USVASTA UUTEEN MINUUTEEN SOSIAALISESSA VERKOSTOSSA – PSYKOOSI OSANA ELÄMÄNPROSESSIA

Pro gradu –tutkielma
Jyväskylän yliopisto
psykologian laitos
Katriina Kuivaniemi

USVASTA UUTEEN MINUUTEEN SOSIAALISESSA VERKOSTOSSA – PSYKOOSI OSANA ELÄMÄNPROSESSIA

Tekijä: Katriina Kuivaniemi

Ohjaaja: Jaakko Seikkula

Psykologian pro gradu –tutkielma

Jyväskylän yliopisto, psykologian laitos

Huhtikuu, 2001

37 sivua, 10 liitesivua

TIIVISTELMÄ

Tutkimuksen tavoitteena oli tarkastella ensi kertaa skitsofreenistyyppiseen non-affektiiviseen psykoosiin sairastuneen yksilön sosiaalista verkostoa liittyen Suomessa 1980-luvulta lähtien toteutettuihin mielisairaanhoidon uudistuksiin ja tutkimuksiin. Tapaustutkimuksen kohteena oli siihen soveltuneen potilaan kokemus sairastumisestaan ja sen vaikutuksista hänen sosiaaliseen verkostoonsa ja tulevaisuuteensa. Tätä tutkittiin sosiaalisessa verkostokartassa kahden kuukauden seurantajaksolla tapahtuvien muutosten ja aktiivisten teemahaastattelujen avulla, jonka jälkeen aineisto analysoitiin kvalitatiivisesti. Sosiaalisessa verkostossa ei tapahtunut merkittäviä määrällisiä muutoksia sairastumisen seurauksena. Sairastuminen oli potilaalle elämän perustuksia mullistava kriisi, jossa verkoston voimavarat aktivoituivat läheisimpien ihmisten osalta. Tutkittava pystyi erottamaan verkostostaan ihmisiä, 'avainhenkilöitä', jotka pystyvät tukemaan häntä parantumisessa. Nämä ihmiset hän vahvisti verkostokartalla ja heillä oli merkitystä minuuden uudelleenrakentumisessa. Varsinkin avopuolison, kuten myös ystävien ja ammattiauttajien, rooli oli merkittävä tässä suhteessa. Vastavuoroinen luottamus lisäsi potilaan uskoa itseensä. Omat rajat alkoivat hahmottua samalla, kun riippuvuus 'avainhenkilöistä' väheni. Sosiaalinen verkosto motivoi osaltaan potilaan omaa työskentelyä tilansa kohentamiseksi. Työhön ja primääriperheeseen tapahtui etäisyydenottoa. Avohoidon aikana potilas kuitenkin passivoitui. Tutkimustulokset antavat aihetta epäillä, että avohoidossa ei ehkä vielä kylliksi kyetä tukemaan yksilön yhteiskunnallisen roolin määrittymistä. Aiemmissa tutkimuksissa todettu sosiaalisen verkoston tärkeä rooli parantumisessa saa lisävahvistusta.

Avainsanat: *psykoosi, sosiaalinen verkosto, elämänkriisi, minuus.*

JOHDANTO

Psykoosiin sairastumiseen johtavaa kehitystä voidaan pyrkiä ymmärtämään Hellstenin (1992, 1998) ajatusten kautta. Hellstenin (1992) mukaan ihmiset piiloutuvat omalta avuttomalta ja tarvitsevalta itseltään, eikä omia tarpeita tunnisteta tai ilmaista. Tutustuminen itseen on pelottavaa, mutta välttämätöntä varsinkin silloin, kun eläminen valheessa käy liian tuskalliseksi. Silloin valeminän (vrt. psykoosin puhkeamisen taustalla 'infantile psychotic self' (varhainen psykoottinen minä); Volkan, 1994, ja 'vulnerable premorbid terrain' (haavoittuva premorbidi rakenne); Ciompi 1989, 1994), jonka avulla on opittu selviytymään elämässä, on aika väistyä ja uuden minuuden nousta esiin ihmisen sisältä. Cullbergin (1999) mukaan akuutti psykoosi on eräänlainen henkiinjäämisstrategia tilanteessa, jossa minuus ei kestä todellisuuden tuskaisuutta, vaan murtuu ja sen paikan ottaa 'väliaikainen maailmankatsomus' (myös Haarakangas & Seikkula, 1999).

Haarakankaan ja Seikkulan (1999) mukaan psykoosi on sairastuneen henkilön aktiivista pyrkimystä käsitellä kokemuksia, joita hänen ei ole mahdollista sanoin ilmaista. Psykoosin synnyttämässä kriisissä on läsnä "terapeuttinen mahdollisuus" muutoksen syntymiseen, jos avoin dialogi sosiaalisessa verkostossa syntyy (s. 170). Cullbergin (1999) mukaan läheisten tuki motivoi ja antaa voimia raskaaseen psyykkiseen työskentelyyn ja surutyöhön, mitä ei-psykoottiseen todellisuuteen palaaminen vaatii. Tärkeää tässä tilanteessa on myös toivon ylläpitäminen (Otsuka, Nakane, ja Ohta, 1994). Jos potilaan hätähuutoa ei kuulla ja jaeta, hän saattaa käpertyä psykoottiseen maailmaansa (Cullberg).

Cullberg (1999) on jopa sitä mieltä, että psykoosista voi selviytyä ilman lääkitystä, kunhan olosuhteet ovat suotuisat ja potilaan läheiset ovat mukana tukemassa parantumista. Ilman 'Sinän ja Minän dialektiikkaa' persoonallisuuden kehittymiseen ei hänen mukaansa löydy riittäviä edellytyksiä. Tämän voi ymmärtää Scharffin ja Scharffin (1992) määritelmän kautta. Heidän mukaansa self (minä), ainutlaatuinen synnynnäinen rakenne ja ihmisen totaalinen persoonallisuus, kypsyy ja kehittyy ihmissuhteiden kautta. Vuorovaikutuksessa ulkoisten objektien kanssa yksilölle rakentuu sisäisiä objektisuhteita (McGovern, Kilgore, Melon & Golden, 1993:

objektisuhteet viittaavat sisäistettyihin kognitiivis-affektiivisiin representaatioihin itsestä, muista ja näiden välisistä suhteista), jotka muodostuvat selfin toiminnan osaksi. Self koostuu täten dynaamisesta yhdistelmästä egoa ja sisäisiä objektisuhteita, joille self antaa identiteetin ja jatkuvuuden tunteen. Ego ("tietoinen" minä) kuvaa yleisesti sitä jatkuvaa uniikkiuden tunnetta, jota ihminen kokee. Egolla on toimintaa ohjaava funktio ja se on suhteessa objekteihin. Vuorisen (1997) mukaan minä rajoittuukin niihin toimintoihin, jotka yksilö kokee kykenevänsä tuottamaan. Vastaavasti minän rajoihin yksilö törmää, kun hänelle syntyy tunne siitä, että hänen toimintatapansa eivät ole hänen omassa hallinnassaan. Minuus on "minän elämyksellinen vastine", johon sisältyvät kehominuuden kokemus ja sosiaalisessa vuorovaikutuksessa sisäistetyt mielikuvat (s. 50, 341).

Saavuttaakseen egon, joka kestää elämässä eteen tulevia stressaavia tilanteita, on yksilön kehityttävä (Ciompi, 1991). Volkanin (1994) mielestä skitsofreniaan sairastunut ihminen ei pysty kehittymään; eriyttämään itserepresentaatioita objektirepresentaatioista ja yhdistämään sekä hyviä (libidinaalisesti latautuneet) ja huonoja (aggressiolla latautuneet) mielikuvia itsestä ja muista koherenteiksi representaatioiksi. Hän kamppailee voimakkaiden tunneristiriitojen kanssa, jotka liittyvät hajanaisiin objektirepresentaatioihin. Yksilö on vaarassa kadottaa tunteen omasta itsestään. Häntä hallitsee halu olla riippuvuussuhteessa tai eristäytyä toisista ihmisistä, koska omat rajat ovat huonosti hahmottuneet. Stressaavan tilanteen (esim. hylätyksi tuleminen) edessä kehittymätön ego on voimaton. Psykoottinen egon ydin syrjäyttää terveemmät osat ja kehittää aikuisen psykoottisen 'selfin'. Davidson ja Strauss (1992) korostavatkin, että parantumista tulisi tarkastella selfin uudelleen löytämis- ja rakentamisprosessina. Minuuden tunne (sense of self) kehittyy sosiaalisessa ympäristössä, missä sitä myös psykoosista kuntoutumisen yhteydessä testataan. Sosiaalinen verkosto voi joko edistää tai hidastaa sen kehittymistä (myös Hurd, Pattison & Llmas, 1981; Klefbeck & Ogden, 1992).

Alasen (1997) mukaan psykoterapeuttinen kokemus osoittaa, että skitsofreniaan sairastuneilla potilailla on taipumusta symbioottisen riippuvuussuhteen muodostamiseen. Self-objektien kautta ihminen voi rakentaa persoonallisuuttaan, kuten pieni lapsi tekee samaistuessaan vanhempaansa. Skitsofreniaan sairastunut tarvitseekin empaattisen self-objektin, jollainen hänen terapeuttinsa voi olla, jotta hänen integroitumaton persoonallisuutensa voisi selkiytyä ja jatkaa kehittymistään (myös

Salonen, 1994). Näin hän mahdollisesti pystyy irtautumaan niistä self-objekteista, jotka ovat esteenä hänen irtaantumiselleen heistä. Tällöin myös sosiaalisen verkoston läsnäolo on tarpeen, jotta objektirepresentaatiot voivat kehittyä uudelleen sekä eriytyä ja integroitua omasta itsestä vuorovaikutuksessa reaalisten objektien kanssa.

Barham ja Hayward (1990) puolestaan ymmärtävät skitsofreniaan sairastumisen osaksi elämänprosessia. Sosiaalisen verkoston reagoinnilla on suuri vaikutus psykoottisen potilaan minäkuvan muotoutumiseen, verkostoon palaamiseen ja selviytymiseen sairaalan ulkopuolisessa yhteiskunnassa (Barham & Hayward; Lipton, Cohen, Fisher & Katz, 1981). Sairaalasta sosiaalisen verkostoonsa palaava henkilö saattaa tuntea itsensä toimintakykyiseksi, mutta tarvitsee kuitenkin tukea (Barham & Hayward). Paluu sosiaalisen verkoston tasaveroiseksi jäseneksi on vaikeaa, kun tuen vastavuoroisuus ei välittömästi suhteissa toteudu. Nopea paluu sairastumista edeltäneeksi "minäksi" sosiaalisen verkoston silmissä on lähes mahdotonta. Dialogi itsen ja muiden ihmisten kanssa tuo vastauksia ristiriitaiseen tilanteeseen ja on vaikuttamassa siten henkilön elämän kulkuun sairastumisepisodin jälkeen.

Tutkimuksiensa mukaan Barham ja Hayward (1990) liittävät skitsofreenisen sairauden aikaansaamat henkilökohtaiset ja sosiaaliset vaikeudet kahteen sosiaalisen ympäristön luomaan olettamukseen: yhteensulautuminen (incorporation) ja strukturaalinen eristäminen (structural isolation), jotka ovat yhteydessä toisiinsa. Yhteensulautuminen tarkoittaa sitä, että entinen potilas ja sosiaalinen ympäristö sosiaalistuvat katselemaan entistä potilasta hänen sairaudentilastaan käsin niin, että "mielisairaalapotilaan" persoona ja yksilö kielletään. Strukturaalinen eristäminen tarkoittaa, että sosiaaliset voimat "puskevat" entisiä mielisairaalapotilaita muun yhteiskunnan ulkopuolelle esimerkiksi asunnon, työn ja sosiaalisten suhteiden osalta Tutkijat pyrkivätkin ymmärtämään entisten potilaiden tilannetta ja elämää vastustamisen (resistance) käsitteen kautta, mikä tarkoittaa potilaiden kamppailua sitä mielikuvaa vastaan, jonka he itsekin ovat sosiaalistumisensa aikana mielisairaalapotilaista ja heidän elämästään omaksuneet. Vastoin sosiaalistumisen luomia odotuksia ja käyttäytymismalleja tulisi pyrkiä ylläpitämään ja luomaan potilaan yhteyksiä sairaalan ulkopuoliseen yhteiskuntaan, mikä ehkäisee jäämistä sen ulkopuolelle; roolit lisääntyvät ja minäkuva rikastuu eikä isoloitumista tapahdu.

Skitsofreniaa voidaan lähestyä myös siten, että se heijastaa ongelmia sosiaalisessa systeemissä. Viime aikoina onkin havahduttu hyödyntämään potilaan sosiaalista

verkostoa parantumisen ja yhteiskuntaan uudelleen sopeutumisen edistäjänä. Ensimmäisellä sairaalaan tulokerralla on parhaimmat mahdollisuudet verkoston valjastamisessa potilaan tueksi, sillä tuolloin verkosto on kriisissä (Lipton ym., 1981) ja aktivoitunut toimimaan. Seikkula (1994) korostaakin dialogin ylläpitämisen merkitystä muutoksen ja tervehtymisen mahdollistajana niin yksilössä kuin verkostossakin, missä verkostotyö on avainasemassa (myös Beels, 1981). Näin luodaan yhteistä todellisuutta ja vahvistetaan potilaan verkostoa niin, ettei potilas jää sen ja yhteiskunnan ulkopuolelle. Ongelmia sisältävän verkoston muutos käynnistyy ja potilaan paikka verkostossaan alkaa hahmottua.

Kriisissä yksilön ja verkoston muutos on siis välttämätöntä. Verkostolta vaaditaan joustavuutta, sillä potilaat asettavat sosiaalisille suhteilleen erilaisia odotuksia kotiuttamisensa jälkeen sairautensa eri vaiheissa (Breier & Strauss, 1984). Sairautta edeltäneet suhteet tuovat sairastuneelle jatkuvuuden tunnetta. Verkostolta toivotaan hyväksyntää ja materiaalista tukea sekä keskustelumahdollisuuksia. Vastavuoroisen vuorovaikutuksen lisääntymisen potilaat kokevat itsetuntoaan ja tasavertaisuuden tunnetta lisäävänä tekijänä. Potilaan oma kyvykkyys ja motivaatio tukea antavien avunlähteiden hyödyntämisessä vaikuttavat välillisesti paranemiseen (Lee, Lieh-Mak, Yu ja Spinks, 1993).

Sosiaalisesta verkostosta on esitetty kirjallisuudessa monenlaisia, mutta hyvinkin samansuuntaisia määritelmiä. Sen on katsottu koostuvan niistä vuorovaikutussuhteista, joiden kautta yksilö ylläpitää sosiaalista identiteettiä (Marsella & Snyder, 1981) ja joista hän saa sosiaalista, emotionaalista ja materiaalista tukea (Lipton ym., 1981; Marsella & Snyder, 1981). Sosiaalinen verkosto ja yksilöt muuttuvat, joten sosiaalisen verkoston ominaisuuksiin kuuluu myös yhteisten sääntöjen eli normien jatkuva tarkistaminen ja vahvistaminen (Hurd ym., 1981). Yksilön muutos mahdollistuu samaistumisen ja erilaisten roolikokeilujen kautta.

Skitsofreniaan sairastuneiden henkilöiden psykososiaalinen verkosto eroaa selvästi psyykkisesti diagnosoimattomien verkostosta (Pattison & Pattison, 1981). Se on emotionaalisesti ristiriitainen ja siinä on suljettuja systeemejä, joiden vaikutuksesta potilaan elämänpiiri kaventuu. Siihen kuuluu keskimäärin vain 8-12 ihmistä, joista useat ovat uusia tuttavuuksia, kuten potilaita tai hoitajia. Sosiaalisesti tärkeät henkilöt sekä pitkäaikaiset tai symmetriset suhteet ovat harvinaisia, kuten myös Erickson, Beiser, Iacono, Fleming ja Lin (1989) havaitsivat vertaillessaan ensi kertaa psykoosiin

sairastuneiden verkostoja normaaliväestöön. Työelämään kuuluminen on yhteydessä psykoosiin sairastuneen ensikertalaispotilaan sosiaalisen verkoston suurempaan kokoon ja työsektori saattaa jopa kasvaa psykoosin puhjettua (Kauranen, 2000). Psykoosin huonoon ennusteeseen on yhdistetty perheen ulkopuolisten sosiaalisten kontaktien vähäisyys (Birchwood, Todd ja Jackson, 1998).

