät selvät rajat eri sukupolvien välillä ja kykenevät noudattamaan oman sukupolvensa roolia, muodostavat lapselle suhteellisen ristiriidattoman kehitysympäristön. Perheen eräs päätehtävä on pitää vanhempien ja lasten suhde vapaana liiallisesta seksuaalisuudesta. Jos vanhempien välillä on paljon ristiriitoja, lapsi yrittää korvata toisen vanhemman tyydyttämällä toisen tarpeita. Hänen on vaikea torjua eroottisia mielikuvia. Jos vanhemmat muodostavat lujan liiton, lapsen ei tarvitse täyttää toisen vanhemman paikkaa, vaan hän voi kasvaa lapsen asemassa edustaen omaa sukupolveaan.

Samansuuntaisesti Stoller (1979) mainitsee isän viisi tärkeää funktiota perheelle ja lapselle ennen oidipaali-ikää; 1) äidin tukeminen lapsen hoidossa, 2) lapsen käyttäytymisen säätely myöhemmin palkkioiden ja rangaistusten avulla, 3) erityisesti pojalle hän on malli, johon identifioitua ja 4) tytölle hänestä tulee rakkauden kohde, 5) isän tehtä-

vänä on suojella lasta äidin mahdolliselta viehtymykseltä pitkittää lapsen ja äidin välistä symbioosia. Stollerin mukaan isä auttaa myös tyttöä yksilöitymään kohti naisellisuutta. Mikäli isä on vieras, etäinen tai pelottava pienelle pojalle, hänen samastumisensa isään vaikeutuu.

3.5.2 Sosiaalisen oppimisen teoria ja kognitiivinen kehitysteoria samastumisesta

Sosiaalisen oppimisen teoria samastumisesta pohjautuu mallioppimiseen ja omalle sukupuolelleen "sopivan" käyttäytymisen vahvistumiseen. (Bandura, 1977). Mischel'in (1966) mukaan sukupuoliroolin oppiminen on prosessi, jossa yksilö omaksuu sukupuoliroolin mukaista käyttäytymistä; ensin hän oppii diskriminoimaan erilaisia sukupuolille tyypillisiä käyttäytymismuotoja ja sitten yleistämään näitä oppimiskokemuksiaan uusiin tilanteisiin ja lopulta käyttäytymään itse sukupuolensa mukaisesti. Nykyinen sosiaalisen oppimisen teoria ei kiellä välittävän kognitiivisen prosessin olemassaoloa. Erona sosiaalisen oppimisen ja muiden teorioiden välillä on tarkastelukulma, joka on valittu analysoitavaksi. Sosiaalisen oppimisen teoria korostaa tilanteeseen liittyviä, ennakkoivia tapahtumia pikemminkin kuin intrapsyykkisiä, kun pyritään ennustamaan ja analysoimaan käyttäytymistä tai mallioppimista. Vaikka välittävä kognitiivinen prosessi tiedostetaan, sitä ei pidetä kausaalisenä selittäjänä.

Koska sosiaalisen oppimisen teoria ei ole niinkään kiinnostunut välittävistä kognitiivisista prosesseista, vaan havaitusta käyttäytymisestä esim. sukupuoliroolien mukaisesti, on luonnollista, että samastumisilmioistä sinänsä sillä ei ole paljon annettavaa. Suomessa ei ole kuitenkaan erotettu sosiaalista oppimisteoriaa ja kognitiivista oppimisteoriaa jyrkästi omaksi koulukunnakseen, vaan kognitiivinen terapiasuunta yhdistää kummankin teoriasuunnan antia. Esim. Toskala (1988, 66 - 67) kirjoittaa: "Varhaisessa mallioppimisessa lapsen välitön mallin mukainen käyttäytyminen on keskeisessä asemassa. Samastumiseen perustuva oppiminen tulee mahdolliseksi vasta, kun lapsen kognitiivinen kehitys on edennyt vaiheeseen, jolloin hän voi omaksua sääntöjä ja uskomuksia pelkästään havainnoimalla mallien käyttäytymistä ja heidän kielellisesti ilmaistuja mielipiteitään. Samastuminen tämän mukaan olisi nähtävissä kognitiivisena mallioppimisena."

Kohlbergin (1966) kognitiivinen kehitysteoria lapsen psykoseksuaalisesta kehityksestä on samansuuntainen kuin Stollerin (1968, 1979) siinä, että sukupuoliset asenteet eivät perustu suoraan biologisiin vieteihin eivätkä kulttuurin normeihin, vaan siihen, miten lapsi organisoii kognitiivisesti mielessään sosiaalisen ympäristön sukupuolirooleja. Kohlberg nimittää sukupuoli-identiteetiksi kognitiivista luokitusta "pojaksi" tai "tytöksi". Tämä luokitus on perusorganisaattori myöhemmille

sukupuolirooleille. Sukupuoli-identiteetti on tulosta aikaisin kehityksessä tehdystä kognitiivisesta päätöksestä olla joko poika tai tyttö (n. 2 - 3-vuotiaana, jotkut vasta 4 - 5-vuotiaana). Kehitysnäkökulmasta sukupuoli-identiteetti on yksi puoli objektipysyvyyden (Piaget,1952) oppimisesta. Se on ehkä kaikkein pysyvin sosiaalisista identiteeteistä ja elämän fyysiset tosiasiat ylläpitävät sitä huolimatta sosiaalisesta vahvistamisesta tai vanhempiin samastumisesta. Itsensä luokittelu joko pojaksi tai tytöksi määrää perusarvostukset sukupuolirooleista. Esim. poika arvottaa positiivisesti miehisyyteen liittyvät asiat ja käyttäytyy identiteettinsä mukaisesti sekä identifioituu omaa sukupuolta oleviin ihmisiin, erityisesti samaa sukupuolta olevaan vanhempaansa. Kohlberg (1987) korostaa, että sukupuoli-identiteetti on kognitio, jota ei saada suoraan biologiasta eikä emotionaalisista komplekseista, kuten oidipuskompleksista tai sen ratkaisusta. Sukupuoli-identiteetti ei ole täysin vakiintunut ennen neljättä ikävuotta, sillä sen pysyvyys riippuu yleisestä kognitiivisesta kehityksestä.

Tämä kognitiivinen kehitysteoria eroaa ratkaisevasti klassisesta psykoanalyttisesta teoriasta, jonka mukaan sukupuoli-identiteetit olisivat viettiperäisiä, ja niiden ilmeneminen vain kanavoituisi tai häiriintyisi sosiaalisen ympäristön vaikutuksesta. Samoin Kohlbergin (1966) teoria eroaa varhaisesta sosiaalisen oppimisen teoriasta, jonka mukaan sukupuoliroolit opittaisiin mallioppimisen avulla, ja epänormaali käyttäytyminen olisi opittu poikkeavista malleista tai normaaleja malleja ei olisi palkittu.

Toskala (1988) laajentaa tarkastelua lapsen sukupuoleen liittyvän minäsystemin ja vanhempien minäsystemin vuorovaikutukseen, joka suurelta osin on tiedostamatonta. Lapsen sukupuolen minäkuvien positiivista oppimista auttaa vanhempien minäsystemin myönteinen rakenne, jota voidaan kuvata seuraavasti: 1) Vanhempien sukupuolta edustavat minäkuvat ovat eri tasoillaan riittävän yhdenmukaiset, jotta vanhempien ei tarvitse käyttää korostuneesti defensejä ristiriitojen säätelyyn. Lapsen ja vanhemman kontaktissa integroituvat silloin kognitiivinen, affektiivinen ja behavioraalinen myötäeläminen. 2) Vanhempien minäsystemien sukupuoleen liittyvät minäkuvat ovat enimmäkseen positiivisia, jolloin vanhemmat kunnioittavat itseään oman sukupuolensa edustajana ja voivat arvostaa myös lapsensa pyrkimyksiä tyttönä tai poikana. 3) Vanhempien minäsystemien sukupuolta edustavat minäkuvat ovat eriytyneitä ja jäsenyneitä. Lapsi voi tällöin saada selkeitä palautteita omaa sukupuolta edustaviin pyrkimyksiinsä. Tämä helpottaa lapsen oppimista, koska hänelle muodostuu jäsenyneitä viitekriteereitä mallioppimiseen ja samastumiseen.

Kaikkien yllämainittujen teorioiden mukaan lapsen sukupuoli-identiteetti on yhteydessä samastumiseen samaa sukupuolta olevaan vanhempaan, mutta myös toinen vanhemmista on tärkeä: Mm. Johnsonin (1963) mukaan isällä on ratkaiseva rooli sekä tytön että pojan sa-

mastuessa sukupuolirooliin. Isä palkitsee tytärtään naisellisuudesta, mutta on poikaansa kohtaan vaativampi ja täten kannustaa poikaa maskuliinisuuteen. Burns (1979) korostaa myös samastumiskehityksessä ympäröivän kulttuurin vaikutusta ja näkemystä sukupuolirooleista. Huttunen (1990) tutki isien ja heidän 12-vuotiaiden poikiensa sosiaalisen sukupuolen yhtäläisyyttä maskuliinisuuden, feminiinisuuden ja androgyynisuuden suhteen. Tuloksena oli, että pojan sosiaalinen sukupuoli ei noudattanut välttämättä isän suuntausta. Mutta viiteitä saatiin siitä, että jos isä on tavallista maskuliinisempi, niin myös poika on usein sellainen. Miehiset piirteet näyttivät siis "tarttuvan" isästä poikaan. Runsas yhdessäolo vahvisti tätä ilmiötä, samoin kuin se, että isä oli tavallista kontrolloivampi, ts. kiinnostunut poikansa tekemisistä.

Lisäksi tasapainoinen samastuminen ilmeisesti vaikuttaa lapsen itsearvostukseen. Dicksteinin ja Posnerin (1978) tutkimuksen mukaan 8 - 11-vuotiaitten poikien itsearvostus oli läheisessä yhteydessä isän ja pojan väliseen suhteeseen, muttei suhteeseen äitiin. Samoin tyttöjen itsearvostus oli läheisessä yhteydessä äidin ja tyttären väliseen suhteeseen, mutta ei suhteeseen isään. Samastumisen, itsearvostuksen ja itsetunnon välisiin suhteisiin kiinnittää huomiota myös Lidz (1968).

4 SKITSOFRENIA JA PERHETEORIAT

4.1 Perheteoriat sairastumisen selittäjinä

Perheteorioita on arvosteltu siitä, että ne perustuvat havaintoihin, joita on tehty vasta sen jälkeen, kun joku perheenjäsen on sairastunut. Tällöin perheessä havaittuja ilmiöitä ei voitaisi pitää tekijöinä, jotka olisivat vaikuttaneet skitsofrenian syntyyn, vaan ne saattaisivat olla pikemminkin seurausta perheenjäsenen sairastumisesta. Tai, kuten Terkelsen (1983) väittää, että perheen oudolta tuntuva vuorovaikutus terapeutin kanssa olisi seurausta siitä, että perhe havaitsee hoitavan henkilön pitävän sitä syyllisenä. Kuitenkin on olemassa myös pitkittäistutkimusta perheistä, joiden lapsi vasta myöhemmin on sairastunut psykoosiin tai skitsofreniaan: Mc Cord, Porta ja Mc Cord (1962) tulkitivat perheaineistoa, joka oli koottu rikollisuutta ehkäisevää projektia varten kolikäynnerein ja haastatteluin. Noin parikymmentä vuotta myöhemmin tutkijat jäljittivät 12 psykoosiin sairastunutta miestä, jotka nyt olivat keskimäärin 29 vuotiaita. Näiden potilaiden perheitä voitiin nyt verrata samaan aineistoon kuuluneiden kahden kontrolliryhmän perheisiin. Psykoosiin sairastuneiden miesten lapsuuden perheet poikkesivat selvästi kahden kontrolliryhmän (muulla tavoin poikkeavien ja "normaalien") perheistä. (Isät passiivisia tai poissaolevia ja äidit ylihuolehtivia). Myös Lidz (1984) kuvaa kolmea potilastapausta, joiden lapset myöhemmin sairastuivat skitsofreniaan. Samoin Doane, Goldstein ja Rodnick (1981) tutkivat vanhempien kommunikaatiotyyplejä 52 perheessä, jossa oli häiriintynyt, mutta ei psykoottinen nuori. Ne nuoret, joiden vanhemmista ainakin toisella oli häiriintynyt kommunikaatiotyyli (sisälsi persoonaan kohdistuvaa kritiikkiä, oli syyllistävää ja tunkeutuvaa), sairastuivat

skitsofreniaan nuorina aikuisina. Sensijaan ne nuoret, joiden vanhemmista ainakin toinen oli kommunikaatiotyyliltään arvioitu "normaaliksi", pärjäsivät paremmin. Kaikkein vaikeimmin häiriintyneitä olivat ne, joiden molemmat vanhemmat vaihtoivat kommunikaatiotyylään, kun siirryttiin kahdenkeskisestä keskustelutilanteesta kolmenväliseen keskusteluun.

Näiden lasten sairastuminen vahvistaa käsitystä, että perheymäristö oli ollut häiriintynyt ennen lapsen sairastumista.

4.2 Psykodynaamisesti suuntautuneet olettamukset skitsofreniapotilaan perheestä

Seuraavassa kootaan olettamuksia, joita skitsofrenian perhetutkimus on tuonut esiin. Ensin tarkastellaan psykodynaamisesti suuntautunutta tutkimusta.

4.2.1 Yksilöitymisen ja eriytymisen ongelmat

Jo aikaisemmin (luvussa 3.4) on käsitelty mm. Stierlinin ym. (1977, 1981) käsityksiä siitä, miten skitsofreniapotilaiden eriytyminen ja yksilöityminen on epäonnistunut. Suomalaistutkijat Keinänen, Virtanen ja Kaljonen (1989) tarkastelevat skitsofreniapotilaan ja hänen äitinsä suhdetta (dyadia). He päättelivät, että potilaan ja äidin suhde on erityisen kiinteä, koska muut perheen dyadit, alaryhmät (kuten vanhempien keskeinen tai potilaan ja isän dyadi) ovat heikosti kehittyneet. Heidän mielestään tämä näkemys selventää sitä, miksi skitsofreniapotilaan on vaikea eriytyä perheestään. He viittaavat isän merkityksen perheessä silloin, kun lapsen pitäisi eriytyä äidistä. Jos isän merkitys on vähäinen, lapsi pysyy psykologisesti äidin vaikutuspiirissä ja hänen yksilöllinen kehityksensä häiriintyy. Tämä näkemys jättää kuitenkin monta kysymystä avoimeksi, esim. miksi monet isättömät lapset kuitenkin eriytyvät aivan hyvin?

Bowen (1971) käyttää käsitettä "perheen eriytymätön ego massa" ja viittaa äitien tungettelevuuteen ja kyvyttömyyteen erottaa lasten ja omia tunteita toisistaan. Lisäksi Lidz ym. (1965) ja Bowen (1960) viittaavat siihen, että vanhemmat ovat usein sidoksissa enemmän lapsuusperheisiinsä kuin nykyiseen perheeseensä.

Alasen (1958) ja Räcköläisen (1977) tutkimustulokset viittaavat myös yksilöitymisen ja eriytymisen vaikeuksiin, sillä heidän mukaansa psykoosi puhkesi potilailla yleensä siinä vaiheessa, kun potilaan olisi pitänyt ottaa aikuisen vastuuta, johon hän ei vielä kyennyt; tai psykoosi

puhkesi tilanteessa, jossa henkilö menetti yhteyden ihmiseen, josta oli hyvin riippuvainen.

4.2.2 Vuorovaikutuksen ongelmat

Uudemman objektisuhdeteorioihin perustuvan dynaamisen perhetutkimuksen tuotteena on tullut käsite "projektiivinen identifikaatio", joka Zinnerin ja Shapiron (1989) mukaan laajasti määriteltynä sisältää seuraavat elementit: a) Subjekti havaitsee objektin ikäänkuin objekti sisältäisi elementtejä subjektin persoonallisuudesta. b) Subjekti voi kirvoittaa objektissa käyttäytymistä ja tunteita, jotka mukailevat subjektin havainnot ja käsityksiä. c) Subjekti voi "sijaisena" kokea objektin toiminnan ja tunteet. d) Läheisen suhteen osapuolet ovat usein salaisessa "liitossa", jotta voisivat ylläpitää keskinäistä projektiota. Projektiivisen identifikaation käsite kuvaa ilmiöitä, joita tavataan sekä "terveissä" että "häiriintyneissä" perheissä. Häiriintyneissä perheissä vanhempien defensiiviset vaatimukset ovat voimakkaampia ja vanhemmat eivät kykene riittävästi erottamaan itseään ja lasta. Myös vanhempien projisoima asiasisältö vaikuttaa siihen, miten altis lapsi on sairastumaan.

Projektiivinen identifikaatio on laaja käsite ja se sisältää elementtejä esim. keskeneräisestä yksilöitymisen ja eriytymisen ilmiöstä. Siegel (1991) kritisoikin projektiivisen identifikaation käsitettä ja ehdottaa tutkittavaksi sensijaan käsitteitä empatiasta, ihmisten välisestä vaikutuksesta toisiinsa, läheisyyden tunteesta, itsearvostuksen ylläpitämisestä, selektiivisestä huomion kiinnittämisestä joihinkin asioihin jne. Nämäkin käsitteet ovat laajoja, mutta kuitenkin ehkä suuntaisivat tarkastelua hieman eriytyneemmin.

Ryckoff, Day ja Wynne (1989) viittaavat skitsofreniaperheen jäykkiin rooleihin: Heidän mukaansa perheroolit ovat hyvin tiiviitä ja stereotyyppisiä; monimutkaisia asioita ja odotuksia yksinkertaistetaan. Perheen käsitys itsestään on rigidi; poikkeuksia ei hyväksytä, vaikka joissakin perheissä roolien muuttaminen olisi mahdollista. Jokainen perheenjäsen työskentelee säilyttääkseen perheen yhteisen käsityksen itsestään. Jokainen yritys muuttaa näitä jäykästi määriteltyjä rooleja kohtaa perheenjäsenissä voimakkaita, torjuttuja tunteita, kuten aggressiota. Nämä tekijät saavat aikaan perheissä legendoja ja myyttejä, joihin jokainen perheenjäsen sitoo ahdistustansa. Perhemyytit voivat estää yksilön identiteetin kehityksen ja johtaa nuoren identiteetikriisiin, psykoottiseen tilaan. Sama tutkimusryhmä (Wynne, Ryckoff, Day & Hirsch, 1958) toi aikaisemmin käyttöön käsitteet molemminpuolinen-, yksipuolinen- ja valeyhteisyys (mutual, nonmutual ja pseudomutual). Ne olivat kolme eri tapaa olla vuorovaikutuksessa. Valeyhteisyys liittyi heidän mielestään skitsofreniaperheen kommunikaatioon: henkilöllä on voimakas yhteydentunne toisiin siten, että kokemuksia vääristellään ikään-

kuin oma ja toisen käyttäytyminen sulautuisi samaksi. Tällaisessa vuorovaikutuksessa henkilöt sopeutuvat toisiinsa identiteetin erottumisen hinnalla. Tämän jälkeen Wynne (1961, 1971) vielä muodosti käsitteen valevihamielisyys (pseudohostility), jonka hän määritteli (1961, 110) "erimielisyytenä tai kylmäkiskoisuutena, joka voi olla erittäin kuuluvaa ja voimakasta, mutta rajoittuu vain kokemuksen ja vuorovaikutuksen pintatasolle. Valevihamielisyys hämärtää tarvetta saada ahdistusta tuottavaa läheisyyttä ja toisaalta estää sen, että vihamielisyys ei paljastu tuhoisaksi ja pysyvästi eroon johtavaksi". Edelleen Wynne määritteli valevihamielisyyden (1971, 108) "perheen yhteiseksi defenssiksi tai "tempuksi", jolla ehkäistään havaitsemasta tai kokemasta perheenjäsenten välistä hellyyttä, rakkautta tai seksuaalista vetovoimaa". Wynne ja Singer (1963) havaitsivat myös skitsofreniaan liittyvien ajatteluhäiriöiden yhteyksiä perheen vuorovaikutukseen. Vuorovaikutuksen häiriö ilmeni pikemminkin perheenjäsenten välisissä perättäisissä keskusteluissa kuin yksittäisten perheenjäsenten puheissa.

Lidz ym. (1965) viittaa ns. kaksoissidosilmiöön, jossa äitien vuorovaikutuksessa lapsen kanssa oli ristiriitaa eri tasojen välillä. Kaksoissidoskäsite on alunperin systeemisen näkemyksen luoma ja se määritelläänkin tarkemmin systeemiteoriaa käsiteltäessä.

Kaikki yllämainitut, lähinnä koko perheen vuorovaikutusta kuvaavat käsitteet ovat hyvin laajoja ja käytännön tilanteisiin vaikeasti sovellettavia. Niitä on mahdoton yksiselitteisesti operationalisoida. Ilmeisesti siksi ne eivät olekaan tuoneet kovin ratkaisevia muutoksia hoitokäytäntöihin, vaikka perheen vuorovaikutuksessa voitaisiinkin tunnistaa samankaltaisia elementtejä. Ongelmia tuottaa myös se, että käsitteiden kuvaamia ilmiöitä voidaan tunnistaa myös perheissä, joissa ei ole sairastuttu psykoosiin.

4.2.3 Vanhempien häiriöt

Bowenin (1960) mukaan skitsofrenia vaatii kehittyäkseen 3 - 4 sukupolvea. Hänen mukaansa potilaiden vanhemmat ovat omien lapsuusperheittensä heikoimmin kypsyneitä jäseniä. Alasen ym. (1966) tutkimuksen mukaan skitsofreniapotilaiden vanhemmista 3/4:lla oli häiriintynyt tunnesuhde omiin vanhempiinsa. Alanen (1980) havaitsi skitsofreniapotilaiden vanhemmilla runsaasti egon häiriöitä, mitä kuvaa usein persoonallisuuden rajojen hämäryys itsen ja muiden, erityisesti vanhempien ja lasten välillä. Heillä oli myös primitiivisten defenssien käyttö yleistä, mikä viittaa Kernbergin (1979) kuvaamaan rajatilapersonallisuuteen. Isiä on kuvattu epävarmoiksi miehisyystään, narsistisesti häiriintyneiksi ja lievästi paranoidisiksi (Lidz ym. 1965)

Miespotilaiden isät olivat passiivisia tai poissaolevia ja äidit ylihuolehtivia (Mc Cord ym. 1962). Lisäksi äitejä on kuvailtu tunne-elä-

mältään etäiksi, aggressiivisiksi ja jäykästi hallitseviksi (Alanen, 1958). Searles (1965) kritisoi näkemystä, että skitsofreniapotilaiden ja heidän äitiensä väliset suhteet olisivat niin huonot kuin usein väitetään. Searlesin mukaan äitien ja potilaiden välisessä rakkaudessa on intensiivinen kieltämismekanismi. Rakkaus ilmenee ilmauksiltaan vääristyneenä; mutta on rakkautta siitä huolimatta. Hänkään ei silti kiellä, etteikö äidin ja skitsofreniaan sairastuneen potilaan suhde näyttäisi ongelmalliselta. Useissa tutkimuksissa on siis havaittu, että toisella tai molemmilla vanhemmilla on vaikeita psyykkisiä ongelmia, isillä yhtä usein kuin äideillä (esim. Fleck, Lidz & Cornelison, 1963). Perheissä on todettu vaikeita tunneristiriitoja ja yleisesti häiriintynyt ilmapiiri, jonka joissakin tapauksissa näytti saavan aikaan pääasiassa äiti ja joissakin taas isä. (Alanen, 1958; Fleck ym. 1963; Lidz ym. 1965). Enimmäkseen on tutkittu potilaiden äitejä tai isiä, mutta tutkimuksia ei ole riittävästi kohdennettu miespotilaiden isiin tai naispotilaiden äiteihin.

4.2.4 Perheen rakenteen epäselvyydet

Lidzin ym. (1965) ja Fleckin ym. (1963) tutkimuksissa kiinnitettiin huomiota siihen, että perheissä ei ollut selviä sukupuolten ja sukupolvien välisiä rajoja. Vanhemmat saattoivat käyttäytyä kuin lapset ja ajoittain vaihtoivat sukupuolirooleja. Lidz ym. puhuvat vanhempien "vinosta" suhteesta, joka oli usein miespotilaiden vanhemmilla: äiti on hallitseva, ylisuojeleva ja "viettelevä" poikaansa kohtaan ja passiivinen isä on mallina tehoton. "Skismaattinen" suhde tavattiin usein naispotilaiden vanhemmilla. Siinä vanhemmilla on jatkuvasti ristiriitoja keskenään ja he kilpailevat lapsensa uskollisuudesta. Isä odottaa ihailua ja äiti on passiivinen ja ylihuolehtiva. Koska isä halveksii äitiä ja on "viettelevä" tyttäntään kohtaan ja väheksyy naisia yleensä, tyttäreillä ei ole ketään, johon voisi samastua. Alasen ym. (1966) mukaan skitsofreniapotilaiden perheistä hyvin integroituneet olivat poikkeuksia. Skismaattisia perheitä oli eniten ja vinoutuneita myös paljon. Erityisesti perherakenteen ongelmiin on kiinnittänyt huomiota strukturaalisen perheterapian uranuurtaja Minuchin (1965).

4.2.5 Samastumisen, sukupuoli-identiteetin ja oidipaalikehityksen ongelmat

Alasen ym. (1966), Fleckin ym. (1963) ja Lidzin ym. (1965) tutkimustulokset viittaavat siihen, että skitsofreniaan sairastuneella nuorella on ollut huono suhde samaa sukupuolta olevaan vanhempaan, joka on ollut etäinen ja usein mustasukkainen, ja joka on tarjonnut heikon mallin samastumiselle. Vastakkaista sukupuolta oleva vanhempi on taas

ollut henkisesti "viettelevä".

Naispotilaiden äidit ovat olleet heikkoja naisen malleja tyttärilleen toisaalta omien luonteenpiirteittensä vuoksi, ja toisaalta siksi, että heidän aviomiehensä ovat halveksineet heitä. Isät ovat olleet usein narsistisia henkilöitä, joilla on ollut tyttärensä omistava suhde, mikä on taas lisännyt äidin vihamielisyyttä ja kateutta. Näiden ilmiöiden on ajateltu luovan potilaalle aggressioita ja syyllisyysongelmia, insestin pelkoja ja sukupuoli-identiteetin häiriöitä.

Miespotilaiden perheissä oli yleistä, että isä oli passiivinen tai varhain menetetty, tai isä oli vaimoan ja poikaansa kohtaan vihamielinen ja hallitsi poikaansa häiriintyneellä tavalla. Äiti oli hallitseva ja omistava (Alanen ym. 1966; Fleck ym. 1963; Mc Cord ym. 1962). Tutkijat ovat päätelleet, että pojan riippuvuus äitiin on kehittynyt, koska häneltä on puuttunut hyvä miehen malli ja hän on siten puutteellisesti harjaantunut kohtaamaan aikuisen elämän kriisejä voidakseen olla itsenäinen. Myös Tienarin (1963) kaksostutkimuksessa havaittiin, että monilla skitsofreniaan sairastuneilla miehillä oli ollut häiriintynyt suhde isään ja he olivat lapsina olleet riippuvaisempia äidistään kuin heidän sairastumaton veljensä oli ollut. He olivat myös alistuvampi osapuoli kaksosista ja he olivat saavuttaneet itsenäisyyden myöhemmin ja heikommin kuin heidän sairastumattomat kaksoisveljensä. Schwoon ja Angermeyer (1980) vertailivat skitsofrenian ja leikkauksen vuoksi sairaalaan joutuneitten poikien ja isien suhdetta. He tulivat siihen tulokseen, että skitsofrenian vuoksi sairaalaan joutuneitten poikien isät suhtautuivat kielteisesti poikiinsa, koska nämä eivät täyttäneet isien odotuksia miehisestä roolikäyttäytymisestä. Oliko isien suhde poikiinsa kielteinen jo ennen sairastumista, ei käy ilmi tästä tutkimuksesta.

Myös potilaan kanssa samaa sukupuolta olevat sisarukset olivat häiriintyneempiä kuin vastakkaista sukupuolta olevat sisarukset (Alanen ym. 1966; Fleck ym. 1963).

Nämä pääasiassa 1960-luvulla tehdyt tutkimukset näyttävät tukevan vahvasti näkemystä, joka koskee skitsofreniaan sairastuneitten miesten maskuliinisen samastumisen ja itsenäistymisen ongelmia ja skitsofreniaan sairastuneitten naisten feminiinisen samastumisen ja itsenäistymisen ongelmia. Näiden seikkojen tutkiminen ei ole ollut erityisen muodikasta viime aikoina. Systemiset perheteoriat ja uudet strategiat perheiden hoidossa ovat vallanneet skitsofreniaperheiden tutkijoiden mielenkiinnon.

Yhteenvetona psykodynaamisesta lähestymistavasta voisi kiteyttää Alasen (1980) näkemyksen, kun hän yhdistää yksilöpsykologista, psykodynaamista ja perheteoreettista näkemystä. Hänen mukaansa lapsi, joka elää häiriintyneessä perheympäristössä, häiriintyy egon kehitykseltään. Erityisesti häiriö näkyy egon kyvyttömyydessä luoda rajaa itsen ja toisten ihmisten välille. Tämä yksilöitymisen ja eriytymisen häiriö on yhteydessä vanhempien omistavaan asenteeseen ja syvällä

olevaan, joskin ambivalenttiin riippuvuudentarpeeseen. Myös vanhempien kognitiiviset häiriöt vaikuttavat lapsen sairastumiseen. Kognitiivinen häiriö on kuitenkin Alasen mielestä toissijaista emotionaaliseen häiriöön verrattuna, vaikkakin sekä kognitiiviset että emotionaaliset asenteet liittyvät toisiinsa. Hän ei yhdy objektiiviteoreetikkojen (Mahler, 1969; Mahler ym. 1975; Kernberg 1984) näkemykseen, että skitsofreniaan sairastumisen kriittinen vaihe olisi ainoastaan lapsen ja äidin varhainen suhde. Hänen tutkimuksessaan (1958) ei havaittu esim. rintaruokinnan vaikeuksia tai äidistä eroja sen enempää skitsofreniapotilailla kuin neurottisilla potilailla. Vuorovaikutuksen häiriön aste ja pitkäaikaisuus on hänestä tärkeämpi tekijä kuin ainoastaan vauvavaihe. Koko perheen vaikutus on tärkeä. Molemmilla vanhemmilla on voimakas vaikutus toistensa emotionaaliseen elämään ja he voivat joko vähentää tai lisätä toistensa häiriön vaikutusta. Tärkeä vaihe häiriön syntymiselle tai siltä välttymiselle on myös myöhäisempi kehitys, erityisesti nuoruuden identiteetin kehitysvaihe.

4.3 **Systemiteoreettiset oletukset skitsofreniapotilaan perheestä**

Systemisen perheteorian isänä on pidetty Batesonia (Bateson, Jackson, Haley & Weakland, 1956; Bateson, 1961, 1973), joka työryhmineen esitti systemisen mallin Palo Altossa Kaliforniassa. Systeminen perheteoria perustuu yleiseen systemiteoriaan: se korostaa kokonaisuutta osittamisen sijaan ja kehämäistä kausaliteettia lineaarisen syy- ja seuraussuhteen sijaan.

1970-luvulta systemiteoreettisista perheterapeuteista ovat eniten esiin nousseet italialaiset psykiatrit Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin ja Prata (1978), jotka muodostivat ns. milanolaisen koulukunnan. Aluksi he työskentelivät ns. strategisen, ongelmakeskeisen (esim. Watzlawick, Weakland & Fisch, 1974) mallin mukaisesti, jossa kiinnitetään huomio enimmäkseen nykyisyyteen eikä menneisyyteen. Niinpä tutkittiin perheen nykyistä, jäykkää perhesysteemiä ja yritettiin interventioilla muuttaa perhesysteemiä paremmin toimivaksi. Vuoden 1975 jälkeen työryhmä noudatti Batesonin (1973) systemistä mallia, johon sisältyi myös menneisyyden tarkastelu. Tutkittiin perheen menneisyyttä ja nykyisyyttä. Selvini-Palazzoli ym. (1978) määrittelivät tuolloin perheen itseään sääteleväksi systemiksi, joka säätelee itseään yritysten ja erehdysten kautta muotoutuneiden sääntöjen avulla. Tämän hypoteesin pääajatus oli, että jokainen luonnollinen, oman historiansa omaava ryhmä syntyy tietyn ajan kuluessa vuorovaikutuksen ja sitä korjaavien palautteiden avulla. Ryhmä kokeilee, mitä suvaitaan ja mitä ei, kunnes ryhmästä

tulee systeeminen yksikkö. Säännöt, jotka ovat vain sille ominaisia, pitävät sitä koossa.

4.3.1 Skitsofreeninen peli

Skitsofrenia nähtiin tuloksena häiriintyneestä perhepelistä (Selvini-Palazzoli ym. 1978). Perhe, jossa yksi tai useampi henkilö käyttäytyy häiriintyneesti, pysyy koossa näiden häiriintyneiden pelisääntöjen välityksellä. Tällä tavalla perheen kommunikaatiolla on sellaisia ominaisuuksia, jotka ylläpitävät sääntöjä ja niiden avulla häiriintynyttä vuorovaikutusta. Häiriintyneissä järjestelmissä on taipumus toistaa pakonomaisesti kerran kokeiltuja ratkaisuja, jotta perheen tasapaino säilyisi. Skitsofreniaperheille oli heidän mukaansa tyypillistä tällaisen jäykkyyden lisäksi vuorovaikutustapahtumien monimutkaisuus, vaihtelevuus ja kekseliäisyys. Siksi työryhmä kutsui tällaista vuorovaikutusta skitsofreniseksi peliksi. Myöhemmin Selvini-Palazzoli (1986), työryhmän jo hajottua, kutsui skitsofrenistä peliä jopa "likaiseksi" peliksi, koska siihen liittyi hänen mielestään oveluutta, röyhkeitä valheita, säälimätöntä kostonhimoa, manipulaatiota, toisten hyväksikäyttöä jne. Anderson (1986) kritisoi tällaista näkemystä epäeettisenä ja syyllistävänä perheitä kohtaan, jotka jo muutenkin saavat kärsiä.

Koska oire nähtiin osana systeemin erityistä vuorovaikutusta, oltiin sitä mieltä, että oireen poistamiseen tarvitaan muutosta systeemin säännöissä. Yhdenkin perussäännön muuttuminen perheen järjestelmässä tämän näkemyksen mukaan riittäisi poistamaan häiriintyneen käyttäytymisen nopeasti.

4.3.2 Sukupolvien ketju

Selvini-Palazzolin ym. (1978) mukaan sekä isovanhempien että potilaan vanhempien on ollut parisuhteessaan vaikea hyväksyä toinen toistaan. (Yhteys psykodynaamiseen näkemykseen, mm. Bowen, 1960). Hyväksyminen olisi merkinnyt heikkoutta. Skitsofreniaperheessä ei koskaan ole todellista voittajaa tai häviäjää. Suhde on näennäisen tasapainoinen ja symmetrinen. Avoin välien selvittely koetaan uhkaavana. Psykoottisesta vuorovaikutuksesta puuttuu yksiselitteinen selkeys viesteistä ja suhteiden määrittelystä.

4.3.3 Vuorovaikutuksen ongelmat

Batesonin ym. (1956) työryhmä muodosti käsitteen "kaksoissidos" kuvaessaan skitsofreniapotilaan vanhempien kommunikaatiota: He määritte-

livät kaksoissidoksen: a) Henkilöllä on niin tärkeä ihmissuhde, että hän tuntee äärimmäisen tärkeäksi osata erottaa tarkasti, minkälaista viestiä hän saa toiselta osapuolelta, jotta hän voisi vastata siihen oikealla tavalla. b) Sen lisäksi henkilö on tilanteessa, jossa toinen osapuoli ilmaisee hänelle kahdenlaisia viestejä, joista toinen mitätöi toisen viestin. c) Henkilö ei kykene arvostelemaan ilmaistua viestiä voidakseen paremmin erottaa, mihin viestiin vastata. Kaksoissidoksen vaikutusta ei pidetä yksisuuntaisena ilmiönä vanhemmilta lapsille, vaan osana perheen systeemiä, perhepeiliä. Kaksoissidos-käsitettä ovat käyttäneet niin dynaamisen psykiatrian edustajat (Laing, 1961; Lidz ym. 1965) kuin systeemisenkin perheteorian edustajat. Nykyisin kaksoissidos-käsite on jäänyt hieman taka-alalle, kun ollaan sitä mieltä, että kaksoissidosta tapahtuu niin "häiriintyneessä" kuin "normaalissakin" kommunikaatiossa.

4.3.4 Kolmiosuhde

Haley (1959, 1977b) kiinnitti huomiota siihen, että perheissä, joissa oli skitsofreniaa sairastava jäsen, usein esiintyi kolmiosuhde, jossa kaksi eri sukupolvea edustavaa henkilöä muodosti salaisen liittoutuman kolmatta vastaan. Hän nimittää sitä "kieroutuneeksi kolmiosuhteeksi" (the perverse triangel) tai "sukupolvia ylittäväksi liittoutumaksi". Hän tulkitsee Freudin (1924) oidipaalisen ristiriidan esimerkkinä salaisesta sukupolvia ylittävästä liittoutumasta.

4.4 Ilmaistujen tunteiden tutkimussuunta (expressed emotions)

Lontoolaisen Brownin tutkimusryhmä (Brown & Rutter, 1966; Brown, Birley & Wing, 1972) aloitti tutkimukset perheilmapiirin vaikutuksesta skitsofreniapotilaan sairauden kulkuun. Tutkimustuloksista on vedetty johtopäätöksiä, että potilaan uudelleen sairastuminen on yhteydessä ainakin yhden perheenjäsenen voimakkaaseen tunteiden ilmaisuun (expressed emotion, EE). Ilmaistuja tunteita on mitattu puolistrukturoidulla haastattelumenetelmällä (Camberwell Family Interview) ja voimakkaaseen tunteiden ilmaisuun katsottiin kuuluvan perheenjäsenten kriittiset huomautukset potilasta kohtaan, vihamielisyys ja ylikietoutuminen. Se siis määriteltiin negatiivisten tunteiden ilmaukseksi, vaikka ihmeellistä kyllä, aluksi siihen yritettiin liittää myös positiivisten tunteiden voimakasta ilmaisuun kuten "lämpöä" ja positiivisia huomautuksia potilaasta. Selitys tälle ajatukselle, että myös positiiviset tunteet vaikuttaisivat potilaan uudelleen sairastumista edistävästi, on tutkijoiden

alkuperäinen käsitys, että skitsofreniapotilas olisi biologisilta ominaisuuksiltaan tavallista herkempi ja haavoittuvampi ja sairastuisi fysiologisesta ylistimulaatiosta, jonka perheen voimakas tunteenilmaisu aiheuttaisi.

Tämän suunnan tutkimus on jatkunut vireästi aina tähän hetkeen asti. On tutkittu, kuinka uudelleensairastumisen riski kasvoi, kun voimakkaan EE:n omaavat omaiset olivat päivittäin paljon potilaan kanssa, samoin on kokeiltu erilaisia terapeuttisia interventioita, vertailtu skitsofreniapotilaita depressiopotilaisiin (Vaughn & Leff, 1976a, 1976b; Leff & Vaughn, 1980, 1981) ja vertailtu näitä eri maissa (esim. Vaughn, Snyder, Jones, Freeman & Falloon, 1984; Moline, Singh, Morris & Meltzer, 1985; Montero, Gomez-Beneyto, Ruiz, Puche & Adam, 1992; Bert-rando ym., 1992). Vaikka EE on käytännöstä noussut käsite, jonka avulla tutkijat itse eivät halua sanoa mitään sairauden etiologiasta, kuitenkin esim. Parker (1982) rinnastaa tutkimuksissa havaitut skitsofreniapotilaiden äitien hallitsevuuden, ylisuojelevuuden ja torjuvuuden korkeaan EE-indeksiin. Hän korostaa kuitenkin, että näitä tekijöitä ei ole vahvistettu skitsofrenian syytekijöiksi, vaan niiden on havaittu vain vaikuttavan sairauden kulkuun.

Grube ja Hartwich (1983) eivät todenneet yhteyttä perheen aggressiivisten tunteiden ja potilaan uudelleen sairastumisen välillä, kun potilaat itse arvioivat perheen tunneilmastoa. Tässä tutkimuksessa perheettä ei kuitenkaan haastateltu ollenkaan, joten vertailukelpoisuus on kyseenalainen. Spiegel ja Wissler (1986) taas tulivat tulokseen, että mitä enemmän perhe ilmaisi avoimesti tunteitaan, sitä vähemmän kertyi skitsofreniapotilaille sairaalapäiviä, mutta tunteiden ilmaisua arvioitiinkin nyt menetelmällä, joka kertoi pikemminkin positiivisista tunteista.

EE-tutkimussuuntaa on arvosteltu mm. siitä, että arvioinnit eivät kuvaa perheen vuorovaikutuksen dynaamista luonnetta, vaan selittävät uudelleensairastumisen kausaalisesti. Uusiutuvina oireina on pidetty varsinaisia psykoottisia oireita, mutta ei puutosoireita, jotka vaikuttavat potilaiden sosiaaliseen elämään (Koeningsberg & Handley, 1986; Seywert, 1984). EE-käsitettä on arvosteltu siitä, että se helposti johtaa ajatteluun, että korkean EE:n perheet ovat "huonoja" ja matalan "hyviä", tai että koko perhe leimataan korkean EE:n perheeksi, jos yksi perheenjäsen osoittaa korkean EE:n käyttäytymistä, vaikka muut olisi luokiteltu omaavaan matalaa EE:tä (Lefley, 1992).

Ilmeisesti EE-tutkimussuunnan suosiota selittää se, että se on tarjonnut käytännön mittarin, jota apuna käyttäen on voitu suunnitella vertailevia koeasetelmia. Se on selvästi tuonut esiin, että perheen tunneilmastolla on merkitystä ainakin skitsofreniapotilaan uudelleen sairastumiseen. Monimutkaisempien perhekuvioiden tarkasteluun ei vielä ole lähdetty sen avulla.

5 SKITSOFRENIA JA PERHEEN HOITO

5.1 Perheterapian kehitys skitsofrenian hoitomuotona

Skitsofrenian perheterapian pioneereja Amerikassa olivat Ackerman (1958), Wynne ym. (1958), Bowen (1960), Lidz ym. (1965) ja Suomessa Alanen (1958). Perheterapia kehittyi tarpeesta saada tehokkaampia hoitomenetelmiä vaikeimpiin mielenterveyden häiriöihin. Bowenin (1971) mukaan perheterapia kehittyi aluksi psykoanalyysin laajentumaksi ja käsitteet perheestä muodostettiin yksilöterapeuttisesti hoidettujen potilaiden näkökulmasta. Skitsofreniapotilaan perheterapia ei poikennut juuri muihin häiriöihin käytetyistä perheterapioista. Skitsofreniaan sairastuneitten perheitä pidettiin mystifioivina ja kommunikaatioltaan poikkeavina (Laing, 1961; Laing & Esterson, 1964) ja siten vaikeampina hoitaa. Hoidossa on käytetty myös erilaisia perheiden, vanhempien ja omaisten ryhmiä, joissa on pyritty tukemaan perheitä, vähentämään perheen ja potilaan välistä riippuvuutta ja poistamaan syyllisyyden tunteita (Beels & McFarlane, 1982). Myöhemmin perheterapia on jakautunut erilaisiin koulukuntiin, jotka eivät ole kehittyneet spesifisti joidenkin ongelmien hoitoon, esim. skitsofrenian hoitoon, vaan perheterapiamenetelmiä on kehitetty yleisesti monenlaisiin mielenterveyden ongelmiin.

Uusissa ratkaisukeskeisissä perheterapiamenetelmissä ei kiinnitetä juuri huomiota selityksiin skitsofrenian synnystä. On ilmeisesti kaksi eri asiaa ymmärtää psykoosien tai skitsofrenian kehittyminen ja saada aikaan muutoksia, jotka auttavat ongelmien lieventymiseen tai poistumiseen. On terapiamuotoja (esim. psykodynaaminen, strukturaalinen ja systeeminen), joissa näkemystä ongelman syntymisestä käytetään myös

hoidossa hyväksi. Mutta on myös menetelmiä (esim. nykyiset lyhytterapiamenetelmät: strateginen ja ratkaisukeskeinen) (de Shazer, 1985, 1988, 1991; Watzlawick, 1988; White & Epston, 1990), jotka lähtevät ongelmasta tai ongelman ratkaisusta liikkeelle haluamatta tietää juuri mitään ongelman synnystä.

