



**Marjo Romakkaniemi**

# Masennus

## Tutkimus kuntoutumisen kertomusten rakentumisesta

Akateeminen väitöskirja,  
joka Lapin yliopiston yhteiskuntatieteiden tiedekunnan suostumuksella  
esitetään julkisesti tarkastettavaksi Lapin yliopiston Fellman-salissa  
syyskuun 3. päivänä 2011 klo 12

Lapin yliopisto  
yhteiskuntatieteiden tiedekunta

Copyright: Marjo Romakkaniemi

Jakelu: Lapin yliopistokustannus  
PL 8123  
FI-96101 Rovaniemi

puh. + 358 (0)40 821 4242 , fax + 358 16 362 932  
[julkaisu@ulapland.fi](mailto:julkaisu@ulapland.fi)  
[www.ulapland.fi/lup](http://www.ulapland.fi/lup)

Painettu  
ISBN 978-952-484-466-6  
ISSN 0788-7604

pdf  
ISBN 978-952-484-467-3  
ISSN 1796-6310  
[www.ulapland.fi/unipub/actanet](http://www.ulapland.fi/unipub/actanet)

# Tiivistelmä

Romakkaniemi, Marjo

Masennus. Tutkimus kuntoutumisen kertomusten rakentumisesta

Rovaniemi: Lapin yliopisto 2011, 264 s., Acta Universitatis Lapponienis 209

Väitöskirja: Lapin yliopisto

ISSN 0788-7604

ISBN 978-952-484-466-6

Tässä tutkimuksessa käsitellään masennuksesta kuntoutumista. Tutkimus rakentaa kuvaa masennuksesta ja siitä kuntoutumisesta kokonaisvaltaisina ilmiöinä, joilla on vahvat sosiaaliset kytkennät. Tutkimuksen taustalla on eksistentiaalis-fenomenologinen ihmiskäsitys, jossa ihmistä pyritään ymmärtämään hänen kokemusmaailmansa kautta. Masennus on aina ainutkertainen kokemus ihmisen ja hänen ympäristönsä välisen suhteen ehdollistamalla tavalla. Masennuksen vaikutukset ulottuvat kaikille elämänavalueille, samoin siitä kuntoutumisen voimavarat on löydettävissä eri elämänavalueilta. Tutkimus vastaa kysymyksiin: Millaisia merkityksiä mielenterveyspalveluilla on masennuksesta kuntoutumisessa? Miten ihmisen arki ehdollistaa ja mahdollistaa masennuksesta kuntoutumista?

Tutkimusaineiston muodostivat 14 miehen ja 5 naisen haastattelut, jotka olivat saaneet mielenterveyspalveluihin hakeuduttuaan diagnoosiksi masennuksen. He olivat iältään 30–63-vuotiaita ja elivät parisuhteessa. Moninaiset elämäntilanteet värittivät haastateltavien kertomuksia. Joillakin oli kouluikäisiä lapsia, toisten lapset olivat jo aikuisia. He olivat työssä käyviä, sairauslomalla, kuntoutustuella tai jo eläkkeellä olevia. Elämäntilanteiden kirjo mahdollisti osaltaan moniulotteisen kuvan saamisen masennuksesta ja siitä kuntoutumisesta.

Tutkimuksen metodologisena taustateorianä on narratiivisuus. Ihmisten kokemukset olivat elettyjä ja kerrottuja. He jäsensivät kokemuksiaan kertomuksiksi, pyrkivät tulkitsemaan ja ymmärtämään elämäntapahtumiaan. Sairastuminen merkitsi kertomuksellista haastetta, jossa ihmiset joutuivat pohtimaan uudelleen elämäntarinansa jatkuvuutta ja merkityksiä. Ihmiset selittivät masennukseen sairastumisestaan monilla elämäntapahtumien liittyvillä tekijöillä ja kriisitilanteilla sekä niiden kasautumisella. Masennukseen sairastuminen osoittautui prosessiksi, jonka kuluessa suh-

de itseen, läheisiin sekä ympäristöön muuttui. Masennukseen sairastumisen kertomuksissa sosiaalisen tilanteen tekijät kietoutuivat vyyhdeksi, jossa syitä ja seurauksia oli lopulta vaikea erottaa toisistaan.