Suomessa 1980-luvulta lähtien toteutetut mielisairaanhoidon uudistukset ovat sopusoinnussa edellä selostetun kanssa. On alettu purkaa mielisairaalainstituutiota ja edistää potilaiden palaamista yhteiskuntaan. Psykiatrisiin sairaaloihin valikoituvat uuden vastaanottokäytännön ja avohoidon tehostumisen ansiosta enää vain kaikkein vakavimmin häiriintyneet potilaat, joista suurin osa on skitsofreenisia potilaita (Keränen, 1992). Jopa potilaiden kotihoidon mahdollisuutta on tutkittu (Fitzgerald & Kulkarni, 1998). Samanaikaisesti on kehitetty skitsofrenian tutkimusta, hoitoa ja kuntoutusta (USP-projekti), minkä tuloksena on perustettu psykoosityöryhmiä useimpiin sairaanhoitopiireihin, muutettu asenteita sekä lisätty perheen, potilaan ja hoitavan työryhmän yhteistyötä hoito- ja verkostokokouksia järjestämällä (Tuori, 1994). Potilaan perheeseen kohdistetuista hoitointerventioista onkin saatu parhaita hoitotuloksia. Vaikka kotiutettujen skitsofreniapotilaiden toimintaedellytykset yhteiskunnassa selviytymiseen ovat yleisesti ottaen heikot, niin eläminen yhteiskunnassa on tyydyttävämpää kuin sairaalassa (Salokangas, Stengård, Honkonen, Koivisto & Saarinen, 2000).

Salokankaan ja muiden (2000, s.190) mukaan "potilaiden subjektiivinen kokemus omasta elämästään on yksi tärkeä kriteeri, kun psykiatrista hoitojärjestelmää kehitetään". Lisäksi tutkimuksen avulla voidaan pyrkiä vähentämään yhteiskuntaan palaaviin potilaisiin kohdistuvia ennakkoluuloja. Kovelin (1987) mukaan suurin työ skitsofreniaan sairastuneiden auttamisessa onkin yhteiskunnan ja sen ryhmittymien muuttamisessa siten, että ihmisyksilö nähtäisiin lähimmäisenä, jonka inhimillinen olemassaolo huomioidaan ja sitä kunnioitetaan.

Tapaustutkimuksen tavoitteena oli selvittää ensi kertaa psykoosiin sairastuneen potilaan sosiaalisen verkoston muutosta ajan kuluessa sairaalahoidon alkamista seuraavina ensimmäisinä kuukausina. Potilaan kokemus psykoosiin sairastumisesta, sairaala- ja avohoidosta sekä niiden vaikutuksista hänen elämäänsä oli myös tärkeä tutkimuskohde. Tutkimuksen avulla pyrittiin löytämään vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1) Voidaanko psykoosiin sairastuminen nähdä ikään kuin elämänprosessin käännekohtana, jossa on läsnä muutoksen mahdollisuus ja jolloin siihen aktivoituu voimavaroja?
2) Kuinka sosiaalinen verkosto, sen eri sektorit ja ihmiset, ilmenevät potilaan puheessa ja verkostokartalla sairastumisen ensi kuukausina sairaala- ja avohoidossa suhteessa minuuden uudelleenrakentumiseen?

> Tässä tutkimuksessa minuuden uudelleenrakentumisella tarkoitetaan selfin terveiden osien voimistumista siten, että yksilön objektisuhteiden jäsentyessä myös egon (tietoisen minän) rajat selkiytyvät uudella tavalla samalla, kun minuus tai minuuden tunne (minän elämyksellinen vastine) kehittyy ja vahvistuu. Tätä prosessia voi kutsua myös tarinalliseksi 'uudelleensyntymiseksi' (Hänninen, 1999).

Tuloksiin pyrittiin sosiaalisten verkostokarttojen ja aktiivisten teemahaastattelujen avulla neljällä eri tutkimuskerralla, jotka jakaantuivat tasan sairaala- ja avohoidon kesken.

MENETELMÄT

Tutkimusluvan saaminen käynnisti tutkimukseen soveltuvien ja siihen suostuvaisten ensi kertaa non-affektiiviseen psykoosiin sairastuneiden alle 45-vuotiaiden potilaiden tavoittelun. Tutkimukseen otettiin ensimmäinen siihen soveltunut potilas (Stake, 1998), Veera (nimi muutettu). Veeran mukaan hänen sairautensa diagnosoitiin myöhemmin yksittäiseksi maniajaksoksi, jossa oli mukana psykoottisia oireita. Tutkimukseen varatun ajan puitteissa aineistosta muodostui riittävä ja kattava (ks. Mäkelä, 1990).

Tutkimuskysymykset ovat eläneet tutkimusprosessin aikana aineiston mukaisesti siten, että näkökulma tutkimuksessa on osittain muuttunut. Sosiaalisen verkoston osuus ja sen ajallinen muutos suhteessa yksilön minuuden uudelleenrakentumiseen on painottunut. Tutkimuksessa on pyritty tuomaan esiin potilaan kokemus sairastumiseensa liittyvistä asioista.

Omahoitajan haastattelu, toisen tutkijan läsnäolo haastatteluissa ja tutkittavan osallistuminen ensin verkostokarttojen muutosten arvioinnissa ja sittemmin tutkimusraportin tarkastajana ovat lisäämässä tutkimuksen luotettavuutta. Tulosten uskottavuutta (Janesick, 1998) eli validiutta lukija voi punnita esim. tutustumalla tekstiin upotettuihin aineiston lainauksiin ja oheen liitettyihin verkostokarttoihin. Tulkintojen rikastuttamiseksi tässä tutkimuksessa toteutui tutkimusaineiston triangulaatiota: (1) käytössä eri aineistolähteitä; (2) kaksi tutkijaa keräsi haastatteluaineiston; (3) kahta eri tutkimusmenetelmää (aktiivinen teemahaastattelu, sosiaalinen verkostokartta) käytettiin tapaustutkimuksen puitteissa saman ongelman tutkimiseen (Janesick; Yin, 1994).

Tapaustutkimus

Tapaustutkimus on intensiivisen tutkimuksen avulla rakennettu kertomus yksittäisestä tapauksesta (Saloviita, 1988; lisäksi Tesch, 1990; Yin, 1994), joka erotetaan sen erityisluonteen nojalla muista systeemeistä (Stake, 1998). Tutkimuksen tai kuvauksen kohde on määriteltävä tarkasti (Mäkelä, 1990). Tapaustutkimus on kuvaileva, tulkitseva

tai kriittinen (Tesch; Yin: selittävä, tutkiva tai kuvaileva). Sen avulla voidaan laajentaa käsitystä teoriasta ja etsiä uusia tutkimuskysymyksiä tai rajoja yleistyksille (Stake).

Tapaustutkimus rikastuttaa ihmisten elämysmaailmaa ja tarjoaa palasia, joista rakentaa tietämystä (Stake, 1998). Sen tulisikin pystyä valottamaan merkityksiä yksittäisen tapauksen kontekstista ja täten lisätä sekä laajentaa ymmärrystä elämästä (Janesick, 1998). Mielenkiinnonkohde onkin suurimmaksi osaksi prosessissa, kontekstissa ja uuden oppimisessa (Syrjälä, Ahonen, Syrjäläinen & Saari, 1994). Kyse on uniikkiuden löytämisestä (Stake).

Aktiivinen teemahaastattelu

Koska tapaustutkimuksissa käsitellään usein ihmisiin liittyviä asioita, on haastattelu sopiva menetelmä (Yin, 1994). Holsteinin ja Gubriumin (1995) mukaan tutkijan aktiivinen tutkimusote valaisee paremmin kuin passiivisempi asennoituminen yksilöiden kokemuksilleen antamia tulkintoja ja merkitysmaailmoja sekä niiden rakentumisprosesseja.

Tämä tutkimus on fokusoitu koskemaan sosiaalista verkostoa ja käytetyt kysymykset ovat syntyneet tutkimustilanteessa ennakkoon laadittujen kysymysten ja verkostokartan pohjalta. Tutkittavan omaehtoista kertomusta on pyritty rohkaisemaan ja kysymyksiä on syntynyt spontaanisti tutkittavan kertoman perusteella. Haastateltavasta tulee ikään kuin tutkija, joka yhdistelee ja vertailee kokemuksiaan sekä reflektoiden miettii niille sopivaa tulkintaa (Holstein & Gubrium, 1995).

Sosiaalinen verkostokartta

Sosiaalisen verkoston käsitteellä on käyttöä sekä empiirisessä tutkimuksessa että kliinisissä interventioissa (Pattison & Pattison, 1981). Sosiaalisessa verkostokartassa ihmiset sijoittuvat tietyn psykososiaalisen, psykologista etäisyyttä merkitsevän, etäisyyden päähän egosta. Tutkimuksessa käytettiin pyöreää nelikenttäkarttaa, jossa

keskellä on ihminen, jonka sosiaalista verkostoa kartoitetaan (Klefbeck, Hultkranz-Jeppson, Marklund, Bergerhed & Forsberg, 1988). Perheenjäsenten lohkoon Kleffbeckin ja muiden käyttämällä nelikenttäkartalla sijoittuvat kaikki, jotka asuvat päähenkilön kanssa samassa taloudessa. Sukulaisten kenttään kuuluvat verisukulaiset tai avioliittojen kautta sukuun luettavat. Työtoverit tai koulutoverit kuuluvat kolmanteen kenttään ja he edustavat myös päivittäistä kontaktialuetta. Neljäs kenttä koostuu ystävistä, naapureista ja ammatti-auttajista. Verkostokartan yläosa on pysyvyyden, perinteiden ja pitkäaikaisten suhteiden edustaja ja alaosa uudistumisten ja muutosten. Eri elämäntilanteissa eri verkoston osat korostuvat ja verkostoa tuleekin aina tutkia suhteessa elämänkaareen.

Potilasta pyydettiin sijoittamaan sosiaaliseen verkostoonsa kuuluvia ihmisiä karttaansa tunnepohjaisen läheisyyden ja etäisyyden mukaan. Potilailla ilmeni vaikeuksia merkitä verkoston ihmisiä toisiinsa yhdistäviä viivoja, joten tiheyksien kartoittamisesta luovuttiin. Tutkimuksessa vertailtiin ja yhdistettiin verkostokartalla saatuja tuloksia (verkoston ihmisten etääntymistä vs. lähentymistä suhteessa egoon; verkoston jäsenten määrän muutoksia eri lohkoissa; verkostoon kuuluvien merkitsemistapaa) haastatteluaineistosta saatuihin. Perehtyminen sosiaalisen verkostokartan käyttöön tapahtui seminaarimuotoisesti, jolloin tutkijat piirsivät ja analysoivat omia verkostokarttojaan.

Aineiston muodostuminen

Tutkimuksen aineisto kerättiin kahden tutkijan voimin siten, että raportin kirjoittaja lähinnä haastatteli ja toinen tutkija, Marleena Marttio, ensisijaisesti havainnoi (Laitinen, 1998), mutta hän toi myös esiin monia tärkeitä näkökulmia haastattelun kuluessa. Jälkeenpäin vertailimme havaintojamme ja tuntemuksiamme haastattelutilanteesta, joita tallensimme myös muistiinpanoiksi, jotka muodostavat yhden tutkimusaineiston osan. Lisäksi haastattelin Veeran omahoitajaa.

Tutkimuksen puitteissa oli mahdollisuus tutustua Veeran lisäksi myös kahteen muuhun potilaaseen. Kumpikin potilas toimitettiin hoitoon vastoin tahtoaan. Heiltä puuttui sairaudentunto ja sosiaalisen verkoston voimavarat olivat hyvin niukat.

Molemmat olivat syrjäytyneitä sekä yhteiskunnallisesti (työttömiä) että yhteisöllisesti (yhteyksiä lähinnä vain primääriperheeseen). Psykoottiseen maailmaan eristäytyminen vaikeutti heidän tilannettaan merkittävästi. Tutkimus ei jatkunut sairaalan ulkopuolelle, koska luottamussuhdetta ei saatu rakennettua. Tämän vuoksi nämä potilaat suljettiin tutkimuksen ulkopuolelle ja analyysin kohteeksi otettiin Veera.

Veera

Tapaamiset potilaiden kanssa pyrittiin aloittamaan kahden viikon kuluessa sairaalaan saapumisesta, jolloin sosiaalinen verkosto on aktivoituneena. Ensimmäinen tutkimustilanne Veeran, hieman alle 30-vuotiaan työssään uupuneen sairaanhoitajan (Lindberg, 2000: hoitajien psyykkinen sairastaminen on lisääntynyt Suomessa), kanssa järjestettiinkin 17. päivänä sairaalaan saapumisesta, jolloin Veera oli vielä suhteellisen sekavassa tilassa ja vahvasti lääkittynä. Omahoitaja oli läsnä ensimmäisellä haastattelukerralla, mikä osoittautui hyväksi ratkaisuksi. Tutkimusta jatkettiin neljän päivän kuluttua, eikä omahoitaja ollut enää mukana. Tapasimme tuolloin viimeisen kerran sairaalassa. Sairaalassa olonsa aikana Veera osallistui noin 13 hoitokokoukseen ja lisäksi järjestettiin verkostopalavereita, joista yhdessä oli Veeran toivomuksesta mukana työn edustaja.

Veera oli hyvä haastateltava Kvalen (1996, 146-147) muodostamien kriteerien mukaan: yhteistyökykyinen, motivoitunut, verbaalisesti rikas, tietoinen asioista ja totuudenmukaisuuteen pyrkivä sekä hänellä oli kyky tarinoida ja kertoa. Toisaalta asiassa pysyminen sekä tarkkuus ja koherenssi vastauksissa kärsi ymmärrettävästi sairauden takia. Veera uskoi tutkimuksesta olevan hyötyä hänelle sekä muille potilaille. Luottamussuhde syntyi toisen tutkimuskerran lopulla, kun luovutimme Veeran haltuun tutkimusaineistoa, kasetin, joka sisälsi tapaamisen aikana tallennetun haastattelun. Tutkijoiden ja tutkittavan sama sukupuoli sekä suhteellisen vähäinen ikäero saattoivat myös helpottaa suhteen syntymistä. Veeran sosiaalisen verkoston voimavarojen olemassaolo, jolloin sosiaalista verkostoa käsittelevään tutkimukseen on miellyttävämpi osallistua, saattoi myös vaikuttaa osaltaan suhteen rakentumiseen.

Kun Veera oli ollut 13 päivää kotiutettuna sosiaalisessa verkostossaan, tapasimme hänet kolmannen kerran minun kotonani tutkimuksen puitteissa. Veera oli herkkä ja ystävällinen sekä osallistui tutkimukseen mielellään. Hänen verkostonsa oli käymistilassa, joten sovimme, että tapaamme vielä noin kuukauden päästä, jotta muutosten suunta tulisi mukaan tutkimustuloksiin. Paikka oli sama kuin edellisellä kerralla.

Analyysi

Kasetille taltioidut haastattelut purettiin tekstiksi (Haarakangas, 1997). Tekstimuotoinen aineisto taulukoitiin tietokoneohjelman avulla (Carney, Joiner & Tragou, 1997). Aineiston erittely toteutettiin sosiaalisen verkostokartan sektoreiden, teemahaastattelun rungon (Ojajärvi & Vasankari, 1993 pro gradu –työ) ja haastatteluaineiston sisällön sekä kirjallisuudesta löydettyjen yhtymäkohtien mukaan. Tuloksena oli moninaisia teemoja. Samalla syntyi moninaisia tulkintahypoteeseja (Ernrooth, 1990; Kvale, 1996), joille haettiin yhtymäkohtia kirjallisuudesta. Verkostokartan sektorit saivat omat taulukkonsa, joissa teemojen (esim. sijoittaminen kartalle, puhe sijoittamisesta kartalle, egon merkitseminen kartalla, egon rajat puheessa, huolehtimisen kierre, elämänkriisi, vahvistaminen) sisällön mahdollista muutosta saattoi tarkastella eri tutkimuskertojen aikana. Yksiselitteisesti mihinkään tiettyyn verkostokartan sektoriin kuulumaton aineistonosa sai oman taulukkonsa, jossa vastaavasti eri tutkimuskertojen aineisto oli erotettu toisistaan. Tutkimuskysymysten ulkopuolelle sijoittunut, sosiaaliseen verkostoon liittymätön, aineistonosa jätettiin pois analyysistä. Teemat tiivistyivät ja elivät analyysin aikana.