Uuden näkökulman menneisyyden ja nykyisyyden ongelmaan terapiassa tarjoaa Boscolon ja Bertrandon (1992) käsite ajasta terapiassa; menneisyyden (esim. sairauten johtaneen) mieltäminen uudelleen nykyisyyden ja tulevaisuuden kautta. Luodaan uusia, vaihtoehtoisia kertomuksia ja merkityksiä. Terapeutti voi toimia samalla kerralla päinvastaisella tavalla; hän hyväksyy, että potilas kärsii skitsofreniasta, mutta käsittelee asioita kuin sairautta ei olisikaan, ja osoittaa odottavansa perheessä sellaisia muutoksia, että sairaus olisi menettänyt merkityksensä. Samalla on edetty systeemisen perheterapian kolmanteen vaiheeseen; Hoffmanin (1990) mukaan kyberneettinen konstruktionismi korvautuu sosiaalisella konstruktionismilla. Tämän näkemyksen mukaan inhimillinen systeemi on olemassa vain merkitysten alueella tai ihmisten välisessä kielellisessä todellisuudessa.

5.2 Psykodynaaminen perheterapia skitsofrenian hoidossa

Psykodynaamisen perheterapian teoriaperusta tulee psykoanalyysistä. Koska psykoanalyysi käsittelee pääasiassa yksilön sisäisiä ristiriitoja, ja perheterapia käsittelee ja tutkii perheenjäsenten välisiä vuorovaikutussuhteita, silta näiden kahden välillä on Nicholsin (1984) mukaan psykoanalyttinen objektisuhdeteoria (Kernberg, 1984; Klein, 1971; Kohut, 1977, 1987; Mahler ym. 1975), joka käsittelee varhaisia lapsen ja vanhempien välisiä sisäistettyjä mielikuvia. Nykyiset psykodynaamiset perheterapiat lähtevät objektisuhdeteoriasta ja niissä työskennellään Scharffin (1989a) mukaan perheenjäsenten tietoisten ja tiedostamattomien suhteiden, systeemien kanssa. Psykodynaaminen perheterapia ei siis kiellä perheessä vaikuttavien systeemien olemassaoloa. Terapeutti ei ole direktiivinen, vaan kuuntelee perheenjäseniä ja havaintojensa perusteella tekee myös tulkintoja.

Scharffin (1989b) mukaan oivallus on olennaista perheen muutoksessa. Keskeinen käsite on projektiivinen identifikaatio, jolla selitetään perheenjäsenten välistä vaikutusta toisiinsa (esim. Slipp, 1991; Zinner & Shapiro, 1989). Aaltosen, Kalliokosken, Riikosen ja Vartiaisen (1992) mukaan projektiivinen identifikaatio voi kuvata myös sitä kehityksellistä prosessia, joka tapahtuu terapeuttien ja hoitoon hakeutuneen perheen välillä. Tällöin projektiivinen identifikaatio, vaikka onkin lähtökohdiltaan yksilöpsykologinen käsite, voidaan nähdä eräänä perhe- ja

yksilöpsykologian siltakäsitteenä. Aivan kuin terapeutti säilöö (container-funktio) potilaan häneen projisoimaa materiaalia eikä kiirehdi sitä tulkitsemaan, samoin terapeutit perheterapiassa pitävät yllä sellaista dialektista prosessia, jossa terapeuttien oma kyky erottaa se mikä kuuluu itseän ja mikä ei, palautuu kerta toisensa jälkeen (ns. potentiaalisuuden tila). Potentiaalisuuden tilan synty perheterapiatyöryhmässä on välttämätön edellytys sille, että uusi merkityksenantoprosessi voi tapahtua jäsentyneellä tavalla. Eräs tällainen jäsentynyt tapa on Whiten ym. (1990) eksternalisaation menetelmä.

5.3 Oppimisteorioihin perustuva skitsofrenian perheterapia

Sosiaalisen oppimisen teoriaa on käytetty perheterapiassa pyrkien lisäämään positiivista vuorovaikutusta perheenjäsenten välillä ja keskittytty opettelemaan ongelmien ratkaisutaitoja. Hoito on yleensä lyhytkestoista ja keskittynyt oireeseen tai ongelmaan (Nichols, 1984). Oppimisterapeutit ovat omaksuneet usein lineaarisen näkemyksen ilmiöiden syistä ja seurauksista (Goldenberg & Goldenberg, 1985).

Ilmaistujen tunteiden (EE) tutkimusten perusteella tehtyjä hoito-ohjelmia voidaan pitää oppimisteoreettisina lähestymistavoiltaan (Anderson, Hogarty & Reiss, 1980; Berkowitz, 1984; Falloon, Liberman, Lillie & Vaughn, 1981; Falloon & Pederson, 1985; Falloon, 1992; Leff, Kuipers, Berkowitz, Eberlein-Vries & Sturgeon 1982; Leff ym. 1985, 1990). Niissä perheet osallistuvat ilman potilasta omaisryhmiin, joissa luennoidaan skitsofrenian biologisesta pohjasta, lääkehoidosta, sairauden mahdollisesta ennusteesta ja potilaan vaikeudesta käsitellä ärsykkeiden paljoutta. Kotiin annetaan ohjeita potilaaseen suhtautumisessa ja kommunikoinnissa potilaan kanssa. Myöhemmin järjestetään perheistuntoja, joihin myös potilas osallistuu. Niissä tarkennetaan periaatteita ja menettelytapoja, joista aikaisemmin perheen opetuksessa on puhuttu. Perheterapiaohjelmat ovat voineet olla esim. kaksivuotisia, ja perheissä on pyritty lisäämään positiivista kanssakäymistä ja vähentämään negatiivista. On kannustettu potilasta itsenäiseen päätöksentekoon, ja kehitetty kykyä ratkaista ongelmia. Myös sosiaalisia taitoja on opetettu. Tutkijat raportoivat myönteisiä tuloksia: mm. Falloon'in ym. (1985) mukaan perhehoitoa saaneet osoittautuivat aktiivisemmiksi, ja heille ilmaantui vähemmän sekä fyysisiä että henkisiä ongelmia kuin niille potilaille, jotka saivat yksilöhoitoa ja tavanomaista tukea perheelleen.

5.4 Kommunikaatioterapiat skitsofreniaperheen terapiana

Simon, Stierlin ja Wynne (1985) pitävät kommunikaatioterapiakäsitettä yläkäsitteenä kaikille terapiamuodoille, jotka käyttävät perustanaan kyberneettisiä käsitteitä, esim. strategiselle ja systeemiselle terapialle. Kommunikaatioterapioiden pioneereina olivat jo aiemmin mainitut Bateson, Jackson, Haley ja Weakland (1956), jotka käyttivät näkemystensä perustana informaatioteoriaa, kybernetiikkaa ja systeemiteoriaa. He selittivät skitsofreenistä käyttäytymistä kommunikaatioanalyysin avulla. He päättelivät, että viestit ihmisten välillä määrittelivät heidän suhteensa, ja nämä suhteet muotoutuivat homeostaattisen prosessin avulla perheessä. Ryhmän tärkeimmät käsitteet olivat kaksoissidoskommunikaatio ja perheen homeostasis. Perheen homeostasis viittaa systeemin dynaamiseen tasapainotilaan, joka ilmenee esim. siten, että perheenjäsenet saattavat käyttäytymisellään estää yhden perheenjäsenen terapian tulokset, tai perheen joku muu jäsen häiriintyy, kun toisen häiriö häviää (Jackson & Weakland, 1961).

Nichols (1984) korostaa, että monet kommunikaatioterapian käsitteistä on otettu yleisesti perheterapian käyttöön, ja monet kommunikaatioterapian kannattajat ovat kehittäneet sen pohjalta uusia perheterapian suuntia, esim. strategisen, ongelmanratkaisuterapian (Haley, 1977a; Watzlawick, Weakland & Fisch, 1974), tai ratkaisukeskeisen terapian (de Shazer, 1985, 1988, 1991), strukturaalisen (Minuchin, 1965), kokemuksellisen (Satir, 1967), ongelman ulkoistamisen (White & Epston, 1990) tai systeemisen perheterapian (Selvini-Palazzoli ym. 1978).

Koska yllämainituilla terapiamuodoilla on paljon yhteistä, kuten että pyritään tehokkaasti vaikuttamaan (lyhytterapiat), ongelmille annetaan uusia, positiivisempia merkityksiä, luotetaan muutoksiin myös terapiatilanteen ulkopuolella, keskitytään nykyisyyteen eikä menneisyyteen, terapeutti on aktiivinen jne., keskitytään seuraavassa hyvin lyhyesti kuvaamaan noiden suuntien eroja:

Strukturaalisessa perheterapiassa (Minuchin, 1965; Minuchin & Fishman, 1981) kiinnitetään erityisesti huomiota perheen rakenteeseen, hierarkiaan ja sen häiriöihin. Vanhempien tulisi olla vastuussa lapsistaan, eikä perhettä siten voida pitää täysin tasa-arvoisten ihmisten organisaationa. Perheen ajatellaan muodostuvan alasysteemeistä: puolisoiden, vanhempien, äidin ja lapsen, isän ja lapsen tai sisarusten systeemeistä. Jos ne eivät toimi kuten pitäisi, seuraa häiriöitä. Perheen alasysteemit voivat olla sekaantuneet tai liian erilliset. (Myös Wynne (1961) puhui perheen liittoutumista ja jakautumista, jotka määrittelevät perhesysteemin emotionaalista organisaatiota). Terapian tavoitteena pidetään alasysteemien eriyttämistä tai vuorovaikutuksen lisäämistä liian erillisten alasysteemien välille. Tarkoituksena on, että kommunikaation muutos perheenjäsenten välillä muuttaa myös perheen struktuuria.

Painopiste on perheen rakenteellisissa ongelmissa, ei niinkään esiintuodun ongelman ratkaisussa, kuten strategisessa terapiassa, vaikka molemmat suunnat korostavat perherakenteen ja hierarkian häiriöitä ongelmatapauksissa.

Strateginen, ongelmanratkaisuterapia on saanut vaikutteita mm. Eriksonin (1954) strategisesta terapiasta ja Minuchinin (mm. Minuchin & Fishman 1981) strukturaalisesta terapiasta. Strategisessa terapiassa määritellään ongelma selvästi ja suunnitellaan ohjelma, jolla ongelma ratkaistaan (Haley, 1977a). Ongelma mielletään systeemisesti käyttäytymisenä, joka on osa perheenjäsenten välistä vuorovaikutusta. Valta perheessä voidaan nähdä positiivisena voimana, toisesta huolehtimisena ja ohjaamisena. Terapiassa pyritään muuttamaan perheen salaisia liittoutumia, jotka ovat saaneet valtasuhteet häiriintyneiksi. (Madanes, 1982). Haley (1980) ja Madanes (1980) pitävät perheen hierarkiasuhteiden häiriintymistä ongelmana vakavasti häiriintyneen nuoren perheessä. Vanhemmat ovat menettäneet otteensa nuoreen tämän oudon käyttäytymisen johdosta.

Satirin (1967) kokemuksellinen perheterapia on lähellä strategista, mutta hänelle tunnusomaista oli kokemuksellisten menetelmien käyttö, esim. perheen "muovailu", jossa hän konkretisoi perheen ongelmaa kokemukseen vetoavalla tavalla.

de Shazer (1985, 1988, 1991) lähtee ratkaisukeskeisessä terapiassa siitä, että ongelmalla ja sen ratkaisulla ei tarvitse välttämättä olla paljonkaan yhteistä. Jotta ongelmia voisi ratkaista hyvin, olisi kehitettävä "visio" tai kuvaus tyydyttävämmästä tulevaisuudesta. Kun realistinen tulevaisuuden kuva on luotu, potilaat usein kehittävät itse tapoja ratkaista ongelman. Terapeutin ei tarvitse hänen mukaansa tietää asiakkaan menneisyydestä (kuten traditionaaliset terapiat) eikä siitä, mikä ylläpitää ongelmaa (kuten muut lyhytterapiat tai osa perheterapioista). Jos asiakkaan menneisyyttä sivutaan, kiinnitetään huomiota pääasiassa onnistumisiin, joita asiakkaalla on menneisyydessä ollut.

Whiten ym. (1990) terapiassa "ulkoistetaan" ongelma. Ongelma nähdään erillään henkilöstä. Kun perheillä on "ongelmalla ladattu kuvaus" perhe-elämästään, heitä autetaan kuvaamaan perhettään tai itseään tavalla, jossa ongelma on irroitettu, ulkoistettu. Sillä ihmisten kertomukset elämästään eivät täysin vastaa todellisuutta, vaan heidän elämässään on paljon sellaista, joka on erilaista kuin heidän ongelmiin keskittynyt kuvauksensa. Perhe voi kehittää itselleen uuden vaihtoehdoisen kertomuksen elämästään.

Perheterapiamenetelmät ovat nopean muuttumisen ja ideoinnin vaiheessa. Terapiasuunnat, joilla on yhteistä systeemiteoreettinen alkukoti, ovat muuntautuneet käytännöiltään erilaisiksi menetelmiksi, jotka pyrkivät tehokkaisuuteen interventioihin, ja jotka mielellään etsivät teoriaperustaansa filosofiasta. Ne ovat mielenkiintoisia raikkaine, uusine näkökulmineen, mutta ne kaipaivat myös systemaattisempaa tutki-

musta. Tällaisesta onkin jo esimerkkinä Wahlströmin (1992) diskursianalyyttinen tutkimus merkitysten muodostumisesta ja muuttumisesta perheterapeuttisessa keskustelussa.

Kybernetiikkaan perustuvien terapiamenetelmien katsotaan (mm. Hoffman, 1990) siirtyneen ensin toisen asteen kybernetiikkaan (terapeutti on osa havainnoitavaa järjestelmää) ja sen jälkeen sosiaali- seen konstruktionismiin, jonka mukaan ideat, käsitteet ja muistot syntyvät sosiaalisessa kanssakäymisessä ja ovat kielen aikaansaannoksia. Kieli luo todellisuuden.

Seuraavassa käsitellään tämän tutkimuksen kannalta oleellista terapiamenetelmää, systeemistä perheterapiaa.

5.4.1 Systeeminen perheterapia

Systeeminen (milanolainen) perheterapia oli tämän tutkimuksen alkuvaiheessa uusi ja kiinnostava menetelmä. Se on ollut koko ajan muutosvaiheessa. Selvini-Palazzoli ym. (1978) muotoilivat käsityksensä skitsofrenisestä "perhepelistä" systeemiteorian näkökulmasta. Boscolo, Cecchin, Hoffman ja Penn (1987) luonnehtivat milanolaisen terapian luonnetta alkuaikoina: Perhe, jolla on skitsofreninen vuorovaikutustapa, pelaa "perhepelejä", joita se ei kuitenkaan myönnä pelaavansa. Perheenjäsenet yrittävät kontrolloida yksipuolisesti toistensa käyttäytymistä. Terapeutin tehtävänä on löytää ja kesketyttää nämä pelit. Jokainen terapiaistunto käsitti viisi vaihetta, joihin palataan myöhemmin tässä tutkimuksessa.

Myöhemmin Selvini-Palazzoli ym. (1980) kuvasivat terapeuttisia periaatteitaan kolmen käsitteen avulla: hypoteesin luominen, kehämäisyys, (sirkulaarisuus) ja neutraalisuus. Selvini-Palazzoli (1986) on myös kuvannut ns. "vakiotehtävän" psykoottisten lasten perheille; tehtävän, joka korostaa vanhempien yhdessäoloa ja liittoutumaa. Se liittyy samaan periaatteeseen, jota strukturaalinen terapia pitää tärkeänä: sukupolvien rajan selventämiseen. Voidaan myös ajatella, että sen havaittu hyödyllisyys liittyisi Haleyn (1959, 1977b) määrittelemän kieroutuneen kolmiosisuhteen rikkomiseen.

Tomm (1987a, 1987b, 1988) ja Cecchin (1987) selventävät edelleen milanolaisen systeemisen terapian periaatteita. He keskittyvät menetelmiin, joilla perheen haastattelu sinänsä voi laukaista terapeuttisen muutoksen. Tomm (1987a) kutsuu haastattelua interventiiviseksi siitä näkökulmasta, että kaikki mitä haastattelijä tekee tai sanoo tai jättää tekemättä ja sanomatta, voidaan ymmärtää interventiona, joka voi olla terapeuttinen, ei-terapeuttinen tai epäterapeuttinen. Tomm tuokin haastatteluun neljänneksi periaatteeksi strategisen ajattelun ja pitää sirkulaarista haastattelua eräänä interventiivisen haastattelun muotona. Strategisella ajattelulla tarkoitetaan terapeutin tietoista pyrkimystä saada muutosta

aikaan. Terapeutin periaatteet ovat (Selvini-Palazzoli ym. 1980; Tomm, 1987a):

Terapeutti luo hypoteeseja, jotka ohjaavat hänen toimintaansa. Hän etsii yhteyksiä havaitsemansa perheen toiminnan, omien kokemustensa ja oman tietoperustansa välille. Perheen antaman lisäinformaation avulla terapeutti joko hylkää hypoteeseja tai ne vahvistuvat. Hypoteesi sellaisenaan ei ole oikea tai väärä, vaan enemmän tai vähemmän hyödyllinen. Hypoteesi, jonka on oltava systeeminen, pitää terapeutin aktiivisena tutkimisessaan, ja terapeutin hypoteesi voi tuoda perheeseen odottamattoman, uuden näkökulman.

Kun Selvini-Palazzoli ym. (1980) määrittivät sirkulaarisuuden periaatteen, se on aiheuttanut hämminkiä ja väärinkäsityksiä Tommin (1987a) mukaan siinä, että ei ole tehty selvää eroa observoidun systeemin (perheen) ja observeivan systeemin (terapeutti ja perhe) sirkulaarisuuden välillä. Ero on ensimmäisen asteen kybernetiikan (observoidun systeemin kybernetiikan) ja toisen asteen kybernetiikan (observeivan systeemin kybernetiikan) välillä. Tomm tutkii terapeutin ja perheen muodostamaa systeemiä ja määrittelee sirkulaarisuuden uudelleen terapeutin ja perheen dynaamiseksi ja strukturaaliseksi liittymiseksi, joka mahdollistaa terapeutin tekemän havaintoja perheen vuorovaikutuksen eroista. Siihen sisältyy, että terapeutti tarkkailee jatkuvasti myös omia reaktioitaan vuorovaikutuksessa perheen kanssa. Mitä taitavammin terapeutti osaa observeida perheen ja omaa käyttäytymistään, sitä paremmin terapeutin reaktiot sopivat perheen reaktioihin ja sitä läheisemmäksi tulee yhteistoiminta perheen ja terapeutin välillä.

Neutraalisuus on Tommin (1987a) mielestä vaikea perhehaastattelun periaate siinä mielessä, että terapeutin on mahdotonta pysyä ehdottoman neutraalina, puolueettomana. Sillä silloin, kun terapeutti toimii, hän ei ole neutraali tuon toiminnan suhteen. Tomm puhuu "välipitämättömästä neutraalisuudesta" tai "hyväksyvistä neutraalisuudesta". Hän on myös sitä mieltä, että neutraalisuus ja strateginen ajattelu ovat joskus vastakkaisia periaatteita. Cecchin (1987) ei pidä neutraalisuutta ja strategista ajattelua niinkään vastakkaisina, sillä hän kuvaa neutraalisuutta terapeutin uteliaisuuden luomukseksi. Uteliaisuus saa tutkimaan ja keksimään vaihtoehtoisia näkökulmia ja siirtoja terapiassa, ja erilaiset näkökulmat ja siirrot ruokkivat taas terapeutin uteliaisuutta. Neutraalisuus ja uteliaisuus liittyvät toisiinsa tavalla, joka saa esiin eroja vuorovaikutussuhteissa ja saa aikaan liikettä. Uteliaisuus ruokkii myös hypoteesien tekoa ja sirkulaarisuutta. Cecchin on korostanut (Praham perheterapiakongressi 11.5.1987), että neutraalisuus on nimenomaan terapeutin positiivista uteliaisuutta (Tommin käsite "hyväksyvä neutraalisuus") perheen systeemiä kohtaan.

Edellä mainitut terapeutin yleisperiaatteet kuvaavat strategista ajattelua perheen haastattelussa. Strateginen ajattelu voi heijastua myös spesifisemmin teoissa, joita terapeutti suorittaa istunnossa:

Refleksiivisellä kyselyllä Tomm (1987b) tarkoittaa sellaista interventiivistä haastattelutapaa, joka mahdollistaisi asiakkaan tai perheen luomaan itse uusia ajattelu- ja käyttäytymismuotoja itselleen. Terapeutti kysyy sellaisia kysymyksiä, jotka mahdollistavat paranemisen. Ajatellaan, että refleksiivisyys perheen omassa uskomusjärjestelmässä olevien merkitystasojen välillä saa tämän aikaan.

Kysymyksillä on myös vaikutuksia terapeuttiin. Lineaariset kysymykset saattavat lisätä terapeutin lineaarista ajattelua ja tuomitsevuutta; sirkulaariset kysymykset taas neutraalisuutta ja hyväksyvämpia asenteita. Strategiset kysymykset voivat herättää helposti vastakkainasetteluja perheen ja terapeutin välillä ja refleksiiviset kysymykset voivat lisätä terapeutin luovuutta.

Tomm (1988) muistuttaa kuitenkin, että terapeutin tarkoitukset hänen kysyessään kysymyksiä eivät koskaan takaa mitään spesifejä vaikutuksia asiakkaissa. Se, mitä perheelle tapahtuu, riippuu aina sen oman organisaation ainutkertaisesta rakenteesta kunakin hetkenä. Kysymysten vaikutukset ovat aina ennustamattomia.

Boscolon ja Bertrandon (1992) mukaan systeemillä on historian- sa, menneisyytensä, jotka määrittelevät nykyisten tapahtumien merkitykset. Menneisyyden ja tulevaisuuden ongelmat esiintyvät nykyisyydessä. Mutta nykyisyyden ulkopuolella ei ole ongelmia, vaan ne ovat ongelman muistoja menneisyydestä tai mahdollisia ongelmia tulevaisuudessa. Siten nykyisyydessä voidaan tutkia menneisyyttä ja menneisyyttä voidaan sommitella uudelleen osana menneisyyden, nykyisyyden ja tulevaisuuden vuorovaikutusta. Terapeutti toimii terapeutin ja perheen muodostamassa systeemissä siten, että yhdessä voidaan luoda uusia, vaihtoehtoisia kertomuksia. Koska ensimmäisellä terapiakerralla tehdyt interventiot luovat uuden systeemin, joka on erilainen kuin aikaisempi, jokainen istunto on "ensimmäinen". Jokainen istunto kertoo eri kertomuksen. Systeemiä pidetään itsenäisenä kokonaisuutena, joka rakentaa itselleen tulevaisuutta. Hypoteettiset ja tulevaisuuteen suuntautuneet kysymykset virittävät uusia näköaloja ja mahdollisuuksia ja ovat kaikista sirkulaarisista kysymyksistä Boscolon ja Bertrandon mukaan niitä, jotka antavat perheessä sysäyksen muutokseen.

5.5 Yhteenveto perheterapioista skitsofrenian hoitomuotona

Edellä kuvatut erilaiset perheterapiasuunnat ovat saaneet vaikutteita toisiltaan, niissä on yhtäläisyyksiä ja eroja, ja kaiken lisäksi ne muuttuvat jatkuvasti. Psykodynaaminen perheterapia on muuttumisessaan ollut maltillisempi; kyberneettisiin ajatuksiin perustuvat perhetera-

piasuunnat ovat viime vuosikymmenen kuluessa vaihtaneet näkökulmaa toisen asteen kybernetiikkaan ja edelleen sosiaaliseen konstruktionismiin. Anderson ja Goolishian (1988) pitävät tätä muutosta jopa paradigman muutoksena, jossa painopisteen siirtyminen struktuureista kieleen muuttaa tutkimuskohdetta ja käsitystä totuudesta. Lievempiä perheongelmia käsiteltäessä näkökulman vaihto pelkästään kielellisiksi merkityksiksi voi olla hyödyllistä, mutta vaikeampien ongelmien, kuten skitsofrenian ymmärtämisessä ja hoidossa näkökulma tuntuu liian kapealta. Voidaan kysyä, onko esim. perheväkivaltaan liittyvä pelko ja kauhu, tai vanhempien menettämisen aiheuttama ahdistus selitettävissä ja muutettavissa pelkästään kielellisten merkitysten avulla. Skitsofreniaan liittyy sellaista käyttäytymistä ja kokemusta, jonka selittämiseen ja muutokseen pelkkä kielellinen merkitysten muutos ei ehkä riitä (esim. suhde lääkitykseen ja käsitys harhoista ja todellisuudesta). Kohtaavatko terapeuttien kielelliset systeemit riittävästi perheiden kokemusmaailman?

Terapiasuuntausten "tehokkuutta" esim. skitsofreniapotilaiden perheille on vaikea arvioida, sillä jo sairauskäsityksiltään ne poikkeavat toisistaan. Onnistumisen kriteerit ovat erilaiset, ja tutkimukset ovat usein esitettyinä tapausselostuksina. On myös erilaisia näkökantoja, miten "puhtaana" tiettyä terapiasuuntaa voidaan tai on tarpeen käyttää käytännön tilanteessa. Mm. Aaltonen ja Räcköläinen (1988), Wynne, McDaniel ja Weber (1986) ja Bond ja Steinberg (1988) korostavat, että terapeutin oman, hoitoa ohjaavan mielikuvan kannalta on eduksi, jos hän pystyy ylittämään teoriakokonaisuuden rajoja perheterapiassa. Bond ja Steinberg ovat sitä mieltä, että esim. ilmiöiden käsitteellistäminen psykodynaamisella tavalla auttaa pääsemään vaikuttavampiin metafooreihin ja interventioihin strategisessa perheterapiassa. Erilaisia perhekeskeisiä lähestymistapoja voidaan tarkastella kehämäisesti toisiinsa liittyvinä; mm. Wynne, Weber ja McDaniel (1986) tarjoavat perheterapiakäsitteen sijaan käsitettä systeemin konsultaatio. Systeemin konsultti tarkastelee vuorovaikutuskokonaisuutta, jossa on ongelma.

6 TUTKIMUKSEN ONGELMAT

Tarkoituksena oli tutkia perheen kontekstissa nuoren sairastumista skitsofreeniseen häiriöön. Ensin lähdettiin tarkastelemaan sairastuneen nuoren eriytymisen ja yksilöitymisen vaikeutta perheessä. Havaintojen myötä syntyi uusia kysymyksiä, jotka viittasivat psykodynaamisiin perheteorioihin, vaikka perheitä haastateltiin ja hoidettiin milanolaisen, systeemisen perheteorian antamien virikkeiden mukaan. Lähinnä eriytymisen ja yksilöitymisen tutkimisessa tukeuduttiin psykodynaamiseen käsitteistöön, perheen hoidon tarkastelussa taas systeemiseen perheteoriaan. Ongelmina oli, miten käytännön avohoidon perheterapeuttisessa kontekstissa ilmenevät seuraavat asiat:

1. Nuoren tila ja asema
 - 1.1. Nuoren yksilöityminen ja eriytyminen
 - 1.2. Nuoren asema perhesysteemissä
 - 1.3. Samastumisen, sukupuoli-identiteetin ja oidipaalisien kolmiosuhteen ongelmat
2. Erot tyttöjen ja poikien välillä
3. Muutokset kahden vuoden seuruuajana.

7 TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN JA METODISET RATKAISUT

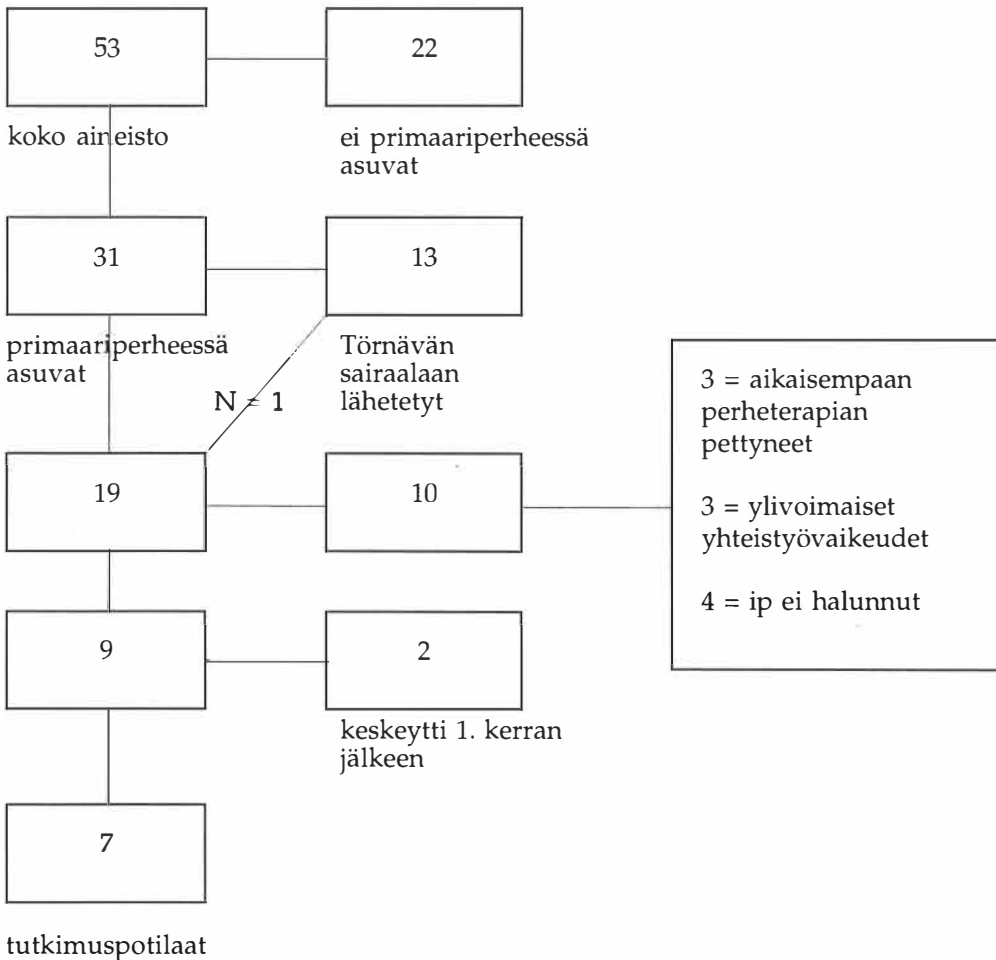
7.1 Tutkimusperheiden valinta

Kun valtakunnalliseen skitsofreniaprojektiin kuuluvaan Uusien skitsofreniapotilaiden seurantatutkimukseen (USP) (Salokangas ym. 1985, 1987, 1988) seuloittiin uusia potilaita 1.3.1983 - 28.2.1984, pyydettiin samanaikaisesti Keski-Suomen alueen mielenterveystoimistoiden ja sairaaloiden henkilökuntaa esittämään perheterapiasta hyötyville potilailleen mahdollisuutta osallistua perheterapiaan. Hoitoyksiköille oli lähetetty kirjallinen suositus, jossa ehdotettiin, että tutkimuspotilaiksi voisivat päästä sellaiset potilaat perheineen, jotka olivat alustavasti diagnosoitu skitsofreniapotilaiksi tai heillä oli ilmennyt psykoosi tai psykoosin uhkaa. Lisäksi tähän tutkimukseen tulevien potilaiden tuli asua vanhempiensa tai toisen vanhempansa kanssa, sillä haluttiin tutkia nimenomaan potilasta primaariperheensä kanssa. Iältään potilaiden tuli olla 15 - 45-vuotiaita, kuten USP-tutkimuksessakin. Potilaiden tuli olla lisäksi ensi kertaa skitsofrenian tai sen epäilyn vuoksi hoidossa julkisen terveydenhuollon erikoistason psykiatrisessa hoitopaikassa.

Keski-Suomen alueelta tuli vuoden aikana hoitoon yhteensä 53 potilasta, joilla arveltiin olevan skitsofreeninen häiriö. Puoli vuotta kestäneen diagnostisen seurannan aikana kuitenkin näistä alustavasti seuloituista uusista potilaista vain 39 täytti skitsofrenian diagnostiset kriteerit. USP-tutkimuksessa skitsofrenialla tarkoitettiin DSM III-diagnostiikan (DSM III-työryhmä 1982) mukaan skitsofreenista, skitsofreniformista tai skitsoaffektiivista häiriötä. Diagnoosin teki potilasta hoitanut lääkäri. Diagnooseista tehtiin vielä USP-tutkimuksessa kontrollitutkimus, jossa

hoidon ulkopuolinen lääkäri teki diagnoosin potilaiden hoitokertomusten perusteella.

Vaikka tämän tutkimuksen mielenkiinnon painopiste oli skitsofreenisen häiriön tarkastelu perheen kontekstissa, ei perheterapiaan tullutta, vaikeasta pakkoneuroosista kärsivää potilasta karsittu tutkimuksesta pois, koska hänet otettiin myös USP-seurantaan. Hän sai myös persoonallisuushäiriö-diagnoosin toisella akselilla: psykoosi-irteinen persoonallisuus (schizotypal). Hänen tilansa voitiin mieltää lisäksi Eriksonin (1975b) tarkoittamaksi identiteettidiffuusioksi. Samoin tutkimukseen otettiin mukaan potilas, joka hoitoon tullessaan oli 1,5 kk alle 15-vuotias, mutta muutoin täytti USP-projektiin kuulumisen vaatimukset. Kaikkiaan ensimmäiseen perhehaastatteluun tuli 9 potilasta, joista 7 perhettä jatkoi istuntoja ensimmäisen haastattelun jälkeen (kuvio 1).



KUVIO 1 Tutkimuspotilaiden valikoituminen

USP-tutkimukseen mukaan tulleista 53 uudesta potilaasta asui primaariperheessään 31 potilasta. Heistä 13 sai ensimmäisen hoitokontaktin Keski-Suomen läänin ulkopuolella sijaitsevassa Törnävän sairaalassa, jonne etäisyyden vuoksi ei voitu ulottaa tämän tutkimuksen perhehoitoa. Pääasialliset syyt näin suureen katoon ovat ensinnäkin Keski-Suomen psykiatrisen hoito-organisaation tuonaikaisessa alueellisessa ja organisatorisessa laaja-alaisuudessa: On ymmärrettävää, että perheet eivät pitäneet akuuttihoidon jälkeen erityistä perheterapiaa välttämättömänä, varsinkaan, kun potilaan ensihoitajat jäivät satojen kilometrien päähän sairaalaan. Keski-Suomen läänissä sijainneet sairaalat olivat myös eri organisaatiota kuin tämän tutkimuksen hoitopaikka.

Toinen potilaita karsinut seikka oli ilmeisesti tuolloin vallinnut hoitokulttuuri: Keski-Suomen mielisairaanhuoltopiirissä vallitsi pääasiassa yksilökeskeinen hoitokulttuuri, vaikka nuorisopsykiatrian poliklinikalla ja osastolla jo tehtiin paljon perhekeskeistä työtä. Ilmeisesti yksilökeskeisyys hoidossa kuitenkin vallitsi aikuispsykiatrisissa yksiköissä. Kun vertailtiin USP-tutkimuksessa primaariperheiden tapaamisia perustutkimuksen yhteydessä, oli Keski-Suomen primaariperheessään asuvilla potilailla perheen yhteistapaamisia vain 45,5 %:lla, kun taas esim. Turun kaupungin mielisairaanhuoltopiirissä niitä oli 80,6 %:lla. Keskimäärin kaikissa tutkimuksen osallistuvissa mielisairaanhuoltopiireissä perhetapaamisia oli 66,8 %:lla potilaalla (Salokangas ym. 1987). USP-projekti oli lähtökohdiltaan perhekeskeinen, joten siihen osallistumisen olisi jo pitänyt suunnata hoitoa perheiden tapaamiseen. Koska hoitokulttuuri oli yksilökeskeinen, ja organisaatio monimutkainen, ei ole ihme, että ensimmäisen avun saatuaan potilaat ja ehkäpä hoitava henkilökuntakin saattoivat pitää perheterapiaan hakeutumista perheelle ylimääräisenä hankaluutena. Kymmenestä kieltäytyneestä potilaasta neljä ei halunnut ottaa perhettä mukaan, kolmen potilaan perhe oli ollut aikaisemmin perheterapiassa muissa hoitopaikoissa, eikä nyt halunnut enää jatkaa. Kolmen perheen haastatteluyritykset olivat kaatuneet jo aikaisemmin yhteistyövaikeuksiin; pelättiin syyttelyä, tai ei mielletty sairautta ollenkaan psyykkiseksi. Tilanne oli siis hyvin erilainen kuin esim. Tuorin (1987) tutkimuksessa, jossa naimisissa olevista skitsofreniapotilaista perheterapiaan osallistui 75 % potilaiden perheistä. Potilaat olivat yhdestä sairaalasta, jossa hoitokulttuuri oli jo pidemmän aikaa ollut perhekeskeinen. Potilaat olivat lisäksi akuutissa kriisissä, jolloin hoitoon halukkuus on suurimmillaan.

Tähän tutkimukseen tulleet potilaat olivat enimmäkseen jo selvinneet psykoosistaan joko sairaalahoidossa (4 potilasta) tai avohoidossa (3 potilasta). Perheterapia aloitettiin akuutin hoidon jälkihoitona, kun oireisto oli jo hieman rauhoittunut. Kahden potilaan perheterapia aloitettiin sairaalassa. Tutkimusperheiden potilaat olivat 14 - 28-vuotiaita. Kaikki perheet olivat ehjiä. Potilaista 4 oli opiskelijoita tai koululaisia ja 3 oli juuri astumassa työelämään.

Puolen vuoden kuluttua sairastumisesta tehdyn varmistusdiagnoosin mukaan neljällä potilaalla oli skitsofreenistyyppinen psykoosi (295.40) ja kahdella hajanaistyyppinen skitsofrenia (295.11). Yksi potilas sai diagnoosikseen pakkoneuroosin (300.30), mutta toisella akselilla lisäksi diagnoosin psykoosipiirteinen persoonallisuus (schizotypal) (301.22), joten pidettiin perusteltuna ottaa hänetkin tutkimukseen mukaan, varsinkin kun alkuhypoteesina sairaalassa oli ollut joko persoonallisuushäiriö tai preskitsoidinen tila.

Neljän perheen jompi kumpi vanhemmista oli ollut aikaisemmin tai parhaillaan psyykkisten syiden vuoksi hoidossa. Hoidot olivat tapahtuneet lähes kaikki avohoidossa; vain yhden perheen äiti oli ollut myös sairaalahoidossa. Tutkimuspotilaista neljä oli ollut ennen tutkimukseen tuloaan yksilöhoidossa; heistä kaksi melko pitkään. Perheterapia oli useimmissa tapauksissa potilaan tärkein hoitomuoto tutkimusajana lääkehoidon ohella. Kaikilla potilailla oli hoidon jossain vaiheessa neuroleptilääkitys, ja he kävivät myös lääkärin vastaanotoilla yksilökäynneillä. Yksi potilas kävi perheterapian ohella yksilöterapiassa, ja perheterapiaistuntoja pidettiinkin tämän perheen kohdalla vain kolme; kolmas oli kahden vuoden seurantakäynti. Perheet kävivät perheterapiassa 2 - 11 kertaa ja seurantakäynnillä kahden vuoden kuluttua ensimmäisestä hoitokontaktista.

7.2 Tutkimuspotilaiden vertailu muihin skitsofrenia-projektin potilaisiin Keski-Suomessa

Tutkimuspotilaita (N = 7) verrattiin hoidon alussa muihin, vielä primaariperheessään asuviin, mutta ei perheterapiaan osallistuneisiin potilaisiin (N = 24) ja potilaisiin, jotka jo asuivat muualla kuin primaariperheessään (N = 22). Vertailu tehtiin USP-tutkimuksessa käytettyjen kyselylomakkeiden avulla (Salokangas ym. 1985) keskittyen sellaisten muuttujien prosenttijakautumiin, jotka kuvasivat potilaan itsenäisyyden, yksilöitymisen ja eritymisen kehitystä, sekä potilaan vanhempia, työtä, elämän päämääriä, psyykkistä tilaa ja oireistoa kuvaaviin muuttujiin (liite 1: liitetaulukot 1 - 31). Tietokoneajot suoritettiin Tampereen yliopistossa osana USP-projektia. Merkitsevyytestauksena käytettiin Pearsonin Khin neliötä.

Ryhmien vertailuun tulee suhtautua kriittisesti, sillä tutkimuspotilaiden ryhmä oli kovin pieni; N = 7. Vertailua voidaan pitää kuitenkin suuntaa-antavana sen suhteen, poikkesiko tutkimusryhmä muista potilaista niin, että tulosten yleistettävyys olisi selvästi kyseenalaista.

Älttäen tutkimuspotilaat ja muut primaariperheessään asuvat potilaat olivat enimmäkseen 15 - 24-vuotiaita, kun taas jo kotoa lähte-

neet olivat vanhempia, enimmäkseen 25 - 34-vuotiaita ($p < 0.001$). Tutkimuspotilaat ja muut kotona asuvat olivat naimattomia, kun taas jo kotoa lähteneistä hieman yli puolet oli naimisissa ($p < 0.0001$). Perus- ja ammattikoulutuksessa ei ollut eroja. Tutkimuspotilaiden enemmistö oli opiskelijoita, muut kotona asuvat opiskelijoita tai työttömiä, enemmistö kotoa lähteneistä oli työssä kodin ulkopuolella ($p < 0.01$). Vanhempien sosiaaliluokka (Helsingin kaupungin käyttämä sosiaaliryhmitys) ei poikennut merkitsevästi ryhmissä, mutta lievää tendenssiä oli olemassa, että tutkimuspotilaiden vanhempien sosiaaliluokka painottui II:een ja I:een, muiden kotona asuvien II:een ja III:een ja jo kotoa lähteneitten IV:een ja III:een (tosin 27,3 %:sta ei ollut tietoa tässä ryhmässä). Eroja ei myöskään ollut ryhmien välillä vanhempien eronneisuudessa. Enemmistö vanhemmista ei ollut eronnut. Enemmistöllä vanhemmista ei ollut psyykkisen häiriön vuoksi hoitoja, vertailua ryhmien välillä haittasi kuitenkin jo kotoa lähteneiden ryhmässä se, että tietoa ei oltu saatu yli 30 % vanhemmista.

Kun tarkasteltiin potilaan ulkoista suhdetta primaariperheeseen, kummastakin kotona asuvasta potilasryhmästä osa oli ollut perheestään erossa lyhyehköjä ajanjaksoja (vähintään kuukauden), enemmistö muualla asuvista piti primaariperheeseensä edelleen yhteyttä ($p < 0.0001$). Myös potilaiden sisäinen, psykologinen suhde primaariperheeseen poikkesi ryhmissä; enemmistö kotona asuvista oli psykologisesti joko tiukasti tai edelleen primaariperheessään kiinni, kotoa lähteneistä puolet kuvattiin psykologisesti primaariperheestään irrottautuneiksi ($p < 0.001$). Potilaiden suhde isään oli kotona asuvilla pääasiassa ambivalentti (toisaalta riippuvainen, toisaalta riippuvuutta vastustava), kotoa lähteneillä joko ei ollut isää tai suhde oli tavallinen ($p < 0.10$). Kotona asuvien suhde äitiin oli pääasiassa joko ambivalentti tai riippuvuusuhde, kotoa lähteneiden suhde oli useimmiten joko tavallinen tai heillä ei ollut äitiä ($p < 0.10$). Enemmistö kotona asuvista ei myöskään seurustellut, sensijaan kotoa lähteneistä enemmistö joko oli naimisissa tai seurusteli säännöllisesti ($p < 0.0001$). Kotona asuvista suurin osa ei vielä ollut työelämässä tai ei kunnolla ollut päässyt työelämään kiinni, kotoa lähteneistä taas suurin osa oli melko hyvin työelämässä kiinni ja osa jopa hyvin ($p < 0.01$). Psykoottisten oireiden, psyykkisen tilan tai työkyvyn suhteen ryhmät eivät poikenneet merkitsevästi toisistaan sairastumisen alkuvaiheessa.

Keski-Suomen skitsofreniaprojektiin tulleet potilaat jakautuivat tämän tarkastelun mukaan kahteen erilaiseen ryhmään: toisaalta vielä kotona asuviin, iältään nuorempiin, itsenäistymiskehityksessään kesken oleviin potilaisiin ja toisaalta iältään vanhempiin, omista vanhemmistaan riippumattomampiin, jo oman perhe- ja työelämän luoneisiin potilaisiin. Sensijaan tutkimuspotilaat ja muut kotona asuvat potilaat näyttivät varsin samankaltaisilta suhteessaan vanhempiin, työelämään, seurustelusuhteisiin, psyykkiseen tilaan, oireisiin ja elämän päämääriin.

Mitkään seikat eivät myöskään tue ajatusta, että tutkimuspotilaat ja -perheet poikkeaisivat ratkaisevasti muista USP-projektin kotona asuvista potilaista, joten tutkimustulosten voidaan varovaisesti arvioida olevan yleistettävissä yleensä Keski-Suomen mielisairaanhoidopiirissä USP-projektiin tullessiin, vielä kotona asuviin potilaisiin. Tämän tutkimuksen tulosten yleistettävyydessä tulee kuitenkin pitäytyä vain kotona asuviin, vielä suhteellisen keskeneräisessä itsenäistymiskehityksessä oleviin potilaisiin.