Hoitotilanne tarjosi parhaimmillaan areenan elämäntilanteen reflektointiin. Se edellytti sellaisen vuorovaikutussuhteen muodostumista, jossa ihmiset kokivat tullessa hyväksytyiksi, kuulluiksi ja ymmärretyiksi. Työntekijöiden sitoutuminen sai ihmiset itsensäkin sitoutumaan yhteiseen työstämiseen. Uudenlaiset näkökulmat ja elämäntilanteiden pohtiminen dialogisessa suhteessa auttoivat löytämään elämälle uusia mahdollisuuksia.

Mielenterveyskuntoutuksen käsite oli monille haastattlemilleni ihmisille vieras, eivätkä he useinkaan tienset, mitä se sisällöllisesti olisi voinut olla. Ne, joilla kuntoutustoimenpiteitä oli järjestynyt, kokivat oppineensa itsehoitomenetelmiä, saaneensa vertaistukea sekä kyenneensä toimimaan erilaisissa rooleissa, ei pelkästään autettavana. Kuntoutuksessa on oleellista erilaisissa situaatioissa toimiminen, minkä myötä käytettävissä olevien mahdollisuuksien määrä lisääntyy.

Ihmisten arki osoittautui paradoksaaliseksi. Arjen rutiinit toisaalta muistuttivat omasta jaksamattomuudesta, mutta toisaalta ne rytmittivät ja jäsensivät masennuksen värittämää elämää. Arjen toimista suoriutumisen tuotti pystyvyyden ja hallinnan kokemuksia. Ihminen tarvitsee sekä arjen estetiikkaa ja irrottautumista että sopivassa määrin haasteita ja toimintaa. Jotta terapia olisi vaikuttavaa, sen tulee tarjota arkeen muutosta, muutoin ihminen jättäytyy terapiasta pois.

Masennus on sosiaalinen ilmiö. Sitä määritellään kulttuurisesti ja ymmärretään sosiaalisten tarinamallien avulla. Se kehkeytyy ja siitä kuntoututaan vuorovaikutussuhteissa. Sosiaaliset paineet koetaan yksilötasolla, ja yhteiskunnalliset rakenteet todentuvat viime kädessä ihmisten arjessa. Näin ollen hoidossa ja kuntoutuksessa tarvitaan myös sosiaalisen asiantuntijuutta. Ihmisen sosiaalinen tilanne voi tuottaa masennusta, mutta toisaalta siitä löytyy myös resursseja kuntoutumisen tueksi.

AVAINSANAT: masennus, kuntoutuminen, kokonaisvaltainen ihmiskäsitys, narratiivisuus, mielenterveyspalvelut, arki

# Abstract

Romakkaniemi, Marjo

Depression. A study of the construction of recovery narratives

Rovaniemi: University of Lapland 2011, 264 pp., Acta Universitatis Lapponiensis 209

Dissertation: University of Lapland

ISSN 0788-7604

ISBN 978-952-484-466-6

In this study I examine the process of recovering from depression. This existential-phenomenological study builds up a holistic picture of depression and of recovering from it, including the strong social connections between the two phenomena. The focus is on personal experiences. Depression is always a unique personal experience that is based on the relationship between a person and his/her surroundings. It also affects every dimension of the person's life situation. Simultaneously, the resources for recovery can be found in the person's everyday life.

The study focuses on the following questions: What meanings do mental health services contribute to the process of recovering from depression? What is the role of everyday life in this process?

My research material consists of interviews with 14 men and five women who were diagnosed with depression. They were 30–63 years old, and they lived in a relationship. Some of them had young children, some teenagers, and some even adult children. They were working, on sick leave, in rehabilitation, or retired. Their varied life situations made it possible to get a multidimensional picture of depression and of recovering from it.

The methodological background theory of this study is narrativity, that is, personal lived experiences were narrated in the study. The group under study construed their experiences into narratives for the purpose of interpreting and understanding their life experiences. Falling ill meant a narrative challenge to examine once again the continuity and meanings of their life stories. The group explained their descent into depression using diverse elements of their life courses. Getting depressed turned out to be a process during which the relation to oneself, to the nearest people, and to the environment changes. In social situations the causes

for and consequences of depression intertwined to form an inseparable combination.

At its best, therapy offered an arena to reflect on one's life situation. But this was not possible without a relationship in which the person felt that he or she was approved of, heard, and understood. The commitment of therapists made it easier for people to get involved in a working relationship in which they were able to find new perspectives on their lives. This provided new possibilities.