Taulukoiden muodostuessa ja analyysin edetessä aineistosta alkoi erottua keskeisiä aihealueita, jotka toistuivat tutkimuskertojen aikana (Hirsjärvi & Hurme, 1985; Stake, 1998; Yin, 1994). Näistä tuli kategorioita, joiden alle sijoitettiin niihin liittyviä teemoja. Kategorioiden muodostamista ohjasi aineistosta muodostunut mielikuva (Tesch, 1990: tapauksen tarina), joten kategoriat, *psykoosi osana elämänprosessia, minuuden vahvistaminen* ja *omat rajat selkiytyvät*, kytkeytyivät toisiinsa. Kategoriointi onkin tässä lähinnä apukeino kokonaisuuden hahmottamiseksi. Aineistoa kopioitiin taulukoista

kategorioiden alle, muokattavaksi tekstiksi, jotka saivat omat tiedostonsa. Raportin selkiyttämiseksi ja sisällöllisten yhtäläisyyksiensä takia päädyttiin esittämään ajassa tapahtuvat muutokset sairaala- ja avohoidon aikana, joihin kumpaankin ajoittui kaksi haastattelukertaa. Sosiaalisen verkostokartan sektorit saivat lisäksi omat tiedostonsa (esim. perhe verkostokartalla, suku verkostokartalla jne.), joissa niitä kuvaava ja kategorioita täydentävä aineistonosa on tiivistettynä (LIITE 2).

Tutkimuksessa toteutettiin hermeneuttista "sirkulaarista" aineiston analyysia, mikä tarkoittaa, että tekstiä tarkasteltiin vuoroin kokonaisvaltaisesti ja vuoroin kohta kohdalta uuden ymmärryksen viedessä analyysia eteenpäin, kunnes tulkinta oli koherentti (Kvale, 1996). Analyysin kuluessa yksilön "ääni" ja ajatusmaailma pyrittiin säilyttämään (Hirsjärvi & Hurme, 1985). Tutkittava ja hänen avomiehensä lukivat tutkimusraportin ja kommentoivat sen sisältöä. Palaute oli myönteistä. Heidän mukaansa raportti oli asiallinen, mielenkiintoinen ja totuudenmukainen. Tosin Veeran mukaan haastatteluaineiston analysoiminen on haasteellista, joten tulkintamahdollisuuksia on monia.

TULOKSET

Seuraavassa esitetään kolmeen kategoriaan jaettuna, *psykoosi osana elämänprosessia, minuuden vahvistaminen* ja *omat rajat selkiytyvät,* Veeran sairaala- ja avohoidon aikaiset kokemukset, joita edeltää yleiskatsaus kategorian sisällöstä. Veeran sosiaalisen verkostokartan eri sektoreita kuvataan *muutokset verkostokartalla* –osiossa (LIITE 2.), mikä tarvittaessa täydentää tuloksia.

Psykoosi osana elämänprosessia

Veeran sairaalassaoloaikaa leimasi huoli omaisista ja työasioista. Hän tunsi olevansa *huolehtimisen kierteessä,* johon hän alkoi hiljalleen ottaa etäisyyttä. Hänen sairautensa on tavoitettavissa osana hänen elämänprosessiaan siten, että aiemmin suuresti hänen voimiaan verottaneet huolet muiden kuin itsensä hyvinvoinnista joutuivat nyt kyseenalaisiksi. Hänet pakotettiin kääntämään huomiota omaan itseensä ja jaksamiseensa. Samalla monet asiat hänen elämässään tulivat uudelleenarvioinnin kohteeksi. Veera rinnastaa sairastumisensa aikaistuneeseen "kolmenkympin kriisiin". Kuitenkin Veeralle on vielä epäselvää, miten hän yhdistää aiemmin tekemiään hyviä asioita uusiin. Ajatustensa selvittämiseen ja siihen, miten hän jatkaa syksyllä sekä siihen, että "...miten mää jatkan mun loppuelämää", hän tarvitsee vielä ammattiauttajan apua. (Lainauksien jälkeinen numero viittaa litteroidun haastatteluaineiston rivinumeroon.)

> "Suurin muutos, mikä mun elämässä on ollu koskaan." (303/ kolmas tutkimuskerta). "...ei siihen entiseen millään voi palata. Enkä mää halua siihen entiseen palata, vaan mää haluan niinku *mennä eteenpäin.*" (297/ kolmas tutkimuskerta). "...jos osais asennoitua sillä tavalla, että nyt tästä niinku...alottaa (ponnistelee puheessakin). (...) että osais se raj...osais niinku sitä menneisyyttä niinku sillai vähän unohtaa ja sitte unohtaa sitä tulevaisuuttakin, että eläis nyt niinku tässä päivässä. Niinku että ei liikaa niitä alkais pohtimaan niitä kaikkea mitä on tapahtunu ja mitä, mitä nyt sitte tulevaisuus on. Ku ei sitä tiiä ikinä (hiljaa)." (99/ kolmas tutkimuskerta). "...nytte mulla on semmonen tilanne

> et mulla on kaikki vähän pysähtynyttä, että mulla on harrastukset pysähtyny ja niinku kaikki nää alueet on nyt vähän niinkun...pimennossa. Ja varsinkin tää on vähän niinku semmonen (peittää kädellään työsektorin ja taputtaa sitä muutaman kerran)." (235/ kolmas tutkimuskerta).

Kehityksellisesti traumatisoivaa Veeran tapauksessa on ollut varmastikin sekä hänen äitinsä että pikkusiskonsa sairastuminen vakavaan psyykkiseen sairauteen. Veeran sairastuminen on raskas tapahtuma koko primääriperheelle, koska primääriperheen rooliasetelma järkkyy. Veera ja hänen isänsä kantoivat primääriperheen "terveiden" roolia isän ollessa perheen tukipilari. Veera kertookin ensimmäisellä tapaamisella, että jos hän sairastuu koko primääriperhe on vaikeuksissa. Tästä on merkkinä hänen lisääntynyt huoli isästään; tukipilarin luhistuminen voisi merkitä koko perheen kaatumista. Lisäksi Veera on huolissaan avomiehen jaksamisesta, joka on varmasti hänelle yhä tärkeämpi tukipilari primääriperheen merkityksen siinä suhteessa heikentyessä.

Työrooli on ollut Veeran elämässä tärkeä minuuden osa ja merkityksen tuoja elämään. Sairastuminen sai hänet uudelleen miettimään ammatinvalintaansa. Hän ei pidä kuitenkaan poissuljettuna, että asia olisi ajankohtaistunut ilman vakavaa sairastumistakin. Paluu sairastumista edeltäneeseen työhön voisi merkitä sen kaltaista 'uppoutumista', että siitä irrottautuminen voisi myöhemmin olla hyvin vaikeaa. Vähitellen uuden työroolin puuttuessa elämältä alkaa kuitenkin kadota merkitys (työttömyyden tunne). Aiemmin koettu työttömyyden aikainen olotila on Veeran mielessä verrattavissa sairasloman aikaiseen tilanteeseen, jolloin hän passivoitui. Veera halajaa takaisin työelämään ja työ saattaisi aluksi olla mitä tahansa. Se, että ei ole tarkkoja suunnitelmia, aiheuttaa epävarmuutta. Hän nimittää tätä aikaa *"mietintävaiheeksi"*.

> "...sellanen tunne, että niinku *ei saa itestään mitään irti.* (...) ei välttämättä ihan oo masennustakaan, mutta semmonen niinku, että kun ei oo niinku semmosta *toimintaa,* (...) *sää et niinku tee mitään.* (...) näihinki ihmisiin, että niinku haluais olla enemmän yhteydessä *ehkä,* mut en mää tiiä. Tää on tämmönen vaihe...nytte." (406/neljäs tutkimuskerta). "...*vertaisin ihan samaan, ku mikä oli sillon, ku mää olin sillon joskus työttömänä, ni ihan samanlainen olotila.* (...) sillonki oli semmone, et ei ihan tarkkaan tienny, et mitä niinku, et miten...mitä lähtis opiskelemaan, tai oli suunnitelmia, mutta ei ihan tarkkoja, eikä sitä tietenkään voinu tietääkään, et mitä, mihkä pääsee ja näin poispäin... (...) siihenki verrattavissa, ihan sama. Samanlainen *vaihe.*" (412/neljäs tutkimuskerta).

Veerasta tuntuu neljännellä tutkimuskerralla, että hänen sosiaaliset suhteensa muuttuvat "pakostakin", eikä hän halua palata ihan siihen aiempaan suhdemalliin. Veeran mielestä kaikissa sektoreissa on tapahtunut muutoksia sairastumisen jälkeen, mutta muutosten kuvailuun hän ei kykene. Saattaa olla, että verkoston muutokset ovat tapahtuneet sellaisella tunne- tai henkisellä tasolla, että niitä on vaikea ilmaista. Veera hyväksyy osittain toisen tutkijan vertauksen verkostosta käymistilassa.

Sairaalassa

Veera sanoi ensimmäisellä tutkimuskerralla, että kun hän sairastui alkoivat työ- ja perheasiat 'pyöriä päässä vuorotellen', mutta sairaalaan tullessa työasioiden tilalle tulivat sairaalan rutiinit. Sairastumisessa oli hänen mielestään kyse työssä koetusta uupumisesta (burn-out). Hän kantoikin sairaalassa huolta muiden jaksamisesta.

> "...onko se sitte perusluonteessaki jo, että on ollu sellanen huolten kantaja, et niinku on silleen ottanu vastuuta...asioista. (....) Mää, mulla oli (sairaalassa) hirvee huoli koko ajan siitä, että miten toiset jaksaa (...) Mää aattelin, että nytten, nyt ne voi huonosti (...) Et miten mun perhe jaksaa, et nythän ne on ihan...niinku ihan lopen uupuneita ja et ne on ihan kauhuissaan." (278/neljäs tutkimuskerta).

Huolistaan huolimatta Veera kuitenkin painotti, että tärkeintä oli, että hän itse selviäisi. Veera tukeutui ehkä siksikin itseensä, jotta avomiehen jaksaminen helpottuisi. Tämä voi tarkoittaa myös omien voimavarojen vaalimista toisessa. Jos avomies sairastuisi, se voisi olla Veerallekin kohtalokasta. Tarkastellessaan sairaalassa piirtämiään verkostokarttoja, Veera huomaa, että työn keskeinen asema hänen elämässään näkyy myös niissä (LIITE 1. 1/4; 2/ 4).

> "(...) se oli *hirveen tiiviisti* siinä, et musta tuntuu, et mää melkein, se oli niinku päällimmäisenä siellä niinku, sairaalassakin mielessä se työ. "(482/neljäs tutkimuskerta).

Avohoidossa

Avohoidon aikana Veera pyrkii ottamaan etäisyyttä primääriperheeseensä, jotta huolehtimisen kierre purkautuisi. Tämä on kuitenkin vaikeaa, koska hän arvaa äitinsä

ajatukset, vaikka hän ei niistä kertoisikaan. Neljännellä tutkimuskerralla Veera kertoi, että vanhemmat ovat enemmän huolissaan Veerasta kuin hän heistä. Kolmannesta haastattelukerrasta tilanne on muuttunut tai palannut ehkä enemmän entiseen suuntaan, vaikka Veera pitääkin muutoksia väistämättöminä.

> "...*mulla* tuntuu, että mulla on vähän semmonen kierre (...) mun pitäs nyt vaan keskittyä, että mää oon itestäni huolissani, sit mää oon kuitenkin vähän liikaakin vähän kaikista muistakin huolissaan. (...) Kuitenki vaikka yrittäs (...) olla ajattelematta, mutta ei siihen kyllä varmaan kukaan pysty." (261/kolmas tutkimuskerta). "...oon nyt yrittäny tehä sillä lailla, että mulla ois omaakin aikaa. Elikkä oon yrittäny niinku jatkaa sitä mun omaa elämää." (69/kolmas tutkimuskerta). "Et koskaanhan sitä ei sitte palaa niinku samanlaiseks, mitä on ollu, että ainahan sitä niinku jollain lailla niinku *kasvaa tai muuttuu*,..." (367/neljäs tutkimuskerta).

Etäisyydenotto liittyy avohoidon aikana myös vahvasti omaa minuutta aiemmin määrittäneeseen ja voimia verottaneeseen työhön. Työn suhteen on verkostossa tapahtunut muutos ja kyseinen sektori saattaa edelleen muuttua, sillä neljännellä haastattelutapaamisella työtilanne on avoin ja se olisi voinut jäädä kokonaan pois verkostokartalta. Veera arvioi, että ammattiauttajat katoavat ehkä kokonaan kartalta tulevaisuudessa, riippuen kuitenkin siitä, mitä hän alkaa tekemään. Tulevaisuudensuunnitelmat työn suhteen saattavat siis vaikuttavaa siihen parantuuko hän. Lisäksi Veeran tunne siitä, että omaan onnellisuuteen voi vaikuttaa, on lisääntynyt viime aikoina, kun hän on miettinyt työtään. Työsektori merkitsee hänelle toivorikkaasti "tulevaisuudensuunnitelmia". Tunne suunnitelmallisuudesta ja kontrollin tunne omasta elämästä herää näin ehkä osittain tutkimustilanteenkin avittamana.

> "...sehän on vaan yks osa-alue (työ) että...et vielä enemmän niinku tavallaan tuntuu, että voi vaikuttaa (...) ite niinku pystyy niinku *suunnittelemaan* niinku tulevaisuuttaan." (242/neljäs tutkimuskerta). "...nyt jotenki, ku on silleen etääntyny siitä työstä, ni on ruvennuki miettiin, että eihän, ei se oo koko elämä se (työ), että on niin paljon muitakin vaihtoehtoja, että..." (15/neljäs tutkimuskerta).

Veerasta tuntuu, että hän on voinut ottaa jo etäisyyttä omiin huoliinsakin ja kevään (sairastumisen) aikaan tapahtuneisiin asioihin ja pystyy ajattelemaan jo ihan muitakin asioita. Veeraa kertoo itsessään tapahtuneesta muutoksesta:

> "...mää en tiiä onko se negatiivista vai positiivista, että kyllä musta tuntuu että ton kokemuksen jälkeen on tietyllä tavalla myös *itsekkääm*...tietyllä tavalla ehkä itsekkäämmin, osaa ehkä aatella sillee laajemmin asioita, mutta mun kohalla ainaki, ku mää oon ollu vähän liianki epäitsekäs ja ku mää niinku aattelen sitä, että ois pitäny niinku

> osata pitää huolta itestäni paremmin.(...) toivottavasti osaakin pysähtyä ajoissa. " (244/neljäs tutkimuskerta)

Veera toivoo, että hänen kova halunsa tervehtyä ja tehdä asioiden eteen työtä on auttanut häntä parantumisessa.

Minuuden vahvistaminen

Seuraavassa tarkastellaan sosiaalisen verkoston osuutta sekä sairaala- että avohoidon aikana Veeran minuuden vahvistamisessa.

Sairaalassa

Ensimmäisellä tutkimuskerralla Veera kertoo avomiehen tukevan häntä, vaikka hän alkaakin olla yhtä uupunut kuin Veerakin. On olemassa yksi ihminen, johon Veera 'luottaa kuin kallioon': hänen entinen esimiehensä. Veera vahvistaakin toisessa verkostokartassa entistä esimiestä, psykiatria ja avomiestä kuvaavia merkkejä.

Vaikka psykiatrit ja hoitohenkilökunta kuuluivat 'avainhenkilöihin', jotka olivat kykeneväisiä auttamaan Veeraa, niin hän koki sairaalassa ollessaan vahvasti, että häntä ei kukaan ymmärrä. Hän koki, että hoitajien välinpitämätön "ymmärrän"-asenne oli hyvin ahdistavaa. Veeran mielestä oli ihan uskomaton tunne, että kukaan ei oikein sairaalassa ottanut häntä todesta, vaikka hän kuinka vakuutti, että häneen voi luottaa. Hänelle jäi sairaalasta mieleen monia kokemuksia, jotka jälkeenpäin mietityttävät (Cullberg, 1999).

> "...näkikin niin paljon kaikkea sellasta, että vois aatella, että ihan niinku järkyt-järkyttävässä kunnossakin ihmisiä ja...silleen, että se on aika silleen *hurja kokemus* mun mielestä kuitenki loppujen lopuks ihan. *Potilaana* oleminenki. Ja sitte se, että tai se oli musta tosi omituinen kokemus se, et ku musta tuntu kuitenki, että mää niinku olin aika *luotettava* henkilö, et ei mulla ollu koskaan mielessä mitään (nauraen), että mää niinku tekisin jotain sellasta odottamatonta ja siltikään *muhun ei luotettu*,..." (516/neljäs tutkimuskerta). "Toki mää oon aatellu, et jääköhän mulle jonkin sortin *sairaalakammo*" (429/neljäs tutkimuskerta).

Veera koki kuitenkin jälkeenpäin sairaalassaolonsa "hirveän hyvänä asiana" ja hän arvosti sitä avohoitoon siirryttyään enemmän kuin sairaalassa ollessaan. Hän ihmetteli, ettei ollut merkinnyt hoitajia aiempiin karttoihin, koska hoitajien kanssa hän keskusteli sairaalassa erittäin paljon ja he ovatkin hänen mielestään merkittävämpiä kuin verkostokartat antavat ymmärtää.