7.3 Tutkimusmenetelmät ja niiden valinnan perustelut

Tällä tutkimuksella on toimintatutkimuksen (Grönfors, 1982) tunnusmerkkejä siinä, että tutkija osallistui perheen terapiaan tavallisesti yhtenä terapeuttina ja pyrki yhdessä sekä hoitavan työryhmän että perheen kanssa ratkaisemaan tiettyjä perhettä koskevia ongelmia sekä saavuttamaan yhdessä perheenjäsenten kanssa asetetut tavoitteet ja päämäärät tutkimalla näiden ongelmien synty- ja ratkaisutapoja. Tutkija, työryhmä ja perhe tulkitsivat luonnollisesti tapahtumia ja havaintoja omien ajatustensa, omaksumiensa olettamusten ja teorioiden valossa.

Tutkimuksella ei kuitenkaan ollut päämääränä pelkästään vahvistaa havainnoin jo olemassa olevia käsityksiä, vaan tarkoituksena oli tutkia, löytyisikö perheiden vuorovaikutuksesta joitakin uusia näkökohtia. Mm. sosiologit Glaser ja Strauss (1974) kutsuvat havaintomateriaalin perusteella luotua teoriaa "pohjustusteoriaksi" (grounded theory). Teorian luominen havainnoista tarkoittaa sitä, että useimmat hypoteesit ja käsitteet eivät ainoastaan tule havainnoista, vaan niitä työstetään systemaattisesti suhteessa havaintoihin tutkimuksen kuluessa. Teorian luominen sisältää tutkimusprosessin.

Pohtiessaan biopsykiatrisen, psykoanalyttisen ja perheterapeuttisen tutkimuksen tiedonintressejä ja niiden suhdetta tutkimusmenetelmiin, Alanen (1984) toteaa, että biopsykiatrisessa tutkimuksessa tiedonintressi on luonnontieteellinen ja menetelmät ovat kokeellisia, mittaavia, tilastollisia ja päättely deduktiivista. Psykoanalyttisessa tutkimuksessa taas tiedonintressi on hermeneuttis- emansipatorinen, tutkimusmenetelmien luonne on dialogisesti havainnoivaa, tulkitsevaa ja päättely on induktiivista. Perheterapeuttisessa tai muussa systeemiteoreettisessa vuorovaikutustutkimuksessa tiedonintressi on systeeminen ja emansipatorinen ja tutkimusmenetelmät ovat kehäkeskeisesti havainnoivia, tulkitsevia ja päättely on samoin induktiivista. Hänen mukaansa psykoanalyttinen ja perheterapeuttinen tutkimus lähenevät luonteeltaan toisiaan ja molempien paradigmojen tuntemus on niiden alueella työskentelevälle tutkijalle hyödyksi.

Myös tutkimuksen eettiset näkökohdat puoltavat tulkitsevia tutkimusmenetelmiä. Olisi epäeettistä muodostaa potilaista kokeellisia tutkimusryhmiä hoitotavan mukaan, sillä jokaisen perheen ja potilaan tarpeet vaihtelevat ja muuttuvat yksilöllisesti koko ajan.

Tämä tutkimus on case-tutkimus ja sen ote on hermeneuttinen. Kvantitatiivinen data, jota on käytetty, on tarkoitettu tukemaan kvalitatiivista sisällönanalyysiä. Tässä tutkimuksessa käytettiin yksilöitymistä ja eriytymistä tarkasteltaessa lähinnä dynaamisen psykoterapiasuunnan käsitteitä ja perhekokonaisuuden tarkastelussa systeemisen perheterapi-an käsitteitä. Systeeminen perheterapia käsitettiin tätä tutkimusta aloitettaessa (1983) milanolaiseksi, vielä ensimmäisen asteen kybernetiikkaa ohjenuoranaan pitäväksi menetelmäksi. Eri teoriasuuntien käsitteet irrotettuna omasta teoriastaan eivät ehkä tässä tutkimuksessa merkitse täsmälleen samaa kuin alkuperäisessä yhteydessä (esim. psykoanalyttinen käsite oidipaali-ongelma muuntuu tässä tutkimuksessa "oidipaaliseksi kolmiosuhteeksi", joka ei tarkoita oidipaali-ian ongelmaa, vaan erityistilannetta sukupolvet ylittävässä salaisessa liittoutumassa kolmatta perheenjäsentä vastaan, kuten Haley (1959, 1977b) sen on määritellyt). Tällöin tullaan lähelle Verrosen (1986) käsitettä "metaforinen ekvivalenssi", jota voidaan käyttää silloin, kun tiettyjä metaforeja käytetään selventämään joitakin asioita teoriasta toiseen.

7.4 Tutkimusmenetelmät

Tutkimusmenetelmät haluttiin liittää mahdollisimman luontevasti normaalisti etenevään perheen hoitokäytäntöön, joka oli saanut vaikutteita milanolaisesta systeemisestä perheterapiasta. Haluttiin myös kokeilla erilaisia tutkimusmenetelmiä. Videonauhoitusten analyysia varten kehitettiin uusi, kokeileva menetelmä.

7.4.1 Tutkija ulkopuolisena havainnoijana

1. Jokaisesta perheterapiaistunnosta tehtiin mahdollisimman yksityiskohtaiset muistiinpanot alkaen terapeuttien etukäteissuunnittelusta tulevaa istuntoa varten. Lisäksi jokaisesta istunnosta kirjattiin Furniss'in, Bentovimin ja Kinstonin (1983) ehdottamalla tavalla (The Focal Therapy Record Sheet) hieman muuntaen (lisättiin perheenjäsenten yksilöitymiseen tähtäävä työskentely):

- Terapeuttien päämäärät istuntokerralla,
- asia, jota käsiteltiin eniten,
- työskentely, joka on yhteydessä perheenjäsenten yksilöitymiseen,

- työskentely, joka on yhteydessä ydinhypoteesiin (tässä tapauksessa systeemiseen hypoteesiin),
- menettelytavat ja tekniikat, joita käytettiin,
- edistymisen kriteerit,
- palautteet ja tapahtumat terapiaistuntojen välillä,
- selvästi näkyviin tulevat asiat ja muutokset ydinongelman muodostamisessa. Terapeutin näkemykset ja kokemat ongelmakohdat.

Näitä muistiinpanoja käytettiin lähinnä terapiaprosessin seuraamiseen.

2. Perheistunnot videoitiin n. joka toinen kuukausi. Seitsemästä tutkimusperheestä yksi kieltäytyi videoinnista. Videoinnit otostettiin (s. 68), kirjoitettiin episodikuvaukset (esimerkki yhdestä sivusta: liite 2) ja niistä muodostettiin muuttujat "puheenvuoroen hallitsevuus" (s. 70) ja "tunnesuhteiden jakautuminen perheessä" (s. 72), jolloin kvalitatiivinen vuorovaikutusaineisto muunnettiin kvantitatiiviseen muotoon. Lisäksi videointiotoksia käytettiin vapaamuotoisempaan laadulliseen tulkintaan.
3. Lisäksi voitiin käyttää arvioinnin apuna USP-tutkimuksessa käytettyjä lomakkeita (Salokangas ym. 1985), sillä tämän tutkimuksen perheet ja potilaat kuuluivat samalla valtakunnalliseen USP-projektiin. USP-projektissa kerättiin monipuolista arviointiym. tietoa potilaista heidän tullessaan hoitoon, sekä puolen vuoden, vuoden ja kahden vuoden kuluttua hoitoon hakeutumisesta.
 - USP-tutkimuksen lomakkeiden tiedoista otettiin tähän tutkimukseen mukaan sellaiset, joiden katsottiin liittyvän Bournen (1978a) ja Marcian (1966) ehdottamaan operationalisointiin nuoren objektisuhteista ja hänen yksilöitymis- ja eriytymiskehityksensä vaiheesta. Tällaisia olivat kysymykset ja arviot ulkoisesta ja psykologisesta suhteesta primaariperheeseen, suhteesta isään ja äitiin, sosiaalisista suhteista, harrastuksista ja heteroseksuaalisesta parisuhteesta (liite 3).
 - Ego-identiteetin tilaa kuvaavat sitoumukset ja asenteet elämään operationalisoitiin USP-lomakkeissa arviointeina menestymisestä työelämässä, ammatti-identiteetistä ja otteesta elämän päämääriin (liite 4).
 - Eriytymisen ja yksilöitymisen arvioimiseksi laskettiin tässä tutkimuksessa pistemäärät (minimi 8 p., maksimi 34 p.) seuraavien osioiden arvioinneista: Potilaan ulkoinen suhde (asuminen) primaariperheeseen, potilaan sisäinen psykologinen suhde primaariperheeseen, sosiaaliset suhteet, harrastukset, heteroseksuaalinen parisuhde, menestyminen työelämässä, ammatti-identiteetti, ja ote potilaan ikätovereille tärkeisiin elämän päämääriin ja tyydytysmuotoihin (liitteet 3 ja 4).
 - Potilaan tilan seurantaan käytettiin USP-lomakkeisiin sisältyviä GAS-asteikkoa (Global Assessment Scale; Endicott, Spitzer, Fleiss & Cohen, 1976) (liite 5), psykoottisten ja muiden oireiden esiintymisen arviota, sekä työkyvyn arviota (liite 6).

Nämä arviot teki hoitava työryhmä, joka saattoi olla varsinkin hoidon alkuvaiheessa joku muu kuin perheistuntoja vetävät henkilöt.

7.4.2 Perheistunnot - tutkija osana havainnoitavaa systeemiä

Tutkija pyrki osallistumaan perheiden hoitoon mahdollisimman tarkoituksenmukaisella tavalla. Yleensä tutkija oli perheistunnon toisena terapeuttina hoidosta vastaavan työryhmän lääkärin tai psykologin kanssa. Poikkeuksena oli kaksi perhettä, joiden hoidossa tutkija toimi vain tarkkailijana, koska työryhmät olivat jo valinneet terapeutit perhetapaamiin.

Tutkijan osallistumista perheterapiaistuntoihin voidaan tutkimuksen kannalta pitää samanaikaisesti sekä etuna että haittana: Haittana sitä voisi pitää tutkimuksen objektiivisuudelle, etuna taas siten, että tutkija saattoi omien havaintojensa kautta ymmärtää paremmin perheterapian tapahtumia. Aineiston keruu ja käsittely kietoutuivat siten tiiviimmin toisiinsa kuin kvantitatiivisessa tutkimuksessa, kuten kvalitatiivisessa tutkimuksessa yleensä tapahtuukin (Mäkelä, 1990). Jo aineiston keruuvaiheessa hoitava työryhmä ja siihen osallistunut tutkija tulkitisivat tapahtumia. Tutkijalla oli siten sekä välitön, kokemuksellinen suhde aineistoon, että jälkeinpäin yksin aineistoa analysoidessaan etäisempi suhde siihen. Samoin kuin Wahlström (1992) totesi tutkijan position muuttuneen terapeutista tutkijaksi deskriptioiden analyysivaiheessa, samoin kävi tämän tutkimuksen tekijälle samantapaisessa tutkimuspositiossa.

Terapeutit ja erityisesti työnohjaajamme olivat saaneet vaikutteita milanolaisesta, systeemisestä terapiasuunnasta sellaisena kuin se ymmärrettiin 1980-luvulla. Siitä terapiaistunnot saivat ulkoisen rakenteensa ja pyrkimyksen ymmärtää systeemisesti perheessä havaittuja ilmiöitä.

Vaikka tämän tutkimuksen kysymyksenasettelut muodostuivat psykodynaamisen perhetutkimuksen perusteella, ja perheiden haastattelu ja hoito sai enemmän vaikutteita systeemisestä terapiasuunnasta, ei tutkija pitänyt teoriasuuntien poikkeamia toisistaan ylipääsemättöminä esteinä tehdä tutkimusta juuri näin. Sillä tutkijan mielestä psykodynaaminen teoria oli tarpeen mm. potilaan yksilöitymisen ja eriytymisen tarkasteluun. Voidaan ajatella myös niin, että psykodynaaminen teoria antaa pohjaa ymmärtää sitä, miten nuoren sairastumiseen johtanut kehitys on tapahtunut, kun taas systeeminen teoria voi antaa tehokkaampia keinoja muutokseen perheessä. Korostaahan psykodynaaminen näkemys menneisyyttä, kehityshistoriaa ja näiden seikkojen yhdistämistä nykytilanteen tiedostamiseen. Systeeminen perheterapiamalli taas painotti nykyisyyttä, perheenjäsenten käyttäytymisen positiivista määrittelyä, terapeutin neutraalisuutta ja tehokkaita interventioita perheelle

annettujen palautteiden tai tehtävien avulla. Bond ja Steinberg (1988) pitävät myös psykodynaamisen käsitteistön käyttämistä hedelmällisenä esim. strategisen terapian yhteydessä.

Tässä tutkimuksessa liikuttiin myös lineaaristyyppisen selitysmallin (isät-pojat, äidit-tyttäret), (joskaan ei puhtaasti, vaan vastavuoroisen) ja systeemisen selitysmallin (äidit-lapset-isät-äidit) taitekohdassa.

Systeemisen terapiasuunnan mukaisesti ennen jokaista perheistuntoa terapeutit ja työnohjaaja neuvottelivat tulevan istunnon kulusta. Suunniteltiin perheen haastattelua ja muodostettiin alustavia hypoteeseja ja perheen systeemistä. Työnohjaajana toimi erityistason perheterapia-koulutuksen saanut psykologi. Hän seurasi lähes jokaista perheistuntoa joko televisioruudun tai yksisuuntaisen peili-ikkunan takana. Jos hän havaitsi terapeuttien tarvitsevan apua työssään, hän saattoi puhelimitse antaa lisäehdotuksia istunnon kulkuun. Perheelle oli ennen jokaista istuntoa esitelty koko hoitava työryhmä ja kerrottu heidän osallistumisestaan hoidon suunnitteluun. Joskus saattoi työnohjaajan kanssa istuntoa seurata työryhmässä harjoitteleva opiskelija tai aikaisemmin perheenjäsenä hoitanut henkilö. Perheeltä pyydettiin myös lupa osallistua tutkimukseen ja videointiin. Yksi perhe kielsi videoinnin.

Terapeutit vuorottelivat yleensä istuntojen aktiivisempina osapuolina, jolloin toinen terapeutti toimi avustajana. Jos toinen terapeuteista oli hoitanut potilasta aikaisemmin yksilöterapeuttisesti, aktiivisempina terapeuttina toimi silloin istunnossa potilaalle vieraampi, neutraalimpi henkilö. Terapeutit pyrkivät olemaan systeemisen terapiasuunnan mukaisesti mahdollisimman neutraaleja perheen kanssa työskennellessään. He eivät juuri ottaneet kantaa, välttivät suorien ohjeiden antamista, eivätkä pyrkineet aktiivisesti muuttamaan tai korjaamaan perheen vuorovaikutusta keskustelutilanteessa. Mahdollisuus perheen systeemin muuttumiseen pyrittiin tuomaan esiin tavalla, jolla perheelle esitettiin kysymyksiä (sirkulaariset kysymykset) (Selvini-Palazzoli ym. 1980) ja istunnon lopussa annetulla palautteella, jossa terapeuttien ja havainnoivan työnohjaajan mielipide tuli esiin. Palaute sisälsi työryhmän tulkinnan esillä olleesta ongelmasta perheen systeemissä.

Haastattelun ja keskustelun päätyttyä (n. 30 - 45 min) työryhmä piti neuvottelutauon, joka pisimmillään kesti puoli tuntia. Neuvottelutauon aikana työryhmä keskusteli perheen ongelmista, muodostettiin systeemistä hypoteesia ja perheelle annettava palaute. Palaute ja systeemisen hypoteesin muodostamisessa työnohjaajalla oli keskeinen rooli ja hänen näkemyksensä auttoi tutkijan kokemuksen mukaan myös terapeutteja näkemään ongelmaa laajemmin. Perheen voimattomuus ongelman edessä tarttui helposti myös terapeutteihin. Työnohjaajan avulla rakennettu jäntevä systeeminen hypoteesi auttoi tutkijan mielestä selkeyttämään tilannetta, terapeutit näkivät paremmin perheen voimavaroja ja voimattomuuden tunne lieveni.

Perheelle annettu palaute istunnon lopuksi syntyi työryhmässä

(vähintään kolme henkilöä) yllättävän yksimielisesti. Päälinjoista oltiin yleensä yhtä mieltä. Tämä kuvanee perheen tilanteesta tehtyjen havaintojen suhteellisen hyvää luotettavuutta. Kun palaute sisälsi paradoksaalisia piirteitä (ns. pragmaattinen paradoksi; Weeks & L' Abate, 1987), se otettiin mukaan vain, jos terapeuteistakin tuntui, että paradoksi systeemisestä näkökulmasta sopi tilanteeseen. Palautteet sisälsivät myönteisiä kannanottoja perheestä ja tapahtumista liittyen perheestä tehtyyn systeemiseen hypoteesiin.

Perheelle annetun palautteen jälkeen istunto pyrittiin lopettamaan mahdollisimman pian, kuten milanolaisessa terapiassa. Yleensä näytti siltä, että perhe hyväksyi työryhmän myönteisen palautteen, vaikka siihen saattoi sisältyä täysin perheenjäsenten ajattelusta poikkeavia näkökohtia. Hyvin usein palautteen jälkeen työryhmän loppukeskustelussa oli toiveikas tunnelma ja tuntui, että työryhmä oli saanut selvennettyä sekä itselleen että perheelle oleellista ja positiivista alkuun melko sekavasta ja vaikean tuntuaisesta tilanteesta.

7.5 Tutkimusaineiston analysointi

7.5.1 Videoidut vuorovaikutusotokset

Kertynyt videonauhamateriaali muokattiin käsiteltävään muotoon. Videonauhoituksia oli kertynyt yhteensä 25:stä, n. 1,5 tunnin istunnosta, mikä merkitsi lähes 40 tunnin nauhoitusohjelmaa. Tämä otostettiin tarkemman analyysin kohteeksi siten, että kustakin perheestä valittiin enintään 4 istuntokerran nauhat (ensimmäinen nauhoitus, hoidon keskiväliltä oleva nauhoitus, viimeisen hoitokerran nauhoitus ja 2-vuotis-seurantakäynnin nauhoitus).

TAULUKKO 1 Perheiden käyntikerrat, videointikerrat ja tarkemman analyysin kohteeksi valittujen videonauhoitusten lukumäärä.

Perheen no.	Käyntien lukumäärä	Videoidut käynnit	Vuorovaikutus-otokset
1. T3	3	2	2
2. P1	11	7	4
3. P4	7	5	4
4. P2	7	7	4
5. P3	7	1	1
6. T2	5	-	-
7. T1	4	2	2

Perheen no 5 hoito oli jo loppupuolella, kun tutkija tuli mukaan. Perhe no 6 ei suostunut videointeihin.

Otokset kopioitiin alkuperäisiltä videonauhoilta toisille ohjelmoiden, jotta ne oli helppo löytää tarvittaessa videolaitteen hakulaitteella. Otokset muodostettiin valituista käyntikerroista seuraavien periaatteiden mukaan:

1. Otos videonauhan alusta muutaman minuutin ajan. Usein se sisälsi terapeuttien kyselyä perheen kuulumisista ja perheen kertomia ajankohtaisia asioita.
2. Muutaman minuutin pituinen kontrolliotos 10 min kuluttua nauhan alusta.
3. Valikoiden muutaman minuutin pituinen otos tutkijan mielestä mielenkiintoisesta aiheesta.
4. Muutaman minuutin pituinen kontrolliotos 20 min kuluttua istunnon alkamisesta.
5. Muutaman minuutin pituinen otos tutkijan mielestä mielenkiintoisesta aiheesta.
6. Terapeuttien antama palaute perheelle.

Otosten pituudeksi otettiin liukuva aika "muutama minuutti" sen vuoksi, että otosten pituuden määräsi puheena olevan asiakokonaisuuden pituus. Ei haluttu määrätä pituutta jäykästi ennalta tietyn ajan kestoiseksi, koska silloin esillä oleva asiakokonaisuus olisi voinut katketa kesken. Otoksista pyrittiin saamaan kuitenkin melko lyhyitä. Otokset vaihtelivat 1'50" - 15'25". Pisimmät otokset olivat yleensä terapeuttien palautteita perheelle. Tutkijan mielestä "mielenkiintoisia" aiheita olivat sellaiset, jotka kuvasivat hyvin perheen vuorovaikutusta, tai joissa käsiteltiin tärkeitä sairastumiseen liittyviä asioita. Kovin vapaasti valittavia nämkään otokset eivät olleet, sillä kontrolliotosten sidonnaisuus aikaan määritteli myös vapaasti valittavien otosten paikan melko tarkasti. Kontrolliotokset otettiin mukaan siksi, että tutkijan oma teoreettinen näkemys ei pääsisi liiaksi vaikuttamaan otosten valintaan. Käytännössä kävi kuitenkin usein niin, että kontrolliotokset olivat tutkijan mielestä yhtä mielenkiintoisia aiheeltaan kuin vapaastikin valitut otokset.

Tutkija itse kirjoitti kaikki vuorovaikutusotokset videonauhalla. Vaikka tämä työvaihe vei paljon aikaa, nauhojen katselu moneen kertaan helpotti ilmiöiden analyysia. Joskus nauhojen äänen toisto oli sen verran heikkoa, että ulkopuolinen henkilö ei aina olisi saanut puheista selvää.

Vuorovaikutusotosten kirjaamisessa yritettiin kuvata myös perheenjäsenten nonverbaalisia reaktioita, mutta se oli usein melko tulkinanvaraista, koska kamera oli ollut istuntoa videoitaessa suhteellisen kaukana. Kaukana paikoillaan olevasta kamerasta oli kuitenkin se hyöty, ettei tarvittu erillistä kuvaajaa, ja perhe oli koko ajan kokonaisuutena kameran edessä. Perheistuntoja videoitaessa usein erillinen kuvaaja saattaa ottaa lähikuvaa puhujan ilmeistä ja eleistä, mutta samalla mene-

tetään mahdollisuus nähdä muiden perheenjäsenten reaktiot puhujan mielipiteeseen.

Tässä tutkimuksessa pyrittiin tarkkailemaan toimintakokonaisuuksia, joita olivat esim. perheenjäsenten puheenvuorot, heidän reaktionsa toisten esille ottamiin asioihin jne. Koska tavoitteena oli vuorovaikutuksen kirjaaminen siten, että vastavuoroisuus ja jatkuvuus henkilöiden välisessä käyttäytymisessä voitiin säilyttää, otettiin analyysin kohteeksi episodikuvaus (Forgas, 1979; Lepistö & Nieminen 1981; Lyytinen, Rasku-Puttonen & Takala, 1982). Episodikuvaukset alistettiin edelleen erittelysäännöille, kuten Ehrnrooth (1990) kuvaa kvalitatiivisen aineiston hajottamista analyysia varten. Tässä tutkimuksessa se tehtiin puheenvuorojen hallitsevuuden ja tunnesuhteiden jakautumisen analysoimiseksi. Kvalitatiivinen aineisto muunnettiin siis kvantitatiiviseen muotoon. Lähestymistapa on Glaserin ja Straussin (1974) mukaan toinen perinteinen lähestymistapa kvalitatiivisen aineiston analyysissa. Toinen on impressionistisempi, vapaamuotoinen päättely.

7.5.1.1 Puheenvuorojen hallitsevuus

Episodikuvauksista tutkittiin perheenjäsenten puheenvuorojen hallitsevuutta. Puheenvuorojen hallitsevuuden ajateltiin antavan tietoa perheenjäsenten tasavertaisuudesta, valtasuhteista ja perheenjäsenten yksilöitymisestä; esim. kuka perheessä puhuu useimmin, kuka puhuu spontaanisti, kuka vastailee pääasiassa vain kysymyksiin, kuka puhuu toisten puolesta jne. Yleistyssääntöinä (Ehrnrooth, 1990) analysoidusta materiaalista pidettiin: Jos perheessä joku on hallitsevassa roolissa, hänen ajateltiin puhuvan useimmin ja muidenkin puolesta. Perheenjäsenen taas ajateltiin olevan heikoimmin yksilöitynyt, mikäli hän ei puhuisi spontaanisti juuri mitään, tuskin vastaisi kysymyksiin omaa mielipidettään ilmaisten ja sallisi pääasiassa toisten perheenjäsenten puhua puolestaan. Esim. Eriksonin (1968, 1975a) "ego-identiteetin" läärkeimpinä merkkeinä voisivat olla Bournen (1978a) mukaan ilmaistut mielipiteet ja käsitykset elämästä ja arvoista. Myös esim. Stierlin ym. (1977) määrittelee puutteellisen yksilöitymisen perheessä siten, etteivät perheenjäsenet kykene rajaamaan omia toiveitaan, odotuksiaan, tunteitaan ja ajatuksiaan muiden ajatuksista.

Perheenjäsenten puhereaktiot jaettiin seuraaviin luokkiin kuuluvaiksi: a) ei vastaa kysymykseen, b) vastaa kysymykseen tai c) puhuu spontaanisti. Nämä kolme luokkaa saivat seuraavanlaiset koodit:

- 0 = ei vastaa kysymykseen
- 1 = vastaa yleisesti koko perheelle suunnattuun kysymykseen tai kehoitukseen puhua.
- 2 = vastaa jollekin perheen alaryhmälle (lapsille, vanhemmille tai esim. äidille ja pojalle) yhteisesti suunnattuun kysymykseen tai kehoitukseen puhua.

- 3 = vastaa isälle suunnattuun kysymykseen tai kehoitukseen puhua.
- 4 = vastaa äidille suunnattuun kysymykseen tai kehoitukseen puhua.
- 5 = vastaa ilmiopotilaalle suunnattuun kysymykseen tai kehoitukseen puhua.
- 6 = vastaa 1. sisarukselle suunnattuun kysymykseen tai kehoitukseen puhua.
- 7 = vastaa 2. sisarukselle suunnattuun kysymykseen tai kehoitukseen puhua.jne.
- 10 = aloittaa puheen spontaanisti tai jatkaa jonkun aloittamaa puhetta.

Spontaania puheen aloittamista tapahtui, kun perheenjäsen aloitti ilman kenenkään kehoitusta tai kysymystä puheen jostakin aiheesta tai jatkoi oma-aloitteisesti jonkun muun aloittamaa aihetta (esim. lisäsi toisen puheeseen omia näkemyksiään). Kysymykseen vastaaminen luonnollisesti edellytti joko terapeutin tai jonkun perheenjäsenen kysymystä. Yleensä terapeutit kyselivät eniten, joten luokituksessa ei eroteltu, kenen kysymykseen vastaus tuli, vaan lopuksi laskettiin perheenjäsenten tekemien kysymysten määrä erikseen, jotta nähtiin, miten usein perheenjäsenet kyselivät asioita toisiltaan. Myös sellaiset vastaukset, joita edelsi kehoitus puhua, kuten: "Sano nyt mielipiteesi!", luokiteltiin samaan kategoriaan kuin kysymykseen vastaamiset.

Jokainen perheenjäsen sai siis puhereaktiostaan jonkin koodin 0 - 10. Miinus-merkki tuli numerokoodin perään, jos puhe ei ilmaissut juuri mitään; esim. "En tiedä", "En osaa sanoa", "Vaikea sanoa". Yksilöitymisen arvioinnin kannalta tällaisten "mitäänsanomattomien" puheenvuorojen erottaminen todellisista puheenvuoroista oli tarpeen.

Siinä tapauksessa, että joku perheenjäsen lisäsi yleisesti kaikille suunnattuun kysymykseen kommentin: "Kuka vastaa?" "En minä ainaakaan!" tms. sai koodiksi 10 ja se, joka tämän jälkeen todella vastasi kysymykseen, sai koodiksi 1. Koska oli toisinaan pulmallista määritellä, milloin jonkun perheenjäsenen puhe olisi ollut määriteltävä erilliseksi puheenvuoroksi ja milloin taas saman puheenvuoron jatkoksi jonkun toisen välihuomautuksen jälkeen, laadittiin seuraava sääntö: Jos jonkun puheenvuoron välillä toinen perheenjäsen antoi ns. minimipalautteen (Nuolijärvi, 1990), "hmh", "aha", "ai", "joo", "vai niin", ei sen jälkeen jatkuvaa puheenvuoroa määritelty uudeksi puheenvuoroksi. Sensijaan, jos henkilöt puhuivat vuorotellen käyttäen enemmän ilmaisevia sanoja kuin yllämainitut, laskettiin jokainen toistaan seuraava puheenvuoro uudeksi puheenvuoroksi, vaikka se sisällöllisesti olisikin ollut samaa puheenvuoroa, jonka toinen välihuomautuksellaan katkaisi. Jos sama perheenjäsen jatkoi puhettaan pidettyään yli 3 sekunnin tauon, laskettiin tauon jälkeen seuraava puheenvuoro uudeksi puheenvuoroksi.

Vaikka minimipalautteet eivät riittäneetkään katkaisemaan toisen puheenvuoroa kahdeksi erilliseksi puheenvuoroksi, laskettiin ne kuitenkin puheenvuoroksi sille, joka minimipalautteen antoi. Kuvaahan se kuitenkin jonkinlaista aktiivisuutta osallistua keskusteluun.

Puheenvuorojen hallitsevuutta voisivat kuvata myös puhujan

äänen kuuluvuus, selkeys, sanotun mielipiteen varmuus ja puheenvuorojen pituus. Näitä seikkoja ei tässä analyysissä voitu kuitenkaan ottaa huomioon.

7.5.1.2 Tunnesuhteiden jakautuminen perheessä

Tutkimalla tunnesuhteiden jakautumista perheessä, pyrittiin saamaan tietoa perheen liittoutumista ja perheenjäsenten välisistä tunnesuhteista (yleistyssäännöt) tulkinnallisten analyysien rinnalle. Episodikuvauksista luokiteltiin, kuka ilmaisee puheenvuorossaan positiivista tai negatiivista tunnetta kenelle perheenjäsenelle. Neutraalit ilmaukset jätettiin luokittelematta.

Positiivisten ilmausten erittelysääntöinä määriteltiin: Puolustaa, antaa tunnustusta, kertoo myönteistä, osoittaa luottamusta:

- 11 = isälle
- 12 = äidille
- 13 = ilmipotilaalle
- 14 = 1. sisarukselle
- 15 = 2. sisarukselle jne.
- 33 = puolustautuu itse

Negatiiviset ilmaukset määriteltiin: Syyttää, moittii, kertoo kielteisiä seikkoja, osoittaa, ettei luota:

- 16 = isään
- 17 = äitiin
- 18 = ilmipotilaaseen
- 19 = 1. sisarukseen
- 20 = 2. sisarukseen jne.
- 34 = ilmaisee itse syyllisyyttä

Koodiluokat 33 ja 34 poikkeavat muista luokista sisällöllisesti siinä, että niissä puhuja itse ilmaisee omia tunteitaan, kun muissa luokissa hän kuvailee pääasiassa muita. Puolustautuminen toisten syytöksiä vastaan saattoi olla eräänä ilmauksena henkilön yksilöitymispyrkimyksistä, omien "rajojen" puolustamisesta. Syyllisyyden kokemisen ja siitä puhumisen taas ajateltiin antavan tietoa mm. perheenjäsenten rooleista syntipukkina tai perheenjäsenen kyvystä kokea aitoa syyllisyyttä.

Kun jokaiselle perheenjäsenelle muodostettiin oma sarake luokituksen suhteen, saatiin sekä puheenvuorojen hallitsevuudessa että tunnesuhteiden jakautumisessa eräänlaisia vuorovaikutuksen matriiseja. (Esim. liitteet 7 - 23).

Tunnesuhteiden jakautumista arvioitaessa jouduttiin vaikeampiin tulkintatehtäviin kuin puheenvuorojen hallitsevuutta arvioitaessa. Esim. perheenjäsenten kertoessa potilaan oireista, se toisinaan oli neut-

raalin infromatiivista, toisinaan taas asiayhteydestä ja äänensävyestä päätellen siihen saattoi liittyä negatiivista sävyä. Kun analyysi tehtiin pääasiassa kirjoitetun tekstin perusteella, tehtiin periaatepäätös, että potilaan tai muiden perheenjäsenten oireista kertominen koodattiin aina negatiiviseksi, huomion kiinnittämiseksi potilaan "heikkouteen". Samoin perheenjäsenten harrastuksista tai tekemisistä saatettiin kertoa neutraalisti tai arvostavasti. Jälleen tehtiin päätös, että harrastuksista tai muista tekemisistä kertomiseen piti liittyä joko selvästi myönteinen tai kielteinen kommentti, ennenkuin ne koodattiin jompaan kumpaan luokkaan kuuluvaksi.

7.5.1.3 Puheenvuorojen hallitsevuuden ja tunnesuhteiden jakautumisen reliabiliteetti

Reliabiliteettitutkimusta varten arvottiin vuorovaikutusotoksista yksi käyntikerta jokaiselta perheeltä. Arvotut vuorovaikutusotokset, joista oli poistettu tulkinnat ja selitykset, annettiin kirjallisina reliabiliteettitutkijoille. Reliabiliteettitutkijoina toimi kaksi psykologia, jotka olivat olleet mukana Keski-Suomen mielisairaanhoitopiirin järjestämässä perheterapia-koulutuksessa (Kuusinen, 1985). Reliabiliteettitutkijoille kerrottiin tutkimuksen kohteena olevista perheistä pääasialliset tiedot ja näytettiin videonauhalla reliabiliteettitutkimuksen kohteena olevan istunnon vuorovaikutusotokset. Sen jälkeen tutkijat koodasivat toisistaan riippumatta episodikuvaukset annettujen koodausohjeitten mukaisesti. Koodausohjeita oli harjoiteltu siten, että psykologit tekivät yhden perheterapia-istunnon vuorovaikutusotosten koodauksen keskustellen toistensa ja tutkijan kanssa koodausperiaatteista.

Kun kaikkien perheiden reliabiliteettikoodaus oli tehty, tutkija tarkasti, missä kohdin psykologit olivat olleet eri mieltä. Nämä annettiin uudelleen arvioitavaksi siten, että arvioitsijoiden tuli päästä keskustellen yksimielisyyteen koodaustavasta. Nyt voitiin verrata reliabiliteettitutkijoiden ja tutkijan tekemien koodien vastaavuutta toisiinsa. Mikäli reliabiliteettitutkijat olivat keskenään eri mieltä yhteiskeskustelunkin jälkeen, katsottiin koodit samanlaisiksi, jos tutkija ja toinen reliabiliteettitutkija olivat samaa mieltä.

Arviointien yhdenmukaisten koodien prosenttiosuus laskettiin Bijou'n, Petersonin ja Aultin (1968, s. 184) mukaan kaavalla:

$$\frac{Y}{Y + E} \times 100$$

jossa Y = yhdenmukaistetut koodit ja E = eriävät koodit.

TAULUKKO 2 Arviointien yksimielisyysprosentit.

	Perhe/ käyntikerta, josta reliabiliteetti laskettiin							
	T1 1.	T2 -	T3 2.	P1 10.	P2 3.	P3 1.	P4 7.	Kaikki
Puheenvuorojen hallitsevuus	88	-	85	82	94	90	91	88
Tunnesuhteiden jakautuminen: (neutr. vast. muk. lukien)	67	-	75	65	72	84	65	72
Tunnesuhteiden jakautuminen: (vain posit. ja negat. vast.)	46	-	52	22	43	60	48	46
Tunnesuhteiden jakautuminen: (Vast. neutraali tai ei)	75	-	90	82	79	91	83	84
Kaikki	72	-	79	69	77	85	75	76

Puheenvuorojen hallitsevuutta perheessä voitiin siis havainnoida luotettavasti; yksimielisyysprosentti havainnoitsijoiden välillä ylti vähintään 82 %, kaikista perheistä laskettuna 88 %.

Tunnesuhteiden jakautumisen havainnointi osoittautui sitä vastoin ongelmalliseksi: Kun arvioitsijoiden yksimielisyys laskettiin siten, että mukaan otettiin myös neutraalit vastaukset, jäi yksimielisyys alimmillaan 65 %, kaikista perheistä laskettuna 72 %. Kun yksimielisyyttä tarkasteltiin vielä kriittisemmin, jättäen neutraalit vastaukset pois, joista oltiin yhtä mieltä, keskittyen tarkastelemaan ainoastaan positiivisten ja negatiivisten kommenttien jakautumista perheenjäsenille, yksimielisyys arvioitsijoiden kesken oli hyvin vähäinen (22 - 60 %), kaikista perheistä laskettuna 46 %.

Tunnesuhteiden jakautumista voitiin käyttää tutkimuksessa hyvin varauksellisesti, sillä arvioitsijareliabiliteettia on pidetty riittävänä, jos pistemäärien yhdenmukaisuus on vähintään 80 %. (Saloviita, 1988). Kuitenkin ajateltiin, että tutkijan arviointi olisi kuitenkin suuntaa antava. Sisällöllinen tulkinta oli parempi keino tutkia perheen tunnesuhteita.

Kun tarkasteltiin, sisältyikö perheenjäsenten puheenvuoroihin yleensä tunteenomaista, negatiivista tai positiivista kommentointia, vai oliko puhe neutraaliksi katsottavaa, yksimielisyys arvioitsijoiden kesken oli jälleen melko korkea, vähintään 75 %, kaikista perheistä laskettuna 84 %. Tällöin tavoitetaan ehkä Brown'in ym. (1966) alkuperäistä ajatusta yleisestä ilmaistujen tunteiden (EE) havainnoimisesta riippumatta siitä, olivatko ne positiivisia tai negatiivisia. Tällä mittarilla ei ollut kuiten-

kaan käyttöä, koska yleinen tunnepitoisuus perheenjäsenten keskustelussa ei kuulunut tämän tutkimuksen mielenkiinnon piiriin.

Puheenvuorojen hallitsevuus osoittautui melko käyttökelpoiseksi mittariksi. Siitä saatiin hyvin tukea perheessä havaituille ilmiöille. Varsinkin eri perheenjäsenten spontaanien puheenvuorojen määrä tuki terapeuttien näkemystä, kuka oli aktiivinen perheenjäsen keskustelussa. Potilaan aktiivisuus taas omien asioidensa käsittelyssä heijasteli hänen yksilöitymisensä astetta verrattuna muihin arvioihin. Samoin osoittautui, että mikäli perheen spontaanipuheenvuorojen määrä oli n. 50 % tai enemmän, perheen kanssa tuntui helpolta keskustella asioista. Vastakaisena esimerkkinä mainittakoon yksi perhe, joka ei halunnut lähteä perheistuntoihin mukaan. Perheen spontaanien puheenvuorojen osuus alkuhaastattelun kaikista puheenvuoroista olikin vain n. 13 %. Nämäkin puheenvuorot olivat äidin. Potilas itse ei puhunut yhtään kertaa spontaanisti, vastasi lyhyesti 11 kertaa terapeutin kysymyksiin, mutta vastaus oli 5 kertaa "en tiedä". Sen lisäksi hän jätti kokonaan vastaamatta 4 kertaa terapeutin kysymykseen. Tällainen puhumattomuus kertonee, että perhe ja potilas eivät halua käsitellä asioitaan perheterapiassa.

7.5.1.4 USP- tutkimuksesta saatujen arviointien reliabiliteetti

Salokankaan ym (1985) USP-tutkimuksen kysymyslomakkeista on tehty reliabiliteettitutkimus käyttäen kahden tutkijan (potilasta hoitavan henkilön ja erillisen reliabiliteettitutkijan) välisten arviointien korrelaatioita (liitteet 3 - 6). Reliabiliteettitutkija tutki otoksen potilaista. Työkyvyn arvioiminen oli yllättävän matala reliabiliteetiltaan, ($r = .341$). Sen reliabiliteetti parani dikotomisoituna työkykyisiin / ei työkykyisiin ($r = .694$). Arvio otteesta elämän päämääriin ja tyydytysmuotoihin jäi myös matalaksi ($r = .427$). Samoin psyykkisen tilan arviointi GAS-luokituksella oli reliabiliteetiltaan alhainen, ($r = -.054$). Tutkijat arvioivat tarkemmin ongelmaa tutkittuaan, että olematon reliabiliteetti johtui suurista arviointieroista muutaman potilaan kohdalla. Nämä kolme potilasta, jotka reliabiliteettitutkija oli arvioinut kunnoltaan paremmaksi kuin hoitava henkilö, ovat saattaneet antaa itsestään suhteellisen lyhyen reliabiliteettitutkimuksen aikana huomattavasti koosteisemman kuvan kuin hoitaville henkilöille, jotka olivat tavanneet potilaan useammin (Salokangas ym. 1985).

Voidaan kuitenkin olettaa, että tässä tutkimuksessa psyykkisen kunnan ja työkyvyn arviointi oli luotettavampaa, koska arvioinnin suorittivat potilaan kanssa pitkään työskennelleet työryhmän jäsenet.

7.5.2 Tapaustutkimus ja tulkinta

1. Yksittäisestä potilaasta ja perheestä kertynyttä suhteellisen vapaamuotoista tietoa tulkittiin tarkastellen yksilöitymistä, eriytymistä ja identiteettiä (Alanen ym. 1966; Blos, 1975; Bourne, 1978b; Erikson; 1975b; Fleck ym. 1963; Kernberg, 1984; Lidz ym. 1965; Mahler, 1975; Stern 1985; Stierlin, 1969, 1981; Stierlin ym. 1977; Tienari, 1963), perheysteemiä (Haley, 1959; Selvini-Palazzoli ym. 1978, 1980; Tomm, 1987a, 1987b, 1988), oidipaalista kolmiosuhdetta, samastumista ja sukupuoli-identiteetin muodostumista (Alanen ym. 1966; Fleck ym. 1963; Freud, 1924, 1931, 1932; Haley, 1959, 1977b; Kohlberg, 1966; Lidz ym. 1965; Lidz, 1968; Mc Cord ym. 1962; Pincus & Dare, 1978; Stoller, 1968, 1979) koskevia hypoteeseja. Käytettiin siis traditionaaliseksi katsottavaa kvalitatiivista menetelmää, jossa päätelmiä tehdään vapaamuotoisemmin ja tapauskohtaisesti, jolloin eksplisiitti muuttujien muodostus ja koodaus sivuutetaan (Glaser & Strauss, 1974).

2. Perheterapiaprosessiin liittyviä kysymyksiä varten muodostettiin kehyslomake, jossa mahdollisimman yksinkertaisesti ja vain oleellisimpaan keskittyen voitiin seurata perheterapiaprosessin tapahtumia (työskentelyn edellytyksiä, miten hypoteesi ongelmasta tarkentui, terapeuttien ja perheen hypoteeseja, terapeuttien toimintaa, perheen toimintaa, havaintoja perheen voinnista ja muutoksista) (liite 24). Lomake on muunneltu versio Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksella kokoon-tuneen psykologiryhmän työstä, joka pohti käytännön psykologin työn tutkimuksellisia mahdollisuuksia.

8 TULOKSET

Tulokset esitetään tapauksina, koska tutkittavia tapauksia oli vähän ja tutkimusote oli pääasiassa kvalitatiivinen. Potilaiden tunnistamiseen johtavat tiedot on muutettu.

8.1 Tytöt

8.1.1 Tapausesimerkki T1

Miten identiteettidiffuusio ilmeni:

Kirsti oli 1,5 kk alle 15-vuotias tullessaan sairaalaan voimakkaan psykoottisena, uskonnollisten tunteiden vallassa ja levottomana. Hän pelkäsi, että joku olisi häneen seksuaalikontaktissa ja että isäpuoli tekisi hänelle jotakin. Neuroottisia oireita hänellä ei ollut. Psykoottinen vaihe meni ohi parissa viikossa ja silloin hänet arvioitiin osatyökykyiseksi.

Laukaisevat tekijät:

Kirsti ahdistui, kun hänen biologinen sisarensa alkoi odottaa lasta perheessä asuvalle nuorelle miehelle, jonka piti olla perheessä kuin "veli".

Perheen sisäinen "insesti", vaikka osapuolet eivät olleetkaan sukua toisilleen, herätti ymmärrettävästi inestistä pelkoa ja diffuusiota perhesuhteiden ja oman identiteetin määrittelyssä erityisesti Kirstissä, perheen kasvatustyttäressä.

Identiteetti, yksilöityminen ja eriytyminen sekä ilmipotilasta koskeva hypoteesi:

Kirstin biologinen äiti oli jättänyt hänet ja hänen vanhemman sisarensa, kun Kirsti oli 1 kk ikäinen. Toisella vuodella Kirsti pääsi nykyiseen sijaiskotiin sisarensa kanssa. Tämä herättää kysymyksen varhaisen yksilöitymisen ja eriytymisen kehityksen ongelmista ja niiden mahdollisesta hermistävästä vaikutuksesta identiteettihäiriölle Mahlerin (1975) ja Sternin (1985) tarkoittamassa mielessä, kun varhaisvaiheen objektisuhteet ovat olleet vaihtelevia. Kasvatuskodissa Kirsti oli vanhempien voimakkaissa ristiriidoissa äidin uskottu ja äiti näytti odottaneen Kirstiltä äidillistä tukea, kun äidin suhde omaan äitiinsä oli hyvin pulmallinen:

Kirsti:..."Meidän äiti ottaa liian raskaasti kaikki ongelmat. Eihän niitä hyvänä aika pidä niin raskaasti ottaa..."