The concept of mental rehabilitation was not known among some of my interviewees. Those who had participated in rehabilitation felt that they had learned self-help methods, received peer support, and been able to play different roles in life, not just the role of a case that needs help. In fact, it is essential in rehabilitation to perform in different situations to increase the number of possibilities at one's disposal.

Everyday life turned out to be paradoxical. Routines caused feelings of inertia. On the other hand, they gave a rhythm to a depressed person's everyday life. Winning out routines promoted coping. People need relaxation, challenges, and action in the right proportions. Effective therapy brings changes to everyday life; if not, people do not take part in it.

Depression is a social phenomenon. It is defined through culture and understood through social narratives. Depression develops in social interactions, and also recovering from it is a social process. Social pressures are experienced at the individual level, and social structures become realized in people's everyday life eventually. Hence, social expertise is needed in treatment and rehabilitation. People's social situations can produce depression. On the other hand, they also contain substantial resources to support recovery.

**KEY WORDS:** depression, recovering, narrativity, holistic perspective on human beings, mental health services, everyday life.

# Sisällys

|  |     |
|--|-----|
| <b>Aika kiitosten</b> .....  | 11  |
| <b>1 Johdanto</b> .....  | 15  |
| <b>2 Tutkimuksen teoreettis-metodologiset lähtökohdat</b> .....              | 22  |
| 2.1 Eksistentiaalis-fenomenologinen ihmiskäsitys .....                       | 22  |
| 2.2 Narratiivisuus metodologisena taustateoriana .....                       | 28  |
| 2.3 Keskeiset käsitteet .....  | 34  |
| 2.3.1 Masennus .....   | 34  |
| 2.3.2 Masennuksesta kuntoutuminen .....                                      | 42  |
| 2.3.3 Mielenterveyspalvelut masennuksesta<br>kuntoutumisen tukena .....      | 46  |
| 2.3.4 Hoito ja kuntoutus mielenterveyspalveluissa .....                      | 48  |
| 2.3.5 Narratiivisuus ja dialogisuus<br>psykoterapian taustaideologiana ..... | 52  |
| 2.3.6 Mielenterveyskuntoutus .....   | 60  |
| <b>3 Kertomuksista tutkimukseksi</b> .....                                   | 65  |
| 3.1 Tutkimustehtävä ja tutkimuskysymykset .....                              | 65  |
| 3.2 Aineiston hankinnan lähtökohdat .....                                    | 68  |
| 3.3 Tutkimushaastattelu kertomusten näyttämönä .....                         | 70  |
| 3.4 Kertomusten analyysi .....   | 79  |
| 3.5 Tutkimuksen eettisyys .....  | 84  |
| <b>4 Masennuksen monet merkitykset</b> .....                                 | 95  |
| 4.1 Masennus kokemuksena .....   | 95  |
| 4.2 Masennus ja sosiaalinen tarinavaranto .....                              | 105 |
| 4.3 Masennuksen selitysmallit .....  | 113 |
| <b>5 Mielenterveyspalvelut masennuksesta kuntoutumisessa</b> .....           | 126 |
| 5.1 Hoito kuntoutumisen tukena .....   | 126 |

|          |   |            |
|----------|---|------------|
| 5.1.1    | Hoitoon lähteminen juonen käänteenä .....             | 126        |
| 5.1.2    | Hoitotilanteiden merkitykset.....                     | 132        |
| 5.1.3    | Hoitotilanteissa koetut ongelmat .....                | 151        |
| 5.2      | Kuntoutus kuntoutumisen kertomuksissa.....            | 165        |
| 5.2.1    | Kokemukset kuntoutustoimenpiteiden merkityksestä..... | 165        |
| 5.2.2    | Kuntoutus prosessina.....                             | 179        |
| <b>6</b> | <b>Arjen merkitykset kuntoutumisessa.....</b>         | <b>187</b> |
| 6.1      | Arjen moniulotteisuus .....                           | 187        |
| 6.2      | Arjen reflektiivisyys.....                            | 198        |
| 6.3      | Sosiaaliset suhteet kuntoutumisen tukena.....         | 205        |
| 6.4      | Toiminnan merkitys kuntoutumisessa.....               | 214        |
| <b>7</b> | <b>Masennuksesta kuntoutumisen kertomus.....</b>      | <b>223</b> |
| <b>8</b> | <b>Lopuksi.....</b>                                   | <b>237</b> |
|          | <b>Lähteet.....</b>                                   | <b>248</b> |
|          | <b>Liite.....</b>                                     | <b>263</b> |