Avomiehen liittymisestä hoitoonsa Veera on varma. Avomies kohtasi hänet omalla aidolla tavallaan (avomies konfrontoi Veeran valitusta). Hän uskalsi asettaa Veeran hädän kyseenalaiseksi. Veera oivalsikin, että hänen täytyy itse aktiivisesti kamppailla sairauttaan vastaan. Saattaa olla, että avomiehen suhtautumistapa toi jatkuvuuden tunnetta. Lisäksi avomiehen suunnittelema hoito-ohjelma lievitti yksinäisyyttä. Se muistutti häntä koko ajan siitä, että joku ajattelee, ymmärtää ja haluaa auttaa häntä sairaalan ulkopuolella. Hoito-ohjelma saattoi myös lisätä Veeran uskoa minuutensa uudelleenrakentumiseen, sillä oli olemassa joku, joka "tunnisti" hänet.

> "Tässä on kolmio. Ja tää kolmio tulee niin tiiviisti tähän, että se varmasti näkyy (ääni kiihtyy, vahvistaa kolmiota kynällä). Tää on mun aviomies. Laitanko tähän vielä, että avo-mies " (43/toinen tutkimuskerta). "Ton mä haluan korostaa, että tää on mun avomies."(45/toinen tutkimuskerta).

Primääriperhe ei liity Veeran mukaan hänen sairaalassa oloonsa millään tavalla. Hän on joutunut jarruttelemaan lapsuuden perheen liiallista "hössöttämistä", koska he eivät pysty häntä auttamaan, vaikka kuuluvatkin hänen sosiaaliseen verkostoonsa ja ovat hänelle tärkeitä.

Avohoidossa

Veeran verkostossa kavereille sairastumisuutinen oli järkytys, mutta heillä on kuitenkin oma elämänsä jatkettavanaan. Hän uskoo, että erityisesti kaksi hänen läheisintä ystäväänsä ovat sillä tavalla tietoisia monistakin asioista, että pystyvät käsittelemään asiaa. Voi olla, että kun ystävät hallitsevat tilanteen ahdistumatta, se on omiaan helpottamaan myös Veeran olotilaa. Onko tällä yhteyttä siihen, että verkostokartoissa ystävä-sektorin merkinnät olivat koko seurannan ajan selkeitä? Ystävien sektori saattaakin olla Veeralle ikään kuin hengitysaukko. Primääriperheelle Veeran sairaalaan joutuminen on ollut puolestaan "kaikista isoin järkytys".

Suhtautumisen muuttumattomuus on tärkeä kriteeri sen suhteen, avautuisiko Veera sairaudestaan harvoin tapaamilleen ystäville. Aivan kenelle tahansa Veera ei olekaan halunnut puhua omista asioistaan, koska se olisi saattanut huonontaa hänen edellytyksiään päästä kriisinsä yli. Tutkijalle tulee tunne, että tieto ystävien, kaukaisempienkin, olemassaolosta on tärkeää siksi, että he muistuttavat Veeraa siitä ajasta ja minuudesta, kun hän ei vielä ollut sairastunut. Hän haluaa ehkä vaalia heissä aiempaa minuuttaan. Neljännellä tutkimuskerralla Veera kertoo, että perheeltään ja ystäviltään hän on saanut eniten tukea. Veera kokee, että hänellä on ollut hyvää onnea siinä suhteessa, että ystävillä on ollut kesälomia hänen sairaslomansa aikana. Toinen lähimmistä ystävistä on ottanut tavoitteeksi keksiä kaikkea mielekästä tekemistä, minkä Veera on kokenut hyvänä asiana. Yhdeksi selviytymiskeinokseen sairaudestaan Veera mainitsee ystävien tuen sen suhteen, että heidän kanssaan on voinut keskustella kaikista asioista. Hän luottaa muiden mielipiteeseen, koska muut seuranneet häntä sivusta, jolloin hänen tilanteen hahmottamiskykynsä on ollut heikompi.

Veera kertoo huomaavansa selvästi sen, että muut ihmiset ovat nyt huolissaan hänestä. Tämän eron huomaa selvästi, kun on tekemisissä sellaisten ihmisten kanssa, jotka eivät tiedä hänen sairastumisestaan. Nämä tilanteet huvittavat häntä ja ovat jännittäviä, koska nämä ihmiset suhtautuvat häneen kuten ennenkin. Suhteista on tullut yksisuuntaisia tuen tarjoamisen suhteen. Veera uskoo vastavuoroisuuden, joka on aiemmin vallinnut suhteissa, palaavan suhteisiin ajan myötä. Kesä olisi ollut helpompi, jos avomies olisi ollut enemmän kotona, koska silloin erilaiset kodin rutiinit olisivat pitäneet Veeran aktiivisena (Barham & Hayward, 1990). Vuosien varrella avomiehen poissaoloon on kuitenkin jo tottunut. Veera on suoriutunut ilman tukea käytännön asioista. Hän pyrkii tulemaan itsenäisesti toimeen ja asettaa itselleen päivittäin pieniä tavoitteita.

Ehkä osittain juuri sosiaalisten siteiden olemassaolosta johtuen Veera ei pelännyt paluuta kotiin ja yhteiskuntaan. Hän *vastusti* sitä asemaa, joka yleensä mielisairaalasta kotiutuville on yhteiskunnassa varattu (Barham & Hayward, 1990).

> "(...) ku mää kotiinki menin, ni mulla ei ollu silleen niinku mitään semmosta pelättävää, eikä mitään semmosia ennakkoluuloja silleen tavallaan, et mää aattelin, että tästä nyt jatketaan. (...)...aika reippaasti oon sitte justiin, niinku lähin...Mää en tiiä lähinkö mää vähän liianki nopeesti sillon, ku kotiin menin, ni sitte tekemään kaikkea ja liikkeelle. (...)...alusta asti mää liikuin niinku aika paljon kaupungillaki ja sillee ihan joka paikassa,....(...) Et ei ollu niinku mitään semmosta, et nyt mun niinku pitäs kotona vaan

> nyt levätä ja keskittyä ja kirjoitella päiväkirjaa ja....(...) enkä määä niinku jaksanu ruveta sitä ajattelemaan, että mitä muut ihmiset ajattelis (...) ...että näkeekö joku musta, et määä oon nytte joutunu ottaan jotain rauhottavaa lääkettä (ironisesti). Määä en niinku niitä ruvennu hirveesti...miettimään." (520)

Veera halusi olla mahdollisimman vähän tekemisissä ammattiauttajien kanssa, vaikka hänellä onkin ollut mukavia keskusteluja esimerkiksi kriisivastaanoton psykologin kanssa. Kriisivastaanotto on ollut lähinnä ammatillista työnohjausta.

Omat rajat selkiytyvät

Minän vahvistaminen verkostokartalla on samanaikaista 'avainhenkilöiden' vahvistamisen kanssa. Vahvistuva tunne itsestä on näin ollen yhteydessä sosiaalisen verkoston ihmisten vahvistamiseen. Ensimmäiseen sosiaaliseen verkostokarttaan (LIITE 1. 1/4) Veera kirjoittaa keskelle egoa kolme kertaa MINÄ kerta kerralta isonevin ja hieman horjuvin kirjaimin. Toiseen karttaan (LIITE 1. 2/4) on siististi kirjoitettu neljä kertaa MINÄ keskelle egoa ja vielä ympyröity kaksi keskimmäistä. Piirtämisen yhteydessä Veera toisti puheessa "minää", mikä alkoi, kun oli kyse primääriperheen sijoittamisesta kartalle. Veera kertoi omaan itseen keskittymisen tehonneen, koska hän oli tuolloin toisella tutkimuskerralla hieman paremmassa kunnossa kuin edellisellä kerralla. Samalla, kun tutkittava antaa tietoa tutkimusta varten, hänen omien ajatuksiensa voi huomata selkiytyvän.

> "Tässä olen *minä*. Ja sitä minä olen täällä ollessani yrittänyt hokea itselleni, että minä, minä minä minä minä (nopeutuen hokee). *Minä, minä.* Määä lisään tän, koska mun avomies anto mulle semmosen vinkin, että nyt ajattelet vaan itteäs." (103/toinen tutkimuskerta).

Veera korosti erillisyyttään perheestään. Hän painotti, että hän on nyt sairas, eikä primääriperhe liity millään tapaa hänen sairaalassaoloonsa. Kuitenkin sosiaaliseen verkostoon he liittyvät. Sairaus on jotain hänen omaansa, jossa on kyse vain hänestä.

> " Mutta minun hoitooni he (primääriperhe) eivät liity millään tavalla. Minä olen minä. Minä minä minäminäminä." (153/toinen tutkimuskerta).

Kolmannessa kartassa (LIITE 1. 3/4) on vahvistettu keskipiste egon keskellä. Neljännessä kartassa on vain himmeä piste keskellä ympyrää. Kuitenkin Veera ilmaisee MINÄ:n puheessa:

> " Mää aattelin, että tää on niinku se...minä (osoittaa keskiympyrää)" (30/neljäs tutkimuskerta).

Tutkijoille syntyi viimeisellä haastattelukerralla mielikuva Veerasta valoisana ja sädehtivänä verkostonsa keskellä.

Sairaalassa

> "(...) hoitajat on *hoitajia*. Hoitajat on empaattisia, tunneälyisiä, fiksuja, *fiksujakin saa olla*, ei tarvitse olla tyhmä (sarkastisesti), saa olla fiksu. (...) *joustavia* (...) Ja sitä mää sanoisin hoitajasyndroomaksi." (167) "(...) välittää *toisista* niin paljon, että vähän niinku ei huolehdi itestään." (169)

Tutkittava vertailee itseään äitiinsä (vrt. ensimmäisellä kerralla isän kanssa perheen terveitä) sairaanhoitajasyndrooman ja sairauden kautta. Mutta he ovat myös erilaisia, sillä äiti on kritiikittömämpi kuin hän itse. Toisaalta Veera kuvailee itseään 'kovaksi munaksi', joka symbolisoi tutkijan mielessä selviytymistä.

Veera hakee varovaisesti samaistumiskohdetta avomiehestään, kun sanoo, että he ovat luonteeltaan hyvin samanlaisia ja erityisesti sen suhteen, että he omistautuvat työlleen. Tässäkin työn merkitys korostuu. Yksi erottava piirre heistä kuitenkin myös löytyy. Tunnistaa ehkä itsensä avomiehessä, kun avomies tuntee hänet.

Avohoidossa

Avohoidon aikana Veera yrittää kuunnella itseään kaikista eniten, missä erityisesti avomies on tukenut. Hän on vetänyt rajaa siihen, kenelle kertoo sairaudestaan, jotta yksityisyys säilyisi ja paraneminen mahdollistuisi. Veera on 'suojellutkin' vanhempiaan.

> "Se että löytäs niinkun tai löytäs omat rajansa ja löytäs sen yksityisyyden rajat kanssa. Ku mää niitä monta kertaa mietin. Sairaalassa ja nytte kotona ollessaki." (97)." ...silleen on etäisyys niinku vanhempiin (kun ei asu enää kotonakaan)". (363).

Avun pyytäminen verkoston jäseniltä onnistuu, mutta riippuu asiasta. Tässä yhteydessä esille nousee erityisesti ammattiauttaja. Vaikka avoin lähete sairaalaan onkin hyvä olemassa, hän ei enää halua kuitenkaan sinne takaisin, vaan toivoo vointinsa parantumista ja sitä, että oppisi tunnistamaan paremmin omia rajojaan. Tässä psykoosi näyttäytyy oppimisprosessina.

Veeralla on vaikeuksia miettiä verkoston ihmisten suhdetta toisiinsa ja itseensä eli etäisyyttä kartalla.

> "....*minä* olen tässä, ni sitte mun täytyy niinku yrittää niitä, tai sillai mää yritän niitä niinku itteeni suhteuttaa, et miten ne niinku..." (54/kolmas tutkimuskerta). "Ko sit se ei kuitenkaan riipu siitäkään kuinka usein on tekemisissä, että..." (157/kolmas tutkimuskerta).

Miettiessään asioita, jotka aiemmin hänelle olivat tärkeitä ja joita nyt haluaa jatkaa (minuuden jatkuvuus), Veera on huomannut, että yksinolo on yksi niistä.

> "Ko on kuitenki varmaan siinä mielessä hyvässä tilanteessa, ku aattelee niinku psykoosiin sairastuneitakin ni, ku on niinku kuitenkin noita niinku, on tässä *ympärillä* ihmisiäki, ni sit mää oon aatellu, et kyllä mää tarviin sitä yksinolookin." (131/kolmas tutkimuskerta)

Veera on keskittynyt itsensä kuntoon saattamiseen ja päivittäisten tavoitteiden saavuttamiseen, eikä niinkään sosiaalisten yhteyksiensä ylläpitämiseen. Tällä kolmannella tutkimuskerralla tieto ystävien olemassaolosta onkin jo sinällään riittävä. Toisaalta, kun itsellä on ollut hankalaa, niin Veeran tekisi mieli enemmänkin soitella. Kahden lähimmän ystävänsä kanssa hän on pitänyt kuitenkin yhteyttä.

Veera laittaa hetken emmittyään kaikki aiemmin egoon kiinnittämänsä ihmiset neljännellä tutkimuskerralla irti itsestään verkostokartalla (LIITE 1. 4/4). Hän hahmottaa itsensä varovaisesti erilliseksi muista. Ratkaisu perustuu tunteeseen. Onko tämä tunne minän rajojen selkiytymistä? Aiemmin hän oli riippuvaisempi muista ihmisistä, mikä ilmeni heidän sijoittamisenaan kiinni egoon.

> "... mää aattelin, että mää en laita ketään ihan kiinni itseeni. Mää aattelin, että tää on niinku se...*minä* (osoittaa keskiympyrää). (...) ...voisin ihan hyvin laittaakin (kiinni egoon), mutta mää aattelin, että *mää en kuitenkaan laita.*" (30/neljäs tutkimuskerta). "En mää tiiä, mulla nyt vaan on semmonen tunne, (...) voisin ehkä laittaakin, se ei mun mielestä välttämättä tarkota mitään, mutta ehkä mää aattelen sen silleen, että ei oo niin riippuvainen kenestäkään, et olihan sitä, alussa oli ehkä riip...tai sillon, ku aattelee kesäkuuta vaikka, ni oli riippuvaisempi ihmisistä ja sit ku aattelee parisuhdettaki, ni nykypäivänä tuntuu, että sekään ei oo niin pysyvää, et jos mää aattelen tästä ni, ehkä ystävät ja sukukin on...No ei nyt sellasta saa sanoo, mutta..." (32/neljäs tutkimuskerta).

Veera ei osaa sano, että kuunteleeko hän enemmän omaa itseään, mutta 'toivoo', että asia on niin. Toisten mielipiteet ovat apuna itseä koskevien ratkaisujen teossa. Veera uskoo, että ihminen voi vaikuttaa *itse* suuressa määrin omaan onnellisuuteensa ja on siitä vastuussa, vaikka eteen voikin tulla ennalta-arvaamattomia asioita, joihin ei pysty vaikuttamaan.

Vaikka Veeralla on neljännellä tutkimuskerralla tunne siitä, että hän voi ajatella jo muitakin asioita kuin sairauden aikaisia huolia, niin verkoston ihmiset suojelevat vielä häntä omilta huoliltaan (kuten hänkin suojelee vanhempiaan). Veera ei osaa arvioida sitä, että huomaavatko toiset sen, että hän on muuttunut tai muuttumassa. Siitä ei ole ollut puhetta. Enimmäkseen muut ovat kyselleet, että kuinka hän *jaksaa*, mikä on hänen mielestään hyvin kannustavaa ja tukevaa. Hän ei halua, että häneen suhtauduttaisiin säälien.

Veera sanoo aina olleensa sellainen, että kuuntelee muiden huolia ja uskoo, että tilanne palaa entiselleen sen suhteen. Vaikka ehdotin, että hän haluaisi ehkä olla tulevaisuudessa siinä suhteessa itsekkäämpi, niin Veeran mielestä olisi vain *positiivista*, jos ystävät alkaisivat taas osoittaa hänelle luottamustaan ja kertoa huolistaan. Huolien kantaminen olisi vain ilon aihe.