Äiti: "Mitä sillä tarkoitat?"

Kirsti: "Niin, mut, se tark, en mä nyt tiedä itsekään (peittää kädellä kasvonsa), mä oon ihan sekaisin teidän kans, mä tuun hulluks lopulta." (Hymyilee).

Vanhempien voimakkaat ristiriidat koskivat aikaisemmin isän alkoholin käyttöä ja sen loputtua pääasiassa kasvatusasioita. Kirsti koki toisaalta enemmän läheisyyttä isän kanssa:

Kirsti: "Isä joustaa paljon enempi, mitä äiti on yrittänyt ja yrittänyt mukautua (isä) kuitenkin siihen, vaikka...tietäiskin, että toinen on oikein...Isä on hirveen oikeudenmukainen ja osaa kasvattaa sillai hellemmän, eikä liian railakkaasti."

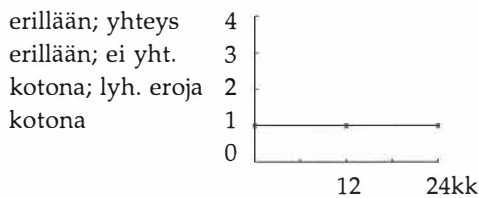
Samastuminen äitiin lienee ollut osittain vaikeata, sillä isän arvostus äitiä kohtaan ristiriitojen vuoksi on ollut ajoittain heikkoa. "Terapeutin" rooli ja äidin läheisenä uskottuna oleminen, koetteli liikaa Kirstin vielä haurasta identiteettiä ja piti häntä kiinni perheessä, josta iän mukaisena kehitystehtävänä olisi ollut vähittäinen irrottautuminen. Perheessä asuvat nuoret miehet toivat lisäksi "insestistä" uhkaa sukupuoli-identiteetiltään kehittymässä olevalle tytölle, uhkaa, joka jo toteutui hänen sisarensa kohdalla.

Arvio yksilöitymisestä ja eriytymisestä: Kirstin suhdetta perheensä viimeksi kuluneen vuoden aikana kuvattiin USP-tutkimuksessa psykologisesti edelleen perheessään kiinniolevaksi, hänen suhdettaan isään tavalliseksi ja äitiin sekä riippuvaksi että riippuvuutta vastustavaksi. Hän oli viimeksi kuluneen vuoden aikana tavannut ystäviä vähintään kerran viikossa ja hänen harrastuksensa olivat olleet sosiaalisia. Hän oli hieman seurustellut. Työelämässä hän ei vielä ollut, koska oli koululainen eikä ammatti-identiteettiäkään voinut vielä olla. Ote elämän päämääriin oli pääasiallisesti säilynyt. Hänen yksilöitymisen ja eriytyksen pistemääräkseen tuli näiden muuttujien perusteella 19 / (34 max.)

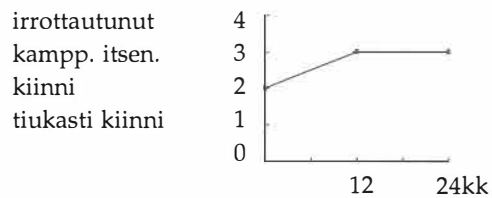
Kahden vuoden kuluttua puhelimitse arvioituna (perhe oli muuttanut melko kauas) pistemäärä oli sama. Tähän vaikutti varmasti Kirstin nuoruus; onhan ymmärrettävää, että 16 - 17-vuotias asui edelleen kotona ja kamppaili itsenäistyäkseen psykologisesti perheestään. Koululaisena hän ei vielä ollut työelämässä, eikä hänellä vielä voinut olla ammatti-identiteettiäkään. Ote elämän päämääriin oli hyvä. Hän ei seurustellut, mutta tapasi ystäviä vähintään kerran viikossa, harrastukset olivat pääasiassa yksinäisyydessä tapahtuvia, mutta kodin ulkopuolisia. Hänellä ei ollut psykoottisia tai neuroottisia oireita ja hän oli täysin työkykyinen (kuviot 2 - 13).

Potilas T1: Suhteet perheeseen

Potilas asuu

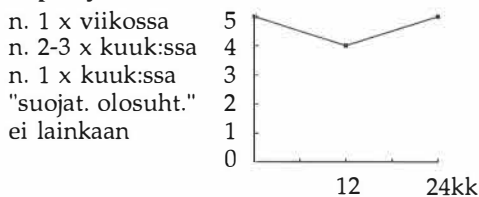


KUVIO 2 Ulkoinen suhde perheeseen

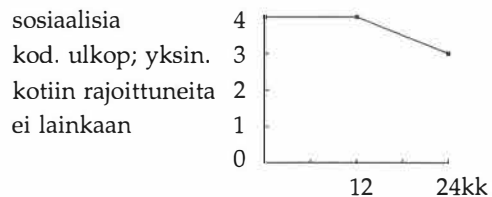


KUVIO 3 Psykologinen suhde perheeseen

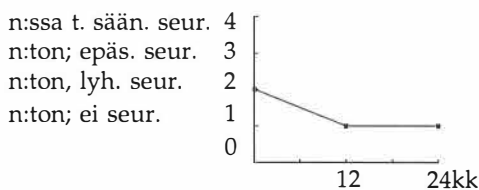
Tapaa ystäviä



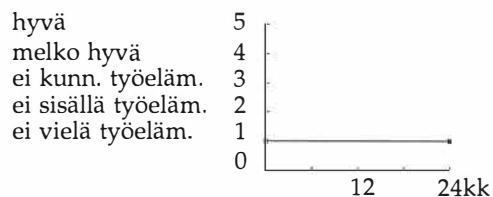
KUVIO 4 Sosiaaliset suhteet



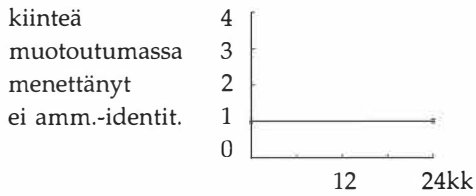
KUVIO 5 Harrastukset



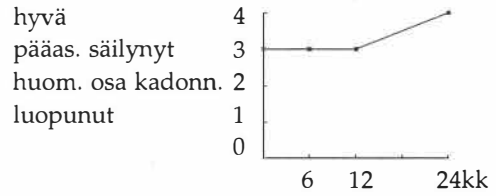
KUVIO 6 Heteroseksuaalinen parisuhde



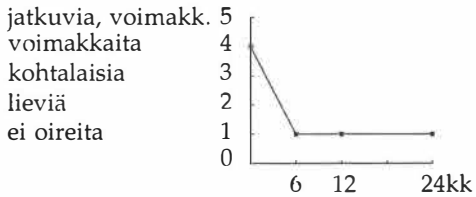
KUVIO 7 Menestyminen työelämässä



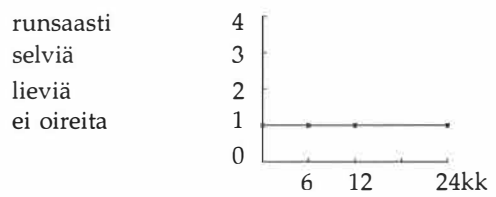
KUVIO 8 Ammatti-identiteetti



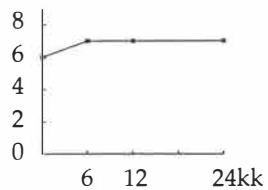
KUVIO 9 Ote elämän päämääriin



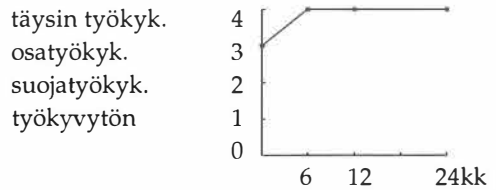
KUVIO 10 Psykoottiset oireet



KUVIO 11 Neuroottiset oireet



KUVIO 12 Psykkisen tilan arvio: GAS



KUVIO 13 Työkyky

Perheterapia ja systeeminen hypoteesi:

Yhteistyö perheen kanssa sujui hyvin. Vanhemmat olivat jo aikaisemmin käyneet parikeskusteluja toisessa hoitopaikassa, josta saatiin heille tuttu työntekijä vetämään keskusteluja. Systeemiseksi hypoteesiksi muodostui vähitellen: Vanhempien alaryhmä ei toiminut riittävän yhdenmukaisesti. Kirsti oli ottanut terapeutin roolin perheessä, jota hän ei oman kehitysvaiheensa vuoksi jaksanut kantaa:

Äiti: "Kirstihän se on ollut se kanava, jota kautta mä olen purkanu tunteitani. Kirsti on ymmärtäny ja Kirstin kans mä olen sitten puhunu omista ongelmistani..." (Kirsti huokaa syvään).

Perheistuntojen erääksi keskeiseksi tehtäväksi tuli vanhempien alasyntemien vahvistaminen, jotta Kirsti pääsisi perheen terapeutin roolistaan:

Esim. terapeuttien palaute: "Kirsti on nähnyt eniten vaivaa perheyhteyden säilyttämiseksi lähtemällä sairaalaan, jotta vanhemmat voisivat selvittää asiat keskenään ja ottaa vanhempina vastuun perheestä, mikä heille aikuisina kuuluu. Vanhemmat ovat käyttäneet mahdollisuutta hyväkseen. Perheen lapset osoittautuivat tarkkanäköisiksi perheen tilanteen havainnoijiksi. Tapaaminen oli tärkeä. Sekä vanhemmat että lapset osoittivat kykyä asioiden avoimeen selvittämiseen."

Tällä palautteella määriteltiin myös uudelleen Kirstin sairastuminen.

Toinen keskeinen tehtävä oli selkeyttää perheen rajoja ulkomaailmaan, sillä perheen rajat olivat liian läpäisevät; perheenjäseniksi oli otettu turvattomia, epäsosiaalisiaakin ihmisiä, joista jotkut kuitenkin muodostivat "insestistä" uhkaa perheen varttuville tytöille:

Terapeuttien palaute: "On hyvä, että perhe on nähnyt Pojan olon perheessä tilapäisenä auttamisena oman elämän alkuun. Perheen aikuistuvien tyttärien kannalta vieraana nuoren miehen olo perheessä ei ole ongelmatonta. Pojan selviäminen omaan elämään luo vanhemmille mahdollisuuden antaa suurempi panos peruserperheen hoitamisessa."

Pyrittiin myös korostamaan perheen joustavuutta nuorten itsenäistymiskehityksessä ja välttämään sitä, että perheen toiminta määrittäisi merkitykseltään hylkääväksi (esim. toisen nuoren miehen karkottaminen perheestä liian nopeasti), kun perheen nuorilla oli vaikeuksia.

Neljän perheikäynnin aikana vanhempien keskinäiset välit parantivat:

Äiti: "Onko lapset aistineet sitä, mitä meille on tapahtunut isän kanssa?...Ei voi sanoa, että huolet olis väistyneet...Mutta se, mikä tuntuu ihan tärkeimmältä ja suurimmalta, on se, että me on ymmärretty toinen toisiamme".

Isä: "...Se on...(katsoo vaimoaan) vaimo on jo tullu viereen nukkumaankin. (Lapset nauravat ja isä nauraa). Johan se helpottaa kummasti (äiti vilkaisee nauraen terapeuttia ja lapset hymyilevät). Kyllä niin täytyy sanoa, että en minä itsestä voi sanoa, oonko minä muuttunut mikskään, mutta että vaimossa on tapahtunut huomattavaa muutosta..."

Vanhemmat jatkoivat pariterapiaa ja tyttö yksilöterapiaa tämän hoitajakson jälkeen.

Videoidut vuorovaikutusotokset tukivat näkemystä perheen halukkuudesta käsitellä asioita ja valaisivat perheenjäsenten rooleja. Perheen puheenvuoroista spontaaneja oli ensimmäisellä otostelulla istunnolla n. 78 %, joista äiti käytti n. 42 % ja isä 9 %. Toisella otoskeralla spontaaneja puheenvuoroja oli n. 71 %, joista äiti käytti n. 67 % ja isä 22 %. Isä rohkaistui ilmeisesti puhumaan enemmän, kun terapiassa edettiin. Äiti oli aktiivisempi, ehkä hallitsevampi kuin isä. Kirsti puhui aluksi 27 % ja myöhemmin n. 9 % koko perheen spontaanipuheenvuoroista. Aluksi hän myöskin vastasi kerran äidin puolesta ja kaksi kertaa sisarensa puolesta, myöhemmin hän ei enää vastannut muiden puoles-

ta. Hän ehkä alkoi luopua terapeutin roolistaan. Äiti vastasi useimmiten kaikille yhteisesti suunnattuihin kysymyksiin, kerran vastasi myös Kirsti ja perheen poika, jonka mielipiteitä perheessä myös arvostettiin (hän puhui vähän, mutta koko perhettä koskevaa asiaa, ja häntä kuunneltiin tarkasti) (liitteet 7 ja 8).

Myös tunnesuhteiden jakautuminen video-otoksilla antoi tukea havainnolle Kirstin terapeutin roolista; hän puolusti isää ja sisartaan äidin syytöksiltä. Vanhempien ristiriitoja kuvaa se, että isä ja äiti ilmaisivat negatiivista eniten toisistaan. Äidin ja Kirstin suhdetta kuvaa se, että äiti ilmaisi eniten positiivisia seikkoja Kirstistä (tukeutui häneen) ja Kirsti taas eniten negatiivisia äidistä (ei ehkä jaksanut tukeutumista) (liite 9).

Seuruuajan jälkeen perheessä ei ollut "ylimääräisiä" perheenjäseniä ja tyttö jatkoi opiskeluaan. Hänellä ei ollut psykoottisia tai neuroottisia oireita ja hän oli täysin työkykyinen. Vanhemmat olivat melko tyytyväisiä sekä potilaan että perheen saamaan hoitoon. Perhe oli muuttanut melko kauas, joten seuruutiedot saatiin puhelimitse.

Ilmeisesti Kirstin hyvää selviytymistä tuki se, että vanhemmat kykenivät parantamaan keskinäistä vuorovaikutustaan ja Kirsti pääsi irti suureksi osaksi välittäjän ja terapeutin roolistaan ja hyvällä alulla ollut eriytymis- ja yksilöitymiskehitys oletettavasti pääsi etenemään. Sitä oli aikaisemmin ehkä vaikeuttanut se, että erityisesti äiti odotti äidillistä tukea tyttäreltään. Vanhemmat pystyivät myös selkeyttämään perheen rakennetta: inestistä uhkaa perheeseen tuoneet nuoret miehet lähtivät perheestä. Perheen motivaatio keskusteluihin (erityisesti vanhempien) oli hyvä ja yhteistyö terapeuttien kanssa sujui hankaluuksista.

8.1.2 Tapausesimerkki T2

Miten identiteettidiffuusio ilmeni:

Petra tuli alle 20-vuotiaana sairaalaan voimakkaiksi arvioitujen psykoottisten oireiden vuoksi. Hän oli jäänyt pois koulusta, valvonut, puhunut sekavia ja viitannut itsemurhan mahdollisuuteen. Hän koki koko ruumiinsa tärisevän eikä mielestään kyennyt itse hallitsemaan ruumistaan. Hän ajatteli myös voivansa vaikuttaa ajatuksillaan, liikkeillään ja ilmeillään toisten ihmisten käyttäytymiseen ja ajatuksiin. Tämä omien tunteusten ja ajatusten sekoittuminen muiden ajatuksiin ja tuntemuksiin liittyi erityisesti isään. Hänellä oli myös selviä neuroottisia oireita ja hän oli työkyvytön.

Laukaisevat tekijät:

Petran seurustelusuhde katkesi juuri ennen sairastumista ja Petra pelkäsi olevansa raskaana. Turvattomuus yksin jätettynä, epävarmuus oman ruumiin tilasta ja siirtymävaihe nuoruudesta aikuisuuteen oli ehkä liian vaativa haaste keskeneräiselle identiteettikehitykselle.

Identiteetti, yksilöityminen ja eriytyminen ja ilmipotilasta koskeva hypoteesi:

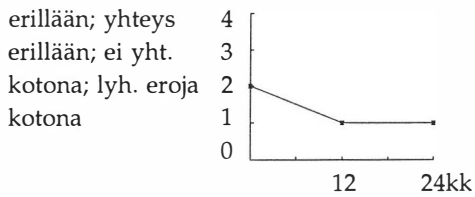
Elämänsä ensikuukaudet Petra oli joutunut viettämään sairaalassa. Tämä tuskin kuitenkaan on ollut kovin merkityksellistä yksilöitymisen ja eriytymisen kehitykselle, mikäli objektiivisuhdekehitys (kuten oletetaan) on muutoin tapahtunut Mahlerin (1975) ja Sternin (1985) tarkoittamassa mielessä normaalisti. Äiti oli ilmeisesti ollut Petralle epävarma samastumiskohde. Isän väkivaltaisuus äitiä kohtaan kertoi naiseuden heikosta arvostamisesta tässä perheessä. Äiti oli epävarma, ja äidin ja tyttären suhde oli enemmän sisarussuhdetta muistuttava. Enemmän tukea Petra olikin etsinyt ja löytänyt isoäidiltä. Petran kuvitelma, että hän voisi lukea isän ajatuksia, kertonee Petran ja isän liittoutumasta ja samalla hänen identiteettinsä epäselvyydestä, yksilöitymisen ja eriytymisen keskeneräisyydestä. Petra ehkä koki isän läheisemmäksi kuin äidin. Isän ja äidin etäinen suhde korosti Petran läheisyyttä isän kanssa. Seurustelusuhde ja sen katkeaminen oli kuitenkin ilmeisesti liian suuri koetinkivi vielä keskeneräiselle identiteettikehitykselle.

Petra oli tutkimuspotilaista parhaiten yksilöitynyt ja eriytynyt USP-kriteerien mukaan: Hän kamppaili itsenäistykseen perheestään, hänen suhteensa sekä äitiin että isään arvioitiin toisaalta riippuvaiseksi ja toisaalta riippuvuutta vastustavaksi. Hänellä oli ystäviä, joita hän tapasi keskimäärin vähintään kerran viikossa. Harrastukset olivat pääasiassa yksinäisyydessä tapahtuvia, mutta kodin ulkopuolisia, ja hän seurusteli säännöllisesti. Hän ei ollut vielä työelämässä, ja hänen ammatti-identiteettinsä oli muotoutumassa. Huomattava osa otteesta elämän päämääriin arvioitiin kadonneeksi. Eriytymisen ja yksilöitymisen pistemääräksi tuli näiden muuttujien perusteella arvioiden 23 / (34 max.).

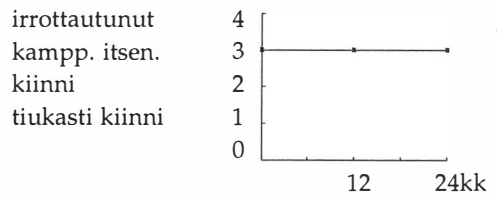
Kahden vuoden kuluttua tämä pistemäärä nousi vielä 28:aan, kun harrastukset muuttuivat sosiaalisiksi, hän sopeutui työelämään melko hyvin, hänelle muodostui kiinteä ammatti-identiteetti, ja ote elämän päämääriin arvioitiin pääasiallisesti säilyneeksi. Hänellä oli lieviä psykoottisia oireita (värinäntuntemuksia), neuroottisia oireita ei ollut, ja hän oli täysin työkykyinen (kuviot 14 - 25).

Potilas T2: Suhteet perheeseen

Potilas asuu

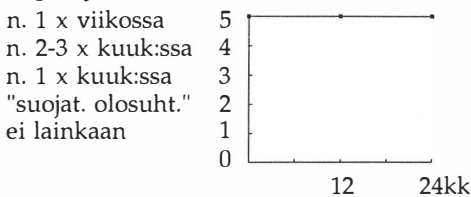


KUVIO 14 Ulkoinen suhde perheeseen

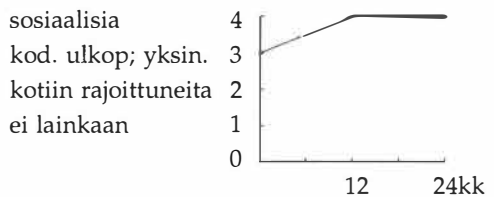


KUVIO 15 Psykologinen suhde perheeseen

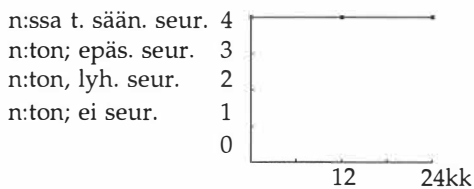
Tapaa ystäviä



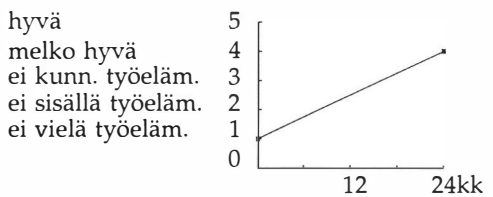
KUVIO 16 Sosiaaliset suhteet



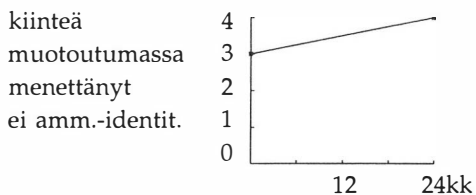
KUVIO 17 Harrastukset



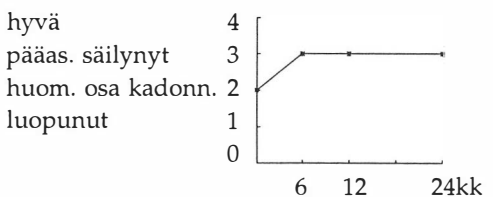
KUVIO 18 Heteroseksuaalinen parisuhde



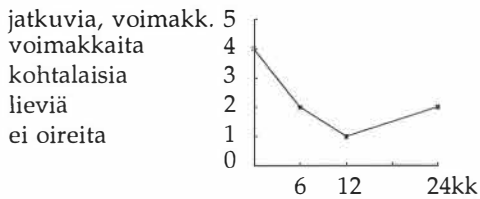
KUVIO 19 Menestyminen työelämässä



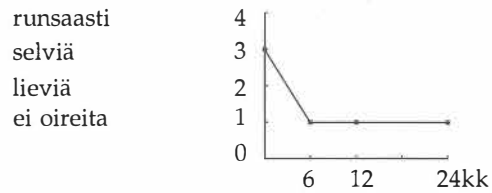
KUVIO 20 Ammatti-identiteetti



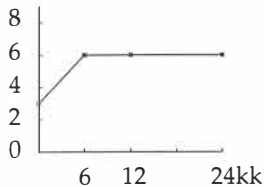
KUVIO 21 Ote elämän päämääriin



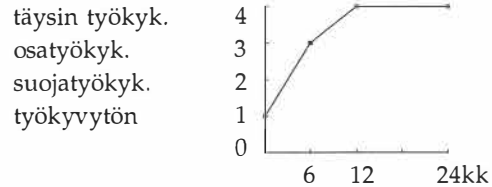
KUVIO 22 Psykoottiset oireet



KUVIO 23 Neuroottiset oireet



KUVIO 24 Psykkisen tilan arvio: GAS



KUVIO 25 Työkyky

Perheterapia ja systeeminen hypoteesi:

Sairaalassa aloitettujen kolmen perhekeskustelun aikana kiinnitettiin huomiota vanhempien vanhemmuuden tukemiseen ja käytännön asioiden strukturoimiseen (isän toivomuksesta), jota tehostettiin kotitehtävällä. Paljastui perhesalaisuus, josta lapset eivät olleet tiedäneet. Vanhemmat eivät halunneet keskustella siitä enempää. Petra pääsi sairaalasta kotiin, ja perhettä pyydettiin jatkamaan avohoidossa perhekeskusteluja. Lähetettiin kutsukirje kotiin, jossa ilmaistiin Petran ongelmien liittyvän itsenäistymisvaiheeseen. Tämän tarkoitus oli oireiden määrittely uudelleen, sillä perhe pelkäsi oireiden liittyvän johonkin neurologiseen sairauteen.

Perheen jatkohoidossa korostuivat seuraavat ongelmat: yhteistyön vaikeus, joka ilmeni perheen haluttomuutena käydä terapiakäynneillä. Perhe ei sallinut istuntojen videointia eikä työnohjaajan seuraamista peili-ikkunan takana. (Työnohjaaja istui jatkossa samassa huoneessa).

Systeemiseksi hypoteesiksi muodostui: Perheen nuoret olivat saaneet liiaksi valtaa perheessä vanhempien tuen jäädessä liian vähäiseksi. Vaikka Petra näyttikin olevan tämän perheen yksilöitynein jäsen; (hän mm. sanoi hyvin reippaasti isää ja äitiä vastustavat mielipiteensä terapiaistunnoissa), hän oli löytänyt "uuden" perheen tuekseen, jossa vietti paljon vapaa-aikaa. Vanhemmilla näytti olevan keskenään ristiriitoja ja vähän yhteisyyttä, ja isä näytti jäävän perheessä syrjään. Perheen oli vaikea sopia yhteisistä käytännön asioista. (Valta oli liiaksi siirtynyt lapsille). Ilmeisesti heillä oli myös salaisuuksia (alkoholin käyttö ja väki-

valtaisuus), joista he eivät halunneet puhua. Perheen voimahahmo saattoi olla mummo, jonka perhe määritteli henkilöksi, jota Petra eniten uskoi. Mummoa perhe ei kuitenkaan halunnut mukaan istuntoihin. Kumpikin vanhemmista oli joutunut turvautumaan psyyken lääkkeisiin jo aikaisemmin.

Yhteistyö perheen kanssa ei avohoidossa aluksi ottanut onnistuakseen. Vasta, kun Petralle tuli värinäntuntemuksia uudelleen, ja vanhemmilla oli huolta myös toisesta tyttärestään, he jatkoivat perhekäynnejä. Yhteistyön parantamiseen perheen ja terapeuttien välillä kiinnitettiin jatkuvasti paljon huomiota. Ns. symmetristä taistelutilannetta estääkseen terapeutit ottivat mm. "askeleen taakse" (one down position): Terapeutit antoivat esim. seuraavan palautteen, kun perhe osoitti epäluottamusta hoitoon:

"Me laskimme, että olette käyneet jo neljä kertaa täällä. Perheet, jotka eivät lapsistaan välittäisi, eivät olisi käyneet näin paljoa. Me emme voi tuollaista uhrautumista teiltä jatkossa vaatia. Kuitenkin, jos Petra kävisi yksin, me jäisimme vaille sitä asiantuntemusta ja tarkkaa Petran tilanteen seuraamista, jota te olette osoittaneet. Meidän mielestämme vielä kaksi kertaa tarvittaisiin... Sen lisäksi, että me tarvitsemme teidän tarkkoja ja asiantuntevia havaintojanne Petrasta, meidän mielestämme yhteiskäynnit ovat tärkeitä siksikin, että nuorilla voi olla taipumusta antaa epätarkkoja tietoja myös siitä, mitä me olemme täällä sanoneet kotiväelle. Ymmärrämme, että olette saaneet meistä aivan tarpeeksenne, koska kyselemme aina näitä samoja asioita. Haluaisin kuitenkin vielä kysyä teiltä, kun Petra nyt lähtee kouluun, mikä on se raja, johon asti Petra itse saa määrätä, milloin tulee kotiin (illalla tai yöllä) ja milloin vanhemmat puuttuvat asiaan?"

Perhe tuli seuraavalla käynnillä, joka jäi viimeiseksi yhteiskäynniksi. Palautteissa annettiin tukea Petran itsenäistymispyrkimyksille ja vanhempien vanhemmuudelle ja huolehtimiselle sekä äidin suorapuheisuudelle. (Annettiin kiitosta vanhempien joustavuudesta, mutta samalla kysyttiin, ovatko perheen nuoret alkaneet käyttää hyväksi vanhempien joustavuutta?) Perheen vanhempien ja nuorten alaryhmiä tuettiin tehtävällä, jossa vanhemmat kaksin podiskelevat valittua teemaa ja perheen nuoret samanaikaisesti kaksin. Yhteistyö perheen kanssa jatkui vaikeana, mutta avohoidossa perhe kävi kuitenkin viisi kertaa. Viimeisellä kerralla perheen äiti sanoi käynnejä naurettaviksi ja keskusteluja turhanpäiväisiksi. Petra oli kuitenkin toista mieltä; hänestä käynneistä oli ollut hyötyä. Tämä vahvisti käsitystämme Petran kokemasta tuen tarpeesta. Kahden vuoden seuruukäynnille Petra tuli yksin. Hän oli käynyt koulunsa loppuun, kävi työssä ja seurusteli vakituisesti. Myös perheen toinen tytär oli itsenäistynyt ja muuttanut muualle asumaan.

Petran alunperinkin hyvää eriytymis- ja yksilöitymiskehitystä kyettiin vanhempien avulla ilmeisesti perheterapiassa tukemaan, vaikka terapeuttien yhteistyö vanhempien kanssa ei sujunut vaikeuksitta. Vanhempien keskinäinen yhteisyyden puute oli aikaisemmin jättänyt Petran itsenäistymään ilman riittävää tukea.

8.1.3 Tapausesimerkki T3

Myös Annelilla oli seksuaalisuuteen ja isään liittyviä vääristyneitä ajatuksia sairastumisvaiheessa, joka tapahtui hänen ollessaan n. 20-vuotias. Hänen identiteettikehitykseensä liittyvä hypoteesi äitiin samastumisen vaikeudesta muodostui, kun äiti kertoi purkaneensa Anneliin jo lapsena ne vaikeudet, joita hänellä oli miehensä kanssa ja olleensa mustasukkainen tyttärelleen, koska isä ja tytär olivat läheisempiä. Samastuminen äitiin lienee vaikeutunut, ja Anneli oli pysynyt oidipaalista kolmiosuhdetta muistuttavassa asemassa. Systemiseksi hypoteesiksi muodostui tässäkin tapauksessa, että Anneli oli joutunut perheessään terapeutin rooliin vanhempien välisissä ristiriidoissa:

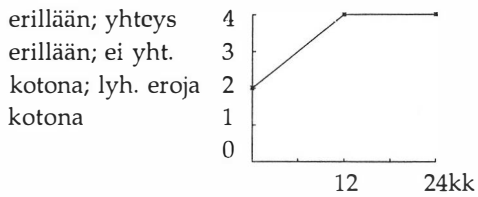
Anneli: "Mä oon joutunu olemaan semmonen...jonkunlainen avioliittoterapeutti siinä.. Isä kävi mulle aina purkamassa kaikki...Äiti tuntee, että hän on ylimääräinen tässä perheessä."

Arviointi yksilöitymisestä ja eriytymisestä: Anneli oli asuessaan kotona ollut perheestään erossa jo lyhyehköjä ajanjaksoja. Hänen psykologinen suhteensa perheeseen arvioitiin tiukasti kiinni olevaksi ja suhteen äitiin ja isään toisaalta riippuvaiseksi, toisaalta riippuvuutta vastustavaksi. Ystävyysuhteet rajoittuivat pääasiassa "suojatuissa olosuhteissa" tapaa- misiksi ja harrastukset pääasiassa kotipiiriin rajoittuviksi. Seurustelu- suhteen aloituksia oli hieman ollut. Lyhyitä työsuhteita oli myös ollut, mutta ammatti-identiteettiä ei vielä ollut muodostunut. Huomattava osa otteesta elämän päämääriin oli kadonnut. Yksilöitymisen ja eriyty- misen pistemääräksi tämän perusteella tuli 15 / (max. 34).

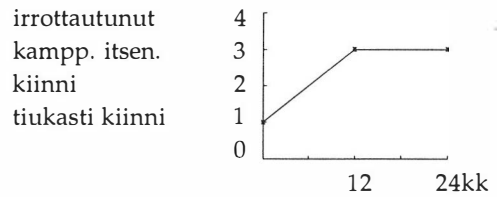
Kahden vuoden kuluttua pistemäärä oli 28. Anneli oli edistynyt alkuvaiheesta kaikkein eniten: Hän asui erossa perheestään ja piti siihen yhteyttä, hänen psykologinen suhteensa primaariperheeseen oli muuttu- nut kamppailuksi itsenäistymisestä. Sosiaaliset suhteet olivat muuttu- neet ystävien tapaamiseksi vähintään kerran viikossa ja harrastukset sosiaalisiksi. Hän ei seurustellut. Hän oli melko hyvin työelämässä sisällä ja hänellä oli muotoutumassa oleva ammatti-identiteetti. Ote elämän päämääriin arvioitiin hyväksi. Annelilla ei ollut psykoottisia eikä neuroottisia oireita. Hän oli suoriutunut koulustaan hyvin, oli täysin työkykyinen, ja suunnitteli opiskelua edelleen (kuviot 26 - 37).

Potilas T3: Suhteet perheeseen

Potilas asuu

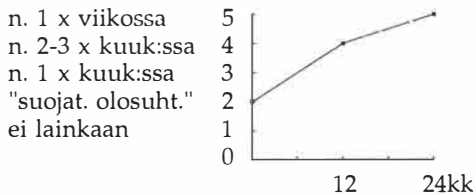


KUVIO 26 Ulkoinen suhde perheeseen

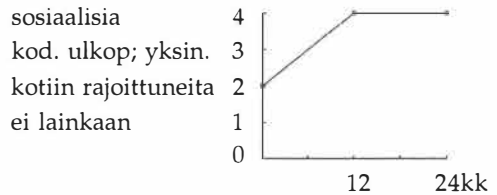


KUVIO 27 Psykologinen suhde perheeseen

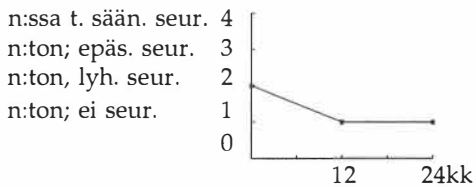
Tapaa ystäviä



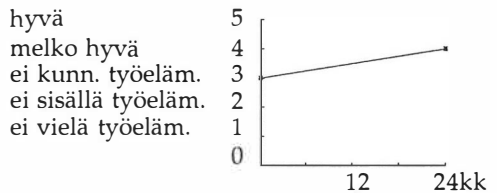
KUVIO 28 Sosiaaliset suhteet



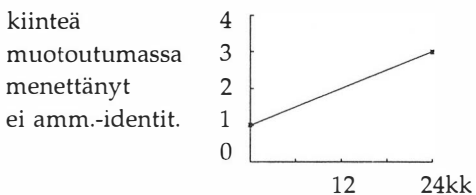
KUVIO 29 Harrastukset



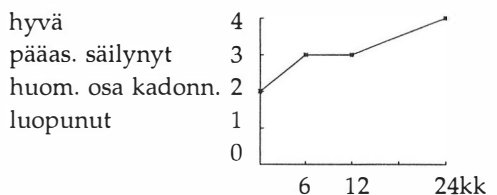
KUVIO 30 Heteroseksuaalinen parisuhde



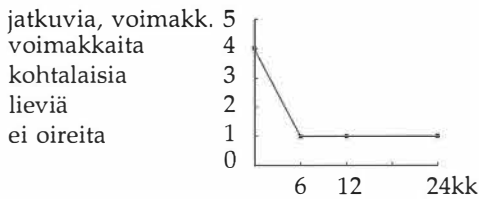
KUVIO 31 Menestyminen työelämässä



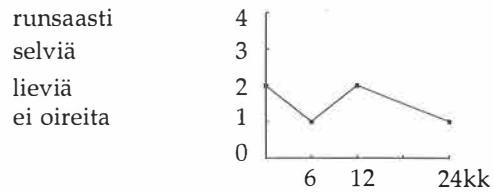
KUVIO 32 Ammatti-identiteetti



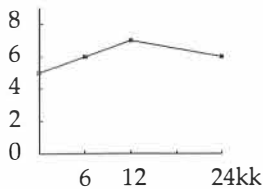
KUVIO 33 Ote elämän päämääriin



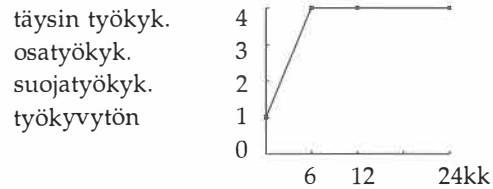
KUVIO 34 Psykoottiset oireet



KUVIO 35 Neuroottiset oireet



KUVIO 36 Psykkisen tilan arvio: GAS



KUVIO 37 Työkyky

Perheterapia ja systeeminen hypoteesi:

Systeeminen hypoteesi Annelin "terapeutin" roolista perheessä vahvistui terapeuttien palautteen jälkeen:

"Näyttää siltä, että te lapset olette kyenneet sulkemaan korvanne, kun vanhemmilla on ollut liian paha mieli keskinäisissä erimielisyyksissä. Sillä tavalla te olette auttaneet isää ja äitiä hoitamaan omia asioitaan", jolloin Anneli kertoi omasta erilaisesta roolistaan.

Vapautumista "terapeutin" roolista tapahtuikin perheessä tämän jälkeen.

Video-otoskerroilta tehdyt analyysit tukivat terapeuttien näkemystä. Perhe oli halukas keskustelemaan asioistaan: Perhe keskusteli spontaanisti 59 % puhealotteista ensimmäisellä otoskerralla ja isä ja äiti olivat tässä tasavertaiset (38 % kumpikin kaikista spontaanipuheenvuoroista). Annelin aktiivista ja suhteellisen yksilöitynyttä roolia kuvasi hänenkin spontaanipuheenvuorojensa suuri osuus (21 % kaikista spontaanipuheenvuoroista). Äiti otti eniten vastuuta kaikille perheenjäsenille suunnattujen kysymysten vastaamisesta. Toisella video-otoskerralla perhe puhui vielä vilkkaammin (78 % puhealotteista oli spontaaneja, isän osuus 44 % ja äidin 48 %). Nyt isä otti eniten vastuuta kaikille suunnattuihin kysymyksiin vastaamisesta. Vanhemmat olivat tasavertaisia, kumpikaan ei hallinnut (liitteet 10 ja 11). Isä puhui eniten positiivisia seikkoja perheestään ja äiti negatiivisia. Äidillä oli ilmeisesti enemmän vaikeuksia perheensä kanssa tai hän kärsi enemmän ja ilmaisi mielipiteensä hyvin suoraan (liite 12).

Perhe kävi perheterapiassa yhteensä kolme kertaa, sillä perheen

muiden lasten oli vaikea motivoitua käymään. Sekä äidillä että tyttärellä oli myös oma yksilöterapiansa eri henkilöiden kanssa. Vanhemmat olivat potilaan ja perheen hoitoon sekä tyytyväisiä että tyytymättömiä.

Tilanteen paranemiseen ilmeisesti vaikutti kummankin vanhemman valmius ja halu muutokseen: Anneli vapautui terapeutin roolistaan, äiti yritti todella lähentyä tytärtään ja vanhempien keskinäiset välit paranivat. Äidin ja tyttären yksilöterapia tuki ilmeisesti kummankin jaksamista.

8.1.4 Yhteenvedo tyttöjä koskevasta yksilöhypoteesista

Tyttöjen sairastumista voi kuvata akuutin identiteettidiffuusion tilaksi (Erikson 1975b). Heidän akuutti sairastumisensa liittyi seksuaalisuuden ongelmaan (kahden vääristyneet ajatukset olivat seksuaalisävyisiä ja kolmannen sairastuminen liittyi seurustelusuhteen katkeamiseen ja raskauden pelkoon). Eriksonin mukaan suhde seksuaalisuuteen on yksi tärkeistä kehitystehtävistä, joista nuoren on selviydyttävä, jotta hän välttyy identiteettidiffuusiolta. Myös Kernberg (1982) korostaa seksuaalisen identiteetin, egoidentiteetin ja vanhemmista irrottautumisen merkitystä nuoruuden kehitystehtävänä.

Tyttöjen sukupuoli-identiteetti oli selvä Kohlbergin (1966) ja Stollerin (1968, 1979) tarkoittamassa merkityksessä; he eivät kyseenalaistaneet itseään tyttöinä tai naisina. Sensijaan tyttöjen ongelmaksi voitiin päätellä sukupuolta edustava minäkuva, iän mukainen identiteetti äidin tarjoaman mallin pohjalta. Voidaan päätellä, että vanhemman ja lapsen sukupuolta edustavien minäkuvien tasapainoinen vastavuoroisuus mallioppimisessa ja samastumisessa (Toskala, 1988) on tarpeen, jotta identiteetti kestää nuoruusajan muutospaineet. Alasen (1966), Fleckin ym. (1963) ja Lidzin ym. (1965, 1968) mukaan skitsofreniaan sairastuneella nuorella oli ollut huono suhde samaa sukupuolta olevaan vanhempaan. Tässä tutkimuksessa äideillä ja tyttärillä oli keskenään vaikeat suhteet, joista voi päätellä tyttärillä olleen vaikeuksia samastua äitiin. Suhde isään oli läheisempi, ja tilannetta voitiin kuvata oidipaalisiksi kolmiosuhteeksi, jossa isä ja tytär olivat liittoutuneet äitiä vastaan (Haley, 1959). Alanen, Fleck ym. ja Lidz ym. viittaavat myös tutkimuksissaan isien omistavaan suhteeseen naispotilailla, mikä on lisännyt äitien vihamielisyyttä ja kateutta.

Tytöillä tiedetään olleen kokemuksia äidin pitkäaikaisesta poissaolosta tai jaksamattomuudesta vastata lapsen tarpeisiin varhaisvaiheessa. Tässä tutkimuksessa ei kuitenkaan voitu paneutua varhaisvaiheen ongelmiin, joten niiden merkitys jäi epäselväksi.

Tyttöjen yksilöityminen ja eriytyminen näytti olevan voimakkaassa kehitysvaiheessa; Blossin (1975) mukaan objektisuhdetasolla tapahtuvassa eriytyksen vaiheessa, jolloin nuori irrottautuu tun-

teenomaisesta suhteesta vanhempiinsa ja solmii uusia suhteita ensiksi samaa sukupuolta oleviin ystäviin ja vähitellen yhä läheisempiin heteroseksuaalisiin suhteisiin. Itsenäistyminen perheestä oli meneillään ja varsinkin suhde äitiin oli toisaalta riippuvainen ja toisaalta riippuvuutta vastustava. Toverisuhteita ja harrastuksia oli kaikilla, ja seurustelusuhteitakin oli jossain määrin kokeiltu. Intrapsyykkinen eriytyminen (Blos, 1975; Bourne, 1978b), eriytyminen sisäistetyistä vanhempien mielikuvi- ta, (jota on vielä vaikeampi saada mittauksen kohteeksi), oli epäsuorasti päätellen vielä enemmän kesken; sillä toverisuhteet ja seurustelusuh- teet olivat vielä epävakaita ja ristiriitaisia.

Ammatti-identiteetti oli korkeintaan muotoutumassa ja työsuh- teita oli ollut lähinnä kokeiluluontoisesti. Oteesta elämän päämääriin kukaan ei ollut luopunut. Perheistunnoissa tytöt olivat kantaaottavia ja puhuivat vireästi. He olivatkin jo perheistuntojen alkaessa selvinneet akuutista identiteetidiffuusion tilastaan.

Kaikkien tyttöjen identiteetti joutui liian haastavien tehtävien eteen: Kaksi oli omaksunut "terapeutin" roolin vanhempiensa ristiriidoissa ja yksi oli astumassa liian vähäisen tuen avulla itsenäisyyteen. Myös Alanen (1958) ja Räcköläinen (1977) totesivat psykoosin puhjenneen siinä vaiheessa, kun potilaan olisi pitänyt ottaa aikuisen vastuuta, johon hän ei vielä kyennyt.

8.1.5 Yhteenveto tyttöjen perheitä koskevasta systeemisestä hypoteesista

Systemisen hypoteesiksi muodostui, että tytöt olivat "terapeutin" roo- lissa tai liian vähäisen vanhempien yhtenäisen tuen puutteessa, kun vanhempien alaryhmä (Minuchin, 1965; Minuchin & Fishman, 1981) ei toiminut riittävän yhdenmukaisesti vanhempien voimakkaiden keskinäisten ristiriitojen vuoksi. Tilanne muistutti Lidzin (1965) määritel- mää vanhempien "skismaattisesta suhteesta", joka oli hänen mukaansa yleistä naispotilaiden vanhemmilla. Tytöt olivat oidipaalisessa kolmiotilanteessa Haleyn (1959, 1977b) määrittelyn mukaisesti, ylittäen sukupol- virajat olleessaan liitossa isän kanssa äitiä vastaan.

Perheille annettiin palautteita, jotka tähtäsivät vanhempien yhteistoiminnan lisääntymiseen, vanhempien alasyntemien vahvistamiseen ja tytön vapautumiseen "terapeutin" roolista. Vanhempien alasyntemien vahvistaminen on sekä strukturaalisen (Minuchin, 1965) että systeemi- sen (Selvini-Palazzoli 1986) perheterapian näkemyksen mukaista. Lisäk- si perheneuvottelujen päämääränä oli auttaa kaikkien perheenjäsenten, erityisesti sairastuneen nuoren yksilöitymis- ja eriytymiskehitystä etenemään. Esim. perheenjäseniä pyydettiin kuvailemaan toistensa eroavaisuuksia tai vanhempia kuvaamaan, millaisia he olivat lasten ikäisinä. Perheen ja ilmipotilaan ongelmille pyrittiin antamaan uusi,

positiivinen määritelmä. Luotiin systeeminen hypoteesi ja sen pohjalta annettu palaute perheelle (Selvini-Palazzoli ym. 1980).