## Kuviot

|  |     |
|--|-----|
| KUVIO 1. Hoidon ja kuntoutuksen erot.....                            | 51  |
| KUVIO 2. Hoitotilanteissa vaikuttavat ulottuvuudet.....              | 133 |
| KUVIO 3. Hoitotilanteiden merkitykselliset tekijät.....              | 150 |
| KUVIO 4. Hoidon ja kuntoutuksen lähtökohdat.....                     | 178 |
| KUVIO 5. Arjen toistuvuuden monimerkityksisyys.....                  | 194 |
| KUVIO 6. Merkitykselliset tekijät masennuksesta kuntoutumisessa..... | 227 |
| KUVIO 7. Terapian merkitys kuntoutumisessa.....                      | 232 |



## Aika kiitosten

On aika päättää väitöskirjan tekemisen prosessi, ja mikä olisikaan mieluisampaa kuin kiittää niitä ihmisiä, jotka ovat mahdollistaneet sen. Väitöskirjan työstäminen on ollut monen vuoden pituinen prosessi, jona aikana useiden ihmisten tekemä työ, tuki, kommentit, uusien näkökulmien avaaminen, kannustaminen ja ystävyys ovat siivittäneet tekemistäni eteenpäin. Väitöskirjan kirjoittaminen on ollut ajoittain yksinäistä puurtamista, ajoittain yhdessä ihmettelemistä ja pohtimista, palautteen vastaanottamista ja sen työstämistä edelleen osaksi omaa ajattelua.

Minulla on ollut mahdollisuus ja ilo tehdä tutkimustani sitoutuneiden, asiantuntevien ja tutkimukselleni merkittävien ihmisten kanssa. Haluan ensimmäiseksi kiittää tutkimukseni ohjaajia professori Anneli Pohjolaa ja professori emerita Aila Järvikoskea. Teidän kannustava ohjaamisenne on auttanut minua eteenpäin tutkimusprosessissani sen alkumetreiltä alkaen. Vuosien varrella olen tuottanut luettavaksenne erinäisiä tekstejä, joihin saamani rakentavat ja kriittiset kommentit ovat vieneet prosessiani eteenpäin. Sydämelliset kiitokseni teille.

Tutkimukseni esitarkastajiksi lupautuivat dosentti Riitta Granfelt ja VTT Jukka Valkonen. Kiitän teitä lämpimästi syvällisestä paneutumises-tanne tutkimukseeni. Sain teiltä arvokkaita kommentteja tutkimukseni viimeistelyvaiheeseen. Kommentit osoittivat niin tutkimukseni kehittämisen paikkoja kuin näkemiänne vahvuuksia, ja ne auttoivat ja rohkaisivat minua viemään tutkimukseni päätökseen. Arvostan suuresti teidän tapaanne tehdä tutkimusta ja kirjoittaa siitä ja olen erityisen kiitollinen Riitta Granfeltille vastaväittäjäksi lupautumisesta.

Koen olevani etuoikeutettu, sillä minulla on ollut mahdollisuus toimia monissa innovatiivisissa, keskustelemissa ja kannustavissa työyhteisöissä. Lapin yliopiston sosiaalityön oppiaineessa on luotu puitteet, jossa väitöskirjaa on ollut mahdollista tehdä. Jatkokoulutusseminaareissa saadut kommentit veivät aina tekstejäni eteenpäin ja ilman kirjoittamiselle varattua periodia ei väitöskirjani olisi edennyt. Kiitän teitä kollegani

kaikkia yhdessä ja jokaista erikseen. Saamani kannustus on ollut enemmän kuin tarpeen prosessin eri vaiheissa. Haluan lausua lämpimät kiitokseni Merja Laitiselle ja Sanna Väyrykselle, jotka kaikkien kiireittenne keskellä jaksoitte lukea ja kommentoida papereitani. Kiitos rohkaisevasta kannustuksestanne. Kiitän myös professori Suvi Ronkaista. Datasessiossa saamani terävät ja asiantuntevat havaintosi aineistostani antoivat eväitä sen lukemiseen ja analyysiin. Kiitos kuuluu myös professori Juhana Perttulalle mahdollisuudestani reflektoida tutkimukseni teoreettista viitekehystä. Kiitän myös Lasse Rantasta lupauduttuasi tekemään väitöskirjalleni kansikuvan. Aivan erityisesti haluan kiittää Arja Kilpeläistä tuestasi ja avustasi sekä ennen kaikkea ystävyystenistäsi. Olet ollut tässäkin prosessissa mukana niin monin tavoin. Paljosta olen sinulle kiittollinen. Lämmin halaus sinulle.