Veera uskalsi sairaalassa kertoa työnsäkin tuoman tiedon ja kokemuksen varassa muille, mitä hänellä oli mielessään. Hoitajan rooli on suojasi häntä potilaan rooliin antautumiselta ja aktiivinen asennoituminen oman paranemisen suhteen nopeutti kotiuttamista. Toisaalta hänestä oli raskasta, kun hän arvioi muita potilaita ja he kertoivat hänelle huoliaan. Lisäksi tieto sairaudesta lisäsi tuskaa. Veera koki kuitenkin, että omien tuntemuksien ilmaiseminen sairaalassa oli yksi hänen keinoistaan selviytyä kriisistä. Toisaalta avoimuus itselle jatkui kotona, kun hän kirjoitti päiväkirjaa. Veera kertookin joutuneensa pysähtymään, koska hänellä on ollut aikaa (istua vaikka parvekkeella ja tuijottaa mäntyä). Mutta toisaalta hän on tuntenut, että hän ei voi jäädä murehtimaan asioitaan ja vaipua itsesääliin.

Veera kertoo neljännellä tutkimuskerralla, että on huomannut muutoksen jutellessaan kavereidenkin kanssa sen suhteen, että hän kertoo vähemmän enää vain omia asioitaan. He osaavat jo pitää hauskaakin ja puhua normaaleista asioista, eikä Veera ole vain puhumassa koko ajan omista tuntemuksistaan tai sairauteensa liittyvistä asioista. Sairastuminen ei yleensäkään vie häneltä enää niin paljon ajatuksia kuin aiemmin. Hän haluaisi unohtaa sen osan elämästään. Ammattiauttaja on hyvä senkin

suhteen, että hänellä on joku, jonka kanssa hänen täytyykin puhua niistä asioista. Hän vertaa ammattiauttajaa *suodattimeen*.

Omien rajojen miettiminen liittyy Veeralla siihen, että täytyy olla joku yksityisyyskin. Sen suhteen hän koki tilanteen sairaalassa hieman ongelmalliseksi. Jotkut sairaalan käytännöt (kuten rahapussien haltuunotto sairaalan taholta) herättivät hänessä yksityisyyden menettämisen tunnetta ja saivat pohtimaan, eikö hänellä ole mitään yksityisyyttä ja että kaikillahan on jotain omaakin.

Sairaalassa Veeralla oli ristiriitainen tilanne sen suhteen, että huoneessa ei ollut oikein mitään tekemistä ja hän toisaalta ei halunnut vastaanottaa muiden potilaiden huolia yhteisissä tiloissa. Suhde muihin potilaisiin muuttui etäisemmäksi samalla, kun omat rajat alkoivat vahvistua. Omahoitajan mukaan tämä ilmiö on seurausta siitä, että muiden (psykoottisten) potilaiden rajattomuus ja lähelle tuleminen alkoivat ahdistaa. Omahoitajan mukaan rooli-identiteetin selkiytyminen ilmeni Veeran puheessa: 'en ole nyt toisten hoitaja, enkä hoitaja, vaan potilas täällä'. Veera päättikin, ettei jää enää avoimelle osastolle, vaan haluaa suoraan kotiin. Hän tunsi, että hän ei jaksa kuunnella toisten potilaiden huolia. Hän määritteli näin uudelleen omia rajojaan tunnistaessaan omat voimavaransa luottamalla tunteeseensa.

POHDINTA

Kvalitatiivisen tutkimuksen tehtävänä on valottaa merkityksiä yksittäisen tapauksen kontekstista ja täten lisätä sekä laajentaa ymmärrystä elämästä (Janesick, 1998; Stake, 1998). Tämän tutkimuksen mukaan kriisi mahdollistaa kaikessa traagisuudessaankin välttämättömien muutosten syntymisen. Psykoosi osana elämänprosessia ja minän kasvua ovat tutkimusaineiston tärkeimpiä löydöksiä. Tämä tutkimus tukee aiempia teorioita sosiaalisen verkoston merkityksestä minuuden uudelleenrakentumisessa. Muutokset sosiaalisella verkostokartalla, jotka eivät ole niinkään määrällisiä vaan 'laadullisia', ovat yhteydessä puheessa ilmaistuihin muutoksiin.

Sairastuminen kytkeytyi osaksi Veeran elämänprosessia. Se laukaisi kriisin ja toi mukanaan mahdollisuuksia muutoksiin. Sairaus pysäytti ja se aktivoi sosiaalista verkostoa tuoden sen voimavaroja lähemmäs sairastunutta. Tässä tutkimuksessa nousi kuitenkin esille myös potilaaksi joutuneen itsensä kyky tarkastella elämäänsä.

Vaikka uuden minuuden löytäminen sosiaalisen verkoston tukemana elämän perustuksia ravisuttaneen kriisin jälkeen oli tässä tutkimuksessa keskeinen aihealue, niin jää avoimeksi, missä määrin Veeran kehitys kulki sitä kohti seurannan päätyttyä, sillä tutkimusajankohta kattoi vain kriisin ytimen eli sairauden puhkeamisen jälkeiset ensi kuukaudet. Kahden ensimmäisen vuoden aikana arvion mukaan 30-60 prosenttia psykoosiin sairastuneista palaa sairaalaan (Birchwood ym., 1998). Veeran verkostossa ja hänen omassa mielessäänkin asiat olivat vielä tutkimuksen loppuessa aika avoimia ja muutosalttiita. Lisäksi tutkimus saattoi olla osa paranemisprosessia, sillä intensiiviset haastattelut ja sosiaalisen verkostokartan piirtäminen saattoivat vaikuttaa asioiden jäsentymiseen ja täten positiivisesti tuloksiin.

On mahdollista, että minuuden uudelleenrakentumista tapahtui lähinnä ajatusten tasolla. Voidaankin ajatella, että tämä tutkimus kattoi minuuden uudelleenrakentumisen alkuvaiheet. Mahdollisesti lisääntyvä sosiaalinen vuorovaikutus muokkaa, vahvistaa tai muuttaa minuutta.

Tutkimuksen loppupuolella ilmennyt potilaan passivoituminen ja verkoston käymistilan hiipuminen vahvistavat aiempia tutkimustuloksia, joiden mukaan verkostointerventiot on aloitettava mahdollisimman pian sairaalaan tulon jälkeen, kun

verkosto on vielä kriisissä ja aktivoituneena ja niitä tulisi jatkaa riittävän pitkään (Birchwood ym. ; Lipton ym., 1981; Seikkula, 1994). Veeran lukiessa valmiin raportin hän kiinnitti huomiota passivoitumisen käsitteeseen. Hänen mukaansa kyse oli pikemminkin siitä, että hänen pitikin oppia olemaan tekemättä koko ajan jotakin. Valvomisen osuutta sairastumisessa Veera jäi raportissa kaipaamaan. Hänellä oli ennen sairastumista ollut parin kuukauden ajan univaikeuksia johtuen vuorotyöstä päivävuoroon siirtymisestä.

Seuraavassa analysoin tutkimusaineistoa aineistosta muodostamieni kolmen kategorian, *elämänprosessi*, *vahvistaminen* ja *omat rajat*, sekä verkostokartalla tapahtuneiden muutosten kautta.

Psykoosi osana elämänprosessia

Veera on saattanut joutua varsin varhain rooliin, jossa hän on "terveenä" kantanut huolta heikommista perheen jäsenistä, mille hoitajan ammatti on ollut jatkumoa. Sairastumiseen liittyy vahvasti *huolehtimisen kierre*. Sitä kuvaa *toisista huolehtiminen, omien tarpeiden hylkääminen*, ja eräänlainen *erillistymättömyys* primääriperheestä.

Minuuden uudelleen etsintä onkin kytköksissä elämänprosessin käsitteeseen. Aiempi "minuus" sosiaalisessa verkostossa ei ehkä ottanut huomioon Veeran tarpeita ja saattaa olla, ettei Veera itsekään niitä tiedostanut (Vuorinen 1996, 161: "...vain minuuden näkökulmasta maailma voi järkkyä."). Ensimmäisellä ja toisella tutkimuskerralla Veera ei vielä pohtinut sairastumistaan elämänkriisinä, vaan näki sen lähinnä työssä koettuna loppuun palamisena, 'hoitajasyndroomana'. Veera sanookin, että sairastuminen on monien tekijöiden summa, joista työ on se näkyvin. Kolmannella haastattelukerralla sairastuminen näyttäytyy Veeralle ennenaikaisena 'kolmenkympin kriisinä' (Turunen, 1996: ts. aikuistumisen kriisi, joka käynnistää persoonallisuuden jäsentymisen ajattelun avulla ja irtautumisen omaksi itselliseksi yksilöksi, mitä leimaa ahdistuneisuus ja huolestuneisuus tulevaisuudesta), joka olisi voinut olla edessä muutoinkin.

Veeran tapauksessa onkin ehkä kyse elämäntilanteeseen kytkeytyneestä identiteettikriisistä (Erikson, 1980, 109: identiteetti on tietoinen yksilöllinen identiteetin tunne, tiedostamaton pyrkimys persoonallisuuden piirteiden jatkuvuuden säilyttämiseen,

egon toimintojen synnyttämän synteesin yhteinen nimittäjä tai sisäistä solidaarisuutta ryhmän ihanteille ja identiteetille). Sairastuminen ajankohtaisti ammatinvalinnan uudelleenarvioinnin ja pakotti Veeran 'mietintäsessioon' oman elämänsä edessä. Vaihe on siirtymä kohti jotain vielä määrittelemätöntä. Vuorisen (1996, 160-161) mukaan kehityskriisit pakottavatkin yksilön tekemään tiliä menneisyytensä kanssa ja muuttamaan elämänsä suuntaa. Sairastumisen käsittäminen kriisiksi liittää sen elämän jatkumoon ja eristää sen omaksi ohimeneväksi osakseen, eikä se leimaa koko loppuelämää (Barham & Hayward, 1990: vastustaminen). Veeran psykoosin puhkeaminen on monesta eri teoriasta käsin tarkasteltuna (Barham & Hayward, 1990; Ciompi, 1989, 1991, 1994; Hellsten, 1992, 1998) nähtävissä osana hänen elämänprosessiaan ja kehitystään kohti aidompaa minuutta.

Sairastuminen aktivoi Veeran sosiaalisen verkoston varsinkin sairauden alkuvaiheissa. Avohoitoon siirtyminen toi Veeran eteen sairaalan ulkopuolisen yhteiskunnan, johon liittyminen tapahtuu lähinnä työn kautta. Sairaslomansa aikana Veera kokikin työttömyyden kaltaisia tuntemuksia.

Minuuden uudelleenrakentumisen ollessa käsillä hän puntaroi, mitä uuteen minuuteen kannattaa ottaa mukaan entisestä ja miten yhdistää aiemmin hyväksi koettuja asioita uuteen elämisentapaan. Traagisessa sairastumisessa on läsnä muutoksen ja uudistumisen mahdollisuus. Hänellä ilmenee kuitenkin halua palata samaan elämäntilanteeseen kuin aiemmin. Vaikka Veera puhuu elämisestä päivä kerrallaan niin hän toisaalta haluaisi unohtaa koko sairastumisen ja toisaalta työstää sitä osana elämänprosessiaan. On ikään kuin hän haluaisi pysäyttää muutoksen sosiaalisessa verkostossaan, kun hän pyrkii piirtämään viimeisellä tutkimuskerralla samanlaisen verkostokartan kuin edellisellä kerralla. Tämä voi viestiä myös tiedostamattomastakin halusta saattaa loppuun tutkimus, joka muistuttaa ajasta sairaalassa. Verkoston muuttumattomuus hänen mielessään kertoo myös osaltaan passivoitumisesta suhteessa sosiaalisen verkoston ihmisiin. Ystävät pyrkivät kuitenkin tuomaan uusia alueita ja aktivaatiota hänen elämäänsä. Ajatustensa selvittämiseen ja tulevaisuuden suunnitteluun hän tarvitsee vielä ammattiauttajan apua.

Veeran elämänarvot muuttuivat sairastumisen myötä: työsektorin merkitys pieneni muiden kasvaessa. Kuitenkin hänelle jäi siihen kohtaan aukko, koska hänellä ei ole nyt mitään vastaavaa yhteiskunnallista ryhmää, mihin hän kuuluisi ja jossa voisi jakaa uudet arvonsa. Hurdin ja muiden (1981) mukaan verkostointerventioiden osana potilaalle

etsitään tarvittaessa uusi verkoston ryhmittymä. Yhteiskuntaan ankkuroitumisen edellytys on palkkatyöhön osallistuminen, mikä on yhteydessä elämän merkityksellisyyden ja itsensä toteuttamisen kokemuksiin (Kortteinen & Tuomikoski, 1998; Barham & Hayward, 1990: strukturaalinen eristäminen).

Minuuden vahvistaminen

Sairaalaan ensi kertaa tuleva psykoottinen potilas voi olla sosiaalisen verkostonsa ja sairaudentuntonsa sekä yhteiskuntaan palaamisensa suhteen hyvin erilaisessa asemassa. Veeralla sosiaalinen verkosto on voimavaroiltaan kykenevä hänen minänsä kasvua ja kehittymistä. Siitä löytyy voimavaroja, jotka mahdollistavat hänen egonsa terveiden puolien vahvistumista. Jokaisessa verkoston sektorissa on ihmisiä. Seuranta-ajan kuluessa hänen sosiaalinen verkostonsa säilyy toimintakykyisenä – etäisemmät ihmissuhteet tuovat elämään jatkuvuutta ja läheisemmät mahdollistavat ja tukevat muutosta.

Veera tunnistaa oman avuntarpeensa ja osaa etsiä verkostostaan 'avainhenkilöitä', joilla on edellytyksiä hänen paranemisensa tukemiseen. Hän vahvistaa näitä ihmisiä verkostokartalla ja kertoo luottavansa heihin. Vahvistamalla heitä kartalla hän saa entistä enemmän uskoa itseensä. Vahvistamalla näistä ihmisistä saattaa toisaalta tulla todempia tai näiden suhteiden merkitystä vain yksinkertaisesti korostetaan. He saattavat olla mahdollistamassa Veeran irtautumista primääriperheen tarjoamista samaistumiskohteista samalla, kun yhteydet myös primääriperheen suuntaan ovat aktivoituina (ks. Alanen, 1997). Uudet samaistumiskohteet ovat tärkeitä minuuden uudelleen rakentumisessa ja kehittymisessä. Kuitenkin luottamus ja usko itseen on "ainoa *tunne*", minkä avulla hän on selvinnyt sairautensa kanssa. Mielestäni minän hokeminen ja minuuden vahvistaminen kartalla saattoivat olla ensimmäisiä toimintoja, jotka Veera koki kykenevänsä itse tuottamaan (Vuorinen, 1997), mikä ehkä osaltaan vahvisti hänen uskoaan minuuden uudelleenrakentumiseen.

Sairaalassa ollessa avainhenkilöt olivat parantumisessa tärkeitä, mutta parantumisen edetessä yhteiskunnallisen roolin selvittäminen tulee yhä merkityksellisemmäksi tulevalle selviytymiselle. Esimerkiksi avomiehen merkityksen pienentyminen (LIITE

2.) saattaa liittyä minuuden vahvistumiseen ja verkoston aktivaatiotilan samanaikaiseen heikentymiseen. Kun riippuvuus avainhenkilöihin (Alanen, 1997) pienenee minuuden vahvistuessa, niin tunne omasta vaikutusvallasta omiin asioihin (onnellisuuteensa ja tulevaisuuteensa voi vaikuttaa) kasvaa. Mietintävaihe on varmastikin tärkeä siksi, ettei Veera tekisi hätiköityjä päätöksiä, joilla saattaisi olla vaikutuksia terveyteen.

Veeran sosiaalinen verkosto on työorientoitunut, suurin osa läheisistä käy töissä, joten sosiaalinen ympäristö "puskee" Veeraa työelämään ja vastustaa Veeran kanssa hänen syrjäytymistään. Yksin kotona ollessaan hänellä ei kuitenkaan ole ystävien lisäksi paljoakaan vertaisryhmiä tai ihmiskontakteja, joiden varassa rakentaa ja kehittää minuuttaan. Tästä saattaa osittain aiheutua Veeran tunne työttömyydestä (merkityksettömyydestä). Veera aikookin hakea mitä tahansa työtä miettiessään kevääseen asti ammatillista suuntautumistaan (Kortteinen & Tuomikoski, 1998, 150: 'yhteisöllinen ankkuroituminen madaltaa työn vastaanottamisen vaatimustasoa'). Psykologin kesäloma avohoidon aikana saattoi vaikuttaa ammattiauttajan merkityksen vähenemiseen. Hänen olemassaololleen oli kuitenkin Veeran mukaan tarvetta sairastumiseen liittyvien asioiden käsittelyssä ja tulevaisuudensuunnitelmien selkiyttämisessä (Alanen, 1997: terapeutti apuna persoonallisuuden integroitumisessa ja selkiintymisessä sekä kehittymisessä; Salonen, 1994). Onkin tämänkin tapauksen valossa pohdittava edelleen, kuinka estää avohoitoon valikoituneiden potilaiden passivoituminen ja mahdollistaa psykiatrisen potilaan osallistuminen sosiaalisen todellisuuden tuottamiseen jonkin (työ)roolin kautta. Avohoitokontaktien määrän tulisi olla riittävä toipilaan selviytymisen tukemiseksi. Työelämää koskevien vaihtoehtojen hahmottamisessakin avohoidon rooli voi olla merkittävä.