Positiivisia muutoksia tapahtui perheissä. Kahdessa perheessä isä kertoi äidin muuttuneen positiiviseen suuntaan (vanhempien liitto ehkä vahvistui), ja tytär vapautui terapeutin roolista. Vaikka yhdessä perheessä ei muutoksesta ole selvää kuvaa yhteistyövaikeuksien vuoksi, perheen tytär sanoi perhekäynneistä olleen hyötyä.

8.1.6 Muutokset kahden vuoden kuluttua

Kahden vuoden aikana tyttöjen yksilöitymis- ja eriytymiskehitys näytti edenneen. Yksi oli muuttanut jo kotoa pois, kaksi asui vielä kotona. Tytöt kamppailivat psykologisesti irrottautuakseen perheestään ja heillä oli ystäviä, joita tapasivat vähintään kerran viikossa. Pysyvä seurustelusuhde oli yhdellä. Harrastukset olivat muuttuneet entistä sosiaalisemmiksi. Kaksi tytöistä opiskeli ja yhden menestyminen työelämässä oli melko hyvä. Ammatti-identiteetti oli yhdellä kiinteä, toisella muotoutumassa ja kolmannella sitä ei vielä voinutkaan olla opiskelun keskeneräisyyden vuoksi. Ns. yksilöitymispisteissä tytöt olivat saaneet muutosta aikaan: + 13, +5 ja 0 pistettä. Yksilöitymiskehitystä tuki ilmeisesti myös tyttöjen ikävaihe; he olivat sairastuessaan hieman alle 15 - 21 vuotiaita, jolloin tällaisen kehityksen voidaan ajatella korostuvan. Psykoottiset oireet olivat uusineet kahden vuoden seuruaajan kuluessa. Ne oli saatu menemään ohi ilmeisesti lääkityksen avulla ja seuruuhetkellä kahdella ei ollut psykoottisia oireita, kolmannella oli lieviä oireita. Neuroottisia oireita ei ollut kenelläkään. Tyttöjen psyykkisen tilan keskiarvo GAS-asteikolla arvioituna oli muuttunut alkutilanteen 4,6:sta kahden vuoden kuluessa 6,3:een.

8.2 Pojat

8.2.1 Tapausesimerkki P1

Miten identiteettidiffusio ilmeni:

20-vuotias Kari oli alkanut kuulla syytteleviä ääniä ollessaan työnsä vuoksi toisella paikkakunnalla. Psykoottiset oireet arvioitiin voimakkaiksi ja neuroottisia oireita ei ollut. Hän oli työkyvytön.

Laukaisevat tekijät:

Jo pari vuotta aikaisemmin Karin koulumenestys oli alkanut huonontua. Hänestä alkoi tuntua, että häntä seurataan erityisesti. Työ toisella paikkakunnalla oli liian suuri haaste hänen keskeneräiselle identiteettikehitykselleen. Samoihin aikoihin myös toinen perheen pojista lähti opiskelemaan toiselle paikkakunnalle.

Identiteetti, yksilöityminen ja eriytyminen sekä ilmipotilasta koskeva hypoteesi:

Karin varhaislapsuus oli aivan tavallinen. Isä oli kuitenkin paljon poissa kotoa työteliäisyytensä vuoksi. Kari pelkäsi isää. Murrosiästä lähtien Kari koki erityisesti isän taholta paineita:

Kari: "Mä oon aina ihmetelly sitä, minkä takia se (isä) on aina niin kauheen vihainen mulle."

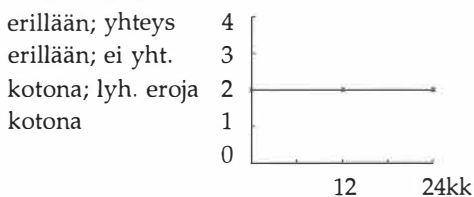
Perhe kuvasi isää tehokkaaksi ja poikaa verkkaiseksi. Isän oli vaikea sietää verkkaisuutta ja tehottomuutta. Isän ja pojan toimintatavat eivät sopineet yhteen. Pojan oli ehkä ollut vaikea samastua isään, jonka oli kokenut vihamieliseksi. Koska äidin ja isän suhde oli vaikea, Kari ja äiti olivat liittoutuneet. (Haley (1959, 1977b) määrittelemä oidipaalin kolmiosuhde).

Yksilöitymisen ja eriytymisen arvioinnin mukaan Kari oli jo ollut erossa perheestään lyhyehköjä ajanjaksoja. Hän oli psykologisesti kuitenkin tiukasti primääriperheessään kiinni. Suhde isään oli ambivalentti ja suhde äitiin lähinnä riippuvuusuhde. Hän tapasi ystäviä ainoastaan "suojatuissa olosuhteissa" ja harrastukset liittyivät pääasiassa kotipiiriin. Hän ei seurustellut. Hän ei vielä ollut kunnolla päässyt sisälle työelämään, eikä hänellä ollut vielä ammatti-identiteettiä. Huomattava osa otteesta elämän päämääriin oli kadonnut. Näillä perusteilla Kari sai yksilöitymisen ja eriytymisen pisteikseen 14 / (max. 34).

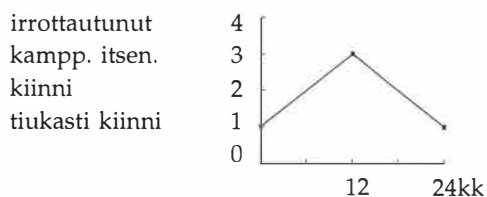
Kahden vuoden kuluttua pisteet olivat 15: Kari oli aloittamassa asuntolassa asumista, mutta virallisesti asui vielä kotona. Hän oli edelleen psykologisesti tiukasti perheessään kiinni. Suhde isään oli kylmän etäinen, ja suhde äitiin toisaalta riippuva, toisaalta riippuvuutta vastustava. Hän tapasi ystäviä n. kerran kuukaudessa ja harrastukset rajoittuivat edelleen pääasiassa kotipiiriin. Hän ei seurustellut. Hän ei ollut vielä päässyt kunnolla sisälle työelämään, eikä hänellä ollut ammatti-identiteettiä. Huomattava osa otteesta elämän päämääriin oli edelleen kadoksissa. Kari oli aloittamassa asuntolakuntoutusta. Hänellä oli vielä voimakkaita psykoottisia oireita, mutta ei neuroottisia ja hän oli työkyvytön (kuviot 38 - 49).

Potilas P1: Suhteet perheeseen

Potilas asuu

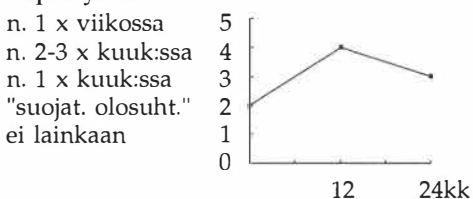


KUVIO 38 Ulkoinen suhde perheeseen

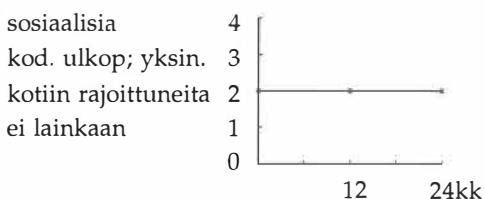


KUVIO 39 Psykologinen suhde perheeseen

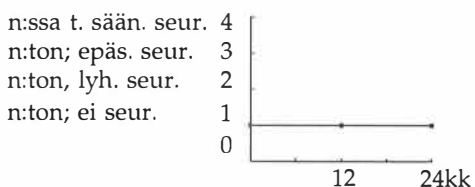
Tapaa ystäviä



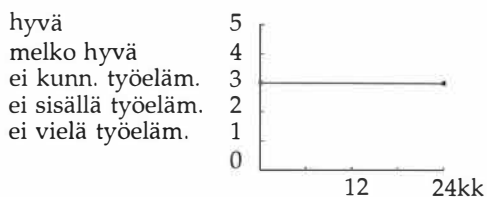
KUVIO 40 Sosiaaliset suhteet



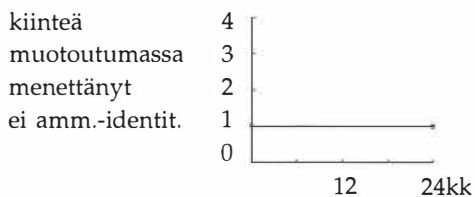
KUVIO 41 Harrastukset



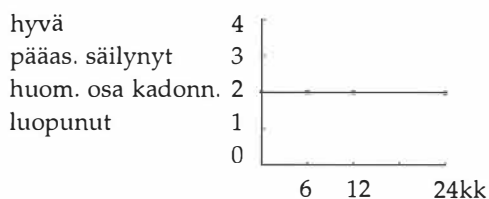
KUVIO 42 Heteroseksuaalinen parisuhde



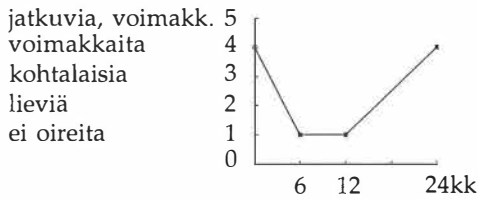
KUVIO 43 Menestyminen työelämässä



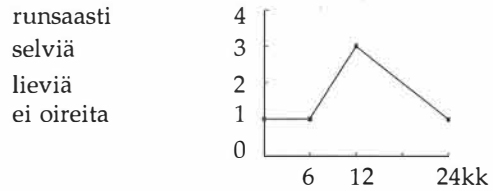
KUVIO 44 Ammatti-identiteetti



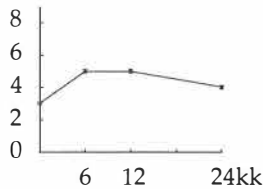
KUVIO 45 Ote elämän päämääriin



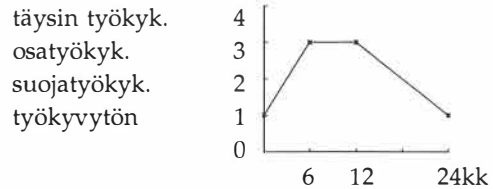
KUVIO 46 Psykoottiset oireet



KUVIO 47 Neuroottiset oireet



KUVIO 48 Psykkisen tilan arvio: GAS



KUVIO 49 Työkyky

Perheterapia ja systeeminen hypoteesi:

Perheen ja terapeuttien välisessä yhteistyössä oli vaikeuksia. Niitä oli ollut myös aikaisemmassa hoitopaikassa. Isä oli vaativa sekä itseään, perhettään että terapeutteja kohtaan. Asiaa käsiteltiin mm. ottamalla "askel taaksepäin" palautteella:

Terapeutti: "Kun katselimme videonauhaa, totesimme, että vastauksemme olivat varmasti epätydyttäviä teidän kannaltanne. Emme osaa sanoa mitään varmaa teille esim. Karin ennusteesta. Tämä on teille varmaankin hyvin tuskastuttavaa. Ihmettelimmekin, miten olette voineet sietää tällaista epävarmuutta. Olemme varmaan hermoille käyvää porukkaa... Kun te nyt olette tulleet tänne, minkälaista yhteistyötä haluaisitte?".

Perhe puhui peitellysti ongelmistaan (vanhempien keskinäiset ristiriidat, isän alkoholin käyttö ja väkivaltaisuus). Vasta Karin kontrollin pettäessä viimeisellä kerralla asioista tuli suurempaa tietoa. Isä jäi mielipiteineen helposti perheessä yksin. Äiti ja Kari olivat liittoutuneet.

Systemiseksi hypoteesiksi muodostui: Kari epäonnistuu irrottautumisyriyksissään, sillä jos vanhemmat jäisivät kaksin, heidän risti-riitansa kärjistyisivät. Tähän kohdistettiin esim. palaute:

Terapeutti: "Lasten vähittäinen omaan elämään siirtyminen vaikuttaa enemmän äidin elämään kuin isän elämään. Monet äidit tässä tilanteessa etsivät uusia ystäviä ja harrasteita. Varmaankin kuluu aikaa, ennenkuin äidille löytyy uusia ihmissuhteita. Isä, sinua voi onnitella siitä, että olet löytänyt elämäntyylin, joka sopii sinulle. Sitä eivät monet ihmiset löydä koskaan." Äiti kyynelti ja totesi, että vasta nyt hän huomaa jäävänsä yksin.

Seitsemännelle käyntikerralle asti Karin tilanne vähitellen parani, ja yhteistyö perheen ja terapeuttien kanssa sujui vaihtelevalla menestyksellä. Sitten Kari ja isä jäivät muutamaksi päiväksi kaksin kotiin. Kari kuvasi myöhemmin, viimeisellä käyntikerralla, isän ryyppänneen ja esitelleen jotakin törkeää, josta hän ei voinut puhua. Karilla alkoi mennä jälleen huonommin, hän yritti itsemurhaa ja tuli hyvin väkivaltaiseksi isää kohtaan. Hänet toimitettiin sairaalaan. Terapia epäonnistui ilmeisesti siksi, että perhe ei voinut puhua kaikista asioista. Esim. se "törkeä", mikä tapahtui, jäi isän ja Karin väliseksi salaisuudeksi. Oliko asia muuntunut Karin mielessä hänen kuntonsa huonontuessa ja miten paljon? Se, että salaisuus yleensä oli olemassa, paljastui terapeuteille vasta viimeisellä kerralla, kun Karin kontrolli oli niin pettänyt, että hänet sitten jouduttiin toimittamaan sairaalaan.

Video-otosten (liitteet 13 ja 14) perusteella perhe puhui spontaanisti melko paljon (peräkkäisinä otostettuina kertoina 55 %, 43 %, 44 %, ja 53 % kaikista puheenvuoroista). Spontaanipuheenvuorojen lasku välillä saattaa heijastella yhteistyövaikeuksia terapeuttien kanssa. Isä puhui spontaanisti 36 %, 36 %, 46 % 15 %. Viimeisellä kerralla isä ei uskaltanut puhua paljoa Karin aggressiivisuuden vuoksi. Äidin spontaanit puheenvuorot olivat 3 %, 26 %, 32 % ja 37 % ja hänen voidaan sanoa rohkaistuneen puhumaan enemmän, kun terapia eteni. Kari osallistui myös spontaanisti perheen vuorovaikutukseen 31 %, 31 %, 22 % ja 48 %, mikä kertoi hänen kiinnostuksestaan käsitellä omaan elämäänsä liittyviä asioita ja antoi myös viitteitä melko hyvästä eriytymisen ja yksilöitymisen asteesta muihin tutkimuksessa olleisiin poikiin verrattuna. Toisinaan hänen vastauksensa oli kuitenkin kantaaottamaton ("en tiedä") ja usein hän myös kumosi mielipiteensä. Viimeisellä kerralla hän puhui paljon ja oli aggressiivinen isälle. Perheen toinen poika oli kahdella ensimmäisellä otoskerralla mukana ja hänen spontaanipuheenvuoronsa olivat 31 % ja 7 %.

Tunnesuhteiden jakautumisessa (liite 15) vanhempien väliset ristiriidat eivät näkyneet; he eivät niitä suoraan ilmaisseet. Tämän perheen video-otosten reliabiliteetti oli heikoin. Sekin ehkä kertoi, että asioista ei päästy puhumaan suoraan. Viimeisellä kerralla Kari ilmaisi isästä hyvin paljon negatiivista, mitä muutoin tapahtui hyvin vähän. Isä ilmaisi syyllisyyttä kaikkein eniten ja puolustautui myös eniten.

Kahden vuoden kuluttua vanhemmat arvioivat olevansa Karin ja perheen saamaan hoitoon sekä tyytyväisiä että tyytymättömiä.

Olisiko perheen hoito sujunut paremmin, jos vasta viimeisellä käyntikerralla ilmenneen isän ja pojan aikaisemman välikohtauksen (äidin ollessa poissa kotoa) jälkeen olisi suostuttu aikanaan isän ehdotamaan isän ja pojan yhteiseen käyntiin lääkäriä (toinen terapeuteista)? Terapeutit eivät tienneet, mistä oli kysymys. Perheelle esitettiin käyntiä, jossa äitikin olisi mukana, jotta avoin kommunikaatio perheenjäsenten välillä toteutuisi, eikä perhesysteemiä vaikeuttavia salaisuuksia muo-

dostuusi. Seuraavalla käynnillä kysyttiin, miksi isä olisi halunnut tulla pojan kanssa kaksin, mutta siihen ei saatu vastausta. Isä kysyi mahdollisuuksia pojalle psykoanalyysiin. Olisiko isän ja pojan "salaisuus" ollut järkevää säilyttää ainakin alkuun salaisuutena äidiltä ja käsitellä sitä vain isän ja pojan kesken? Olisivatko isä ja poika puhuneet salaisuudesta? Mitä siitä olisi seurannut koko perheen systeemille ja yhteistyölle perheen kanssa? Terapeutit eivät viimeiselläkään kerralla mieltäneet, että välikohtaus oli kenties vaikuttanut Karin kunnon huononemiseen, ajatus siitä syntyi vasta tämän tutkimuksen analysointivaiheessa.

Hoidon epäonnistumiseen vaikutti osaltaan yhteistyövaikeudet terapeuttien ja perheen välillä. Perheessä oli salaisuuksia, joita poika toi esiin lähes psykoottisen aggressiivisesti, jolloin niitä ei päästy käsittelemään.

8.2.2 Tapausesimerkki P2

Miten identiteettidiffuusio ilmeni?

Timo tuli vastaanotolle yli 20-vuotiaana muututtuaan 1,5 vuotta sitten fyysisen sairastumisen jälkeen täysin passiiviseksi ja poissaolevaksi. Hänen tunnereaktionsa olivat huomattavasti vähentyneet. Hänen psykoottiset oireensa arvioitiin voimakkaiksi ja neuroottiset lieviksi. Työkyky arvioitiin kuitenkin suojaotyön tasoiseksi.

Laukaisevat tekijät:

Perhe oli suunnitellut ennen Timon sairastumista, että Timo ottaisi vastuulleen perheen yrityksen. Timo oli ollut epävarma, haluaako hän ottaa vastuuta yrityksestä. Fyysinen sairastuminen laukaisi ilmeisesti identiteettidiffuusion. Hän jäi päättämättömänä ja ikäänkuin "halvaantuneena" makailemaan tulevaisuuden haasteiden edessä, kun olisi pitänyt päättää ammatin valinnasta.

Identiteetti, yksilöityminen ja eriytyminen sekä ilmipotilasta koskeva hypoteesi:

Timo oli ollut perheeseensä odotettu lapsi. Äidillä oli fyysistä sairautta Timon syntyessä. Timon koulumenestys oli ollut hieman heikko. Hän oli selviytynyt asevelvollisuudestaan ilman erityisiä vaikeuksia. Hän oli myös käynyt ammattikurssin toisella paikkakunnalla ja seurustellutkin jo hiukan. Timon ja isän suhde näytti etäiseltä; nämä eivät esim. perheistunnoissa katsoneet juurikaan toisiaan. Isä samastumiskohteena on saattanut olla tunteita ilmaisematon ja selviä kannanottoja välttävä. Äidin ja Timon suhteet näyttivät hyvin läheisiltä, ja myös Timo muo-

dosti oidipaalisien kolmiosuhteen vanhempiensa kanssa (Haley, 1959, 1977b). Timon yksilöitymisen ja eriytymisen keskeneräisyydestä kertoi heikko omien mielipiteiden ilmaisu perheistunnoissa; esim. kun keskusteltiin Timon mahdollisesta hakeutumisesta kurssille:

Terapeutti: "Aha, minkälainen kurssi se, Timo, mahtaisi olla sitten?"

Timo: "Se, tuo äiti paremmin...(hymyilee)."

Isä: "Äiti tietää paremmin (nauraa)".

Terapeutti Timolle: "Kerro sä vaan itse ensin!"

Äiti: "Niin, kerropas nyt itse, mikä se on!"

Timo hiljaa: "En minä tiedä, kun se (veli) oli soittanut, ei oo kauan sitten..."

Äiti: "Niin, viime viikolla soitti."

Timo: "Niin".

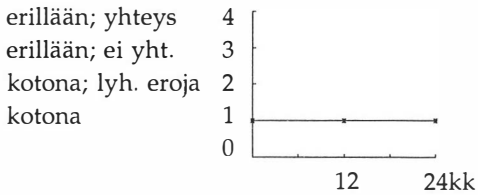
(Äiti lopulta kertoi, mistä kurssista oli kyse).

Yksilöitymisen ja eriytymisen arvioinnin mukaan Timo ei tutkimushetkeä edeltäneenä vuonna ollut asunut muualla kuin kotona. Hänen psykologinen suhteensa perheeseen oli tiukan kiinteä, suhde isään ambivalentti ja suhde äitiin erittäin läheinen. Hän ei ollut tavannut ystäviä ollenkaan viimeksi kuluneen vuoden aikana, eikä hänellä ollut lainkaan harrastuksia. Hän ei ollut myöskään seurustellut viimeksi kuluneen vuoden aikana. Hän ei ollut päässyt vielä sisälle työelämään ja hän oli menettänyt aikaisemman ammatti-identiteettinsä. Hän oli luopunut elämän päämääristä. Näillä perusteilla hänen yksilöitymisen ja eriytymisen pisteikseen tuli 10 / (max. 34).

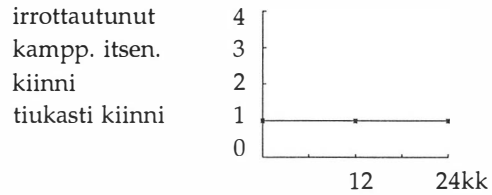
Kahden vuoden kuluttua pistemäärä oli noussut 14:ään. Hän asui edelleen kotona, ja hänen psykologinen suhteensa perheeseen oli edelleen tiukan kiinteä. Suhde isään oli edelleen ambivalentti ja suhde äitiin erittäin läheinen. Nyt hän tapasi kuitenkin ystäviä "suojatuissa olosuhteissa" ja hänellä oli pääasiassa yksinäisyydessä tapahtuvia, mutta kodin ulkopuolisiakin harrastuksia. Vielä hän ei seurustellut. Nyt hän oli jo päässyt melko hyvin työelämään, vaikkakaan ammatti-identiteettiä ei vielä ollut. Huomattava osa otteesta elämän päämääriin oli edelleen kadoksissa. Hänellä ei ollut psykoottisia oireita, neuroottisia oireita arvioitiin olevan lievästi ja häntä pidettiin osatyökykyisenä (kuviot 50 - 61).

Potilas P2: Suhteet perheeseen

Potilas asuu

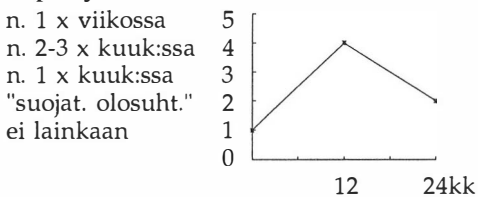


KUVIO 50 Ulkoinen suhde perheeseen

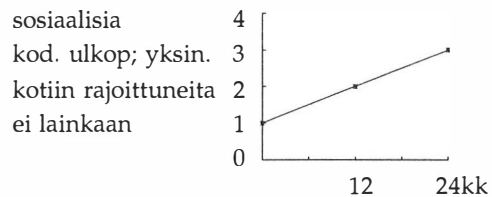


KUVIO 51 Psykologinen suhde perheeseen

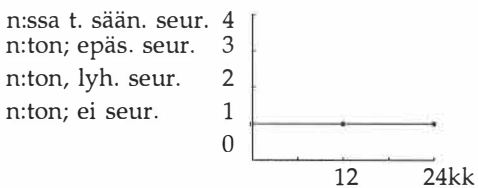
Tapaa ystäviä



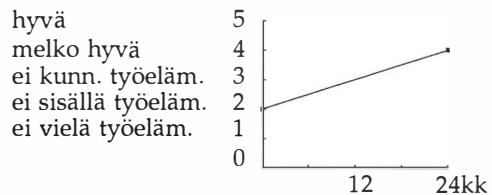
KUVIO 52 Sosiaaliset suhteet



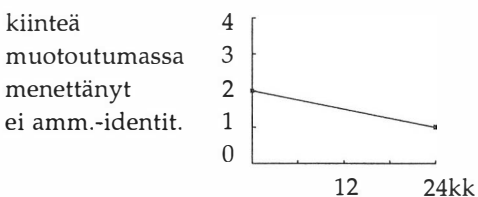
KUVIO 53 Harrastukset



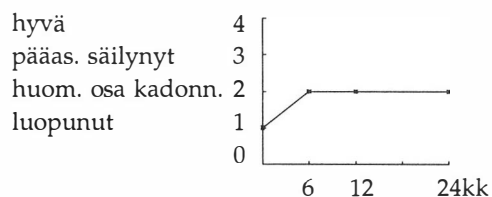
KUVIO 54 Heteroseksuaalinen parisuhde



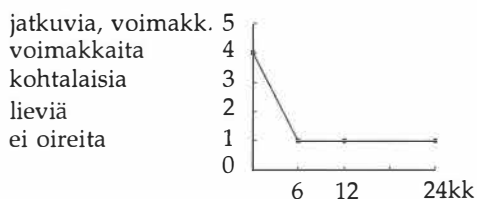
KUVIO 55 Menestyminen työelämässä



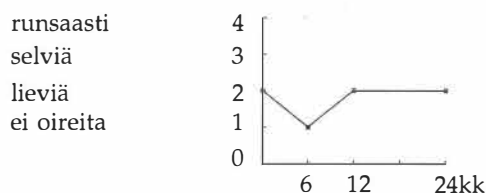
KUVIO 56 Ammatti-identiteetti



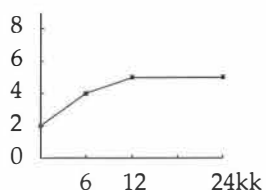
KUVIO 57 Ote elämän päämääriin



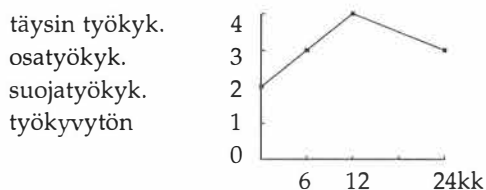
KUVIO 58 Psykoottiset oireet



KUVIO 59 Neuroottiset oireet



KUVIO 60 Psykkisen tilan arvio: GAS



KUVIO 61 Työkyky

Perheterapia ja systeeminen hypoteesi:

Perhe olisi halunnut Timolle sairaalahoitoa ja oli alkuun pettynyt avohoitoon. Yhteistyö perheen kanssa parani koko ajan ja oli lopulta hyvä. Perhe kävi terapiassa seitsemän kertaa.

Systeemiseksi hypoteesiksi muodostui: Perhe oli juuttunut päättämättömyyden tilaan yrityksen jatkamisesta. Perhe odotti Timon päätöstä, jatkaako yritystä vai valitseeko jonkin muun ammatin. Tätä päätöstä Timo ei osannut tehdä. Puolikuntoisena pysyttelemällä Timo varmistui, että yritys pysyi suvulla ja tilanne ennallaan. Vanhempien oli myös vaikea sanoa mielipidettään asiasta. Mikäli Timo ei jatkaisi yritystä, se merkitsisi vanhemmille elämäntyyntä mitätöintiä.

Sisar selvensi asian: "Isä toivoo suoraan sanoen Timosta jatkajan, kyllä sen puheista sitten..." (katsoo nauraen isää).

Äiti jatkoi: "On. Isä aina heti suuttuu, kun vaan puhutaan jollekin kursille lähdöstä".

Kysyttäessä Timon omaa mielipidettä, tämä oli hiljaa 6 sek. ja sanoi tuskin kuuluvalla äänellä:

Timo: "Kyllä kai se sitten niin on..., totta, niin."

Jotta ratkaisun teko helpottuisi, tehtiin perheelle mm. tulevaisuuteen suuntautuneita kysymyksiä:

Terapeutti: "Millaista olisi elämäne viiden vuoden kuluttua, jos Timo olisi jo täysin terve?"

Annettiin myös palaute, jossa määriteltiin uudelleen Timon sairastuminen:

Terapeutti: "Sinä Timo olet käyttänyt nämä vuodet auttaaksesi teidän toisia lapsia omaan elämään ja antaaksesi isälle ja äidille jatkoaikaa yrityksen ja oman tulevaisuutensa miettimisessä. Tähän sinulla on riittänyt yllättävän paljon voimia. Nyt meistä tuntuu, että sinun on syytä jatkaa tätä tehtävääsi vielä jonkun aikaa, sillä jos sinä rupeaisit elämään omaa elämäsi liian äkkiä, kaikki perheessä eivät olisi ehtineet siihen varustautua ja miettiä, mitä seurauksia siitä tulisi."

Perättäiset video-otoskerrat vahvistavat terapeuttien näkemystä (liitteet 16 ja 17). Alkuun yhteistyö oli hieman vaikeaa ja se näkyy perheen spontaanipuheenvuorojen niukkuutena alkuun ja lisääntymisenä, kun yhteistyö parani: 42 %, 70 %, 47 % ja 62 %. Äiti oli aktiivisin; hän käytti n. 35 %, 43 %, 44 % ja 58 % perheen spontaanipuheenvuoroista, isä vain 24 %, 17 %, 40 % ja 22 %. Timo puhui spontaanisti vähän, mutta rohkaistui aikaa myöten; hän puhui 3 %, 7 %, 16 % ja 20 % perheen spontaanipuheenvuoroista. Äiti oli perheessä se, joka puhui ja jonka kautta esim. Timo ja isä hoitivat ilmeisesti asioitaan.

Tunnesuhteiden jakautuminen (liite 18) tukee myös perheestä saatua kuvaa; äiti ilmaisi eniten positiivista Timosta (äidin ja Timon liittoutuma), ja isä eniten negatiivista. Isä puolustautui eniten, äiti ilmaisi syyllisyyttä. Timo ilmaisi eniten positiivista itsestään ja puolustautui; negatiivista hän ei sanonut kenestäkään.

Kahden vuoden kuluttua Timo toimi yrityksessä veljensä kanssa, mutta lopullista ratkaisua yrityksen kohtalosta ei vielä oltu tehty. Vanhemmilla oli edelleen johtajuus yrityksessä. Vanhemmat olivat sekä potilaan hoitoon että perheen saamaan hoitoon erittäin tyytyväisiä. Timo itse oli melko tyytyväinen.

Timon tilanne edistyi tasaisesti. Yhteistyö vanhempien ja terapeuttien kesken parani koko ajan, ja terapeutit ilmeisesti kykenivät auttamaan perhettä miettimään erilaisia vaihtoehtoja Timoon liittyvistä tulevaisuuden suunnitelmista. Vaikka lopullisia päätöksiä ei perheessä oltu vielä kahden vuoden kuluttua tehty, Timon tilannetta oli selkiinnyttänyt ilmeisesti mielikuvissa luotujen erilaisten ratkaisuvaihtoehtojen mahdollisuus.

8.2.3 Tapausesimerkki P3

Miten identiteettidiffuusio ilmeni?

Sami tuli vastaanotolle hieman yli 20 vuotiaana. Hän oli armeija-ajan keskeytettyään käynyt hitaaksi, oli omissa maailmoissaan ja naureskeli itsekseen. Psykoottiset oireet arvioitiin lieviksi samoin neuroottiset oireet. Sami oli työkyvytön.

Laukaisevat tekijät:

Ilmeisesti armeija-aika merkitsi Samin identiteetille, yksilöitymisen ja eriytymisen kehitysvaiheelle liian suurta haastetta. Epäonnistuminen "miehisyyden koulussa", työrytyksissä ja seurustelusuhteessa johti identiteettidiffuusion tilaan.

Identiteetti, yksilöityminen ja eriytyminen sekä ilmipotilasta koskeva hypoteesi:

Samille oli haettu kouluikäisenä apua kömpelyyteen ja huonoon koulumenestykseen. Älykkyydeltään hän oli kuitenkin keskitasoa. Nykyisten kriteerien mukaan tilannetta olisi ehkä voinut tuolloin kuvata MBD-diagnoosilla. Isä oli kätevä käsistään ja pojan kömpelyyskin vierotti isän ja pojan yhteistoimintaa. Eniten Samin identiteettikehitykseen lienee vaikutusta vanhempien suurilla ristiriidoilla. Vanhemmat olivat hake-neet ammattiapua ristiriitoihinsa ja isän väkivaltaisuuteen, kun Sami oli kouluikäinen, ja välttivät harkitsemansa avioeron. Äiti suojeli huonosti menestyvää poikaansa isän kritiikiltä. Äidin ja Samin vahva liittoutuma ja Samin vaikea suhde isään voidaan kuvata oidipaalisena kolmiosuh-teena (Haley, 1959, 1977b). Isän ja pojan ongelmallinen suhde on toden-näköisesti vaikeuttanut Samin samastumista isään, joka työteliäisyyten-sä vuoksi on ollut lisäksi paljon poissa kotoa.

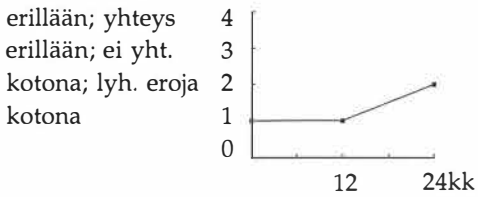
Terapeutit tulkitsivat Samin heikon mielipiteen ilmaisun perheis-tunnoissa kertovan hänen eriytymisen ja yksilöitymisen ongelmistaan.

Yksilöitymisen ja eriytymisen arvioinnin mukaan (kuviot 62 - 73) Sami oli asunut hoitoon tullessaan viimeksi kuluneen vuoden aikana kotona. Hän oli psykologisesti perheessään kiinni, ja hänen suhteensa sekä äitiin että isään arvioitiin erittäin läheiseksi. Hän tapsi ystäviä n. kerran kuussa, harrastukset olivat lähinnä kotipiiriin rajoittuvia, eikä hän viimeksi kuluneen vuoden aikana ollut seurustellut. Hänellä oli ollut työrytyksiä, mutta hän ei ollut päässyt vielä kunnolla sisälle työ-elämään, eikä hänellä vielä ollut ammatti-identiteettiä. Huomattava osa otteesta elämän päämääriin oli kadonnut. Yksilöitymisen ja eriytymisen pisteikseen Sami sai näillä perusteilla 15 / (max. 34).

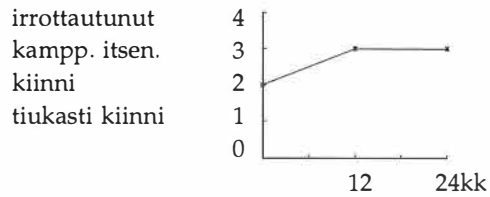
Kahden vuoden kuluttua pisteet olivat nousseet 19:ään. Nyt hän oli asuessaan kotona ollut perheestään erossa lyhyehköjä ajanjaksoja. Hänen psykologinen suhteensa perheeseen oli muuttunut kamppailuksi itsenäistymisestä. Suhde äitiin ja isään oli arvioitu muuttuneen sekä riippuvaksi, että riippuvuutta vastustavaksi. Ystäviä hän tapasi nyt useammin; kaksi tai kolme kertaa kuukaudessa. Harrastukset rajoittui-vat edelleen pääasiassa kotipiiriin. Hän ei seurustellut. Hän ei vielä ollut kunnolla päässyt sisälle työelämän, eikä hänellä ollut ammatti-identiteettiä. Ote elämän päämääriin arvioitiin pääasiallisesti säilyneek-si. Psykoottisia oireita hänellä ei ollut, mutta hänellä arvioitiin olevan selvästi neuroottisia oireita. Hän oli osatyökykyinen ja kävi päiväsairaa-lassa kuntoutuksessa.

Potilas T1: Suhteet perheeseen

Potilas asuu

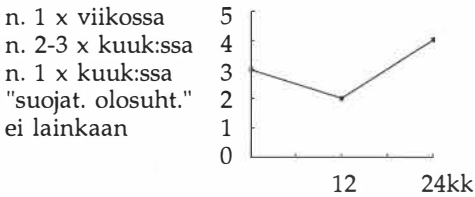


KUVIO 62 Ulkoinen suhde perheeseen

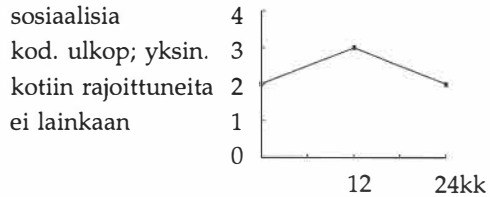


KUVIO 63 Psykologinen suhde perheeseen

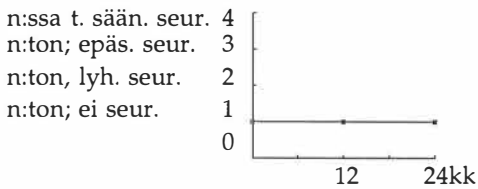
Tapaa ystäviä



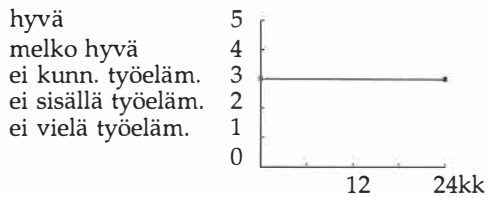
KUVIO 64 Sosiaaliset suhteet



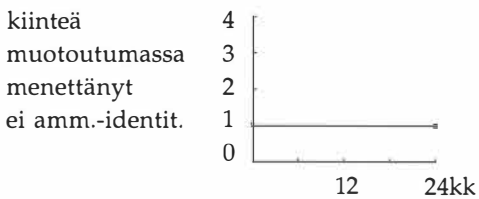
KUVIO 65 Harrastukset



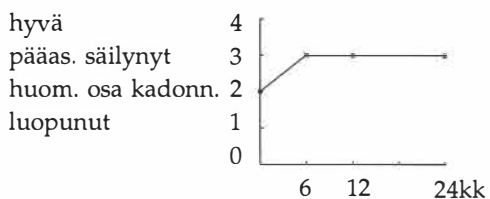
KUVIO 66 Heteroseksuaalinen parisuhde



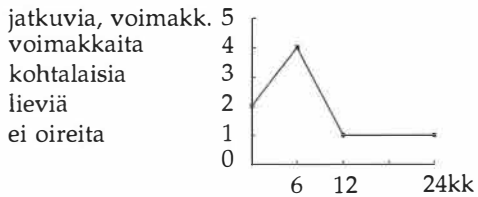
KUVIO 67 Menestyminen työelämässä



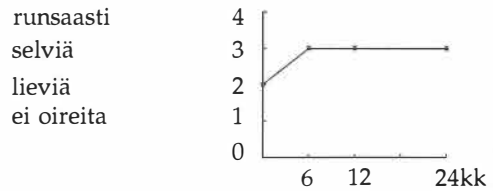
KUVIO 68 Ammatti-identiteetti



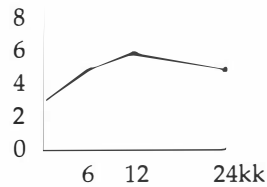
KUVIO 69 Ote elämän päämääriin



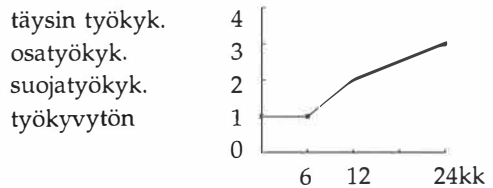
KUVIO 70 Psykoottiset oireet



KUVIO 71 Neuroottiset oireet



KUVIO 72 Psykkisen tilan arvio: GAS



KUVIO 73 Työkyky

Perheterapia ja systeeminen hypoteesi:

Perheistunnot, joita oli kaikkiaan seitsemän, toteutettiin koko ajan avohoidossa.

Systeemiseksi hypoteesiksi muodostui: Vanhemmilla on keskenään paljon ristiriitoja, jotka tulevat ilmaistuksi Samin kautta. Sami pitää oireillaan perheen tasapainoa yllä. Palautteissa annettiin tunnustusta perheelle siitä, että he pystyvät antamaan Samille paljon tukea. Terapeutit ilmaisivat kuitenkin huolensa siitä, pystyvätkö vanhemmat keskenään sopimaan Samin asioista. Eräässä palautteessa korostettiin, että vanhemmat voivat vaatia selviä vastauksia Samilta kaikenlaisissa asioissa. Samilla näytti olevan kyky heittäytyä ymmärtämättömäksi silloin, kun hän ei halunnut sanoa omaa kantaansa. Myöhemmissä palautteissa todettiin, että terapeutit nyt luottivat siihen, että vanhemmat selviävät jäätyään kaksin, jos lapset itsenäistyvät. Vanhemmilla näytti olevan työnjako; toinen pelkäsi Samin tulevaisuuden puolesta, toinen oli toiveikas. Ehdotettiin, että he voisivat vähän tasoittaa tätä työnjakoa. (Video-otos vahvistaa tätä työnjakoa: Äiti puhui Samista eniten positiivisia asioita (toiveikas) ja isä negatiivisia (huolissaan) (liite 20).

Isä halusi selvästi lähentyä poikaansa ja heillä oli sama harrastus. Isä kyseli, mitä hän vielä voisi tehdä poikansa hyväksi:

Isä: "Niin, kun Sami vastais, mitä me voitais yhdessä tehdä muuta kuin pelata."

Terapeutin kehoituksesta Sami vastaa: "En mä tiedä. En mä".
(Terapeutti kehottaa vielä kertomaan).

Sami haukotellen ja venytellen: "En minä...tarvitse...mitään tehdä". Terapeutti yrittää vielä saada poikaa sanomaan mielipidettään: "Tarvisko isän tehdä sun hyväksesi mitään?"

Äiti yhtäaikaan: "Tarvisko isän?"

Poika epäselvästi: "Ei... tarvi. Ei oo oikein mitään".

Äiti poikaan katsoen: "Ei mut selviätkö sinä ilman isän (katsoo isää) tukea ja apua nyt?"

Poika äitiä katsoen: "Enhän mä...ilman... sitä".

Äiti: "Niin, no sitten sä tarviit sitä joissakin asioissa, eikö niin?"

(Hiljaisuutta 3 sek.)

Terapeutti: "Minkälaisissa ajattelet, että tarvitset?"

(Hiljaisuutta 6 sek.)

Sami: "En mä osaa sanoa."

Sami ilmaisi itseään epävarmasti niin, että sekä vanhempien että terapeutin oli vaikea uskoa, että hän ei todella kaivannut enempää isän tukea. Tämä oman mielipiteen heikko ilmaiseminen kuvasi Samin keskeneräistä yksilöitymistä ja eriytymistä. Kuitenkaan hänen spontaanipuheenvuoronsa (ainoalla videoidulla kerralla) eivät olleet vallan vähäiset (17 % perheen spontaaneista puheenvuoroista). Perhe puhui vilkkaasti ja halusi selvittää asioita; video-otoskerralla 53 % puheenvuoroista oli spontaaneja, joista isä puhui 46 % ja äiti 37 % (liite 19).

Kahden vuoden kuluessa voitiin nähdä selvästi muutosta parempaan: Sami muuttui puheliaammaksi ja koostuneemmaksi ja alkoi huolehtia ulkonäöstään. Hän suoriutui hyvin harrastustoiminnassaan. Vanhemmat olivat erittäin tyytyväisiä sekä potilaan että perheen hoitoon. Sami itse oli perheterapiaan melko tyytyväinen ja päiväsairaalahoittoon erittäin tyytyväinen.

Samun edistymiseen ilmeisesti vaikutti vanhempien keskinäisen yhteistyön vahvistuminen, isän aito halu lähentyä poikaansa ja pojan itsenäisyyttä tukeva päiväsairaalahoido.

8.2.4 Tapausesimerkki P4

Miten identiteettidiffuusio ilmeni?

Asevelvollisuuden jälkeen alkoi Teemun toimintojen vähittäinen hidastuminen ja pakkotoimintojen runsaus. Teemu ei lopullisen diagnoosinsa, pakkoneuroosin, vuoksi olisi tähän tutkimukseen kuulunut, mutta koska hän sai sen lisäksi persoonallisuushäiriödiagnoosin; psykoosi-irteinen persoonallisuus (schizotypal), ja kun hänen tilansa Eriksonin (1975b) tarkoittamassa mielessä täytti identiteettidiffuusion tuntomerkit, hänet otettiin mukaan tutkimukseen. Identiteettidiffuusio näkyi työn ja toiminnan epäonnistumisessa ja toiminnan suuntautumisessa lähes yksipuolisesti opiskeluun, joka oli pitkittynyt suhteettomasti ottaen huomioon Teemun keskitasoa paremman älykkyytason. Sairaalassa

aluksi oli diagnostisina hypoteeseina joko luonnehäiriö tai preskitsoidinen tila, ja suositeltiin intensiivistä psykoterapiaa, jotta tila ei kääntyisi psykoottiseen suuntaan. Yksilöterapia ei kuitenkaan sujunut massiivisen torjunnan, tunteiden kieltämisen ja rationalisaation sekä ilmaisullisten vaikeuksien vuoksi.