Hoitokokemukset eivät kuitenkaan olleet Veeran tapauksessa ainoastaan positiivisia, vaan sairaalasta hänelle jäi mieleen päällimmäisenä avomiehen tarjoama tuki. On aihetta pohtia, onko potilaan rooli liian paljon ristiriidassa sairaalan ulkopuolisten sosiaalisten roolien kanssa. Jäävätkö potilaan egon terveet puolet liian vähälle huomiolle hoitohenkilökunnan ja potilaan välisissä vuorovaikutustilanteissa? Epäluottamuksen sävyttämä suhtautuminen on potilaan mielessä vielä kotiuttamisen jälkeenkin ja muistuttaa häntä hänen psykoottisesta tilastaan ja minuuden hauraudesta; ajasta, jolloin muut ihmiset eivät voineet luottaa häneen, eikä hänkään näin ollen voinut rakentaa luottamusta heihin. Toisaalta "sairaalakammo" voi olla hyväkin asia siinä

suhteessa, että potilas ei koe sairaala sellaisena paikkana, johon hän voi paeta pahaa maailmaa.

Omat rajat selkiytyvät

Sairaalassa Veera sijoitti toisella tutkimuskerralla 'lapsuuden perheensä' perhesektoriin, mikä saattaa olla merkki huolestumisesta heidän suhteensa ja heidän kannattelemisestaan. Veerasta tuntui varmastikin siltä, että omien voimiensa heikentyessä muut ihmiset, joita hän oli kannatellut, jäivät tyhjän päälle. Edellä mainittua tukee se, että kysyttäessä primääriperheen tuen saannista Veera kertoo omasta huolestumisestaan heidän suhteensa. Hän on ikään kuin ottanut heidät suojiinsa kuten aiemmin perheen "terveenä". Samalla kuitenkin Veera hakee heihin etäisyyttä sekä sanoin, että verkostokartassa piirtäen heidät kauemmaksi, jotta hän itse voisi parantua. Tilanne on ristiriitainen.

Sairastuminen saattoi olla itsenäistymisyritys, jolloin omat rajat suhteessa primääriperheeseenkin muotoutuisivat iänmukaiselle kehitykselle ominaisiksi. Voimia verottavaan huolehtimisen kierteeseen, mikä kattaa lähinnä primääriperheen ja työn, Veera otti etäisyyttä. Hän oli itse aktiivinen hoitonsa suhteen, mikä saattoi lisätä hänen itseohjautuvuuttaan ja toimijuuttaan estäen potilaan passiiviseen rooliin luisumista. Se, että sairaalassa sai olla toisten huolenpidon oli toisaalta varmaankin hänelle tila, jossa hän sai vapaasti ilmaista kahlittuja tunteitaan, joille ei ole ehkä ollut purkautumistietä hänen sosiaalisessa verkostossaan.

Ensimmäisillä tutkimuskerroilla Veera esittäytyi tutkijoille työroolinsa kautta, jolloin ehkä rakensi aiemman sosiaalisen roolinsa kautta yhteyttä meihin. Bergerin ja Luckmannin (1994, 87-88) mukaan sosiaalisten roolien esittämisen kautta yksilö osallistuu sosiaalisen maailman rakentamiseen ja osa minästä objektivoituu vallitsevien sosiaalisten tyypitysten mukaisesti. Tämä on se "sosiaalinen minä", jonka yksilö kokee olevan erillään itsestään ja jopa asettuvan minän kokonaisuutta vastaan. Hoitajan rooli saattoi siis mennä Veeralla sekaisin oman minän kanssa; hän "hukutti" itsensä työhönsä, kuten Veeran omahoitajan mukaan käy helposti nuorille hoitajille. Sairaalassa työminä oli vahvasti läsnä, koska viitekehys herätti sitä koskevaa asiaa mieleen (Berger &

Luckmann), joten oman minän selkeyttäminen oli sairaalassa vaikeaa. Ammattiin perustuva ero suhteessa muihin potilaisiin saattoi toimia puolustautumiskeinona potilaaksi identifioitumista vastaan. Toisaalta Veeralle ei ollut olemassa mitään valmista roolia, mikä saattoi vaikeuttaa hänen tilannettaan. Omahoitajat tunnistivat hänet aiempana "minänä" (tai Veera tunnisti heissä itsensä) ja säilyttivät tunnetta jatkuvuudesta.

Avohoidon aikana Veera keskittyi kuuntelemaan enenevissä määrin itseään. Hän osasi arvostaa yksinoloakin, kun ihmisiä oli tarvittaessa saatavilla. Yksinolo onkin varmasti osaltaan tärkeää minuuden työstämisessä. Päiväkirjaan tukeutuminen kotona saattaa viestiä yksinäisyydestä ja käpertyvyydestä silloin, kun mielen päällä olisi jaettavia asioita, joille ei löydy kuuntelijaa. Toisaalta päiväkirja on oiva väline jäsentää omia kokemuksia ja elämäntilannetta; ikään kuin selvittää elämäntarinansa jatkoa sen taitekohdassa. Toisaalta yksinäisyyden on todettu lisääntyvän suuressa määrin avohoitoon siirtyvien skitsofreniapotilaiden parissa, mistä on päädytty johtopäätökseen, että sairaalasta kotiuttaminen saattaa merkitä suurelle osalle potilaita negatiivista elämäntilanteen muutosta ja että yksinäisyys viestii sosiaalisen tuen puutteesta (Salokangas ym., 2000).

Veeran omat rajat olivat sekoittuneet varsinkin sairaalassaoloaikana, eikä hän saanut sairaalassa huolestumisen tunnetta hallintaansa, vaan kaikki tunteet ylikorostuivat ja olivat suhteettomia. Tämä saattaa olla verrattavissa skitsofreniaan sairastuneiden perheiden tutkimisessa esille tulleeseen käsitteeseen korkea Expressed Emotion (EE)-arvo (Erickson ym., 1989: korkea EE-taso viittaa perheen tunkeilevaan, kriittiseen, vihamieliseen tai ylihuolehtivaan suhtautumiseen). Ericksonin ja muiden mukaan korkean EE-arvon saavan primääriperheen negatiivinen vaikutus saattaa selittyä sillä, että skitsofreniaan sairastunut henkilö ei siedä läheisyyttä ja perheeseen on vaikeampi ottaa etäisyyttä kuin ystäviin tai tuttaviin. Tässä tutkimuksessa primääriperheeseen ja työhön otettiin selkeimmin tietoisesti etäisyyttä, kun taas esimerkiksi ystäviin ja avomieheen yhteydenpidon olisi toivottu olevan tiiviimpääkin.

Veera ei jäänyt omaan psykoottiseen maailmaansa, vaan pyrki sieltä ulos tukeutumalla muihin ihmisiin ja tunnistamalla omia voimavarojaan. Lisäksi Veeran uskallus olla kriittinen hoitonsa suhteen ja ilmaista itseään sairaalassa saattoi vaikuttaa minuuden uudelleenrakentumiseen sen suhteen, että se, mitä hän ajatteli ja tunsi, tuli kuulluksi. Luottavaisuus sekä tulevaisuudensuunnittelu (vs. itsesääli) ovat

mahdollistamassa hidasta palaamista sosiaaliseen verkostoon. Veera määrittelikin itsensä toisella tutkimuskerralla 'kovaksi munaksi', mikä ehkä vahvisti hänen selviytymisen tunnettaan. Saattaa olla, että uuden ja entiselle ammatille hyvinkin vastakkaisen, esimerkiksi talouden alan, ammatti-identiteetin tarve kumpusi halusta päästä eroon minuuden vieneestä työminästä ja samalla sosiaalisesta roolista toisten "huolten kantajana". Veeran vaikeudet verkostokartan etäisyyksien miettimisessä saattoivat johtua siitä, että minän rajat olivat vielä heikosti tiedostetut ja muut toimivat hänelle suuressa määrin minuutta koossa pitävinä tukipilareina (ts. self-objekteina).

Sairaalasta palaamisen jälkeen potilaan toiveena saattaa olla 'normaaliin' elämään palaaminen ja sairaalakokemuksen unohtaminen, joten sosiaalisen verkoston aktivoiminen voi tuntua kiusalliselta itsenäisen selviytymisen kyseenalaistamiselta. Veera vertaakin ammattiauttajaa suodattimeen, mikä tarkoittaa mielestäni sitä, että ammattiauttaja on mahdollistamassa paluuta tasaveroisempaan kanssakäymiseen sosiaalisissa suhteissa. Kotiutunut potilas ei ehkä halua enää kuormittaa sosiaalista verkostoaan omilla huolillaan, vaan siirtyä tasaveroisempaan kanssakäymiseen ja itselliseen pärjäämiseen.

Haastavaa sosiaalisten suhteiden hyödyntämisessä psykoosista toipumisessa onkin se, kuinka potilaan edellytyksiä säädellä sosiaalista etäisyyttä (Beels, 1981a) lisätään minuuden uudelleenrakentumista tukevalla tavalla, jottei potilas isoloituisi tai sekoittaisi omia rajojaan muihin ihmisiin esimerkiksi ajautumalla uudelleen 'huolehtimisen kierteeseen'. Tällöin potilaan oma aktiivisuus sosiaalisten yhteyksien ylläpitämisen suhteen voisi lisääntyä.

Lähteet

Alanen, Y.O. (1997). Schizophrenia. It's origins and need-adapted treatment. Lontoo: Karnac Books.

Barham, P., Hayward, R. (1990). Schizophrenia as a life prosess. Teoksessa P.R. Bentall (toim.) Reconstructuring schizophrenia (s.61-85). Lontoo: Routledge.

Beels, C.C. (1981a). Social support and Schizophrenia. Schizophrenia Bulletin, 7(1), 58-72.

Beels, C.C. (1981b). Social networks and treatment of schizophrenia. International Journal of Family Therapy, 3 (4), 310-315.

Berger, P., Luckmann, T. (1994). Todellisuuden sosiaalinen rakentuminen (2. painos). Helsinki: Gaudeamus.

Birchwood, M., Todd, P., Jackson, C. (1998). Early intervention in psychosis. Critical period hypothesis. British Journal of Psychiatry, 172 (33), 53-59.

Breier, A., Strauss, J.S. (1984). The role of social relationships in the recovery from psychotic disorders. American Journal of Psychiatry, 141, 949-955.

Carney, J.H., Joiner, J.F., Tragou, H. (1997). Categorizing, coding, and manipulating qualitative data using WordPerfect word processor. The Qualitative Report, 3 (1). (http://www.nova.edu/ssss/QR/QR3-1/carney.html)

Ciompi, L. (1989). The dynamics of complex biological-psychosocial systems. Four fundamental psycho-biological mediators in the long term evolution of schizophrenia. British Journal of psychiatry, 155 (5), 15-21.

Ciompi, L. (1991). Affect as central organising and integrating factors. A new psychosocial/biological model of the psyche. British Journal of Psychiatry, 159, 97-105.

Ciompi, L. (1994). Affect logic: an integrative Model of the psyche and its relations to schizophrenia. British Journal of Psychiatry, 164 (23), 51-55.

Cullberg, J. (1999). Psykoosihoidon parantavia ja parantumista estäviä tekijöitä. Teoksessa K. Haarakangas, J. Seikkula (toim.). Psykoosi – uuteen hoitokäytäntöön (s.35-43). Tampere: Kirjayhtymä Oy.

Davidson, L., Strauss, J. (1992). Sense of self in recovery from severe mental illness. British Journal of Medical Psychology, 65, 131-145.

Erickson, D.H., Beiser, M., Iacono, W.G., Fleming, J.A.E., Lin, T. (1989). The role of social relationships in the course of first-episode schizophrenia and affective psychosis. American Journal of Psychiatry, 146, 1456-1461.

Erikson, E.H. (1980). Identity and the life cycle (2. painos). New York: Norton.

Ernrooth, J. (1990). Intuitio ja analyysi. Teoksessa K. Mäkelä (toim.), Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta (s.30-41). Helsinki: Gaudeamus.

Fitzgerald, P., Kulkarni, J. (1998). Home-oriented management programme for early psychosis. British Journal of Psychiatry, 172 (33), 39-42.

Haarakangas, K. (1997). Hoitokokouksen äänet. Dialoginen analyysi perhekeskeisen psykiatrisen hoitoprosessin hoitokokouskeskusteluista työryhmän toiminnan näkökulmasta. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research, 130.

Haarakangas, K., Seikkula, J. (1999). Psykoosi dialogisena ongelmana. Teoksessa K. Haarakangas, J. Seikkula (toim.). Psykoosi – uuteen hoitokäytäntöön (s. 161-171). Tampere: Kirjayhtymä Oy.

Hellsten, T. (1992). Virtahepo olohuoneessa. Läheisriippuvuus ja sisäisen lapsen kohtaaminen (7. painos). Jyväskylä: Kirjapaja.

Hellsten, T. (1998). Elämän lapsi. Vastuulliseen aikuisuuteen (10. painos). Juva: T. Hellsten ja Kirjapaja.

Hirsjärvi, S., Hurme, H. (1985). Teemahaastattelu (3. painos). Helsinki: Gaudeamus.

Holstein, J.A., Gubrium, J.F. (1995). The active interview. Qualitative research methods series, 37. Thousand Oaks: Sage Publications.

Hurd, G., Pattison, E.M., Llmas, R. (1981). Models of social network intervention. International Journal of Family Therapy, 3 (4), 246-257.

Hänninen, V. (1999). Sisäinen tarina, elämä ja muutos. Vammala: Acta Universitatis Tamperensis, 696.

Janesick V.J. (1998). Dance of qualitative research design: metaphor, methodology and meaning. Teoksessa N.K. Denzin, Y.S. Lincoln (toim.), Strategies of qualitative inquiry (s. 35-55). Thousand Oaks: Sage Publications.

Kauranen, A. (2000). Ensi kertaa psykoosiin sairastuneen potilaan sosiaalinen verkosto

ja siinä hoitoontulon jälkeen tapahtuva muutos. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto.

Keränen, J. (1992). Avohoitoon ja sairaalahoitoon valikoituminen perhekeskeisessä psykiatrisessa hoitojärjestelmässä. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research, 93. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

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

Klefbeck, J., Ogden, T. (1992). Mikä on lapselle hyvä verkosto? Perheterapia, 2, 3-12.

Kortteinen, M., Tuomikoski, H. (1998). Työtön. Tutkimus pitkäaikaistyöttömien selviytymisestä (2. painos). Hämeenlinna: Tammi.

Kovel, J. (1987). Schizophrenic being and technocratic society. Teoksessa D.M. Levin (toim.), Pathologies of the modern self. Postmodern studies on narcissism, schizophrenia, and depression (s. 330-348). New York University Press.

Kvale, S. (1996). Interviews. An introduction to qualitative research interviewing. Thousand Oaks: Sage Publications.

Laitinen, H. (1998). Tapaustutkimuksen perusteet. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet, 55.

Lee, P.W.H., Lieh-Mak, F., Yu, K.K., Spinks, J.A. (1993). Coping strategies of schizophrenic patients and their relationship to outcome. British Journal of Psychiatry, 163, 177-182.

Lindberg, M. (2000). Hoitoväen psyykkiset sairaudet ja sairaslomat lisääntyvät. Helsingin Sanomat, 154, A6.

Lipton, F.R., Cohen, C.I., Fisher, E., Katz, S.E. (1981). Schizophrenia: A network crisis. Schizophrenia Bulletin. 7(1), 144-151.

Marsella, A.J., Snyder K.K. (1981). Stress, social supports, and schizophrenic disorders: Toward an interactional model. Schizophrenia Bulletin, 7 (1), 152-162.

McGovern, M.P., Kilgore, K.M., Melon, W.H., Golden, D.L. (1993). Object relations and social functioning of schizophrenic and borderline patients: A cross-sectional developmental perspective. Journal of Clinical Psychology, 49 (3), 319-326.

Mäkelä K. (1990). Kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteet. Teoksessa K. Mäkelä (toim.), Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta (s. 42-61). Helsinki: Gaudeamus.

Ojajärvi, M., Vasankari, K. (1993). API-projektin taustakartoitus: Tapaustutkimus ensimmäistä kertaa sairaalahoitoon psykoottisin oirein tulleen potilaan mielikuvista omasta verkostostaan ja sen toiminnasta. Pro gradu – tutkielma. Jyväskylän yliopisto.

Otsuka, T., Nakane, Y., Ohta, Y. (1994). Symptoms and social adjustment of schizophrenic patients as evaluated by family members. Acta Psychiatrica Scandinavica, 89, 111-116.

Pattison, E.M., Pattison, M.L. (1981). Analysis of a schizophrenic psychosocial network. Schizophrenia Bulletin, 7(1), 135-143.

Salonen, S. (1994). Comment on Volkan's paper. British Journal of Psychiatry, 164 (23), 83.

Salokangas, K.R., Stengård, E., Honkonen, T., Koivisto, A.-M. (2000). Sairaalasta yhteiskuntaan. Seurantatutkimus sairaalasta kotiuttamisen vaikutuksista skitsofreniapotilaan elämään ja hoitotilanteeseen. STAKES, 248. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Saloviita, T. (1988). Kokeellinen tapaustutkimus soveltavassa työssä. Johdatus yhden koehenkilön tutkimusasetelmiin. Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen julkaisuja, 296.

Scharff, J.S., Scharff, D.E. (1992). Scharff notes. A primer of object relations therapy. Northvale: Jason Aronson.

Seikkula, J. (1994). Sosiaaliset verkostot. Ammattiauttajan voimavara kriiseissä (1.-2. painos). Tampere: Kirjayhtymä Oy.

Stake, R.E. (1998). Case studies. Teoksessa N.K. Denzin, Y.S. Lincoln (toim.), Strategies of qualitative inquiry (s.86-109). Thousand Oaks: Sage Publications.

Syrjälä, L., Ahonen, S., Syrjäläinen, E., Saari, S. (1994). Laadullisen tutkimuksen työtapoja (1.-2. painos). Helsinki: Kirjayhtymä.

Tesch, R. (1990). Qualitative research: analysis types and software tools. Lontoo: The Falmer Press.

Tuori, T. (1994). Skitsofrenian hoito kannattaa. Raportti skitsofrenian tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallisen kehittämisprojektin 10-vuotisarvioinnista. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksen raportti, 143. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino.

Turunen, K.E. (1996). Elämänkaari ja kriisit. Jyväskylä: Atena.

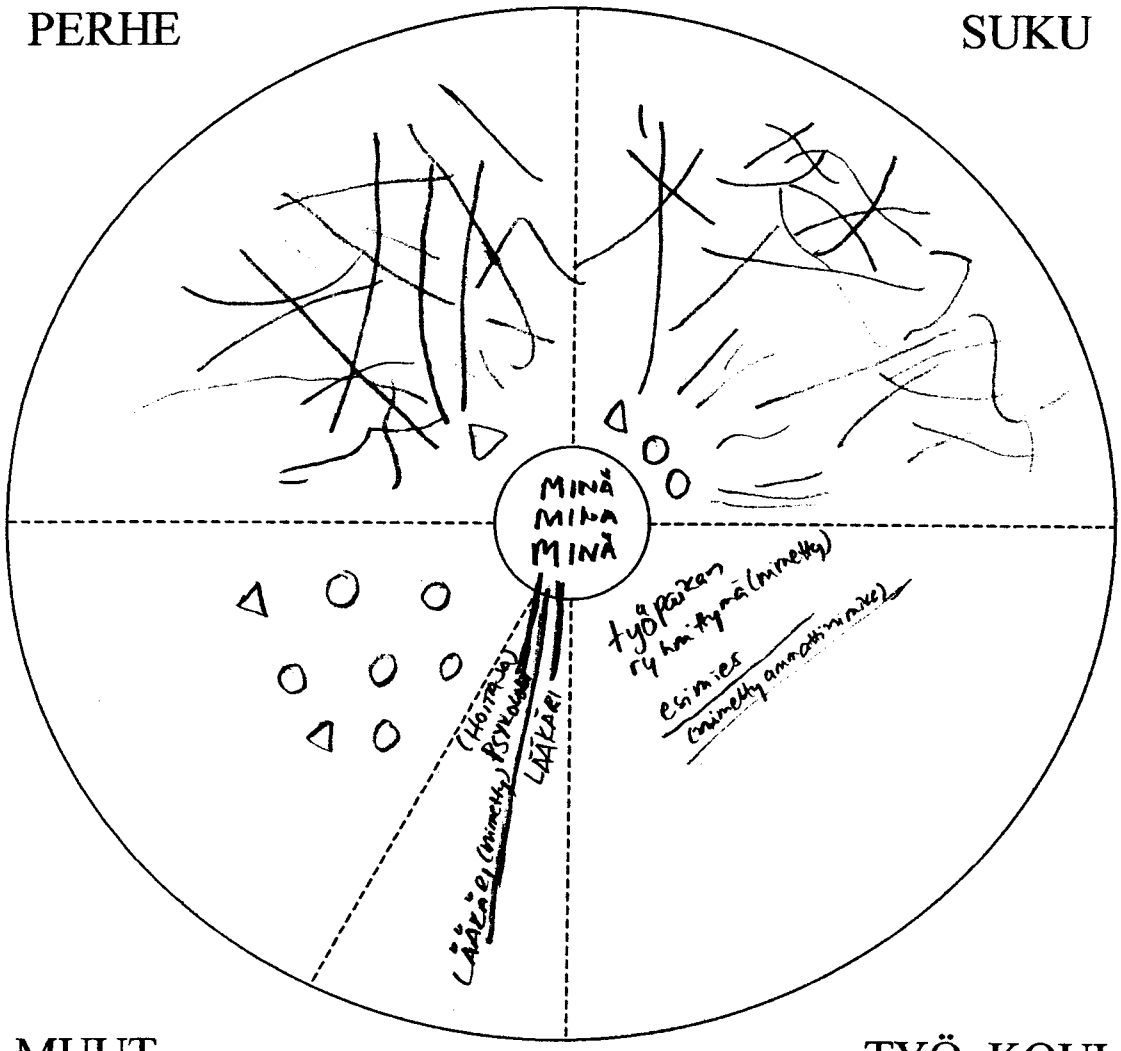
Volkan, V.D. (1994). Identification with the therapist's funktions and ego-building in the treatment of schizophrenia. British Journal of Psychiatry, 164 (23), 77-82.

Vuorinen, R. (1997). Minän synty ja kehitys. Ihmisen psyykkinen kehitys yli elämänkaaren. Porvoo: WSOY.

Yin, R.K. (1994). Case study research – design and methods (2. painos). Applied Social Research Methods Series, 5. Thousand Oaks: Sage Publications.

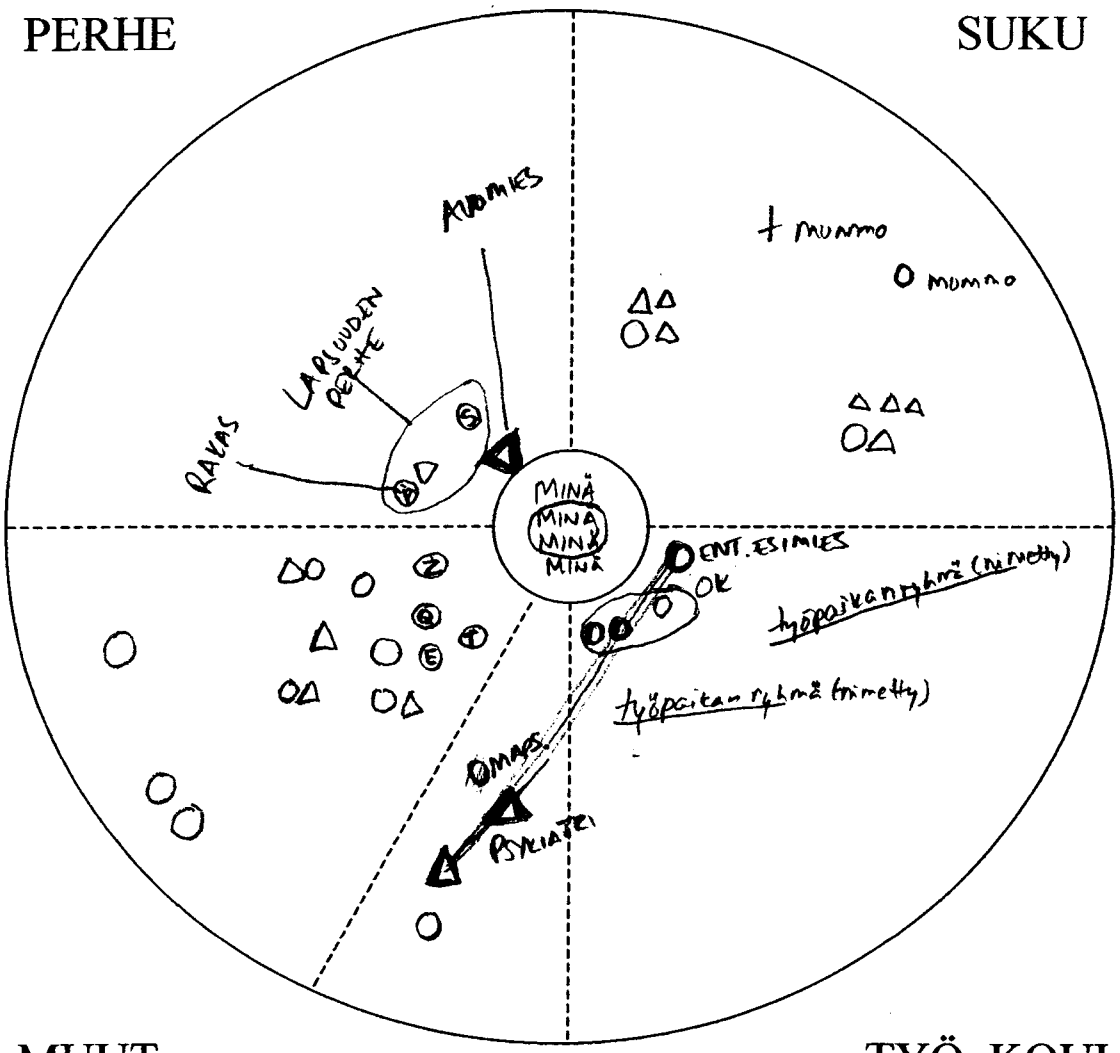
LIITE 1. 1/4

Veeran verkosto ensimmäisellä tutkimuskerralla



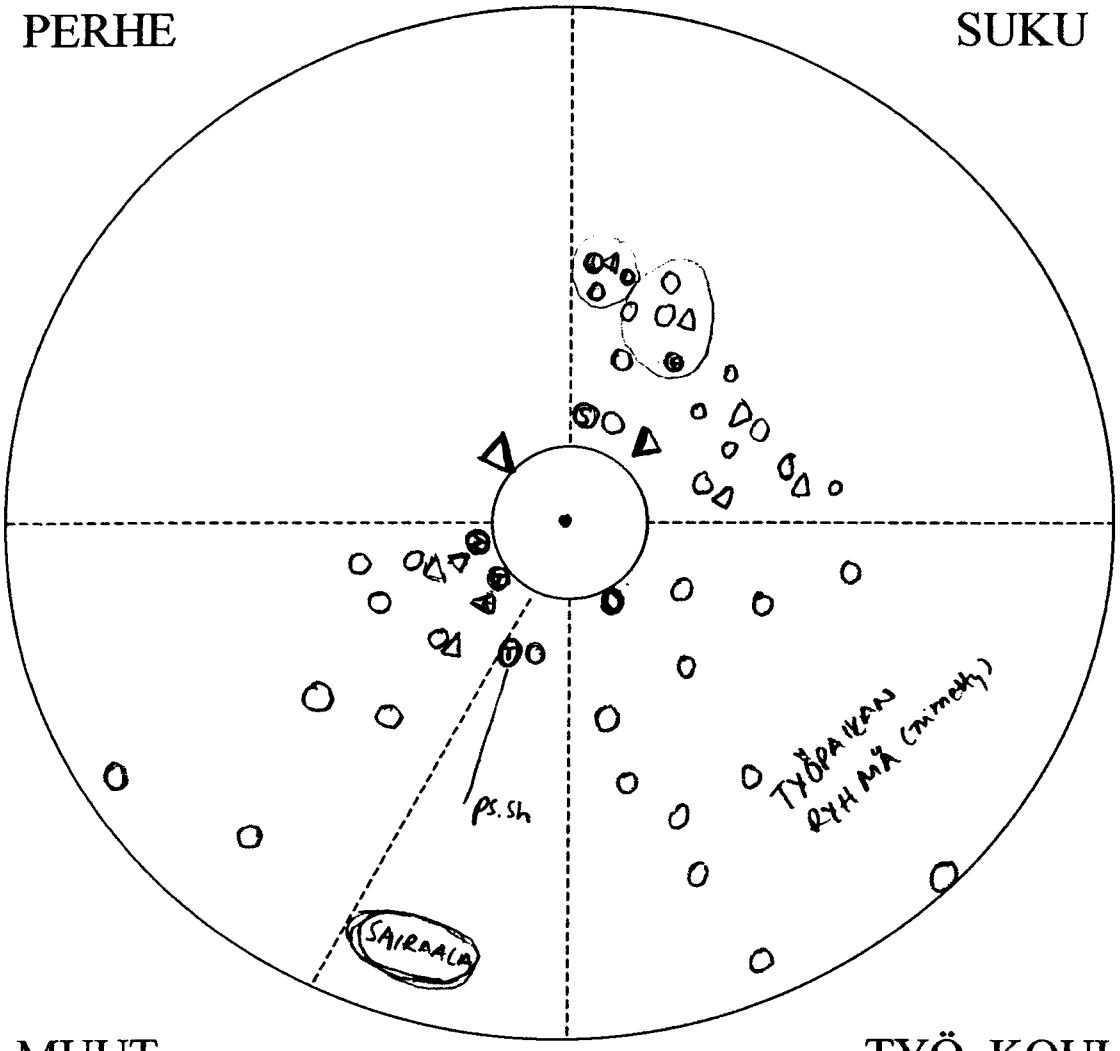
LIITE 1. 2/4

Veeran verkosto toisella tutkimuskerralla



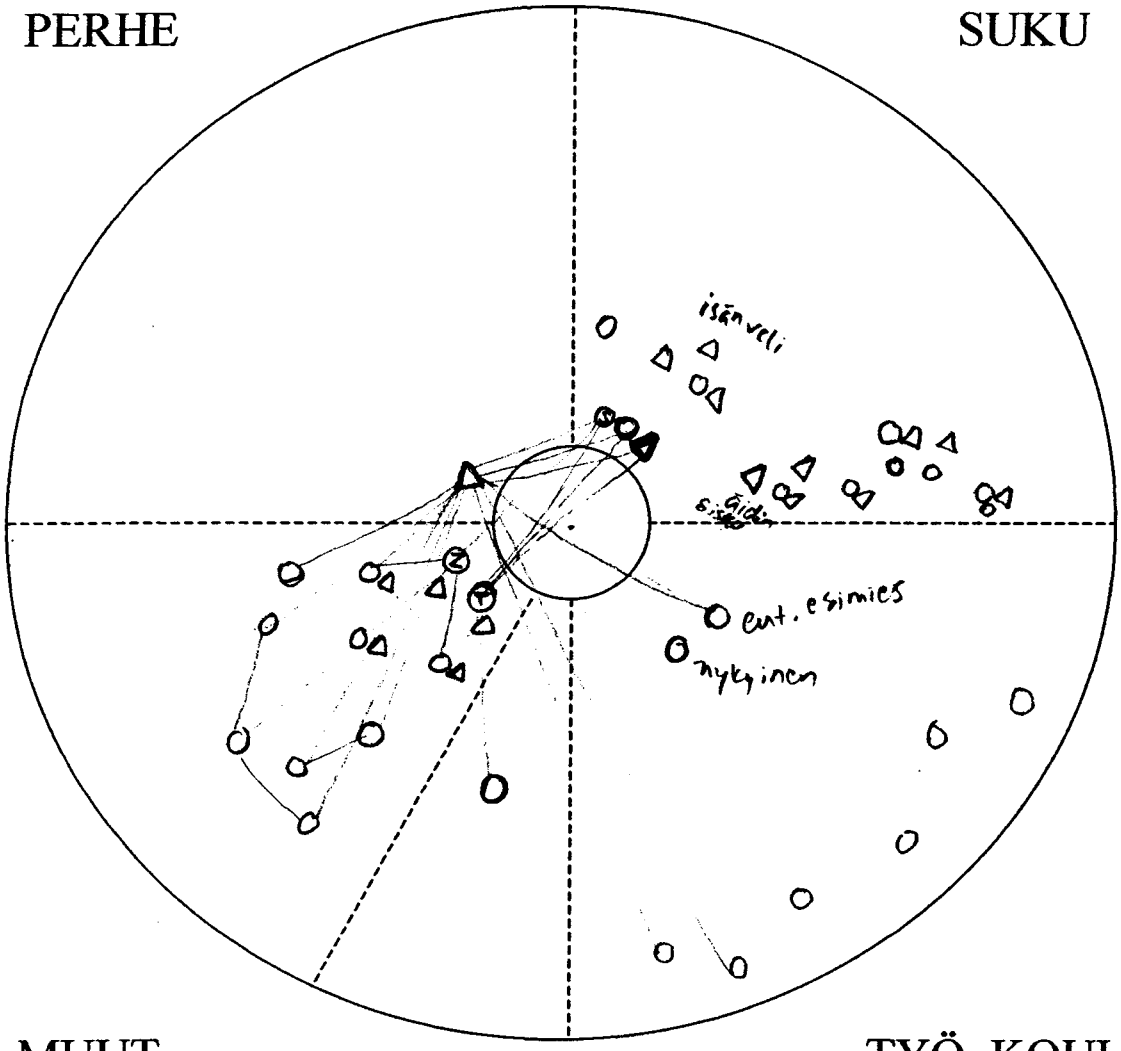
LIITE 1 3/4

Veeran verkosto kolmannella tutkimuskerralla



LIITE 1 4/4

Veeran verkosto neljännellä tutkimuskerralla



LIITE 2.