Laukaisevat tekijät:

Teemun toimintojen hidastuminen ei tapahtunut yhtäkkiä, vaan vähitellen. Asevelvollisuus aika oli merkinnyt aikuistumisen kynnystä, jonka ylittäminen oli ollut ilmeisesti vaikeaa. Äidille Teemun lähtö armeijaan oli ollut hyvin vaikeaa aikaa ja kummallakin vanhemmalla oli tuolloin ollut fyysisiä sairauksia ja ristiriitoja keskenään. Teemu tuli hoitoon lähempänä kolmeakymmentä ikävuottaan. Hoitoon lähdön oli laukaisut halu saada helpotusta lähinnä änkytykseen.

Identiteetti, yksilöityminen ja eriytyminen sekä ilmipotilasta koskeva hypoteesi:

Teemun varhaislapsuuden kehitys oli ollut muutoin tavallinen, mutta puhumaan oppiminen oli huomattavasti viivästynyt. Aikanaan kasvatusterveystutkimuksissa oli todettu viivästynyt ja kiertelevä vastaustapa kysymyksiin. Aikuisiän voimakas änkytysoire ja EEG:ssä havaittu "poikkeavampi toiminta" vasemman hemisfäärin alueella herättävät kysymyksiä synnynnäisestä alttiudesta tämänkaltaisiin kielellisen alueen oireisiin. Neurologin lasunnon mukaan on epävarmaa, mikä yhteys EEG-löydöksellä on potilaan akuutteihin oireisiin. Isä oli kielellisesti lahjakas ja pojan kielellinen heikkous tehosti isän ja pojan yhteistoiminnan vaikeutta. Vanhempien suhde oli ristiriitainen. Vanhemmat olivat aiemmin saaneet ammattiapua keskinäisiin vaikeuksiinsa, ja äiti oli ollut myös sairaalassa psyykkisten oireiden vuoksi. Vanhemmat olivat myös muuttaneet eri huoncisiin asumaan samoihin aikoihin, kun pojan hidastuminen alkoi. Isän mielestä heillä ei ollut kotia, vaan asunto, jossa jokainen elää erillään. Isä oli omien sanojensa mukaan jättänyt pojan äidin helmoihin kasvamaan, mitä nyt katui. Äidin mukaan poika pelkäsi isäänsä. Teemun samastumiskehitys etäiseen ja pelättyyn isään oli vaikeutunut. Teemu ja äiti olivat hyvin läheisiä toisilleen; äiti otti ikäänkuin Teemun oireetkin itselleen: "Ne ovat minusta peräisin", kertoen itsellään olleen samanlaisia. Kun keskusteltiin mahdollisesti Teemua ahdistavista asioista, ahdistus näkyi äidissä, ei pojassa. Haley'n (1959, 1977b) oidipaalin kolmiosuhde sopi käsitteenä erittäin hyvin kuvaamaan äidin, isän ja pojan suhdetta. Mielenpitoen sanomisen vaikeus perheistunnoilla tulkittiin yksilöitymisen ja eriytyksen kehityksen keskenäisyydeksi.

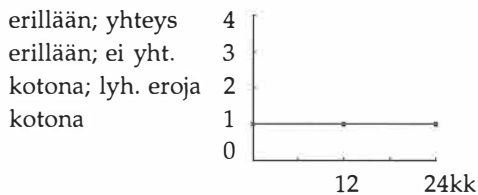
Yksilöitymisen ja eriytyksen arvion mukaan (kuviot 74 - 85)

Teemu oli viimeisen vuoden aikana asunut kotona ja hänen psykologinen suhteensa perheeseen oli tiukasti kiinnioleva. Suhde äitiin ja isään oli sekä riippuva että riippuvuutta vastustava. Teemu tapasi ystäviä ainoastaan "suojatuissa olosuhteissa", ja harrastukset rajoittuivat kotipiiriin. Hän ei ollut seurustellut. Hän ei vielä ollut työelämässä, eikä hänellä ollut ammatti-identiteettiä. Hänen otteestaan elämän päämääriin oli huomattava osa kadonnut. Näillä perusteilla hän sai yksilöitymisen ja eriytymisen pisteikseen 11 / (max. 34).

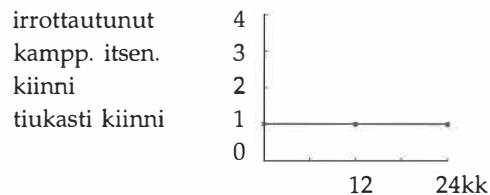
Kahden vuoden kuluttua tilanne ei ollut parantunut. Hän sai nyt 10 p. Kaikki muut seikat oli arvioitu pysyneiksi ennallaan, mutta nyt arvioitiin, ettei hänellä ollut harrastuksia ollenkaan. Psykoottisia oireita Teemulla ei ollut, kuten ei koko aikana, mutta pakkoneuroottiset oireet olivat yhtä runsaita kuin hoidon alussa. Hänet arvioitiin nyt osatyökykyiseksi (kuviot 74 - 85).

Potilas P4: Suhteet perheeseen

Potilas asuu

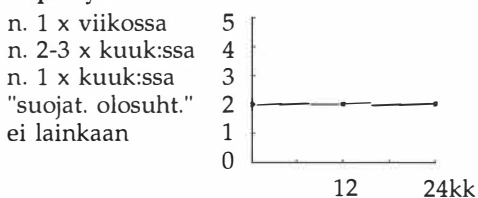


KUVIO 74 Ulkoinen suhde perheeseen

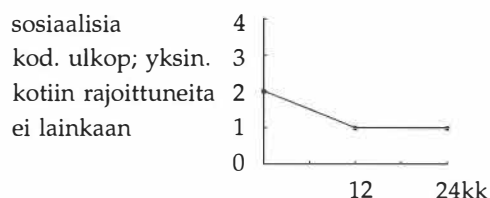


KUVIO 75 Psykologinen suhde perheeseen

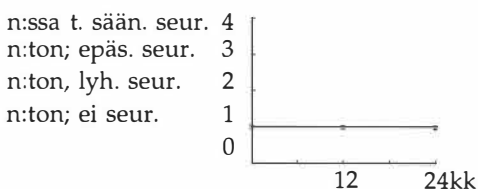
Tapaa ystäviä



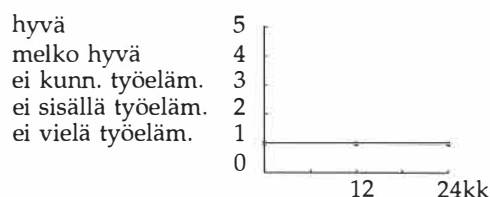
KUVIO 76 Sosiaaliset suhteet



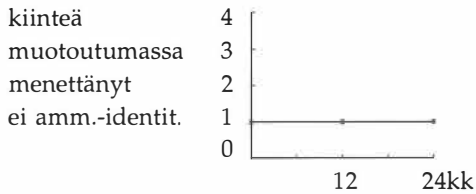
KUVIO 77 Harrastukset



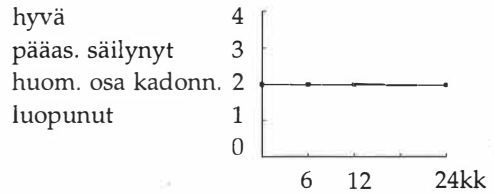
KUVIO 78 Heteroseksuaalinen parisuhde



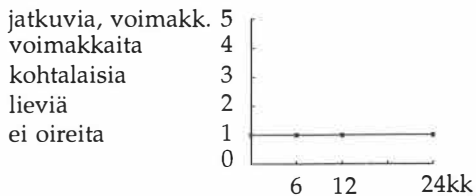
KUVIO 79 Menestyminen työelämässä



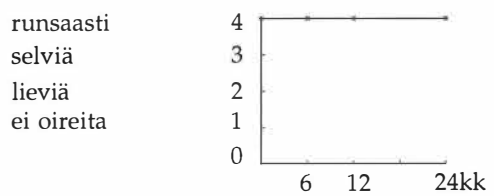
KUVIO 80 Ammatti-identiteetti



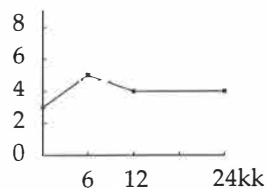
KUVIO 81 Ote elämän päämääriin



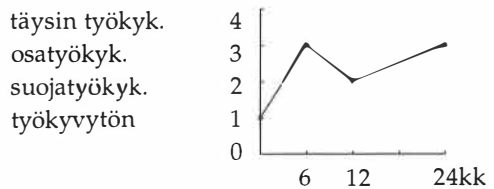
KUVIO 82 Psykoottiset oireet



KUVIO 83 Neuroottiset oireet



KUVIO 84 Psykykkisen tilan arvio: GAS



KUVIO 85 Työkyky

Perheterapia ja systeeminen hypoteesi:

Yhteistyö perheen kanssa sujui hyvin; äiti oli alkuun varauksellinen, mutta vähitellen yhteistyö parani. Koska Teemun ongelmat olivat alkaneet vähitellen jo seitsemän vuotta sitten, pidettiin tilannetta jo melko kroonistuneena. Systeemiseksi hypoteesiksi muodostui: Vanhempien välillä on syvä ristiriita. Teemu pitää kantaaottamattomuudellaan perhesysteemiä tasapainossa. Kumpikaan vanhemmista ei siten pääse toisestaan voitolle. Äiti ja Teemu muodostavat liittoutuman. Isä on erillisenempi ja hän on tehnyt enemmän omia ratkaisuja. Palautteissa pyrittiin vaikuttamaan näihin seikkoihin ja määrittelemään uudestaan Teemun hitaus ja mielipiteen ilmaisun vaikeus, joka ilmeni varsinkin silloin, kun olisi pitänyt lausua jokin kannanotto vanhemmista. Esim. palaute:

Terapeutti: "Sinä Teemu olet erittäin herkkä ja hienotunteinen ymmärtämään äidin ja isän tarpeita. Ymmärrät, että jokainen sana äidin puolelle olisi rikos isää vastaan ja jokainen sana isän puolelle olisi taas rikos äitiä vastaan..."

Jokaisen yksilöllisyyden tärkeyttä korostettiin, esim: "Isä on omissa menoissaan ja harrastuksissaan saanut väriä elämään... ja äiti taas on piristynyt näissä kotiasioissa.... ja Teemu on suorittanut tenttejä...Sinä Teemu olet hyvin ahkera ja voimakas, kun uhraudut joka päivä tukemaan äitiä ja isää antamalla heille riittävästi huolta sinusta. Mielestämme on hyvin tärkeää, että estät itseäsi vilkastumasta toistaiseksi, sillä silloin on vaara, että isän ja äidin huoli vähenee ja sen seuraukset voivat olla arvaamattomat."

Tässä paradoksaalisessa palautteessa vedottiin Teemun omaehtoisuuteen oireiden tuottamisessa ja hänen rooliinsa vanhempien keskinäisten vaikeuksien kanavoijana, sekä pyrittiin muutokseen korostamalla muuttumattomuutta. Hypoteesi oli joko hyödytön, tai palaute ei toiminut tai osunut kohdalleen. Tämänsuuntainen palaute annettiin perheelle myös kirjallisena, kun he sitä pyysivät. Palaute ei tuntunut herättävän perheessä vastakaikua, varsinkaan Teemun määrittelemisen vahvaksi. Terapeutit totesivat erehtyneensä, kun isä sanoi, ettei ymmärtänyt palautetta.

Jotta vanhemmat ja Teemu voisivat päästä yhteisymmärrykseen siitä, miten pitkään Teemu voi opiskella (vanhemmilla oli tästä eri näkemys), kehoitettiin perhettä keskustelemaan tästä teemasta erällä istunnolla; miettimään, millainen tilanne opiskeluissa on vuoden kuluttua. Perheelle annettiin myös kotitehtävä näiden asioiden miettimiseksi. Teemulle annettiin tehtäväksi miettiä, millaisen kesätyöpaikan hän haluaa, ja mitä tekee sen hankkimiseksi.

Video-otokset vahvistivat terapeuttien näkemyksiä: Hyvää yhteistyötä perheen kanssa kuvannee osittain perheen spontaanipuheenvuorojen (liitteet 21 ja 22) suuri määrä kerrasta toiseen: 60 %, 63 %, 64 %, ja 60 %. Isä puhui jonkin verran enemmän spontaanisti (52 %, 53 %, 58 %, ja 56 %) kuin äiti (41 %, 47 %, 42 % ja 44 %). Teemu ei puhunut spontaanisti juuri ollenkaan (7 %, 0 %, 0 % ja 0 % kaikista spontaanipuheenvuoroista). Kysymyksiinkin Teemu vastasi vaikeasti, latenssiaika venyi joskus yli 20 sekunnin, jonka jälkeen yritettiin auttaa häntä vastaamaan. Monesti hän jätti kokonaan vastaamatta.

Tunnesuhteiden jakautuminen (liite 23) vastasi perheistunnoista saatua kuvaa; äiti puhui Teemusta eniten positiivista (liittoutuma äidin ja Teemun välillä) ja isä negatiivista. Kaikkein eniten negatiivista isä kuitenkin ilmaisi äidistä ja äiti isästä, mikä kuvasi heidän välisiään voimakkaita ristiriitoja.

Perhe kävi kaikkiaan seitsemän kertaa istunnoissa. Vaikka Teemun oireissa ei ollut tapahtunut juuri mitään muutosta, äidin mielestä pojan opinnot olivat sujuneet paremmin ja hän itse oli piristynyt. Vanhemmat olivat sekä Teemun hoitoon että perhehoitoon melko tyytyväisiä, samoin Teemu itse.

Teemun muuttumattomuus on ilmeisesti selitettävissä sillä, että pakko-oireet olivat jo ehtineet kroonistua liian paljon. Vanhempien ristiriidat eivät myöskään tuntuneet helpottaneen; he olivat jo liian

etäällä toisistaan. Kuitenkaan Teemun tilanne ei edennyt skitsofrenian suuntaan, mitä aluksi oli pidetty myös mahdollisena. Myös äidin piristymistä voitiin pitää positiivisena tuloksena.

8.2.5 Yhteenveto poikia koskevasta yksilöhypoteesista

Myös poikien sairastumista voidaan kuvata identiteettidiffusiona (Erikson, 1975b). Heidän sairastumisensa liittyi miehiin suoriutumisen paineisiin työssä tai armeijassa. Eriksonin mukaan ammatin tai työn valinta on yksi nuoruuden kehitystehtävistä, josta nuoren on selviydyttävä, jotta hän voisi välttää identiteettihajaannuksen.

Poikien suhteet isään olivat ongelmallisia. He kokivat isän etäisenä tai pelottavana. Suhde äitiin oli läheinen. Alanen ym. (1966), Fleck ym. (1963) ja Mc Cord ym. (1962) totesivat miespotilaiden perheistä, että isä oli joko passiivinen, varhain menetetty tai isä oli vaimoan ja poikaansa kohtaan vihamielinen. Myös Tienarin (1963) tutkimuksen mukaan skitsofreniaan sairastuneilla miehillä oli ollut häiriintynyt suhde isään. Em. tutkijat päättelivät, että pojan riippuvuus äitiin oli kehittynyt, koska häneltä oli puuttunut hyvä miehen malli ja hän oli siten puutteellisesti harjaantunut kohtaamaan aikuisen elämän kriisejä voidakseen olla itsenäinen.

Poikien tilannetta voidaan kuvata myös oidipaalisena kolmiosuhteena Haleyn, (1959, 1977b) määritelmän mukaan, jossa äiti ja poika muodostavat liittoutuman isää vastaan. Vanhempien suhdetta voisi kuvata "vinoksi" Lidzin ym. (1965) määritelmän mukaan, jonka hän havaitsi usein miespotilaiden perheissä: Äiti oli hallitseva ja ylisuojeleva poikaansa kohtaan, ja passiivinen isä oli mallina tehoton. Tässä tutkimuksessa kuitenkin isät eivät olleet passiivisia muuten kuin suhteessa poikaansa. Muuten he olivat hyvin aktiivisia ja työteliäitä. Myöskään äidit eivät olleet hallitsevia muuta kuin suhteessa poikaansa. He suojelivat poikaansa vaikeuksilta isän kanssa.

Voidaan päätellä, että samastuminen isään oli ollut vaikeata, koska isä oli koettu etäisenä tai pelottavana. Lidz (1968) ja Stoller (1979) korostavat pojan samastumisen tärkeyttä isään, mitä ilman ei varsinaista miehisyyttä pojissa kehity. Lidzin mukaan samastuminen isään vahvistaa pojan egoa ja superegoa. Isien ja poikien toiminnalliset erot olivat lisäksi haitanneet heidän yhteisyyttään (yksi isä oli toimiva, nopea ja tehokas, poika passiivinen ja hidas; toinen isä taas oli käsistään kätevä ja poika kömpelö; kolmas isä taas kielellisesti lahjakas ja poika ilmaisi itseään vaikeasti kielellisesti, mutta oli matemaattisesti lahjakas). Positiivisen yhteisyyden puute on haitannut poikien samastumiskehitystä. Sukupuoli-identiteetiltään pojat olivat poikia Stollerin (1968, 1979) ja Kohlbergin (1966) tarkoittamassa mielessä, mutta jotkut isät pelkäsivät, että poika ei olisi seksuaalisesti normaali. Samastumiseen perustuvassa

miehiseen minäkuvaan liittyvässä, iän mukaisessa sukupuoli-identiteetissä pojilla voitiin päätellä olevan ongelmia.

Objektisuhdetasolla tapahtuva eriytyminen (Blos, 1975) oli pojilla vasta alkuvaiheessa tyttöihin verrattuna, vaikka he olivat vanhempia (19 - 28-vuotiaita). He olivat kyllä olleet lyhyitä aikoja poissa kotoa työharjoittelun, kurssin tai asevelvollisuuden vuoksi, mutta heidän arvioitiin olevan psykologisesti tiukasti tai edelleen primaariperheessään kiinni. Sosiaaliset suhteet olivat viimeksi kuluneen vuoden aikana olleet pojilla melko vähäisiä; ystäviä oli tavattu parhaimmillaan n. kerran kuussa, "suojatuissa olosuhteissa", tai ei ollenkaan. Harrastuksia ei ollut lainkaan tai ne rajoittuivat kotipiiriin. Seurustelua ei yleensä oltu vielä aloitettu. Työelämässä kukaan ei ollut vielä menestynyt; oli koettu epäonnistumisia joko harjoitteluvaiheessa, oltiin valintatilanteessa ammattien suhteen tai opiskeltiin. Pojilla ei ollut vielä erityistä ammatti-identiteettiä tai se oli menetetty. Suurin osa oli kadottanut huomattavan osan otteestaan ikätovereille tärkeisiin elämän päämääriin ja tyydytysmuotoihin tai luopunut tällaisista kokonaan.

Perheterapiaistunnoissa pojat olivat passiivisempia kuin tytöt. Kolme puhui vain 3 - 17 % perheen spontaaneista puheenvuoroista ensimmäisessä video-otannassa. Poikkeuksena oli yksi poika, joka puhui aktiivisemmin, 31 % perheen spontaanipuheenvuoroista. Useimmat pojat jättivät myös joskus täysin vastaamatta heille esitettyihin kysymyksiin, mitä tytöt taas eivät tehneet. Passiivisuus perheistunnoissa tulkittiin yksilöitymisen ja eriytymisen kehityksen keskeneräisyydeksi. Pojat olivat ikäänkuin lamaantuneita yksilöitymisen ja eriytymisen tehtävien edessä.

8.2.6 Yhteenveto poikien perhettä koskevasta systeemisestä hypoteesista

Systeemiseksi hypoteesiksi poikien perheissä muodostui: Pojat pitivät perheen tasapainoa ja muuttumattomuutta yllä ollessaan vanhempien välisissä ristiriidoissa ikäänkuin "halvaantuneita" kehityksessään. Pojilla oli hyvin kiinteä suhde äitiin ja äidin ja pojan liitto toimi isää vastaan. Tilannetta voidaan kuvata jo aikaisemmin mainitulla Haley'n (1959, 1977b) käsitteellä oidipaalin kolmiosuhde. Perheterapiassa pyrittiin mm. palauttein vahvistamaan vanhempien yhteistoimintaa ja jokaisen perheenjäsenen, erityisesti ilmiopotilaan yksilöitymisen ja eriytymisen etenemistä. Vanhempien alasysteemin vahvistamista pidettiin tärkeänä samoin kuin tyttöjen perheissä noudattaen sekä sturkturaalisen (Minuchin, 1965) että systeemisen (Selvini-Palazzoli, 1986) perheterapian näkemyksiä.

Kaikissa perheissä käsiteltiin poikien ammattiin ja työhön liittyviä suunnitelmia. Perheen ja potilaan ongelmat pyrittiin määrittelemään

uudelleen systeemisen hypoteesin avulla, palautteessa positiivisia seikkoja painottaen. (Selvini-Palazzoli ym. 1980).

Kahdessa perheessä, P2 ja P3, tapahtui muutosta parempaan. Perheessä P3 isän ja pojan välit näyttivät vahvistuneen. Perheessä P2 erilaisten tulevaisuuden näköalojen pohtiminen helpotti perhettä valmistautumaan päätökseen firman jatkamisesta (mitä ei vielä kylläkään tehty) ja ilmeisesti pojan asema päätöksenteossa helpottui. Perheessä P1 ei päästy kunnolla asioihin käsiksi; ne tuntuivat olevan terapiatilanteen ulottumattomissa ja yhteistyö perheen kanssa oli ajoittain vaikeaa. Perheessä P4 vanhempien välinen taistelu ei helpottanut, mutta äiti virkistyi ja lähti kodin ulkopuolisiin toimintoihin.

8.2.7 Muutokset kahden vuoden kuluttua

Pojat asuivat edelleen kotona ja he olivat enimmäkseen psykologisesti tiukasti perheessään kiinni. Yhden pojan arvioitiin kamppailevan itsenäisyydestään. Ystäviä oli edelleen melko vähän, ja heitä pojat tapasivat korkeintaan 2 - 3 kertaa kuukaudessa. Ystävien tapaaminen oli kuitenkin lisääntynyt alkutilanteeseen verrattuna. Harrastukset rajoittuivat kotipiiriin tai olivat kodin ulkopuolella pääasiassa yksinäisyydessä tapahtuvia. Pojat eivät vielä seurustelleet. Suhteessa työhön ei ollut tapahtunut suuria muutoksia. Ainoastaan yhden pojan arvioitiin olevan melko hyvin kiinni työelämässä. Kenelläkään ei vielä ollut ammattidentiteettiä. Huomattava osa otteesta elämän päämääriin oli enemmistöllä kadonnut; yhdellä pääasiallisesti säilynyt. Poikien eriytymisen ja yksilöitymisen pisteissä oli tapahtunut muutosta: +1, +4, +4 ja -1. Pojat olivat hieman vanhempia (19 - 28 v) kuin tytöt. Ehkä he eivät enää eläneet kehityksellisesti niin voimakasta muuttumisen aikaa kuin tytöt. Yhdellä pojalla oli voimakkaita psykoottisia oireita seuruuhekellä ja neuroottisia oireita oli yhtä lukuunottamatta kaikilla.

Kaikilla, joilla oli psykoottisia oireita alkuvaiheessa, niitä oli myös jossain vaiheessa kahden vuoden aikana. Ilmeisesti lääkityksen avulla ne saatiin kuitenkin häviämään. Yhdellä pakkoneuroosista kärsivällä pojalla ei ollut varsinaisia psykoottisia oireita koko aikana. Psykkisen tilan arvio GAS-asteikolla oli pojilla muuttunut hoidon alun 2,7:stä kahden vuoden kuluttua 4,5:een.

9 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

9.1 Tutkimustuloksista

Toiko tämä tutkimus esiin mitään uutta? Tämä tutkimus toi esiin, että skitsofreeniseen häiriöön sairastunut nuori oli perheessään oidipaalisessa kolmiosuhteessa, jossa isien ja tyttärien ja äitien ja poikien suhteet olivat läheiset ja nuoren suhde samaa sukupuolta olevaan vanhempaan ristiriitainen ja vaikea. Oidipaalisen kolmiosuhteen liittoutuma toimi toista vanhempaa vastaan. Haley (1959, 1977b), jonka mielestä oidipaalinen kolmiosuhde on yleinen esimerkki salaisesta, sukupolvia ylittävästä liittoutumasta, "kieroutuneesta kolmiosuhteesta", ei liitä kuitenkaan oidipaalista kolmiosuhdetta välttämättä nuoren skitsofreeniseen häiriöön. Hänen havaintojensa mukaan häiriintyneissä perheissä on "kieroutunut kolmiosuhde", ei välttämättä oidipaalinen. Hän ei kiinnitä huomiota samastumiseen perustuvaan, nuoren omaan sukupuoleen liittyvään minäkuvaan ja identiteettiin, joka sairastuessa kokee romahduksen.

Kuitenkin voidaan päätellä, että vaikea suhde samaa sukupuolta olevaan vanhempaan on haitannut nuoren samastumiseen perustuvan sukupuoli-identiteetin kehitystä. Tässä tarkoitetaan laajempia minäkuviin perustuvia konstruktioita kuin mitä esim. Kohlberg (1966) sukupuoli-identiteetillä tarkoittaa. Tasapainoinen samastumiskehitys olisi ollut edellytys tasapainoiselle, iän mukaiselle yksilöitymisen ja eriytyksen kehitykselle.

Kun nuori, identiteetiltään vielä keskeneräisenä, joutuu liian vaativien tehtävien eteen elämäntilanteessa, jossa vaadittaisiin identiteetin kestävyyttä, ovat edellytykset identiteettidiffuusiolle ja psykoosille

todennäköiset.

Samanlaisia oidipaalisiin kolmiosuhteisiin ja samastumiseen viittaavia löydöksiä ovat tehneet Lidz ym. (1965), Fleck ym. (1963), Alanen ym. (1966), Tienari (1963) ja poikien osalta Mc Cord (1962).

Monet aikaisemmat tutkimukset skitsofreeniseen häiriöön sairastuneiden nuorten perheistä ovat keskittyneet pääasiassa vanhempien ja nuorten vuorovaikutussuhteisiin erottelematta erityisesti tyttärien ja äitien, tai poikien ja isien välisiä suhteita. Tutkimusta on myös suunnattu yleisemmälle, koko perheen vuorovaikutusta koskevalle tasolle, jolloin on luotu esim. Wynnin ym. (1958) käsitteet molemminpuolisesta, yksipuolisesta ja valeyhteisyydestä tai (1961) valeyhämielisyydestä, Batesonin ym. (1956) käsite kaksoissidoksesta, Stierlinin ym. (1977) käsitteet sitomisesta ja delegoimisesta ja Palazzolin ym. (1978) käsite skitsofrenisestä pelistä. Lidzin ym. (1965) käsitteet "vinosta" tai "skismaattisesta" avioliitosta lähenee tyttöjen ja poikien perheiden vuorovaikutuksen eroja, edellisen viitatessa miespotilaiden perheisiin, jälkimmäisen naispotilaiden perheisiin.

Sensijaan melko vähän on viimeaikoina kiinnitetty huomiota sairastuneen nuoren ja samaa sukupuolta olevan vanhemman välisiin vaikeuksiin, joista voisi johtaa hypoteeseja nuoren samastumisen ja identiteetin kehityksen ongelmiin.

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella voidaan esittää hypoteesi psykoosiin sairastuneen nuoren ja vanhempien välisistä suhteista:

Nuori, joka sairastuu skitsofreeniseen häiriöön, on kokenut pitkäaikaisia vaikeuksia samastua samaa sukupuolta olevaan vanhempaansa. Hänen iän mukainen yksilöitymisen ja eriytymisen kehityksensä, ja sitä kautta tasapainoinen identiteettikehityksensä, on ollut puutteellista. Tähän ovat johtaneet vanhempien keskinäiset, pitkäaikaiset ristiriidat, mutta ilmeisesti myös tämäntapaiseen kehitykseen altistava, nuoren rakenteellinen ominaisuus. Sairastuminen tapahtuu, kun nuoren pitäisi ottaa aikuisen vastuuta, mihin hän ei vielä ole valmis.

Ongelmien ei tarvitse välttämättä olla peräisin varhaislapsuudesta kuten objektsuhdeteoreetikot (mm. Mahler ym. 1975 ja Kernberg, 1979) olettavat, vaan esim. latenssi-ikä on tärkeä vaihe samastumiseen perustuvan minäkuvan, sukupuoli-identiteetin kehityksen kannalta.

9.2 Tutkimusmenetelmien arviointia

Tutkimus liitettiin käytännön perheterapiaan, jonka tehtävänä oli myös auttaa perhettä vaikeaksi koetussa elämäntilanteessa. Kun samanaikaisesti Keski-Suomen mielisairaanhuoltopiirissä oli meneillään uusien skitsofreniapotilaiden laaja tutkimus (USP, Salokangas ym. 1987), halut-

tiin tässä tutkimuksessa keskittyä intensiivisesti muutamaan perheeseen ja saada sellaista tutkimustietoa, jota laajalla lomakekyselyllä ei voida saada. Kuitenkaan perheiden hoidon ja tutkimuksen yhdistäminen ei ole ongelmatonta. Silloin, kun perheen hoidon ja tutkimuksen tavoitteet olivat ristiriidassa, perheen hoito luonnollisesti asetettiin etusijalle. Tällaisia ristiriitoja saattoi ilmetä esim. perheiden käyntitiheydessä, hoidon jatkamisessa ja videoinnissa; seikkoja, jotka olisivat tutkimuksellisesti olleet tarpeellisia vakioita, mutta joissa tehtiin kompromisseja ja edettiin hoidollisten näkemysten mukaan.

Jatkotutkimuksissa kannattaisi ehkä harkita tutkimusintressien jakamista: Tutkia toisaalta monipuolisemmin ja tarkemmin fokusoiden samastumisen kehitystä potilailla. Terapian etenemistä voisi tutkia erikseen. Kun fokusoitaisiin samastumisilmiön tutkimiseen, voitaisiin tutkitavien perheiden lukumäärää myös kasvattaa, jolloin tutkimustulosten selitysvoima kasvaisi. Toisaalta hoitojärjestelmään tulevien potilaiden ja perheiden tutkiminen edellyttää myös hoidollista otetta, joten yhden ilmiön nostaminen tutkimuskohteeksi on myös pulmallista. Se saattaa olla myös epäterapeuttista ja siten epäeettistä.

Tässä tutkimuksessa haluttiin kerätä tietoa mahdollisimman paljon yksittäisestä perheestä, koska tutkimuksen alkutilanteessa ei oltu varmoja, mitkä seikat muodostuisivat tärkeimmiksi tutkimusongelmien kannalta; periaate, joka on hermeneuttiselle ja kvalitatiiviselle tutkimukselle tyypillistä. Hypoteeseja ja käsitteitä vertailtiin havaintoihin tutkimuksen kuluessa. Tässä tutkimuksessa ei vielä voitu fokusoida samastumiskehitykseen, koska alkuvaiheessa mielenkiinto oli pääasiassa potilaan ja perheenjäsenten yksilöitymisessä ja eriytymisessä. Vasta tutkimuksen kuluessa ilmiöön liittyvä samastumiskehitys samaa sukupuolta olevaan vanhempaan alkoi painottua enemmän, kun toistuvasti havaittiin, miten vaikeat suhteet potilaalla ja samaa sukupuolta olevalla vanhemmalla oli keskenään. Havaittiin myös, että erityisesti pojat ilmaisivat hyvin vähän omia mielipiteitään myös hoidon loppuvaiheessa. Tämä tapahtui siitä huolimatta, että perheterapiaistunnoilla korostettiin eri tavoilla omien mielipiteitten tärkeyttä, ja niitä kyselemällä pyrittiin luomaan mahdollisuuksia potilaan eriytymiseen ja yksilöitymiseen. Poikien yksilöityminen ja eriytyminen arvioitiinkin keskeneräisemmäksi kuin tyttöjen. Mielenkiinto suuntautui siis potilaan identiteettiin, joka oli vielä niin hauras, että nopeampi eriytyminen ja yksilöityminen ei ollut mahdollista.

Tässä tutkimuksessa haluttiin kokeilla erilaisia tutkimusmenetelmiä. Tutkijan osallistuminen koko ajan perhehaastatteluihin oli välttämätöntä, jotta kokonaiskuva perheestä saattoi tulla tutkimuksen piiriin. Tavallinen syvähaastattelutyypinen tiedonkeruu ei olisi antanut riittävästi kuvaa asioista. Perheen ristiriidat ja vaikeat asiat eivät yhdellä haastattelukerralla tule esiin, eivät myöskään perheen positiiviset voimavarat. Video-otokset olivat välttämättömiä, jotta perheen keskustelujen

sisällöt saatiin sellaisenaan tulkinnan piiriin. Mikäli perheen toimintaa ja vuorovaikutusta olisi arvioitu erilaisilla skaaloitetuilla arviointimenetelmillä, (kuten esim. Olson, Russell & Sprenkle, 1983) olisi istuntojen sisällöllinen puoli jäänyt ehkä vähemmälle huomiolle. Potilaiden kirjallisia arvioita omasta tilanteestaan harkittiin, mutta päädyttiin siihen, että ne olisivat olleet liian vaikeita varsinkin pojille, jotka ilmaisivat mielipiteitään muutenkin huonosti. Tarkat muistiinpanot istuntojen kulusta olivat tarpeen, sillä aina ei voitu videoida. Myös kokoomalomakkeisto perheistuntojen kulusta ja terapeuttien tarkoituksista oli kelvallinen työväline, kun tarkasteltiin perheistuntojen kokonaisprosessia, istuntojen keskusteluaiheita, mitkä asiat perhettä askarruttivat jne. Kokoomalomakkeiston materiaalia on tässä tutkimuksessa käsitelty vain pinnallisesti. Varsinaisen perheterapiaprosessin tutkimiseen se tarjoaisi enemmän mahdollisuuksia kuin mitä tässä tutkimuksessa on tehty.

USP-tutkimuksen (Salokangas ym. 1985) lomakkeiden arvioinnit olivat yksi tapa operationalisoida nuoren yksilöitymisen ja eriytymisen tasoa ja arvioida muutoksia. Kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen materiaalin yhdistäminen ei tässä tuntunut ristiriitaiselta, vaan ne tuntuivat tukevan ja vahvistavan toisiaan. Kvantitatiiviset menetelmät näyttivät siis toimivan myös kvalitatiivisten tulkintojen validiteetin vahvistajina. (Esim. spontaanipuheenvuorojen määrä tuki melko hyvin näkemystä potilaan yksilöitymisen asteesta).

Puheenvuorojen hallitsevuuden mittaria muodostettaessa aineiston erittelysäännöt osoittautuivat melko yksiselitteisiksi ja siten puheenvuorojen hallitsevuuden reliabiliteettikin oli hyvä (yksimielisyys arviointisijoiden kesken kaikkiaan 88 %).

Perheen spontaanipuheenvuorojen määrä video-otoksilla osoittautui käyttökelpoiseksi tutkittaessa perheen ja perheenjäsenten aktiivisuutta keskustella. Toisten puolesta puhumista sattui odotettua harvemmin.

Sensijaan yritykset luokitella tunnesuhteiden jakautumista videoaincistolta osoittautuivat paitsi epäluotettaviksi, myös sillä tavalla epäonnistuneiksi, että tunnesuhteiden jakautumista ei kaikissa tapauksissa voitu tarkkailla puheiden, vaan monesti nonverbaalisen käyttäytymisen perusteella. Menetelmän sisältövaliditeetti oli siis huono. Jo aineiston erittelysäännöt tunnesuhteiden jakautumisessa osoittautuivat epäonnistuneiksi liiallisen väljyytensä vuoksi, mikä teki niiden reliabiliteetin huonoksi (yksimielisyys 46 %). Luotettavampi tapa tehdä havaintoja perheenjäsenten välisistä tunnesuhteista olivat perheenjäsenten omat määrittelyt ja mielipiteet. Siitä huolimatta tutkija käytti tunnesuhteiden jakautumista kvalitatiivisen aineiston tukena. Tuntiessaan perheet tutkija arvioi oman arviointinsa kuitenkin oikeansuuntaisiksi.

Tutkijan oma käsitys tulosten ja todellisuuden vastaavuudesta on suhteellisen hyvä, mikä Hirsjärven ja Hurmeen (1980) mukaan on varteenotettava tutkimusmenetelmän luotettavuuden ilmaisin kvalitatii-

visessa tutkimuksessa.

Tutkimuksen seitsemän potilasta ja perhettä voidaan varovaisesti päätellä edustavan vertailun mukaan sitä koko joukkoa Keski-Suomen USP-potilaista, jotka vielä asuivat kotonaan, ja joiden itsenäistymiskehitys oli keskeneräisempi kuin kotoa jo pois muuttaneiden.

Varovaisuus yleistettävyydessä on kuitenkin säilytettävä erityisesti sen suhteen, mitä perheen ominaisuuksia kuvaavat ne seikat, jotka vaikuttivat kymmenen perheen (kuvio 1) osallistumattomuuteen perheterapiaan: aikaisemmat pettymykset perheterapiaan, ylivoimaiset yhteistyövaikeudet ja ilmipotilaan kieltäytyminen perheen hoidosta.

Tuloksiin tyttöjen ja poikien eroavaisuuksista (tytöt vanhempiensa ristiriitojen selvittelijöinä, pojat "lamaantuneina" vanhempien ristiriitojen välillä ja tyttöjen parempi eriytymisen ja yksilöitymisen aste) on suhtauduttava yleistettävyyden kannalta hyvin varauksellisesti. Tulokset voivat toimia vain virikkeinä lisätutkimuksille.

9.3 Jatkotutkimusten tarve

Tutkimustulokset antavat viitteitä, että skitsofreeniseen häiriöön sairastuneen nuoren samastumista samaa sukupuolta olevaan vanhempaan kannattaisi tutkia edelleen, samoin kuin sitä, miten samastuminen yleensä lapsella ja nuorella tapahtuu. Jatkotutkimuksissa olisi tarpeen keskittyä sairastuneen samastumiskehityksen tutkimiseen ja jättää terapiatutkimus erilliseksi tutkimuslinjakseen. Silti mielestäni samastumiskehitystä olisi tutkittava perheen vuorovaikutuksen yhteydessä. Tutkimushaastattelu voisi olla strukturoidumpaa kuin tässä tutkimuksessa, jossa edettiin lähinnä perhekohtaisten systeemisten hypoteesien viitoittamaa tietä, ja yritettiin myös tarkastella yksilöitymisen ja eriytymisen kehitystä.

Tämän tutkimuksen tulokset antaisivat ajatuksia myös psykoosiin sairastuneiden nuorten terapiatutkimukselle. Perheterapiassa kannattaisi ehkä kiinnittää huomiota enemmän keinoihin, joilla äitien ja tyttärien ja isien ja poikien suhteita saataisiin paremmin toimiviksi, jolloin nuorten samastumiskehitys omaa sukupuolta olevaan vanhempaan voisi jatkua mahdollisimman suotuisasti, ottaen huomioon nuoren iänmukainen eriytymiskehityksen vaihe. Ja sirkulaarisesti: tämä mahdollistuisi tietysti parhaiten, jos vanhempien keskinäinen parisuhde paranisi ja potilaan rooli ongelmien välittäjänä voisi muuttua. Vanhempien parisuhteen paraneminen välittäisi myös kokemuksellista havaintoa nuorelle siitä, että omaa sukupuolta edustava vanhempi on toisen arvostama ja siksi tavoiteltava samastumiskohde. Siksi perheinterventioiden tärkeyttä skitsofreenisissä häiriöissä tulee korostaa. Kuitenkaan

yksilön häiriintynyt psyykkinen rakenne ei useinkaan korjaannu pelkästään perhehoidolla, vaan tarvitaan sen lisäksi yksilöhoitoa ja ympäristön tarjoamia muita kuntoutuskeinoja lääkehoidon lisäksi, jotta optimaaliset tulokset saavutettaisiin. Tässä, kuten Lehtisen (1993) tuoreessa väitöskirjassa, on painotettava hoidon jatkuvuuden turvaamista niissä potilasryhmissä, joissa pelkkä kriisityyppinen perheinterventio ei riitä.

10 SUMMARY

10.1 The Aim of the Study

The aim was to investigate the onset of a schizophrenic disorder at a young age (age range 14-28) in the family context. The data mainly concerned the following phenomena that came up during psychodynamic family research: the problem of individuation and separation in connection with falling ill with a schizophrenic disorder at a young age, the position of the young person in the family system, the problem of identification, sexual identity and the Oedipal triangle, and differences between girls and boys. Changes in these areas during the follow-up time of two years were also examined.

10.2 The Problem of Individuation and Separation at a Young Age

It proved to be very difficult to investigate the problem of individuation and separation at a young age in connection with a schizophrenic disorder. Though individuation and separation are essential functions of development at a young age (Blos, 1975, Erikson, 1975b, Stierlin, 1981), and failure in these functions has been seen as a central problem in falling ill with a psychosis (for instance Erikson, 1975b, Stierlin, 1977, 1981), it proved to be very difficult to focus it as a research object because of the extensive and interactive nature of the concept.

As few satisfactory operational research methods were available, use had to be made of the material that was at hand; thus a study was made of the relationship between the young person's and the primary family, and the loosening from the family and turning to social relationships and courtship relations, as Bourne (1978b) suggests. Besides the independent activity of the young person's discussion in family sessions was regarded as an important indicator in attempting to influence one's own life. Level of professional identity and hold on the aims of life (Salokangas et al. 1985) were, in this study, the measurements used to broadly describe the level of separation and individuation, or the identity of a young person, as Bourne (1978a) and Marcia (1966) suggest.

None of the seven young persons who participated in the study, had finished their separation and individuation; all except one still lived at home and none of them had psychologically separated from their families, either. The boys had very few satisfactory friend relationships, whereas the girls had many friends, some of them close. None of the girls except one had a permanent courtship relation. In family discussions the boys spoke or pronounced their opinions very seldom and failed to answer all the questions, put to them demonstrating an imperfect differentiation in social relationships. The girls, on the other hand, were lively in discussions in family sessions. None of them had as yet a professional identity.

The girls and the boys seemed to react in different ways in their separation and individuation development; the girls were more active in their efforts, all the boys except one were passive and depressed. Is the boys' strong dependence on the mother more obstacle to the development of separation and individuation than the girls' strong dependence on the father? Johnson (1963) supposes that after a child's initial identification with the mother only the following identification with the father is decisive in the learning of sexual roles. If the father's attraction is inadequate for the boy's identification, the boy stays bound to the mother, the first identifying object, and passive. The girls' better relationship with the father, their identification with the father, could explain the activity of the girls. The thoughts of Lidz et al. (1965) and Fleck et al. (1963) support the results of this study.

The identification development of a psychotic young person with the same sex parent seems to have been complicated by the Oedipal triangle that the young person has got into because of the conflicts between the parents. A stable identification development would thus be a precondition for a balanced development of separation and individuation at a young age.

10.3 The Individuation and Separation during the Follow-up

One of the most important aims of the family sessions was to promote the individuation and separation development of the family members, especially that of the psychotic individual. The results are expressed according to a typology formed to the girls and the boys separately. During the two years a typical girl's individuation and separation development seemed to make progress; she fought psychologically for her primary family and had proceeded from dependence towards separating. She had friends who compensated the primary family and whom she met at least once a week, just as she did before her illness. She wasn't dating permanently as yet. Hobbies were social and they had become more social than they were initially. The development of a professional identity had proceeded, and her hold on the aims of life had improved.

A typical boy's individuation and separation development seemed less clear than that of a girl's; the boy's psychological relationship with the primary family remained unchanged. He wasn't dating yet, either. By the end of the follow-up meeting friends had increased, although he still didn't meet friends as often as the girl; at best the boy would meet his friends 2-3 times a month. Hobby activities remained as before. No specific professional identity had formed as yet. Furthermore, a great deal of his hold on the aims of life and the ways of gaining satisfactions had been lost.

The clinical estimations also describe the differences between the sexes: The GAS estimations that describe the psychical condition of the girls changed from 3-6 at the beginning of the treatment to 6-7 at the end of the two-year follow-up. The corresponding estimations for the boys changed from 2-3 at the beginning of the treatment to 4-5 two years later. All the girls were estimated to be fully able to work throughout the two-year follow-up, whereas the boys' working capacity changed from incapacity for work to capacity for sheltered work and part-time work. One of the girls had slight psychotic symptoms at the end of the follow-up and one of the boys had mild symptoms continuously, the other subjects had no psychotic symptoms. The psychotic symptoms of all the youngsters reappeared temporarily before the end of the period, with the exception of one boy suffering from compulsive neurosis who primarily lacked typical psychotic symptoms.

In this study the girls seemed already at the beginning to be more active and more capable in their individuation and separation development than the boys. They also became more individualized and separated during the follow-up than the boys. However, the boys also showed development during the follow-up, both according to individuation and separation development and to the clinical rating. Salokangas (1977) also notes the better psychosocial development of women at the onset of a schizophrenic disorder.

10.4 The Position of a Diseased Young Person in the Family System

In many families the parents were talented, successful and hard-working people. Their marriages were problematic; in almost all the families there were strong conflicts between the parents. Most parents, either both or singly, had already earlier consulted an expert because of their own psychological problems. Two of the girls had taken the role of therapist in conflicts between the parents, and one of the girls was becoming independent too early, without any sufficient support from her parents.

The boys also lived in the middle of their parents' conflicts, but (with an exception of one) as if depressed, and bound fast to the mother. Common to both the girls and the boys was that together with their parents they formed an Oedipal triangle representing one example of the "perverse triangle" mentioned by Haley (1959, 1977b).

According to the concepts of Lidz et al. the girls' families resembled "schismatic" families, in which the parents are in strong conflict with each other and compete for the loyalty of their child. However in this study the dependence between father and daughter was clearly stronger than that between mother and daughter. In the boys' families there were features of the "skewed" family that Lidz et al. (1965) describes with the mother dominating and overprotecting the son, and with the father as a passive and ineffective model for the son. In the boys' families the mother wasn't dominant otherwise than in the relationship with her son. Her overprotection was connected with a lot of genuine love and an inclination to help the son in his serious conflicts with the father. It is very understandable that the parent of the opposite sex bands together with the young person, because without this the young person would be left totally without support. Similarly the other parent needs this alliance in conflicts with his spouse. The children who had succumbed to the illness seemed to cause disappointment and guilt to their parents, especially to the parent of the same sex.

10.5 Changes in the Family System

In the girls' families the following changes were seen: at least in two families the relationship between the parents improved, and the role of two girls as therapist that was making their development more difficult, changed after it was discussed and the parents' responsibility for taking care of their own affairs was emphasized. Unclear boundaries also became

clearer in one family, which had taken in lodgers who were not family members; after two years there were no longer any strangers living in the family. In one family in which it proved impossible to create a good therapy relationship almost no particular change occurred during the therapy, but possibly the daughter of the family gained the extra support to her development that she needed.

In the boys' families small changes were seen that eg. made the targets of the boys' job and cooperation between the parents clearer. In one of the families the cooperation between father and son improved. In a family that as a whole didn't change much, the mother nonetheless told us that she had picked up and even started some outside activities she had earlier been unable to take part in. In the family in which the son even at the beginning had not been very passive, dramatic changes occurred; the previously submissive boy became aggressive, and the father's role changed at least temporarily to one of submission to the son.

10.6 Problems of Identification, Sexual Identity and the Oedipal Triangle

The girls had a better relationship with the father than with the mother. Their relationship with the mother was difficult and conflicting. Where it wasn't very difficult, it was "sisterly", which possibly meant that the daughter was unable to get enough support. The daughter had had to take on responsibility too early. It had obviously been difficult for daughters to identify with a mother who wasn't respected by the father, although the mothers often were very successful and hard-working. Because the girls obviously had problems with identification with the mother, there were problems in their sexual identity. All the girls had distorted thoughts of sexuality and the father during the progress of their illness. These thoughts together with the alliance with the father against the mother point to the Oedipal triangle.

All the boys also had a closer relationship with the mother than the father. The relationship with the father was conflicting, often timid or distant, which obviously complicated the development of their identification with a man. The boys became ill at the moment they were expected to fulfill the role of a grown-up man, such as success in the army or at work. Failure in these areas led to depression and withdrawal, whereas the girls' symptoms (together with the exception of those of one boy) were active and delusive. A strong dependence on and alliance with the mother, a distant or timid relationship with the father and depression vis a vis activities belonging to a man's role also point, to the Oedipal triangle.

LÄHTEET

- Aaltonen, J. (1982) Perhekeskeisen hoitoprosessin lähtökohdat psykiatriassa avohoidossa. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C, osa 35.
- Aaltonen, J., Kalliokoski, M-L., Riikonen, T. & Vartiainen, A. (1992) Psykoosityöryhmän kuratiivisista tekijöistä. *Perheterapia*, 1. 4-12.
- Aaltonen, J. & Räcköläinen, V. (1988) Skitsofrenian perheterapian perusteista. Julkaisussa J. Aaltonen, V. Räcköläinen, & A. Kokkola (toim.), *Kokemuksia uusien skitsofreniapotilaiden perhekeskeisestä hoidosta Suomessa* (s. 7-17). Helsinki: Sairaalaliitto.
- Achté, K.A., Alanen, Y.O. & Tienari, P. (1990) *Psykiatria*. Osa 1. Juva: WSOY.
- Achté, K.A. & Tuulio-Henriksson, A. (1982) Pohjoismaiden skitsofreniakäsityksistä. *Psykologia*, 3, 163-170.
- Ackerman, N.W. (1958) *The psychodynamics of family life*. New York: Basic Books.
- Alanen, Y.O. (1956) On the personality of the mother and early mother-child relationship of 100 schizophrenic patients. *Acta Psychiatrica & Neurologica Scandinavica*, 31. Suppl. 106, 227-234.
- Alanen, Y.O. (1958) The mothers of schizophrenic patients. *Acta Psychiatrica & Neurologica Scandinavica*, 33. Suppl. 124.
- Alanen, Y.O. (1979) Skitsofrenia ja perhe. *Psychiatria Fennica* Julkaisusarja, 39.
- Alanen, Y.O. (1980) In search of the interactional origin of schizophrenia. Teoksessa C. Hofling & J. Lewis (toim.), *The family: evaluation and treatment* (s. 285-313). New York: Brunner/Mazel.
- Alanen, Y.O. (1984) Psykiatrisista sairausmalleista ja niihin liittyvistä tutkimusmenetelmistä. *Duodecim*, 100, 256-264.
- Alanen, Y.O. & Kinnunen, P. (1974) Perheterapia skitsofrenian hoitomuotona. Helsinki. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja. ML 3. Osat

1-2.

- Alanen, Y.O., Rekola, J.K., Stewen, A., Takala, K. & Tuovinen, M. (1966) The family in the pathogenesis of schizophrenic and neurotic disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 42, Suppl. 189.
- Alanen, Y.O., Rökköläinen, V., Laakso, J., Rasimus, R. & Kaljonen, A. (1986) Towards need-specific treatment of schizophrenic psychoses. Berlin: Springer-Verlag.
- Alanen, Y.O., Rökköläinen, V., Rasimus, R., Laakso, J. & Kaljonen, A. (1985) Psychotherapeutically oriented treatment of schizophrenia: results of five year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. Suppl. 319. 31-49.
- Anderson, C.M. (1986) The All-too-short trip from positive to negative connotation. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12 (4), 351-354.
- Anderson, C.M., Hogarty, G.E & Reiss, D.J. (1980) Family treatment of adult schizophrenic patients: a psychoeducational approach. *Schizophrenia Bulletin*, 6 (3), 490-505.
- Anderson, H. & Goolishian, H. (1988) Human systems as linguistic systems. Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family Process*, 27, 371-393.
- Bandura, A. (1977) *Social learning theory*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Bateson, G. (1961) The biosocial integration of behavior in the schizophrenic family. Teoksessa N.W. Ackerman, F.L. Beatman & S.N. Sherman (toim.), *Exploring the base for family therapy* (s. 116-122). New York: Family Service Assosiation of America.
- Bateson, G. (1973) *Steps to an ecology of mind*. London: Ballantine.
- Bateson, G., Jackson, D.D., Haley, J. & Weakland, J. (1956) Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1, 251-264.
- Beels, C.C. & McFarlane, W.R. (1982) Family treatments of schizophrenia: Background and state of the art. *Hospital & Community Psychiatry*, 33 (7), 541-550.
- Berkowitz, R. (1984) Therapeutic intervention with schizophrenic patients and their families: a description of a clinical research project. *Journal of Family Therapy*, 6; 211-233.
- Bertrando, P., Beltz, J., Bressi, C., Clerici, M., Farma, T. Invernizzi, G. & Cazzulo, C. L. (1992) Expressed emotion and schizophrenia in Italy. *British Journal of Psychiatry*, 161, 223-229.
- Besson, J.A.O., Corrigan, F.M., Cherryman, G.R. & Smith, F.W. (1987) Nuclear magnetic resonance brain imaging in chronic schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 150, 161-163.
- Bijou, S.W., Peterson, R.F. & Ault, M.H. (1986) A method to integrate descriptive and empirical field studies at the level of data and empirical concepts. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1, 175-191.
- Bleuler, E. (1923) *Lehrbuch der Psychiatrie*. Berlin: Springer.

- Blos, P. (1975) The second individuation process of adolescence. Teoksessa A.H. Eshman (toim.), *The psychology of adolescence* (s. 156-176). New York: International Universities Press.
- Bond, M. & Steinberg, M. (1988) Using psychodynamic concepts in strategic family therapy. A suicidal adolescent case. *Contemporary Family Therapy*, 10 (3), 154-168.
- Boscolo, L. & Bertrando, P. (1992) The reflexive loop of past, present and future in systemic therapy and consultation. *Family Process*, 31, 119-130.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. & Penn, P. (1987) *Milan systemic family therapy*. New York: Basic Books.
- Bourne, E. (1978a) The state of research of ego identity: A review and appraisal. Part 1. *Journal of Youth and Adolescence*, 7 (3), 223-251.
- Bourne, E. (1978b) The state of research of ego identity: A review and appraisal. Part II. *Journal of Youth and Adolescence*, 7 (4), 371-391.
- Bowen, M. (1960) A family concept of schizophrenia. Teoksessa D.D. Jackson (toim.), *The etiology of schizophrenia*. New York: Basic Books.
- Bowen, M. (1971) The use of family theory in clinical practice. Teoksessa J. Haley (toim.), *Changing families. A family therapy reader* (s. 159-192). New York: Grune & Stratton.
- Breakwell, G.M. (1983) Formulation and searches. Teoksessa G.M. Breakwell (toim.), *Threatened Identities* (s. 3-26). New York: Wiley.
- Brown, G.W. & Rutter, M. (1966) The measurement of family activities and relationships. A methodological study. *Human Relations*, 19, (3) 241-263.
- Brown, G.W., Birley, J.L.T. & Wing, J.K. (1972) Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. *British Journal of Psychiatry*, 121, 241-258.
- Burns, R.B. (1979) *The self-concept in theory measurement, development and behavior*. London: Longman.
- Canton, G. & Fracon, I.G. (1985) Life events and schizophrenia: A replication. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 71 (3), 211-216.
- Cecchin, G. (1987) Hypothesizing, circularity and neutrality revisited: An invitation to curiosity. *Family Process*, 26 (4), 405-413.
- Chodorow, N. (1978) *The reproduction of mothering. Psychoanalysis and the sociology of gender*. Los Angeles: University of California Press.
- Dell, P.F. (1980) Researching the family theories of schizophrenia: An exercise in epistemological confusion. *Family Process*, 4, 321-326.
- Deschamps, J.-C. (1982) Social identity and relations of power between groups. Teoksessa H. Tajfel (toim.), *Social identity and inter-*

- group relations (s. 85-98). Cambridge: University Press.
- de Shazer, S. (1985) *Keys to solution in brief therapy*. New York: W.W. Norton.
- de Shazer, S. (1988) *Investigating solutions in brief therapy*. New York: W.W. Norton.
- de Shazer, S. (1991) *Putting difference to work*. New York: W.W. Norton.
- Dickstein, E.B. & Posner, J.M. (1978) Self-esteem and relationship with parents. *Journal of Genetic Psychology*, 133, 273-276.
- Doane, J., Goldstein, M. & Rodnick, E. (1981) Parental patterns of affective style and the development of schizophrenia spectrum disorders. *Family Process*, 20 (3), 337-349.
- DSM III-työryhmä. (Lönnqvist, J. Furman, B. & Huttunen, M.) (1982) *Psykiatrisen diagnostiikka DSM III*. Helsinki. Lääketehtäs Orion.
- Ehrnrooth, J. (1990) Intuitio ja analyysi. Teoksessa K. Mäkelä (toim.), *Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta* (s. 30-41). Helsinki: Gaudeamus.
- Endicott, J., Spitzer, R.L., Fleiss, J.L. & Cohen, J. (1976) The Global Assessment Scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33 (6), 766-771.
- Erikson, E.H. (1968) Identity, Psychosocial. Teoksessa D.L. Sills (toim.), *International encyclopedia of the social sciences* (s. 61-65). USA: The Macmillan Comp. & The Free Press.
- Erikson, E.H. (1975a) The concept of ego-identity. Teoksessa A.H. Eshman (toim.), *The psychology of adolescence* (s. 178-195). New York: International Universities Press.
- Erikson, E.H. (1975b) The problem of ego-identity. Teoksessa A.H. Eshman (toim.), *The psychology of adolescence* (s. 318-347). New York: International Universities Press.
- Erikson, M.H. (1954) Indirect hypnotic therapy of a bedwetting couple. *The Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 2, 171-174.
- Falloon, I.R. (1992) Early intervention for first episodes of schizophrenia: A preliminary exploration. *Psychiatry*, 55, 4-15.
- Falloon, I.R., Liberman, R.P., Lillie, F.J. & Vaughn, C.E. (1981) Family therapy of schizophrenics with high risk of relapse. *Family Process*, 20 (2), 211-221.
- Falloon, I.R. & Pederson, J. (1985) Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: The adjustment of the family unit. *British Journal of Psychiatry*, 147, 156-163.
- Fleck, S., Lidz, T. & Cornelison, A. (1963) Comparison of parent-child relationships of male and female schizophrenic patients. *Archives of General Psychiatry*, 8, 17-23.
- Forgas, J.P. (1979) Social episodes. The study of interaction routines.

- London: Academic Press.
- Freud, S. (1923) Das Ich und das Es. In Gesammelte Werke. Chronologisch geordnet. Bd. XIII. Jenseits des Lustprinzips und andere Arbeiten aus den Jahren 1920-1924. 1940 (s. 235-289). London: Imago Publishing.
- Freud, S. (1924) Der Untergang des Ödipuskomplexes. In Gesammelte Werke. Chronologisch geordnet. Bd. XIII Jenseits des Lustprinzips und andere Arbeiten aus den Jahren 1920-1924. 1940 (s. 395-402). London: Imago Publishing.
- Freud, S. (1932) Die Weiblichkeit. In Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse, 1940 (s. 119-145). London: Imago Publishing.
- Freud, S. (1931) Über die Weibliche Sexualität. In Gesammelte Werke. Chronologisch geordnet. Bd. XIV. Werke aus den Jahren 1925-1931. 1948 (s. 517-537). London: Imago Publishing.
- Furniss, T., Bentovim, A. & Kinston, W. (1983) Clinical process recording in focal family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9 (2), 147-170.
- Glaser, G. & Strauss, A.L. (1974) *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.
- Goldenberg, I. & Goldenberg, H. (1985) *Family therapy: An overview*. Belmont, California: Wadsworth.
- Grönfors, M. (1982) *Kvalitatiiviset kenttättyömenetelmät*. Juva: WSOY.
- Haley, J. (1959) The family of the schizophrenic: A model system. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 129, 357-374.
- Haley, J. (1970) Approaches to family therapy. *International Journal of Psychiatry*, 9, 233-242.
- Haley, J. (1977a) *Problem-solving therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Haley, J. (1977b) Toward a theory of pathological systems. Teoksessa P. Watzlawick & J. Weakland (toim.), *The interactional view* (s. 31-49). New York: Norton.
- Haley, J. (1980) *Leaving home. The therapy of disturbed young people*. New York: McGraw-Hill.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (1980) *Teemahaastattelu*. Tampere. Gaudeamus.
- Hoffman, L. (1990) Constructing realities: An art of lenses. *Family Process*, 29, 1-12.
- Huttunen, J. (1990) Isän merkitys pojan sosiaaliselle sukupuolelle. *Jyväskylän Studies in Education, Psychology and Social Research*. 77. Jyväskylän yliopisto.
- Jackson, D.D. & Weakland, J.H. (1961) Conjoint family therapy: Some considerations on theory, technique and results. *Psychiatry*, 24, 30-45.
- James, W. (1891) *Principles of psychology*. London: Holt.
- Johansson, A. (1985) Skitsofrenian analyttisen terapian ongelma. Turun

- yliopiston julkaisuja, Sarja C, 53.
- Johnson, M.M. (1963) Sex role learning in the nuclear family. *Child Development*, 34, 319-333.
- Keinänen, M., Virtanen, H. & Kaljonen, A. (1989) Structural couplings between individual development and the epigenesis of family relations in schizophrenia. An eight year follow-up. *Contemporary Family Therapy*, 11 (2), 75-88.
- Kelly, G.A. (1967) A psychology of the optimal man. Teoksessa A.R. Mahrer (toim.), *The goals of psychotherapy*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Kendler, K.S. & Gruenberg, A.M. (1984) An independent analysis of the Danish Adoption Study of Schizophrenia. VI. The relationship between psychiatric disorders as defined by DSM-III in the relatives and adoptees. *Archives of General Psychiatry*, 41 (6), 555-564.
- Kernberg, O.F. (1979) *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson.
- Kernberg, O.F. (1984) *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. New York: Yale University Press.
- Keränen, J. (1992) Avohoitoon ja sairaalahoitoon valikoituminen perhekeskeisessä psykiatrisessa hoitojärjestelmässä. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research*, 93.
- Klein, M. (1971) *Die Psychoanalyse des Kindes*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Koenigsberg, H.W. & Handley, R. (1986) Expressed emotion: From predictive index to clinical construct. *The American Journal of Psychiatry*, 143, 1361-1373.
- Kohlberg, L. (1966) A Cognitive-developmental analysis of children's sex-role concepts and attitudes: Teoksessa E.E. Maccoby (toim.), *The development of sex differences* (s. 82-173). California: Stanford University Press.
- Kohlberg, L. (1987) *Child psychology and childhood education*. New York: Longman.
- Kohut, H. (1971) (Ninth printing, 1987) *The analysis of self*. Connecticut: International Universities Press.
- Kohut, H. (1987) Building psychic structure that regulates self-esteem. Teoksessa M. Elson (toim.), *The Kohut seminars on self psychology and psychotherapy with adolescents and young adults*. New York: Norton.
- Kuusi, K. (1986) Skitsofrenisten psykoosien ennuste Helsingissä 1975-1983. *Psykiaatria Fennica Monografia-sarja*, 13. Loviisa: Östra Nylands Tryckeri.
- Kuusinen, K-L. (1985) Perhekeskeisen työskentelyn ja asenteen omaksuminen koulutuksen ja työnohjauksen avulla. *Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen julkaisuja*, 268.

- Laing, R.D. (1961) *The Self and others*. London: Tavistock Publications.
- Laing, R.D. & Esterson, A. (1964) *Sanity, madness and the family*. Volume I. *Families of Schizophrenics*. London: Tavistock Publications.
- Lange, A. & Westin, C. (1981) *Etnisk diskriminering och social identitet*. Stockholm: Liber Förlag.
- Leff, J., Berkowitz, R., Shavit, N., Strachan, A., Glass, I. & Vaughn, C. (1990) A trial of family therapy versus a relatives' group for schizophrenia. Two-year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 157, 571-577.
- Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R., Eberlein-Vries, R. & Sturgeon, D. (1982) A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 141, 121-134.
- Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R. & Sturgeon, D. (1985) A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients: two year follow up. *British Journal of Psychiatry*, 146, 594-600.
- Leff, J. & Vaughn, C. (1980) The interaction of life events and relatives' expressed emotion in schizophrenia and depressive neurosis. *British Journal of Psychiatry*, 136, 146-153.
- Leff, J. & Vaughn, C. (1981) The role of maintenance therapy and relatives' expressed emotion in relapse of schizophrenia: A two-year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 139, 102-104.
- Lefley, H.P. (1992) Expressed emotion: Conceptual, clinical and social policy issues. *Hospital and Community Psychiatry*, 43 (6), 591-598.
- Lehtinen, K. (1993) Family therapy and schizophrenia in public mental health care. *Turun yliopiston julkaisu*. Sarja D. 106.
- Lehtinen, V., & Joukamaa, M. (1987) Mental disorders in a sample representative of the whole adult Finnish population. *Teoksessa B. Cooper (toim.), Psychiatric epidemiology: progress and prospects* (s. 43-54). London: Croom Helm.
- Lepistö, H. & Nieminen, P. (1981) *Varhainen vuorovaikutus tutkimuskohteena*. Tampereen yliopiston psykologian laitoksen julkaisu, 125.
- Lidz, T. (1968) *The person. His and her development throughout the life cycle*. New York: Basic Books.
- Lidz, T. (1984) Patients whose children became schizophrenic. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 172 (7), 408-411.
- Lidz, T., Fleck, S. & Cornelison, A. (1965) *Schizophrenia and the family*. New York. International Universities Press.
- Liebkind, K. (1988) *Me ja muukalaiset - ryhmärajat ihmisten suhteissa*. Helsinki: Gaudeamus.
- Lukoff, D., Snyder, K., Ventura, J. & Nuechterlein, K. (1984) *Life events,*

- familial stress and coping in the developmental course of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 10 (2), 258-292.
- Lyytinen, P., Rasku-Puttonen, H. & Takala, M. (1982) Vuorovaikutuksen eritasoisia analysointimenetelmiä. Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen julkaisuja, 250.
- Madanes, C. (1980) Protection, paradox and pretending. *Family Process*, 19, 73-85.
- Madanes, C. (1982) *Strategic family therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Mahler, M.S. (1969) *On human symbiosis and the vicissitudes of individuation*. New York: International Universities Press.
- Mahler, M.S., Pine, F. & Bergman, A. (1975) *The psychological birth of the human infant. Symbiosis and individuation*. New York: Basic Books.
- Marcia, J.E. (1966) Development and validation of ego identity states. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3 (5), 551-558.
- Markus, H. (1977) Self-schemata and processing information about the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 63-78.
- McCord, W., Porta, J. & McCord, J. (1962) A study of the childhood backgrounds of twelve psychotics. *Psychiatry*, 25, 60-71.
- Mead, G.H. (1934) (1963) *Mind, self and society from the standpoint of a social behaviorist*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Mielenterveyden häiriöiden diagnostinen ja tilastollinen ohjeisto. DSM III R. Osa 3. Tautiluokitus 1987 (1989) Pylkkänen, K. (toim.), Lääkintöhallitus. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Minuchin, S. (1965) Conflict-resolution family therapy. *Psychiatry*, 28, 278-286.
- Minuchin, S. & Fishman, H.C. (1981) *Family therapy techniques*. Cambridge: Harvard University Press.
- Mischel, W. (1966) A social-learning view of sex differences in behavior. Teoksessa E.E. Maccoby (toim.), *The development of sex differences* (s. 56-81). California: Stanford University Press.
- Moline, R. A., Singh, S., Morris, A. & Meltzer, H.Y. (1985) Family expressed emotion and relapse in schizophrenia in 24 urban American patients. *American Journal of Psychiatry*, 142 (9), 1078-1081.
- Montero, I., Gomez - Beneyto, M., Ruiz, I., Puche, E. & Adam, A. (1992) The influence of family expressed emotion on the course of schizophrenia in a sample of Spanish patients. *British Journal of Psychiatry*, 161, 217-222.
- Mäkelä, K. (1990) Kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteet. Teoksessa K. Mäkelä (toim.), *Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta* (s. 42-59). Helsinki: Gaudeamus.
- Nichols, M.P. (1984) *Family therapy. Concepts and methods*. London: Gardner Press.
- Niskanen, P. & Achté, K.A. (1972) The course and prognosis of schi-

- zophrenic psychoses in Helsinki. Monographs from the Psychiatric Clinic of the Helsinki University Central Hospital. No. 4.
- Nuolijärvi, P. (1990) Keskusteluntutkimus. Teoksessa K. Mäkelä (toim.), Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta (s. 114-141). Helsinki: Gaudeamus.
- Olson, D., Russell, C. & Sprenkle, D. (1983) Circumplex model of marital and family systems: VI theoretical update. *Family Process*, 22, 69-83.
- Parker, G. (1982) Re-searching the schizophrenic mother. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 170 (8), 452-462.
- Peterfreund, E. (1978) Some critical comments on psychoanalytic conceptualizations of infancy. *International Journal of Psychoanalysis*. 59, 427-441.
- Piaget, J. (1952) The origins of intelligence in children. New York: International Universities Press.
- Piaget, J. & Inhelder, B. (1966) Lapsen psykologia. Jyväskylä: Gummerus.
- Pincus, L. & Dare, C. (1978) Secrets in the family. London: Faber and Faber.
- Pine, F. (1985) Developmental theory and clinical process. New York: Yale University Press.
- Rabiner, C.J., Wegner, J.T. & Kane, J.M. (1986) Outcome study of first-episode psychosis, I: Relapse rates after 1 year. *American Journal of Psychiatry*, 143 (9), 1155-1158.
- Rychoff, I., Day, J. & Wynne, L.C. (1989) Maintenance of stereotyped roles in the families of schizophrenics. Teoksessa J. Savage Scharff (toim.), Foundations of object relations family therapy (s. 25-39). Northvale: Jason Aronson.
- Räkköläinen, V. (1977) Onset of psychosis. A clinical study of 68 cases. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja D. *Medica-Odontologica*, 7.
- Salokangas, R.K.R. (1977) Skitsofreniaan sairastuneiden psykososiaalinen kehitys. *Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL*, 7.
- Salokangas, R.K.R. (1990) Väheneekö skitsofrenian ilmaantuvuus? *Duodecim*, 106, 1315-1318.
- Salokangas, R.K.R., Räkköläinen, V. & Alanen, Y.O. (1985) Skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallinen kehittämisohjelma. Julkaisu 1. Uusien skitsofreniapotilaiden hoidon kehittäminen I: Tutkimuslomakkeet ja reliabiliteettitutkimus. *Psykiatria Fennican julkaisusarja*, 68. Helsinki: Psykiatrian tutkimussäätiö.
- Salokangas, R.K.R., Räkköläinen, V., Stengård, E. & Kaljonen, A. (1988) Uusien skitsofreniapotilaiden hoito ja ennuste (USP-projekti) IV. Kahden vuoden seuranta. *Psykiatria Fennican julkaisusarja*, 8. Helsinki: Psykiatrian tutkimussäätiö.
- Salokangas, R.K.R., Stengård, E., Räkköläinen, V., Helle, I. & Kaljonen,

- A. (1987) Skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallinen kehittämisohjelma. Julkaisu 5. Uudet skitsofreniapotilaat ja heidän perheensä, III: Psykiatria Fennican julkaisusarja, 78. Helsinki. Psykiatrian tutkimussäätiö.
- Salonen, S. (1979) Psychotherapeutic studies in schizophrenia. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja D. Eripainos: Sarja C, 25.
- Saloviita, T. (1988) Kokeellinen tapaustutkimus soveltavassa työssä. Johdatus yhden koehenkilön tutkimusasetelmiin. Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen julkaisuja, 296.
- Satir, V.M. (1967) Conjoint family therapy. Palo Alto: Science and Behavior Books.
- Schalin, L-J. (1991) Perheen ihmissuhteista. Helsinki: Yliopistopaino.
- Scharff Savage, J. (1989a) The development of object relation family therapy ideas. Teoksessa J. Scharff Savage (toim.), Foundations of object relation family therapy (s. 3-10). Northwale: Jason Aronson.
- Scharff Savage, J. (1989b) Object relations theory and its application to family therapy. Teoksessa J. Scharff Savage (toim.), Foundations of object relations family therapy (s. 11-22). Northwale: Jason Aronson.
- Scheinin, M. (1987) Biologinen skitsofreniatutkimus. Skitsofrenian hoito. Suomen Akatemian julkaisuja 6. Helsinki: VAPK.
- Schwoon, D. & Angermeyer, M. (1980) Congruence of personality assessments within families with a schizophrenic son. British Journal of Medical Psychology, 53 (3), 255-265.
- Searles, H.F. (1965) Positive feelings in the relationship between the schizophrenic and his mother. Teoksessa H.F. Searles (toim.), Collected papers on schizophrenia and related subjects (s. 216-253). New York: International Universities Press.
- Shapiro, R.L. (1989) Identity and ego autonomy in adolescence. Teoksessa J. Scharff Savage (toim.), Foundations of object relations family therapy (s. 41-51). Northwale: Jason Aronson.
- Shapiro, R.L. & Zinner, J. (1989) Family organization and adolescent development. Teoksessa J. Scharf Savage (toim.), Foundations of object relations family therapy (s. 79-108). Northwale: Jason Aronson.
- Sherif, M. (1968) Self concept. Teoksessa D.L. Sills (toim.), International Encyclopedia of the Social Sciences, vol.14 (s. 150-159). USA: The Macmillan Company & The Free Press.
- Seikkula, J. (1991) Perheen ja sairaalan rajajärjestelmä potilaan sosiaalisessa verkostossa. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research, 80.
- Selvini-Palazzoli, M. (1986) Towards a general model of psychotic family games. Journal of Marital and Family Therapy. 12 (4), 339-349.
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1980) Hypot-

- hesing - circularity - neutrality: Three guide-lines for the conductor of the session. *Family Process*, 19, 3-12.
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. & Prata, G. (1978) Paradox and counterparadox. A new model in the therapy of the family in schizophrenic transaction. New York: Jason Aronson.
- Seywert, F. (1984) Some critical thoughts on expressed emotion. *Psychopathology*, 17 (5-6), 233-243.
- Siegel, L.I. (1991) Projective identification. *Contemporary Family Therapy*, 13 (1), 275-296.
- Simon, F.B., Stierlin, H. & Wynne, L.C. (1985) The language of family therapy: A systemic vocabulary and sourcebook. New York: Family Process Press.
- Skitsofrenian hoidon valtakunnallinen kehittäminen. Väkiraportti (1985) Lääkintöhallituksen julkaisuja, 69.
- Skitsofrenian hoito. Konsensuskokous 26.-28.10.1987. Kauppila, A.-L. (toim.), Suomen Akatemian julkaisuja. 6/1987. Helsinki. Suomen Akademia. Valtion lääketieteellinen toimikunta.
- Skitsofreniaprojekti 1981-1987. (1988) Skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallisen kehittämissuunnitelman loppuraportti. Y. Alanen, A. Kokkola & K. Pylkkänen (toim.), Lääkintöhallituksen opassarja no. 4. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Slipp, S. (1991) The technique and practice of object relations family therapy. Northwale: Aronson.
- Spiegel, D. & Wissler, T. (1986) Family environment as a predictor of psychiatric rehospitalization. *American Journal of Psychiatry*, 143 (1), 56-60.
- Stern, N. (1985) The interpersonal world of the infant. New York: Basic Books.
- Stierlin, H. (1969) Conflict and reconciliation. A Study in human relations and schizophrenia. New York: Doubleday.
- Stierlin, H. (1981) Separating parent and adolescents. Individuation in the family. New York: Jason Aronson.
- Stierlin, H., Rücker-Embden, I., Wezel, N. & Wirsching, M. (1977) Das erste Familiengespräch. Stuttgart: Ernst Klett.
- Stoller, R.J. (1979) Fathers of transsexual children. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 27, 837-866.
- Stoller, R.J. (1968) Sex and gender. London: The Hogarth Press.
- Sullivan, H.S. (1970) The psychiatric interview. New York: The Norton Library.
- Terkelsen, K.G. (1983) Schizophrenia and the family: II Adverse effects of family therapy. *Family Process*, 22, 191-200.
- Tienari, P. (1963) Psychiatric illnesses in identical twins. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Suppl. 171, 39. Copenhagen: Munksgaard.
- Tienari, P. (1975) Schizophrenia in Finnish male twins. Teoksessa M.H. Lader (toim.), *Studies of schizophrenia*. England: Headley Brot-

hers.

- Tienari, P. (1982) Kumpi spesifistä skitsofreniassa - perhe, ympäristö vai perinnöllisyys? *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 19, 4-11.
- Tienari, P., Sorri, A., Lahti, I., Naarala, M., Wahlberg, K-E., Pohjola, J. & Morning, J. (1985a) Interaction of genetic and psychosocial factors in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Suppl.* 319, 19-30.
- Tienari, P., Sorri, A., Lahti, I., Naarala, M., Wahlberg, K-E., Rönkkö, T., Pohjola, J. & Morning, J. (1985b) The Finnish adoptive family study of schizophrenia. *Yale Journal of Biological Medicine*, 58, 227-237.
- Tomm, K. (1987a) Interventive interviewing: Part I. Strategizing as fourth guideline for the therapist. *Family Process*, 26 (1), 3-13.
- Tomm, K. (1987b) Interventive interviewing: Part II. Reflexive questioning as a means to enable self-healing. *Family Process*. 26 (2), 167-183.
- Tomm, K. (1988) Interventive interviewing. Part III. Intending to ask circular, strategic or reflexive questions? *Family Process*, 27 (1), 1-15.
- Toskala, A. (1988) Kahvikuppineurootikkojen ja paniikkiagorafoobikkojen minäkuvat minäsystemin rakenteina ja kognitiivisen oppimisterapian perustana. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research*, 66.
- Tuori, T. (1987) Naimisissa olevien skitsofreniapotilaitten systeminen perheterapia. *Turun yliopiston julkaisuja*, 62, Sarja C.
- Vaughn, C.E. & Leff, J.P. (1976a) The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 15, 157-165.
- Vaughn, C.E. & Leff, J.P. (1976b) The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *British Journal of psychiatry*, 129, 125-137.
- Vaughn, C.E., Snyder, K.S., Jones, S., Freeman, W.B. & Falloon, I.R. (1984) Family factors in schizophrenic relapse. Replication in California of British research on expressed emotion. *Archives of General Psychiatry*, 41 (12), 1169-1177.
- Verronen, V. (1986) The growth of knowledge. An inquiry into the Kuhnian theory. *Jyväskylän yliopiston filosofian laitoksen julkaisuja*, 35.
- Väisänen, E. (1975) Mielenterveyden häiriöt Suomessa. Erityisesti tieteellisiin ja sosiaalisiin tekijöihin kohdistuva vertaileva tutkimus. *Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL: 2*. Helsinki.
- Wahlström, J. (1992) Merkitysten muodostuminen ja muuttuminen perheterapeuttisessa keskustelussa. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research*, 94.

- Watzlawick, P. (1988) *Ultra solutions*. New York: W.W. Norton.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H. & Fisch, R. (1974) *Change. Principles of problem formation and problem resolution*. New York: W.W. Norton.
- Weeks, G.R. & L'Abate, L. (1987) *Paradoksi - avain muutokseen*. Suomentaja Mirja Rutanen. Helsinki: Tammi.
- Weinreich, P. (1983) *Emerging from threatened identities: Ethnicity and gender in redefinitions of Ethnic identity*. Teoksessa G. Breakwell (toim.), *Threatened identities*. London: John Wiley.
- White, M. & Epston, D. (1990) *Narrative means to therapeutic ends*. New York: W.W. Norton.
- Wynne, L.C. (1961) *The study of intrafamilial alignments and splits in exploratory family therapy*. Teoksessa N. Ackerman, F. Beatman, & S. Sherman (toim.), *Exploring the base for family therapy* (s. 95-115). New York: Family Service Association of America.
- Wynne, L.C. (1971) *Some guidelines for exploratory conjoint family therapy*. Teoksessa J. Haley (toim.), *Changing families. A family therapy reader* (s. 96-115). New York: Grune & Stratton.
- Wynne, L.C., McDaniel, S.H. & Weber, T.T. (1986) *Future directions for systems consultation*. Teoksessa L.C. Wynne, S.H. McDaniel, & T.T. Weber (toim.), *Systems consultation. A new perspective for family therapy* (s. 463-475). New York: The Guilford Press.
- Wynne, L., Ryckoff, I., Day, J. & Hirsch, S. (1958) *Pseudomutuality in the family relationships of schizophrenics*. *Psychiatry*, 21, 205-220.
- Wynne, L.C. & Singer, M.T. (1963) *Thought disorder and family relations of schizophrenics: I: A research strategy*. *Archives of General Psychiatry*, 9, 191-198.
- Wynne, L.C., Weber, T.T. & McDaniel, S.H. (1986) *The road from family therapy to systems consultation*. Teoksessa L.C. Wynne, S.H. McDaniel & T.T. Weber (toim.), *Systems consultation. A new perspective for family therapy* (s. 3-15). New York: The Guilford Press.
- Zinner, J. & Shapiro, R. L. (1989) *Projective identification as a mode of perception and behavior in families of adolescents*. Teoksessa J. Scharff Savage (toim.), *Foundations of object relations family therapy* (s. 110-126). Northvale: Jason Aronson.

LIITE 1

**TUTKIMUSPOTILAIDEN VERTAILU HOIDON ALUSSA MUIHIN
USP-PROJEKTIN (Salokangas ym. 1985) POTILAISIIN
KESKI-SUOMESSA**

Merkitsevyytestuksessa käytetty Pearsonin Khiin neliötä.

Liitetaulukko 1

Sukupuoli				
	Tutkimus- potilaat N = 7 %	Muut kotona asuvat N = 24 %	Kotoa pois muuttaneet N = 22 %	Kaikki N = 53 %
Mies	57,1	62,5	36,4	50,9
Nainen	42,9	37,5	63,6	49,1
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0

Erot eivät merkitseviä.

Liitetaulukko 2

Ikä				
	Tutkimus- potilaat N = 7 %	Muut kotona asuvat N = 24 %	Kotoa pois muuttaneet N = 22 %	Kaikki N = 53 %
- 14v.	14,3	0,0	0,0	1,9
15-24	57,1	62,5	9,1	39,6
25-34	28,6	29,2	63,6	43,4
35-44	0,0	8,3	27,3	15,1
Yht.	100,0	100,0	100,0	100,0

$p < 0.001$

Liitetaulukko 3

Siviilisäätö				
	Tutkimus- potilaat N = 7 %	Muut kotona asuvat N = 24 %	Kotoa pois muuttaneet N = 22 %	Kaikki N = 53 %
Naimaton	100,0	100,0	40,9	75,5
Naimisissa	0,0	0,0	54,6	22,6
Asumusero	0,0	0,0	0,0	0,0
Eronnut	0,0	0,0	4,5	1,9
Leski	0,0	0,0	0,0	0,0
Yht.	100,0	100,0	100,0	100,0

p < 0.0001

Liitetaulukko 4

Peruskoulutus				
	Tutkimus- potilaat N = 7 %	Muut kotona asuvat N = 24 %	Kotoa pois muuttaneet N = 22 %	Kaikki N = 53 %
Vajaa kansak.	0,0	4,2	0,0	1,9
Kansakoulu	28,6	29,2	45,5	35,8
Peruskoulu	57,1	50,0	31,8	43,4
Lukio	14,3	16,7	22,7	18,9
Yht.	100,0	100,0	100,0	100,0

Erot eivät merkitseviä.

Liitetaulukko 5

Ammattikoulutus				
	Tutkimus- potilaat N = 7 %	Muut kotona asuvat N = 24 %	Kotoa pois muuttaneet N = 22 %	Kaikki N = 53 %
Ei lainkaan	57,1	62,5	31,8	49,1
Kurssi/työs.	14,3	16,7	18,2	17,0
Ammattikoulu	14,3	16,7	9,1	13,2
Koulutas.t.	0,0	4,2	22,7	11,3
Opistotas.t.	14,3	0,0	13,6	7,5
Korkeak.t.	0,0	0,0	0,0	0,0
Ei tietoa	0,0	0,0	4,5	1,9
Yht.	100,0	100,0	100,0	100,0

Erot eivät merkitseviä.

Liitetaulukko 6

Työssä olo				
	Tutkimus- potilaat N = 7 %	Muut kotona asuvat N = 24 %	Kotoa pois muuttaneet N = 22 %	Kaikki N = 53 %
Ei mitään	0,0	33,3	0,0	15,1
Työ kod.ulk.	14,3	16,7	39,1	34,0
Työ oma yr.	0,0	0,0	9,1	3,8
Työ kotona	14,3	8,3	9,1	9,4
Koulussa	14,3	0,0	0,0	1,9
Opiskelee	42,9	20,8	13,6	20,8
Armeijassa	0,0	0,0	0,0	0,0
Työtön	14,3	20,8	4,5	13,2
Eläke	0,0	0,0	4,5	1,9
Yht.	100,0	100,0	100,0	100,0

p < 0.01

Liitetaulukko 7

Huoltajan sosiaaliluokka				
	Tutkimus- potilaat N = 7 %	Muut kotona asuvat N = 24 %	Kotoa pois muuttaneet N = 22 %	Kaikki N = 53 %
I	28,6	12,5	4,5	11,3
II	42,9	33,3	18,2	28,3
III	14,3	33,3	22,7	26,4
IV	14,3	16,7	27,3	20,8
Ei tietoa	0,0	4,2	27,3	13,2
Yht.	100,0	100,0	100,0	100,0

Erot eivät merkitseviä.

Liitetaulukko 8

Vanhemmat eronneet?				
	Tutkimus- potilaat N = 7 %	Muut kotona asuvat N = 24 %	Kotoa pois muuttaneet N = 22 %	Kaikki N = 53 %
Ei eronn.	85,7	91,7	90,9	90,6
Eronneet	14,3	8,3	4,5	7,5
Ei tietoa	0,0	0,0	4,5	1,9
Yht.	100,0	100,0	100,0	100,0

Erot eivät merkitseviä.

Liitetaulukko 9

Isä kuollut?				
	Tutkimus- potilaat N = 7 %	Muut kotona asuvat N = 24 %	Kotoa pois muuttaneet N = 22 %	Kaikki N = 53 %
Ei	100,0	87,5	54,5	75,5
Kyllä	0,0	12,5	36,4	20,8
Ei tietoa	0,0	0,0	9,1	3,8
Yht.	100,0	100,0	100,0	100,0

Erot eivät merkitseviä.

Liitetaulukko 10

Äiti kuollut?				
	Tutkimus- potilaat N = 7 %	Muut kotona asuvat N = 24 %	Kotoa pois muuttaneet N = 22 %	Kaikki N = 53 %
Ei	100,0	91,7	77,3	86,8
Kyllä	0,0	8,3	18,2	11,3
Ei tietoa	0,0	0,0	4,5	1,9
Yht.	100,0	100,0	100,0	100,0

Erot eivät merkitseviä.

Liitetaulukko 11

Isällä psyykkisen häiriön vuoksi ollut hoito				
	Tutkimus- potilaat N = 7 %	Muut kotona asuvat N = 24 %	Kotoa pois muuttaneet N = 22 %	Kaikki N = 53 %
Ei	71,4	79,2	50,0	66,0
Avohoito	14,3	0,0	4,5	3,8
Päiväsair.	0,0	0,0	0,0	0,0
Sairaala	0,0	4,2	13,6	7,5
Ei tietoa	14,3	16,7	31,8	22,6
Yht.	100,0	100,0	100,0	100,0

Erot eivät merkitseviä.

Liitetaulukko 12

Äidillä psyykkisen häiriön vuoksi ollut hoito				
	Tutkimus- potilaat N = 7 %	Muut kotona asuvat N = 24 %	Kotoa pois muuttaneet N = 22 %	Kaikki N = 53 %
Ei	71,4	75,0	50,0	64,2
Avohoito	14,3	0,0	4,5	3,8
Päiväsair.	0,0	0,0	0,0	0,0
Sairaala	14,3	16,7	9,1	13,2
Ei tietoa	0,0	8,3	36,4	18,9
Yht.	100,0	100,0	100,0	100,0

$p < 0.1$

Liitetaulukko 13

Potilaan ulkoinen suhde primaariperheeseen				
	Tutkimus- potilaat N = 7 %	Muut kotona asuvat N = 24 %	Kotoa pois muuttaneet N = 22 %	Kaikki N = 53 %
Asuu kotona	57,1	58,3	9,1	37,7
Asuu kotona, lyh. eroja	42,9	33,3	4,5	22,6
Asuu poissa, ei yhteyttä	0,0	0,0	4,5	1,9
Asuu poissa, pit.yhteyttä	0,0	4,2	68,2	30,2
Perhe hajonn.	0,0	0,0	9,1	3,8
Ei tietoa	0,0	4,2	4,5	3,8
Yht.	100,0	100,0	100,0	100,0

$p < 0.0001$

Liitetaulukko 14

Asuinkumppani				
	Tutkimus- potilaat N = 7 %	Muut kotona asuvat N = 24 %	Kotoa pois muuttaneet N = 22 %	Kaikki N = 53 %
Asuu yksin	0,0	0,0	18,2	7,5
Avio/avopuol.	0,0	0,0	50,0	20,8
Lapsi/lapset	0,0	0,0	4,5	1,9
Vanhemmat	85,7	100,0	13,6	62,3
Sisarus	0,0	0,0	4,5	1,9
Muu	14,3	0,0	4,5	3,8
Asuntola	0,0	0,0	4,5	1,9
Yht.	100,0	100,0	100,0	100,0

$p < 0.0000$

Liitetaulukko 15

Potilaan psykologinen suhde primaariperheeseen				
	Tutkimus- potilaat N = 7 %	Muut kotona asuvat N = 24 %	Kotoa pois muuttaneet N = 22 %	Kaikki N = 53 %
Tiukasti kiinni	57,1	37,5	4,5	26,4
Psykologisesti kiinni	28,6	41,7	13,6	28,3
Kamppailee itsenäistyäkseen	14,3	16,7	13,6	15,1
Psykologisesti irrottautunut	0,0	0,0	50,0	28,8
Perhe hajonnut	0,0	0,0	18,2	7,5
Ei tietoa	0,0	4,2	0,0	1,9
Yht.	100,0	100,0	100,0	100,0

$p < 0.001$

Liitetaulukko 16

Potilaan suhde isään				
	Tutkimus- potilaat N = 7 %	Muut kotona asuvat N = 24 %	Kotoa pois muuttaneet N = 22 %	Kaikki N = 53 %
Riippuvuus	14,3	0,0	4,5	3,8
Ambivalentti	71,4	45,8	9,1	34,0
Kylmän etäinen	0,0	8,3	13,6	9,4
Tavallinen	14,3	29,2	31,8	28,3
Ei isää	0,0	12,5	36,4	20,8
Ei tietoa	0,0	4,2	4,5	3,8
Yht.	100,0	100,0	100,0	100,0

$p < 0.1$

Liitetaulukko 17

Potilaan suhde äitiin				
	Tutkimus- potilaat N = 7 %	Muut kotona asuvat N = 24 %	Kotoa pois muuttaneet N = 22 %	Kaikki N = 53 %
Riippuvuus	42,9	33,3	13,6	26,4
Ambivalentti	57,1	33,3	13,6	28,3
Kylmän etäinen	0,0	0,0	9,1	3,8
Tavallinen	0,0	25,0	36,4	26,4
Ei äitiä	0,0	4,2	22,7	11,3
Ei tietoa	0,0	4,2	4,5	3,8
Yht.	100,0	100,0	100,0	100,0

$p < 0.1$

Liitetaulukko 18

Psykoottiset oireet				
	Tutkimus- potilaat N = 7 %	Muut kotona asuvat N = 24 %	Kotoa pois muuttaneet N = 22 %	Kaikki N = 53 %
Ei oireita	14,3	8,3	9,1	9,4
Lieviä oireita	14,3	25,0	13,6	18,9
Kohtalaisia	0,0	25,0	18,2	18,9
Voimakkaita	71,4	37,5	31,8	39,6
Jatk.voimakk.	0,0	4,2	18,2	9,4
Ei tietoa	0,0	0,0	9,1	3,8
Yht.	100,0	100,0	100,0	100,0

Erot eivät merkitseviä.