Muutokset verkostokartalla

Perhe

Perhesektoriin Veera sijoitti jokaisella kerralla avomiehensä (LIITE 1.). Ensimmäisellä tutkimuskerralla (LIITE 1. 1/4) avomiehelle seuraa teki hänen sukunsa. Vaikka Veeralle mainittiinkin, että perhesektoriin tulisivat vain saman katon alla asuvat, niin toisella tutkimuskerralla (LIITE 1. 2/4) "lapsuuden perhe", johon kuuluvat äiti, isä ja sisko, sijoitettiin avomiehen kanssa perhesektoriin. Tämä siksi, koska se on hänelle hyvin tärkeä. Veeran palattua kotiin (LIITE 1. 3/4; 4/4) avomies merkitään kummallakin tutkimuskerralla yksin perhesektoriin.

Ensimmäisellä tutkimuskerralla (LIITE 1. 1/4) avomies ei ole vahvistettu ja hän on tiiviin ja tiheän sukunsa välittömässä läheisyydessä, lähempänä sitä kuin Veeraa. Avomiehen lähentyminen näkyy verkostokartalla jo toisella tutkimuskerralla (LIITE 1. 2/4). Hänet on vahvistettu ja sijoitettu kiinni egoon, missä hän on kiinni kolmannessakin kartassa (LIITE 1. 3/4). Avomiehen merkitsemistavassa tapahtuu muutoksia. Vahvistaminen on voimakkainta ja avomiestä kuvaava merkki suurimmillaan toisessa kartassa (LIITE 1. 2/4). Avomies on irtautunut egosta neljännessä kartassa (LIITE 1. 4/4), jolloin häntä ei korosteta puheessakaan.

Suku

Ensimmäisellä tutkimuskerralla (LIITE 1. 1/4) Veera merkitsee sukulaiset sekavasti ja voimakkaasti painaen viivarykelminä. Veeran primääriperhe on sijoitettu riviin pienen etäisyyden päähän egosta ja he ovat erillään toisistaan. Avomiehen suku on

perhesektorissa avomiehen kanssa ja tutkittavan oma suku on suku sektorissa. Sosiaalisten suhteiden etäisyyksien miettiminen on Veeralle raskasta.

Toiseen karttaan (LIITE 1. 2/4) avomiehen sukua ei merkitä. Tällä kertaa Veera sanoo, että täyttää karttaa siltä osin, keiden kanssa on tekemisissä ja tätä hetkeä ajatellen. Hän on hyvin tunnollinen. Tilan käyttö kartalla on hänen mielestään vaikeaa. Yhden poikaserkun kanssa hän on ollut enemmän tekemisissä, kun taas muut sukulaiset ovat välimatkankin takia jääneet vieraammiksi. Siskoa ja isää on hieman vahvistettu.

Neljännellä kerralla (LIITE 1. 4/4) kukaan ei ole enää kiinni egossa. Veera vahvistaa vanhempansa vielä merkittyään heidät. Avomiehen sukulaiset olisivat jääneet pois kartalta, jos tutkijat eivät olisi kysyneet syytä siihen, jolloin Veera ihmetteli itsekin sitä, miksi unohti merkitä heidät. Suvun osalta verkosto ei pienene seuranta-ajan puitteissa muutoin kuin edellä kuvatun avomiehen suvun merkitsemisessä tapahtuvien muutosten osalta. Kertooko primääriperheiden sijoittelussa tapahtuva vaihtelu siitä, että Veera jäsentää suhdettaan verkostoonsa ja etsii sitä suhdetapaa, jossa hän voisi olla avoliitossa ja suhteessa avomiehen sukuun sekä primääriperheeseensä, jotka ovat kaikki erillisiä yksiköitä?

Ystävät ja tuttavat

Yhteydenpidosta suurimpaan osaan ystävistä ja tutuista on kulunut jo aikaa. Muut-sektorissa onkin läsnä koko elämän aikaisia ja nykyisiä kaukaisia tuttavuuksia, joiden sijoittaminen on suuripiirteistä ja hieman summittaista. Heidän merkitsemisensä on vaikeaa, koska jotkut heistä tuntuvat läheisiltä, vaikka yhteydenpidosta onkin kulunut aikaa. Veerasta tuntu koko ajan siltä, että hän pitää ystäviinsä liian vähän yhteyttä.

> " ...on ollu sellanen, välillä, että ei niinku *jaksakaan* (painokkaasti, syvään hengähtäen)...välttämättä pitää yhteyttä. Ni en oo sitten...*Liian vähän* oon pitäny tai mulla on semmonen tunne itellä, että mää oon pitäny liian vähän pitäny kavereihin yhteyttä,..." (80/kolmas tutkimuskerta).

Ystävien määrä lisääntyy verkostossa seuranta-ajan alun jälkeen ja vaihtelee vain hieman ajan kuluessa (8, 16, 14 ja 16). Ensimmäisellä verkostokartalla (LIITE 1. 1/4) ystävät on merkitty hajalleen ja kauimmaksi egosta koko seuranta-ajalla. Toisella tutkimuskerralla (LIITE 1. 2/4) Veeran mieleen tulee kaksi hänen parasta kaveriaan,

jotka ovat käyneet katsomassa häntä sairaalassa. Kolmas merkitty ystävä on myös hyvä ystävä, mutta yhteydenpito häneen on vaikeaa. Veera erottaa puolitutut *hyvistä* tai *oikeista* ystävistä, joita on noin viisi. Hän rajaa joitakin tuttavapariskuntia verkostonsa ulkopuolelle. Kolmannella tutkimuskerralla (LIITE 1. 3/4) ystävät ovat edelleen lähentyneet edellisestä kerrasta; yksi heistä on kiinni egossa ja toinen hyvin lähellä sitä. Näihin kahteen lähimpään ystäväänsä Veera on seuranta-aikana ollut yhteydessä ja viettänyt aikaa heidän kanssaan. Heidät on vahvistettu verkostokartalla.

> "... mulla on kaks *oikein hyvää* niinku *tyttö*kaveria (...) tässä ihan niinku *niin lähellä.*" (40/kolmas tutkimuskerta).

Veera miettii paljon ystävien (ja suvun) sektoria, koska ajattelee niiden ainakin jossakin määrin olevan pysyvimpiä. Tuttavapariskunnat ovat lähentyneet ja menneet hieman etäisempien ystävien ohitse. Kertooko tämä tutkittavan lähentymisestä suhteessa avomieheen, jonka kanssa tuttavapariskunnat ovat yhteisiä?

Neljännellä tutkimuskerralla Veera kertoo ystävistään lämpöä äänessään. Kahden läheisimmän ystävän kanssa hän on viikoittain tekemisissä. Heistä toisella on juuri menossa kesäloma, jota jo viime kerralla odoteltiin alkavaksi. Kesäloman mahdollistamana he ovat viettäneet enemmän aikaa yhdessä puuhaillen, mikä on vähentänyt Veeran yksinäisyyttä avomiehen ollessa töiden takia paljon matkoilla. Toiseen lähimpään ystävään Veera ei ole nyt ottanut yhteyttä, mitä ihmettelee itsekin. Kaksi lähintä ystävää ovat kuitenkin etääntyneet egosta (LIITE 1. 4/4) ja heidät on merkitty samalle etäisyydelle egosta kuin avomies ja primääriperhekin. Tuttavapariskunnat ovat lisääntyneet edellisestä kartasta yhdellä pariskunnalla.

Lähimpien ystävien jälkeen kaukaisempia ystäviä ja tuttavia on "hirveen vaikee niinku sillai *laittaa*" ja Veera laittaakin niitä "vähän summittain" (66).

> " Ne alkaa olla *perheellisiä* kohta kaikki, ni niillä on *omat touhunsa.* (...) Mut tässä vois olla ehkä ne kenen kans on niinku kuitenki *enemmän* tekemisissä. (66/neljäs tutkimuskerta).

Ammattiauttajat

Ensimmäisessä verkostokartassa (LIITE 1. 1/4) ammattiauttajista lähtee vahvistettuja viivoja, jotka menevät egon sisään. Egon sisään menevät eniten oman psykologin ja

lääkärin viivat. Kolmannella tutkimuskerralla Veera arvioi, että on mahdollista, että hän on sekoittanut työ- ja ammattiauttajien sektoreita toisiinsa sairaalassa ollessaan. Hoitajan hän merkitsee ensimmäisessä kartassa sulkujen sisään, koska hänen tilansa on huono. Hän ilmaisee ehkä näin pettymyksensä hoitajalle, joka on läsnä haastattelutilanteessa.

Toiseen karttaan (LIITE 1. 2/4) Veera ei aluksi haluaisi laittaa yhtään ammattiauttajaa kartalle, koska he eivät ole ymmärtäneet hänen tilaansa eivätkä uskoneet häntä. Lisäksi Veera on pettynyt siihen, että hänelle ei ole esitelty toimintamahdollisuuksia sairaalassa. Hän on hieman lohduton tilansa suhteen. Tunne luottamuksesta ammattiauttajiin ailahtelee. Aluksi sairaalassa on vain ja ainoastaan yksi psykiatri, hänen omansa, johon hän luottaa tällä hetkellä. Veera vahvistaa häntä verkostokartalla lähes yhtä paljon kuin avomiestään. Myös eräs toinen sairaalan psykiatreista on vahvistettuna kartalla. Haastattelun kuluessa luottamusta hoitajiinkin alkaa esiintyä ja hekin kuuluvat lopulta 'avainhenkilöihin', jotka pystyvät häntä auttamaan.

Kolmannessa kartassa (LIITE 1. 3/4) ammattiauttajat ovat lähentyneet edelliskerrasta, vaikka Veera kertookin heidän merkityksensä avohoidon aikana vähentyneen. Tämä ilmenee verkostokartalla siten, että he ovat kauempana egosta kuin "luonnollisen" verkoston läheiset ihmiset. Ensiksi hän merkitsee avohoidosta psykologin. Häntä Veera ei vielä sijoittaisi ihan lähelle itseään, koska hän on tietyllä tavalla vielä vieraampi kuin esimerkiksi omahoitaja sairaalasta. Hän on kuitenkin hyvä olemassa. Hoitajien vähyys aiemmissa kartoissa innoittaa Veeraa osaltaan lisäämään nyt karttaan psykiatrisen sairaanhoitajan. Hän tulee lähiaikoina tervehtimään Veeraa avohoitoon; hän toimii Veeran mielessä linkkinä sairaalan ja avohoidon välillä, mitä ilmaisee hänestä lähtevä viiva kohti sairaalaa.

Linkki on Veeran mukaan hyvä, koska hänen sairaalassaoloaikansa oli niin lyhyt. Veera ei ole varma siitä, kuuluuko sairaala enää hänen verkostoonsa, mutta päättää merkitä sen kauemmas, koska se on kuitenkin "siellä taustalla". Sairaalan miettiminen lisää iloisuutta hänessä ja mietittyään sitä päättää vahvistaa sitä kuvaavaa soikiota sektorin laidalla. Sairaala merkitään isoksi, koska se on iso paikka ja sinne on mahdollisuus palata (avoin lähete), jos vointi huononee, mikä on hyvä tieto olemassa, vaikka hän toivookin selviytyvänsä muutoin.

Neljännessä kartassa (LIITE 1. 4/4) avohoidon psykologi on etääntynyt egosta. Sairaala on hävinnyt kartalta ja Veera selittää, että edelliskerralla hän laittoi sen karttaansa, koska ei silloin vielä tuntenut avohoidosta ammattihenkilöä. Omahoitaja sairaalasta kävi kerran avohoidon psykologin vastaanotolla tervehtimässä Veeraa. Se, että Veera sai lähettää hänen kauttaan sairaalaan terveisiä *toisille työntekijöille* (epäröi tätä) oli hyvä asia. Tämä saattaa kertoa siitä, että Veera kokee itsensä sairaanhoitajaksi työnohjauksessa käydessään psykologin vastaanotolla. Psykologin sijainen menee psykologin asemesta.

Työ

Veera merkitsee ensimmäiseen verkostokarttaan (LIITE 1. 1/4) työsektoriin työkaverinsa ja entisen esimiehensä ammattinimikkeillä. Toisella kerralla (LIITE 1. 2/4) työsektori on jäsentyneempi. Hän sijoittaa työsektoriin ihmisiä "etäisyys *minusta*" perusteella. Veera on vaihtanut työpaikkaa äskettäin. Veera korostaa aluksi, että työsektori kertoo vain Veeran pienestä työtiimistä, ei koko työyhteisöstä. Jotta tilanne alkaisi avautua paremmin kartan kautta, Veera laittaa "*ok*" karttaan sen merkiksi, että ne kolme ihmistä on kaikki ihan hyviä. Hän sijoittaa kartalle myös kaksi työyhteisön ryhmittymää, jotka aiheuttavat hänelle mielipahaa. Nyt työn suhteen esiintyy siis sekä positiivisia että negatiivisia elementtejä. Erotteleeko hän näin ristiriitaisia objektisuhteitaan?

Veera laittaa *entisen* esimiehen kartalle (LIITE 1. 2/4) kysyttyään meiltä, voiko sen laittaa. Entinen esimies on nyt voimakkaasti vahvistettu, mihin saattaa vaikuttaa sekin, että hän on Veeran pyynnöstä osallistunut neljää päivää aiemmin verkostopalaveriin, jossa on pohdittu Veeran työn jatkoa. Veera toteaa entisen esimiehen lisättyään, että "tästä tulee tosi monimutkainen soppa." (57/toinen tutkimuskerta).

Kolmannessa kartassa (LIITE 1. 3/4) entinen esimies on siirtynyt kiinni egoon ja hänet on edelleen vahvistettu. Muut työtoverit on satunnaisesti ripoteltu koko sektorin leveydeltä. Työ herättää hänessä ristiriitaisia tunteita, eikä hän halua miettiä siihen liittyviä asioita. Neljännellä tutkimuskerralla (LIITE 1. 4/4) Veera mietti, että laittaisiko hän työsektoriin tällä kertaa *mitään*, koska on tavallaan irtaantunut siitä ja työntänyt sitä

tietoisesti pois mielestään ja toisaalta hän on miettinyt tulevaisuuttaan sen suhteen paljonkin. Hän sijoittaa kartalle nykyisen esimiehensä, jolle hän on itse soittanut muutaman kerran. Yhteydet häneen on avattu uudelleen pitkän ajan päästä, mikä kasvattaa Veeran sosiaalista verkostoa. Entinen esimies nyt hieman kauempana kartalla kuin nykyinen, mutta kumpikin on nimetty ja hieman vahvistettu tunnuksen lisäksi.

Keväällä, ennen sairastumista, välit työpaikalla olivat tulehtuneet ja Veeraankin kohdistui paljon paineita. Nyt Veera on kuitenkin pysähtynyt juttelemaan kadulla työkavereidensa kanssa ja he ovat lähettäneet hänelle terveisiä ja antaneet tukea sekä ymmärrystä hänen tilanteelleen. Kartalle merkityt työtoverit (LIITE 1. 4/4) ovat niitä, joiden kanssa Veera on ollut tekemisissä työssäoloaikanaan ja heidät on merkitty sektorin ulkolaidalle.

Olisi mielenkiintoista seurata, mikä merkitys suhteen uudelleen viriämisellä nykyiseen esimieheen on Veeran tulevaisuuden kannalta. Selkiyttikö keskustelu tässä yhteydessä ristiriitaisia tunteita, joita Veeralla oli suhteessa työsektoriin ja oliko se avaamassa uudelleen ovia siihen suuntaan? Yksi mahdollisuus olisikin, että hän jatkaisi edellistä työtään ja ottaisi tietoisesti itselleenkin aikaa.