Liitetaulukko 19

Neuroottiset oireet				
	Tutkimus- potilaat N = 7 %	Muut kotona asuvat N = 24 %	Kotoa pois muuttaneet N = 22 %	Kaikki N = 53 %
Ei oireita	28,6	41,7	40,9	39,6
Lieviä oireita	42,9	29,2	27,3	30,2
Selviä oireita	14,3	16,7	9,1	13,2
Runsaasti	14,3	4,2	4,5	5,7
Ei tietoa	0,0	8,3	18,2	11,3
Yht.	100,0	100,0	100,0	100,0

Erot eivät merkitseviä.

Liitetaulukko 20

Sosiaaliset suhteet				
	Tutkimus- potilaat N = 7 %	Muut kotona asuvat N = 24 %	Kotoa pois muuttaneet N = 22 %	Kaikki N = 53 %
Ei tapaa ystäviä lainkaan	14,3	20,8	13,6	17,0
Tapaa ystäviä suojat. olos.	42,9	25,0	27,3	28,3
Tapaa ystäviä n. 1 x kk.	14,3	4,2	0,0	3,8
Tapaa ystäviä n. 2-3 x kk.	0,0	12,5	18,2	13,2
Tapaa ystäviä väh. 1 x viik.	28,6	29,2	36,1	32,1
Ei tietoa	0,0	8,3	4,5	5,7
Yht.	100,0	100,0	100,0	100,0

Erot eivät merkitseviä.

Liitetaulukko 21

Harrastukset				
	Tutkimus- potilaat N = 7 %	Muut kotona asuvat N = 24 %	Kotoa pois muuttaneet N = 22 %	Kaikki N = 53 %
Ei lainkaan	14,3	12,5	13,6	13,2
Yksinäisyysd. kotipiirissä	57,1	54,2	40,9	49,1
Yksinäisyysd. kodin ulkop. Harrastukset	14,3	25,0	22,7	22,6
sosiaalisia	14,3	8,3	18,2	13,2
Ei tietoa	0,0	0,0	4,5	1,9
Yht.	100,0	100,0	100,0	100,0

Erot eivät merkitseviä.

Liitetaulukko 22

Heteroseksuaalinen parisuhde				
	Tutkimus- potilaat N = 7 %	Muut kotona asuvat N = 24 %	Kotoa pois muuttaneet N = 22 %	Kaikki N = 53 %
Nton, ei seur.	55,1	66,7	4,5	39,6
Lyhyitä seur.	28,6	8,3	4,5	9,4
Epäsään. seur.	0,0	16,7	18,2	15,1
Nssa/sään. seur.	14,3	0,0	59,1	26,1
Ei tietoa	0,0	8,3	13,6	9,4
Yht.	100,0	100,0	100,0	100,0

$p < 0.0001$

Liitetaulukko 23

Arvio menestymisestä työelämässä				
	Tutkimus- potilaat N = 7 %	Muut kotona asuvat N = 24 %	Kotoa pois muuttaneet N = 22 %	Kaikki N = 53 %
Ei vielä työssä	42,9	29,2	0,0	18,9
Ei sisällä työelämässä	14,3	25,0	4,5	15,1
Työyrityksiä	42,9	20,8	18,2	22,6
Melko hyvin sis.työelämässä	0,0	12,5	54,5	28,3
Työsopeutum. hyvä	0,0	12,5	22,7	15,1
Yht.	100,0	100,0	100,0	100,0

p < 0.01

Liitetaulukko 24

Ammatti-identiteetti				
	Tutkimus- potilaat N = 7 %	Muut kotona asuvat N = 24 %	Kotoa pois muuttaneet N = 22 %	Kaikki N = 53 %
Ei ammatti- identiteettiä	71,4	37,5	31,8	39,6
Menetetty amm.identiteetti	14,3	12,5	18,2	15,1
Amm.identiteetti muotoutumassa	14,3	25,0	13,6	18,9
Kiinteä amm.identiteetti	0,0	12,5	36,4	20,8
Ei tietoa	0,0	12,5	0,0	5,7
Yht.	100,0	100,0	100,0	100,0

Erot eivät merkitseviä.

Liitetaulukko 25

Ote elämän päämääriin				
	Tutkimus- potilaat N = 7 %	Muut kotona asuvat N = 24 %	Kotoa pois muuttaneet N = 22 %	Kaikki N = 53 %
Luopunut kokonaan	14,3	12,5	4,5	9,4
Huom.osa kadonnut	71,4	54,2	45,5	52,8
Ote pääasiassa säilynyt	14,3	29,2	40,9	32,1
Ote hyvä	0,0	0,0	9,1	3,8
Ei tietoa	0,0	4,2	0,0	1,9
Yht.	100,0	100,0	100,0	100,0

Erot eivät merkitseviä.

Liitetaulukko 26

Työkyky				
	Tutkimus- potilaat N = 7 %	Muut kotona asuvat N = 24 %	Kotoa pois muuttaneet N = 22 %	Kaikki N = 53 %
Täysin työkykyinen	0,0	0,0	4,5	1,9
Osatyökykyinen	14,3	12,5	4,5	9,4
Suojatyökykyinen	14,3	4,2	0,0	3,8
Työkyvytön	71,4	83,3	81,8	81,1
Ei tietoa	0,0	0,0	9,1	3,8
Yht.	100,0	100,0	100,0	100,0

Erot eivät merkitseviä.

Liitetaulukko 27

Psykkisen tilan arviointi. GAS				
	Tutkimus- potilaat N = 7 %	Muut kotona asuvat N = 24 %	Kotoa pois muuttaneet N = 22 %	Kaikki N = 53 %
9	0,0	0,0	4,5	1,9
8	0,0	0,0	0,0	0,0
7	0,0	4,2	0,0	1,9
6	14,3	4,2	9,1	7,5
5	14,3	16,7	13,6	15,1
4	0,0	29,2	18,2	20,8
3	57,1	33,3	36,4	37,7
2	14,3	12,5	9,1	11,3
1	0,0	0,0	9,1	3,8
0	0,0	0,0	0,0	0,0
Yht.	100,0	100,0	100,0	100,0

Erot eivät merkitseviä.

Liitetaulukko 28

Lääkehoidon tarve; neuroleptit				
	Tutkimus- potilaat N = 7 %	Muut kotona asuvat N = 24 %	Kotoa pois muuttaneet N = 22 %	Kaikki N = 53 %
Ei tarpeen	0,0	8,3	4,5	5,7
Tarve < 250mg chlorpr./vrk	71,4	29,2	40,9	39,6
Tarve 251- 450mg chlorpr. Tarve >450mg chlorpr./vrk.	28,6	45,8	36,1	39,6
Ei tietoa	0,0	16,7	9,1	11,3
Yht.	100,0	100,0	100,0	100,0

Erot eivät merkitseviä.

Liitetaulukko 29

Lääkehoidon tarve; antidepressiiviset lääkkeet				
	Tutkimus- potilaat N = 7 %	Muut kotona asuvat N = 24 %	Kotoa pois muuttaneet N = 22 %	Kaikki N = 53 %
Ei tarpeen	100,0	79,2	68,2	77,4
Tarpeen	0,0	16,7	18,2	15,1
Ei tietoa	0,0	4,2	13,6	7,5
Yht.	100,0	100,0	100,0	100,0

Erot eivät merkitseviä.

Liitetaulukko 30

Lääkehoidon tarve; anksiolyyttiset lääkkeet				
	Tutkimus- potilaat N = 7 %	Muut kotona asuvat N = 24 %	Kotoa pois muuttaneet N = 22 %	Kaikki N = 53 %
Ei tarpeen	100,0	79,2	68,2	77,4
Tarpeen	0,0	16,7	18,2	15,1
Ei tietoa	0,0	4,2	13,6	7,5
Yht.	100,0	100,0	100,0	100,0

Erot eivät merkitseviä.

Liitetaulukko 31

Potilaalle tärkeimmäksi katsottu hoitomuoto				
	Tutkimus- potilaat N = 7 %	Muut kotona asuvat N = 24 %	Kotoa pois muuttaneet N = 22 %	Kaikki N = 53 %
Kriisihoito	14,3	8,3	13,6	11,3
Yksilöterapia	28,6	37,5	59,1	45,3
Prim.perheter.	57,1	12,5	0,0	13,2
Sek.perheter.	0,0	0,0	4,5	1,9
Ryhmäterapia	0,0	4,2	0,0	1,9
Ter.yhteisö	0,0	33,3	18,2	22,6
Lääkehoito	0,0	0,0	0,0	0,0
Sähköshokkih.	0,0	0,0	0,0	0,0
Sos.ter.& kunt.	0,0	4,2	4,5	3,8
Yht.	100,0	100,0	100,0	100,0

P < 0.1

15.8.1985

Terapeutit	Perhe	Koodit	Tulkinnat, selitykset
Tutkija: "Tietää, minkälaista on kursseilla ja leirillä ja tämmösillä."	Äiti: "Niin."	10	
Tutkija: Just, joo. Vai niin. No..."	Isä: "Se oli melkein väkisten sinne lykättävä. Siinä oli semmosta peruuttamista ja muuta vaikka minkälaista pelkoo ja vaikka minkälaista (näyttää käsin) hermoilemista että miten siellä nyt." (Poika sivelee kasvojaan)	10,17	Isä mitätöi äitiä (nyökyttää terapeutille).
Tutkija: "Hmh."	Äiti silmäänsä pyyhkäisten: "No, se on justinsa sen melisairaalassa olon jälkeen, niin on semmosta arkuutta ihmisiin tullu."	10, 33	Äiti puolustautuu.
Tutkija: "Hmh."	Isä terapeutteja katsoen: "Että ei se siitä oo muuttunu mikään."	10, 17	Isän mielestä äidissä ei ole positiivista muutosta tapahtunut.
	Äiti: "Mutta kyllä se läks siellä se arkuus, sitten niin."	10, 33	Äiti puolustautuu.
Tutkija: "Joo."	Isä terapeutteja katsoen: "No, en tiiä, jos pitäs johonkin muu- anne mennä, niin se olis sama tappelu."	10, 17	Isä on pessimisti äidin suhteen.
	Äiti: "No, kyllä minä lähtisin muuallekin, jos pyydettäisiin. Niin ei se niin vaikeeta ..."	10, 33	Äiti puolustautuu.
Tutkija: "Oli niin hyvä kokemus tämä sitten?"	Äiti: "Niin."	4	
Tutkija: "Joo."	Isä terapeutille: "Hieno asia, että oli ees joku hyvä kokemus. Minä olin hyvilläni."	10, 17, 12	Sisältää sekä positiivisen että negatiivisen "ees joku" kommentin.
Tutkija äidille: "Hm. Oikein mukava kuulla. No olisitteko ihan sitä mieltä, että te ootte muuttunu eniten (katsoo ja nyökkää äidille), nyt tässä vuoden aikana?"	Äiti: "No, sitten tuo Poika on sen verran muuttunu, että se viime talvena nyt sai ne tentit suoritettua, ja nyt kesäaikana se teki sen harjoitustyön. Sitähän mä en tiiä, että männeekö se ihan läpite semmosenaan, mutta se kuitenkin yritti sen tehdä ja vei sen tarkastettavaksi. Että, että se on kumminkin Pojan kohdalla niin myönteistä, tuota, niin että."	4, 13	
Tutkija: "Hmh. Joo."			

I Suhde primaariperheeseen (Salokangas ym. 1985)

1. Potilaan ulkoinen suhde primaariperheeseen viimeksi kuluneen vuoden aikana.
 1. Asuu primaariperheen kanssa.
 2. Asuu primaariperheen kanssa, mutta on ollut erossa siitä lyhyehköjä ajanjaksoja (vähintään kuukauden).
 3. Asuu erossa primaariperheestä eikä pidä yhteyttä siihen lainkaan.
 4. Asuu erossa primaariperheestä, mutta pitää siihen kuitenkin yhteyttä.
2. Potilaan sisäinen psykologinen suhde primaariperheeseen viimeksi kuluneen vuoden aikana.
 1. Tiukasti primaariperheessä kiinni, ei psykologisesti merkittäviä kontakteja sen ulkopuolelle.
 2. Psykologisesti edelleen primaariperheessä kiinni.
 3. Kamppailee itsenäistyäkseen primaariperheestä.
 4. Psykologisesti primaariperheestä irrottautunut.
3. Potilaan suhde isään viimeksi kuluneen vuoden aikana.
 1. Erittäin läheinen, lähinnä riippuvuussuhde.
 2. Ambivalentti suhde (toisaalta riippuvainen, toisaalta riippuvuutta vastustava).
 3. Kylmän etäinen, poikki.
 4. Tavallinen tai ainoastaan vähäisen etäisyyden sävyttämä.
4. Potilaan suhde äitiin viimeksi kuluneen vuoden aikana.
 1. Erittäin läheinen, lähinnä riippuvuussuhde.
 2. Ambivalentti suhde (toisaalta riippuvainen, toisaalta riippuvuutta vastustava).
 3. Kylmän etäinen, poikki.
 4. Tavallinen tai ainoastaan vähäisen etäisyyden sävyttämä.

II Sosiaaliset suhteet

5. Sosiaaliset suhteet viimeksi kuluneen vuoden aikana (kohdat 5-3 eivät sisällä tapaamisia työssä tai muissa "suojatuissa olosuhteissa").
 1. Ei tapaa ystäviä ollenkaan.
 2. Tapaa ystäviä ainoastaan "suojatuissa olosuhteissa" (perhetapaamiset, työ, koulu tms.)
 3. Tapaa ystäviä noin kerran kuussa.
 4. Tapaa ystäviä kaksi tai kolme kertaa kuukaudessa.
 5. Tapaa ystäviä keskimäärin vähintään kerran viikossa.

(Reliabiliteetti: $r = .577$, Salokangas ym. 1985)

6. Harrastukset viimeksi kuluneen vuoden aikana.
1. Ei lainkaan harrastuksia.
 2. Pääasiassa kotipiiriin rajoittuvia harrastuksia. (Lueskelu, puutarhahoito, musiikin kuuntelu, lenkkeily jne.), jotka tapahtuvat yksinäisyydessä.
 3. Pääasiassa yksinäisyydessä tapahtuvia, kodin ulkopuolisiakin harrastuksia (elokuvat, teatteri, pyöräily jne.)
 4. Sosiaalisia harrastuksia (yhdistykset, lukupiirit, kuntopiirit, luottamustoimet jne.)

(Reliabiliteetti: $r = .490$, Salokangas ym. 1985)

7. Heteroseksuaalinen parisuhde viimeksi kuluneen vuoden aikana.
1. Naimaton, eronnut tai leski; ei lainkaan seurusteluja.
 2. Naimaton, eronnut tai leski; lyhyitä, harvoja seurusteluja.
 3. Naimaton, eronnut tai leski; seurustelee epäsäännöllisesti.
 4. Naimisissa (ei avio- tai asumuseroa) tai säännöllinen seurustelu.

(Reliabiliteetti: $r = .842$, Salokangas ym. 1985)

III Työtä ja elämäntulkua koskevia sitoumuksia

(Salokangas ym. 1985)

8. Kokonaisarvio menestymisestä työelämässä tai ammatin mukaisessa työssä hoitoontuloon mennessä.
1. Ei vielä työelämässä (opiskelijat, koululaiset).
 2. Ei ole päässyt sisälle työelämään, menestyminen työssä heikkoa, jatkuvasti työpaikan vaihtoja tai irtisanomisia, useita työttömyyskausia.
 3. Työyrityksiä, erittäin lyhyiksi jääneitä työsuhteita, ei ole kunnolla päässyt sisälle työelämään.
 4. Melko hyvin työelämässä sisällä, vaikeuksia työelämään sopeutumisessa, työpaikan vaihtoja ja joitakin työttömyyskausia.
 5. Stabiilisti työelämässä ja työsopeutuminen hyvä, luotettava työntekijä.

(Reliabiliteetti: $r = .684$, Salokangas ym. 1985)

9. Ammatti-identiteetti hoitoontulon aikoihin.
1. Ei ammatti-identiteettiä; koulutuksen tai työkokemuksen perusteella ei koe mitään erityistä ammattia omakseen.
 2. On täysin menettänyt aiemman ammatti-identiteettinsä.
 3. Muotoutumassa oleva ammatti-identiteetti, koulutuksen tai työkokemuksen avulla suuntautumassa tiettyyn ammattiin.
 4. Kiinteä ammatti-identiteetti; on koulutustaan tai työkokemustaan vastaavassa ammatissa ja kokee sen omakseen.

(Reliabiliteetti $r = .604$, Salokangas ym. 1985)

10. Ote aikuisille ihmisille (tai potilaan ikätovereille) tärkeisiin elämän päämääriin ja tyydytysmuotoihin.
1. Luopunut elämän ulkoisiin, aikuisille ihmisille tärkeisiin päämääriin ja ihmissuhdetyytytyksiin liittyvistä pyrkimyksistä kokonaan.
 2. Huomattava osa otteesta kadonnut; apaattisuutta, passiivisuutta, toivottomuuden tuntoja, toiveista ei pitemmällä tähtäimellä ole kuitenkaan luovuttu.
 3. Ote elämän päämääriin ja tyydytysmuotoihin pääasiallisesti säilynyt.
 4. Ote elämäntulkun liittyviin päämääriin ja ihmissuhteisiin liittyviin tyydytyksiin hyvä.

(Reliabiliteetti: $r = .427$, Salokangas ym. 1985)

PSYKKISEN TILAN ARVIOINTI NS. GAS-ASTEIKON AVULLA
(GLOBAL ASSESSMENT SCALE, Endicott, Spitzer, Fleiss & Cohen
(1976, s. 766-771))

9. Ei oireita, erittäin hyvä toimintakyky eri alueilla, elämän ongelmat eivät tunnu koskaan saavan yliotetta. Muut etsivät hänen seuraansa hänen lämmöstään ja tasapainoisuudestaan johtuen.
8. Ohimeneviä oireita saattaa esiintyä, mutta muuten toiminta on hyvää kaikilla alueilla. Potilas on kiinnostunut ja toimii useissa erityyppisissä toiminnoissa, on sosiaalisesti tehokas ja yleisesti ottaen tyytyväinen elämäänsä. "Arkipäivän" huolet saavat vain joskus satunnaisesti yliotteen.
7. Vähäisiä oireita saattaa esiintyä, mutta havaittavissa ei ole kuin vähäistä huononemista toiminnoissa. Vaihtelevanasteiset "arkipäivän" huolet saavat joskus yliotteen.
6. Joitakin lieviä oireita (esim. masentuneisuus tai lievä unettomuus) tai joitakin vaikeuksia useilla toiminta-alueilla. Yleisesti ottaen toiminta kuitenkin sujuu melko hyvin. Arvioitavalla on muutamia merkitseviä ihmissuhteita eivätkä useimmat kouluttamattomat henkilöt pitäisi häntä "sairaana".
5. Kohtalaisia oireita tai yleensä toimiminen on jonkin verran vaikeata (esim. harvoja ystäviä ja tunneilmaisun latteus, masentuneisuutta, poikkeavaa epävarmuutta, kohonnut mieliala ja kiireinen puhetapa, kohtalaisen vakavaa antisosiaalista käyttäytymistä).
4. Mitä tahansa vakavia oireita tai toiminnan huononemista, josta useimmat ammatti-ihmiset päättelisivät asianomaisen tarvitsevan joko hoitoa tai tarkkailua (esim. itsemurha-ajattelua tai itsemurhavaaraan viittavaa käyttäytymistä, vakavia pakkoneuroottisia rituaaleja, toistuvia ahdistuneisuuskohtauksia, vakavaa antisosiaalista käyttäytymistä, pakonomaista juomista).
3. Huomattavaa heikkenemistä useilla eri toimintojen alueilla kuten työssä, perhesuhteissa, arvostelukyvyyssä, ajattelussa tai mielialassa (esim. masentunut henkilö välttelee ystäviään, laiminlyö perhettään, eikä kykene suoriutumaan kodinhoidosta) tai jonkinasteista heikkenemistä realiteettitestauksessa tai kommunikaatiossa (esim. puhe on ajoittain epäselvää, epäloogista, tai asiaankuulumatonta), tai asianomaisella on ollut yksi vakava itsemurhayritys.

2. Kykenemätön toimimaan miltei kaikilla toimintojen alueilla (esim. pysyttelee sängyssä kaiken päivää) tai käyttäytymiseen vaikuttavat huomattavasti harhaluulot tai hallusinaatiot tai asianomaisella on vakavaa huononemista kommunikaation alueella (esim. joskus sekava tai reagoimaton) tai arvostelukyvyn suhteen (käyttäytyy karkean epäsopivasti).
1. Potilas tarvitsee valvontaa itsensä tai toisten vahingoittamisen ehkäisemiseksi tai ylläpitääkseen minimaalisen henkilökohtaisen hygieniansa (esim. toistuvia itsemurhayrityksiä, usein väkivaltainen, maanisen kiihoittunut, sotkee ulosteella) tai karkeata huononemista kommunikoinnissa (esim. suurelta osin sekava tai puhumaton).
- 0 Tarvitsee jatkuvaa valvontaa useiden päivien ajan, jotta ei vahingoittaisi itseään tai toisiaan tai asianomainen ei yritä lainkaan ylläpitää minimaalistakaan henkilökohtaista hygieniansa.

(Reliabiliteetti: $r = -.045$. Huono reliabiliteetti johtui suurista arviointieroista muutaman potilaan kohdalla, jotka ilmeisesti ovat voineet antaa itsestään lyhyen reliabiliteettitutkimuksen aikana huomattavasti koosteisemman kuvan kuin hoitaville henkilöille, jotka olivat tavanneet potilaan useammin.) (Salokangas ym. 1985.)

Oireet ja työkyky (Salokangas ym. 1985)

15. Psykoottisten oireitten esiintyminen tehdyn tutkimuksen perusteella viimeksi kuluneen kuukauden aikana.
1. Ei oireita.
 2. Lieviä oireita melkein kaiken aikaa tai kohtalaisia oireita ajoittain.
 3. Kohtalaisia oireita jonkin aikaa.
 4. Voimakkaita oireita jonkin aikaa tai kohtalaisia oireita jatkuvasti.
 5. Jatkuvia voimakkaita oireita

(Reliabiliteetti: $r = .572$, Salokangas ym. 1985)

16. Neuroottisten oireitten esiintyminen tehdyn tutkimuksen perusteella.
1. Ei oireita.
 2. Lieviä oireita.
 3. Selviä oireita.
 4. Runsaasti, oireet keskeisiä merkitykseltään.

(Reliabiliteetti: $r = .633$, Salokangas ym. 1985)

17. Työkyky hoitosuunnitelman teon aikaan.
4. Täysin työkykyinen
 3. Osatyökykyinen
 2. Suojatyökykyinen
 1. Työkyvytön

(Reliabiliteetti: $r = .341$, Salokangas ym. 1985)

PUHEENVUOROJEN HALLITSEVUUS

PERHE T1

VERTAILUOTOS I

	isä	äiti	potilas	1.sisarus	2.sisarus	3.sisarus	4.sisarus	yht.
0. Ei vastaa kysymykseen.								
1. Vastaa koko perheelle suunnattuun kysymykseen.		2	1			1		4
2. Vastaa perheen alaryhmälle suunnattuun kysymykseen.	1							1
3. Vastaa isälle suunnattuun kysymykseen.	1							1
4. Vastaa äidille suunnattuun kysymykseen.		6	1					7
5. Vastaa ilmipotilaalle suunnattuun kysymykseen.			7					7
6. Vastaa 1. sisarukselle suunnattuun kysymykseen.			2	2				4
7. Vastaa 2. sisarukselle suunnattuun kysymykseen.					3			3
8. Vastaa 3. sisarukselle suunnattuun kysymykseen.						1		1
9. Vastaa 4. sisarukselle suunnattuun kysymykseen.								
10. Aloittaa puheen spontaanisti.	9 (9,1%)	42 (42,4%)	27 (27,3%)	12 (12,1%)	8 (8,1%)		1 (1,0%)	99 (78,0%)
Yhteensä	11	50	38	14	11	2	1	127

PUHEENVUOROJEN HALLITSEVUUS	PERHE T1			VERTAILUOTOS II				
	isä	äiti	potilas	1.sisarus	2.sisarus	3.sisarus	4.sisarus	yht.
0. Ei vastaa kysymykseen.								
1. Vastaa koko perheelle suunnattuun kysymykseen.	1	7						8
2. Vastaa perheen alaryhmälle suunnattuun kysymykseen.						2		2
3. Vastaa isälle suunnattuun kysymykseen.	2							2
4. Vastaa äidille suunnattuun kysymykseen.								
5. Vastaa ilmipotilaalle suunnattuun kysymykseen.			7					7
6. Vastaa 1. sisarukselle suunnattuun kysymykseen.		1		6				7
7. Vastaa 2. sisarukselle suunnattuun kysymykseen.					1			1
8. Vastaa 3. sisarukselle suunnattuun kysymykseen.								
9. Vastaa 4. sisarukselle suunnattuun kysymykseen.								
10. Aloittaa puheen spontaanisti.	15 (21,7%)	46 (66,7%)	6 (8,7%)		1 (1,4%)	1 (1,4%)		69 (71,9%)
Yhteensä	18	54	13	6	2	3		96

TUNNESUHTEIDEN JAKAUTUMINEN	PERHE T1			MOLEMMAT VERTAILUOTOKSET YHTEENSÄ				
	isä	äiti	potilas	1.sisarus	2.sisarus	3.sisarus	4.sisarus	yht.
Positiiviset ilmaukset								
Puolustaa, antaa tunnustusta, kertoo myönteistä, osoittaa luottamusta:								
11. isään		3	3			2		8
12. äitiin	1				5	2		8
13. ilmipotilaaseen		5	2	2				9
14. 1. sisarukseen	1		5					6
15. 2. sisarukseen		1	3					4
21. 3. sisarukseen								
22. 4. sisarukseen		1						1
33. puolustautuu itse	(2)	(8)	(4)	(2)				(16)
posit. yht.	2	10	13	2	5	4		36
Negatiiviset ilmaukset								
Syyttää, moittii, kertoo kielteisiä seikkoja, osoittaa, ettei luota:								
16. isään		6						6
17. äitiin	5		7	1	1			14
18. ilmipotilaaseen		3			1			4
19. 1. sisarukseen	2	10						10
20. 2. sisarukseen								
23. 3. sisarukseen								
24. 4. sisarukseen		1						1
34. ilmaisee syyllisyyttä			(2)					(2)
negat. yht.	7	20	7	1	2			37

PUHEENVUOROJEN HALLITSEVUUS	PERHE T3			VERTAILUOTOS I				
	isä	äiti	potilas	1.sisarus	2.sisarus	3.sisarus	4.sisarus	yht.
0. Ei vastaa kysymykseen.								
1. Vastaa koko perheelle suunnattuun kysymykseen.	1	5						6
2. Vastaa perheen alaryhmälle suunnattuun kysymykseen.		2	1	1				4
3. Vastaa isälle suunnattuun kysymykseen.	4							4
4. Vastaa äidille suunnattuun kysymykseen.		13	1					14
5. Vastaa ilmipotilaalle suunnattuun kysymykseen.		1	8					9
6. Vastaa 1. sisarukselle suunnattuun kysymykseen.				2				2
7. Vastaa 2. sisarukselle suunnattuun kysymykseen.					3			3
8. Vastaa 3. sisarukselle suunnattuun kysymykseen.								
9. Vastaa 4. sisarukselle suunnattuun kysymykseen.								
10. Aloittaa puheen spontaanisti.	23 (37,7%)	23 (37,7%)	13 (21,3%)	2 (3,3%)				61 (59,2%)
Yhteensä	28	44	23	5	3			103

PUHEENVUOROJEN HALLITSEVUUS

PERHE T3

VERTAILUOTOS II

	isä	äiti	potilas	1.sisarus	2.sisarus	3.sisarus	4.sisarus	yht.
0. Ei vastaa kysymykseen.			(poissa)					
1. Vastaa koko perheelle suunnattuun kysymykseen.	4	2						6
2. Vastaa perheen alaryhmälle suunnattuun kysymykseen.								
3. Vastaa isälle suunnattuun kysymykseen.	3							3
4. Vastaa äidille suunnattuun kysymykseen.		10						10
5. Vastaa ilmipotilaalle suunnattuun kysymykseen.								
6. Vastaa 1. sisarukselle suunnattuun kysymykseen.				6				6
7. Vastaa 2. sisarukselle suunnattuun kysymykseen.								
8. Vastaa 3. sisarukselle suunnattuun kysymykseen.								
9. Vastaa 4. sisarukselle suunnattuun kysymykseen.								
10. Aloittaa puheen spontaanisti.	39 (43,8%)	42 (47,2%)		8 (9,0%)				89 (78,0%)
Yhteensä	46	54		14				114

TUNNESUHTEIDEN JAKAUTUMINEN	PERHE T3			MOLEMMAT VERTAILUOTOKSET YHTEENSÄ				
	isä	äiti	potilas	1.sisarus	2.sisarus	3.sisarus	4.sisarus	yht.
Positiiviset ilmaukset								
Puolustaa, antaa tunnustusta, kertoo myönteistä, osoittaa luottamusta:								
11. isään								
12. äitiin	3							3
13. ilmipotilaaseen	9	3	3	1				16
14. 1. sisarukseen	11	3	4					18
15. 2. sisarukseen	3	1						4
21. 3. sisarukseen	1	1	2					4
22. 4. sisarukseen								
33. puolustautuu itse	(3)	(7)	(2)					(12)
posit. yht.	27	8	9	1	0			45
Negatiiviset ilmaukset								
Syyttää, moittii, kertoo kielteisiä seikkoja, osoittaa, ettei luota:								
16. isään	1	2						3
17. äitiin	5			1				6
18. ilmipotilaaseen	3	19		5				27
19. 1. sisarukseen		4						4
20. 2. sisarukseen		5						5
23. 3. sisarukseen	1							1
24. 4. sisarukseen								
34. ilmaisee syyllisyyttä		(6)						(6)
negat. yht.	10	30	0	6	0			46

PUHEENVUOROJEN HALLITSEVUUS

PERHE P1

VERTAILUOTOS I

	isä	äiti	potilas	1.sisarus	2.sisarus	3.sisarus	4.sisarus	yht.
0. Ei vastaa kysymykseen.								
1. Vastaa koko perheelle suunnattuun kysymykseen.								
2. Vastaa perheen alaryhmälle suunnattuun kysymykseen.								
3. Vastaa isälle suunnattuun kysymykseen.	4							4
4. Vastaa äidille suunnattuun kysymykseen.		5						5
5. Vastaa ilmipotilaalle suunnattuun kysymykseen.			9					9
6. Vastaa 1. sisarukselle suunnattuun kysymykseen.				11				11
7. Vastaa 2. sisarukselle suunnattuun kysymykseen.								
8. Vastaa 3. sisarukselle suunnattuun kysymykseen.								
9. Vastaa 4. sisarukselle suunnattuun kysymykseen.								
10. Aloittaa puheen spontaanisti.	13 (36,1%)	1 (2,8%)	11 (30,6%)	11 (30,6%)				36 (55,4%)
Yhteensä	17	6	20	22				65

PUHEENVUOROJEN HALLITSEVUUS	PERHE P1			VERTAILUOTOS II				
	isä	äiti	potilas	1.sisarus	2.sisarus	3.sisarus	4.sisarus	yht.
0. Ei vastaa kysymykseen.								
1. Vastaa koko perheelle suunnattuun kysymykseen.			1					1
2. Vastaa perheen alaryhmälle suunnattuun kysymykseen.								
3. Vastaa isälle suunnattuun kysymykseen.	11							11
4. Vastaa äidille suunnattuun kysymykseen.		14						14
5. Vastaa ilmipotilaalle suunnattuun kysymykseen.			21					21
6. Vastaa 1. sisarukselle suunnattuun kysymykseen.								
7. Vastaa 2. sisarukselle suunnattuun kysymykseen.								
8. Vastaa 3. sisarukselle suunnattuun kysymykseen.								
9. Vastaa 4. sisarukselle suunnattuun kysymykseen.								
10. Aloittaa puheen spontaanisti.	8 (15,4%)	19 (36,5%)	25 (48,1%)					52 (52,0%)
Yhteensä	19	33	47					99

TUNNESUHTEIDEN JAKAUTUMINEN

PERHE P1

MOLEMMAT VERTAILUOTOKSET YHTEENSÄ

	isä	äiti	potilas	1.sisarus	2.sisarus	3.sisarus	4.sisarus	yht.
Positiiviset ilmaukset								
Puolustaa, antaa tunnustusta, kertoo myönteistä, osoittaa luottamusta:								
11. isään		1		1				2
12. äitiin			3					3
13. ilmipotilaaseen	3	1	1	3				8
14. 1. sisarukseen								
15. 2. sisarukseen								
21. 3. sisarukseen								
22. 4. sisarukseen								
33. puolustautuu itse	(2)		(5)					(7)
posit. yht.	3	2	4	4				13

Negatiiviset ilmaukset

Syyttää, moittii, kertoo kielteisiä seikkoja, osoittaa, ettei luota:

16. isään	6	2	17	6				31
17. äitiin								
18. ilmipotilaaseen	3	6	2					11
19. 1. sisarukseen								
20. 2. sisarukseen								
23. 3. sisarukseen								
24. 4. sisarukseen								
34. ilmaisee syyllisyyttä	(10)		(2)					(12)
negat. yht.	9	8	19	6				42

	PUHEENVUOROJEN HALLITSEVUUS			PERHE P2		VERTAILUOTOS I		
	isä	äiti	potilas	1.sisarus	2.sisarus	3.sisarus	4.sisarus	yht.
0. Ei vastaa kysymykseen.			4					4
1. Vastaa koko perheelle suunnattuun kysymykseen.		10						10
2. Vastaa perheen alaryhmälle suunnattuun kysymykseen.		1		1				2
3. Vastaa isälle suunnattuun kysymykseen.	6							6
4. Vastaa äidille suunnattuun kysymykseen.		17						17
5. Vastaa ilmipotilaalle suunnattuun kysymykseen.			12	2				14
6. Vastaa 1. sisarukselle suunnattuun kysymykseen.				3				3
7. Vastaa 2. sisarukselle suunnattuun kysymykseen.								
8. Vastaa 3. sisarukselle suunnattuun kysymykseen.								
9. Vastaa 4. sisarukselle suunnattuun kysymykseen.								
10. Aloittaa puheen spontaanisti.	9 (24,3%)	13 (35,1%)	1 (2,7%)	14 (37,8%)				37 (41,6%)
Yhteensä	15	41	13	20				89

PUHEENVUOROJEN HALLITSEVUUS

PERHE P2

VERTAILUOTOS II

	isä	äiti	potilas	1.sisarus	2.sisarus	3.sisarus	4.sisarus	yht.
0. Ei vastaa kysymykseen.			2					2
1. Vastaa koko perheelle suunnattuun kysymykseen.	1	11						12
2. Vastaa perheen alaryhmälle suunnattuun kysymykseen.	1							1
3. Vastaa isälle suunnattuun kysymykseen.	5							5
4. Vastaa äidille suunnattuun kysymykseen.		4						4
5. Vastaa ilmipotilaalle suunnattuun kysymykseen.			26					26
6. Vastaa 1. sisarukselle suunnattuun kysymykseen.								
7. Vastaa 2. sisarukselle suunnattuun kysymykseen.								
8. Vastaa 3. sisarukselle suunnattuun kysymykseen.								
9. Vastaa 4. sisarukselle suunnattuun kysymykseen.								
10. Aloittaa puheen spontaanisti.	17 (39,5%)	19 (44,2%)	7 (16,3%)					43 (47,3%)
Yhteensä	24	34	33					91

TUNNESUHTEIDEN JAKAUTUMINEN	PERHE P2			MOLEMMAT VERTAILUOTOKSET YHTEENSÄ				
	isä	äiti	potilas	1.sisarus	2.sisarus	3.sisarus	4.sisarus	yht.
Positiiviset ilmaukset								
Puolustaa, antaa tunnustusta, kertoo myönteistä, osoittaa luottamusta:								
11. isään		2						2
12. äitiin								
13. ilmipotilaaseen	3	15	3					21
14. 1. sisarukseen		4	1					5
15. 2. sisarukseen		1						1
21. 3. sisarukseen		1						1
22. 4. sisarukseen								
33. puolustautuu itse			(2)					(2)
posit. yht.	3	23	4	0				28
Negatiiviset ilmaukset								
Syyttää, moittii, kertoo kielteisiä seikkoja, osoittaa, ettei luota:								
16. isään								
17. äitiin								
18. ilmipotilaaseen	9	7		6				22
19. 1. sisarukseen	2	2						4
20. 2. sisarukseen								
23. 3. sisarukseen								
24. 4. sisarukseen		1						1
34. ilmaisee syyllisyyttä		(2)						(2)
negat. yht.	11	10	0	6				27

PUHEENVUOROJEN HALLITSEVUUS

PERHE P3

VERTAILUOTOS I

	isä	äiti	potilas	1.sisarus	2.sisarus	3.sisarus	4.sisarus	yht.
0. Ei vastaa kysymykseen.			1					1
1. Vastaa koko perheelle suunnattuun kysymykseen.	1	1						2
2. Vastaa perheen alaryhmälle suunnattuun kysymykseen.		2						2
3. Vastaa isälle suunnattuun kysymykseen.	11							11
4. Vastaa äidille suunnattuun kysymykseen.		11						11
5. Vastaa ilmipotilaalle suunnattuun kysymykseen.		3	24					27
6. Vastaa 1. sisarukselle suunnattuun kysymykseen.								
7. Vastaa 2. sisarukselle suunnattuun kysymykseen.								
8. Vastaa 3. sisarukselle suunnattuun kysymykseen.								
9. Vastaa 4. sisarukselle suunnattuun kysymykseen.								
10. Aloittaa puheen spontaanisti.	27 (45,8%)	22 (37,3%)	10 (16,9%)					59 (52,7%)
Yhteensä	39	39	34					112

TUNNESUHTEIDEN JAKAUTUMINEN	PERHE P3			VERTAILUOTOS I				
	isä	äiti	potilas	1.sisarus	2.sisarus	3.sisarus	4.sisarus	yht.
Positiiviset ilmaukset								
Puolustaa, antaa tunnustusta, kertoo myönteistä, osoittaa luottamusta:								
11. isään	2	2						4
12. äitiin								
13. ilmipotilaaseen	2	13	1					16
14. 1. sisarukseen	1							1
15. 2. sisarukseen								
21. 3. sisarukseen								
22. 4. sisarukseen								
33. puolustautuu itse	(2)		(4)					(6)
posit. yht.	5	15	1					21
Negatiiviset ilmaukset								
Syyttää, moittii, kertoo kielteisiä seikkoja, osoittaa, ettei luota:								
16. isään	1	4						5
17. äitiin	11	5						16
18. ilmipotilaaseen	1							1
19. 1. sisarukseen								
20. 2. sisarukseen								
23. 3. sisarukseen								
24. 4. sisarukseen								
34. ilmaisee syllisyyttä	(6)							(6)
negat. yht.	13	9						22

PUHEENVUOROJEN HALLITSEVUUS

PERHE P4

VERTAILUOTOS I

	isä	äiti	potilas	1.sisarus	2.sisarus	3.sisarus	4.sisarus	yht.
0. Ei vastaa kysymykseen.			1					1
1. Vastaa koko perheelle suunnattuun kysymykseen.		2						2
2. Vastaa perheen alaryhmälle suunnattuun kysymykseen.		1						1
3. Vastaa isälle suunnattuun kysymykseen.	6							6
4. Vastaa äidille suunnattuun kysymykseen.		6						6
5. Vastaa ilmipotilaalle suunnattuun kysymykseen.			14					14
6. Vastaa 1. sisarukselle suunnattuun kysymykseen.								
7. Vastaa 2. sisarukselle suunnattuun kysymykseen.								
8. Vastaa 3. sisarukselle suunnattuun kysymykseen.								
9. Vastaa 4. sisarukselle suunnattuun kysymykseen.								
10. Aloittaa puheen spontaanisti.	23 (52,3%)	18 (40,9%)	3 (6,8%)					44 (60,3%)
Yhteensä	29	27	17					73

PUHEENVUOROJEN HALLITSEVUUS	PERHE P4			VERTAILUOTOS II				
	isä	äiti	potilas	1.sisarus	2.sisarus	3.sisarus	4.sisarus	yht.
0. Ei vastaa kysymykseen.			6					6
1. Vastaa koko perheelle suunnattuun kysymykseen.		2						2
2. Vastaa perheen alaryhmälle suunnattuun kysymykseen.		1						1
3. Vastaa isälle suunnattuun kysymykseen.	8							8
4. Vastaa äidille suunnattuun kysymykseen.		7						7
5. Vastaa ilmipotilaalle suunnattuun kysymykseen.		2	9					11
6. Vastaa 1. sisarukselle suunnattuun kysymykseen.								
7. Vastaa 2. sisarukselle suunnattuun kysymykseen.								
8. Vastaa 3. sisarukselle suunnattuun kysymykseen.								
9. Vastaa 4. sisarukselle suunnattuun kysymykseen.								
10. Aloittaa puheen spontaanisti.	24 (55,8)	19 (44,2%)						44 (59,7%)
Yhteensä	32	31	9					72

TUNNESUHTEIDEN JAKAUTUMINEN

PERHE P4

MOLEMMAT VERTAILUOTOKSET YHTEENSÄ

	isä	äiti	potilas	1.sisarus	2.sisarus	3.sisarus	4.sisarus	yht.
Positiiviset ilmaukset								
Puolustaa, antaa tunnustusta, kertoo myönteistä, osoittaa luottamusta:								
11. isään	1	2						3
12. äitiin	1	3						4
13. ilmipotilaaseen	3	9						12
14. 1. sisarukseen								
15. 2. sisarukseen								
21. 3. sisarukseen								
22. 4. sisarukseen								
33. puolustautuu itse	(9)	(13)	(1)					(23)
posit. yht.	5	14	0					19
Negatiiviset ilmaukset								
Syyttää, moittii, kertoo kielteisiä seikkoja, osoittaa, ettei luota:								
16. isään	2	15						17
17. äitiin	21	2						23
18. ilmipotilaaseen	8	3						11
19. 1. sisarukseen								
20. 2. sisarukseen								
23. 3. sisarukseen								
24. 4. sisarukseen	(0)	(0)						(0)
34. ilmaisee syyllisyyttä								
negat. yht.	31	20	0					51

RUNKO PERHETERAPIASTUNNON TAPAHTUMISTA

Perhe no: Päivämäärä: Neuvottelukerta: Perheenjäsenet istunnossa:

Paikka: Terapeutit:

työskentely- edellytykset	miten hypoteesi ongelmasta tarkentuu		terapeuttien toiminta	perheen toiminta	havainnot perheen voinnista, muutoksista ym.
	terapeuttien hypoteesit	perheen hypoteesit			