Tutkimukseni alkulähde on mielenterveyspalveluihin sijoittuvassa sosiaalityössä: Kemlin mielenterveysasemalla, Kemlin terveyskeskuksen mielenterveysneuvolassa sekä Keroputaan sairaalassa ja Tornion psykiatrian poliklinikalla. Mieleeni palaa monia ihmisiä, joita muistelen edelleen lämmöllä. Tämä tutkimus toteutui *Narratiiviset ja dialogiset prosessit mäsennuksen pari- ja perheterapioissa* -kehittämisen- ja tutkimusprojektin yhteydessä. Kiitokset kuuluvat psykiatrian erikoislääkäri Birgitta Alakareelle ehdotettuasi hankkeeseen liittymistä sekä hankkeen johtajalle professori Jaakko Seikkulalle, joka mahdollistit siihen osallistumisen. Kiitän myös hankkeeseen osallistuneita entisiä työtovereitani Markku Sutelaa, Riitta Södervallia ja Airi Lindholmia yhteistyöstänne. Teidän avullanne tavoitin ihmiset, joita minun oli mahdollista pyytää haastateltavikseni. Kiitän lämpimästi myös muita Keroputaan sairaalan entisiä työtovereitani, ja aivan erityisesti Kirsti Hietasta, jonka kanssa vietimme erinäisiä työpäiviä keskustellen mielenterveyskuntoutuksen kehittämistä ja myös toteuttamisen käytännössä ajatuksiamme.

Ajattelen suurella lämmöllä ”rytmiryhmäämme”, johon kuuluvat Airi Satta-Vaara, Päivi Köngäs-Saviaro, Sirpa Kostamo ja Tuula Tervaharju. Saimme haastavan tehtävän aloittaa toiminnan uudessa, perusterveydenhuoltoon erikoissairaanhoidosta erotetussa mielenterveysyksikössä, jonka nimesimme mielenterveysneuvolaksi. Yksikköön kohdentui monia odotuksia ja ulkoisia paineita, joista kuitenkin selviydyimme kunnialla. Työ-

toveruus syveni teidän kaikkien kanssa ystävyudeksi, jossa olemme eläneet toistemme iloja ja suruja. Rytmiryhmä työyhteisönä on hajonnut, mutta ystävyys välillämme on säilynyt ja syventynyt. Rytmiryhmä rules! Lämpimät kiitokseni teille.

Lämmin kiitokseni myös kaikille haastattelemilleni ihmisille. Kiitokset ajastanne ja kiitokset siitä, että jaoitte kokemuksianne minun kanssani.

Väitöskirjan tekeminen on vaatinut vetäytymistä omiin oloihin, kirjallisuuteen sukeltamista, itsekseen miettimistä, välillä ahdistusta, välillä taas onnistumisen ja oivaltamisen kokemuksia. Tämän kaiken on mahdollistanut perheeni. Lapsuuden kodistani sain eväät opiskelemiseen sekä tuen ja kannustuksen opintojen läpiviemiseen. Kiitän lämpimästi isääni Kalevi Peltomaata sekä ystäväämme Pirkko Heinosta tutkimukseni kieliasun tarkastamisesta sekä muusta kannustamisesta ja läsnäolosta. Arvostan suuresti sinua isä – avuliaisuuttasi ja tukeasi kaikissa tekemisissäni. Väitöskirjan tekemiseen syventyminen tarvitsee vastapainokseen iloa, rentoutumista, irtiottoja kirjoittamisesta sekä sitä aivan tavallista arkea. Keskittyminen edellyttää, että elämä on tasapainossa. Kiitän sinua Tuomo siitä. Olet jaksanut kulkea rinnalla, kannustaa, antaa aikaa ja tilaa kirjoittamiselle, huolehtia arjen sujumisesta. Kiitos, että olet olemassa.

Kotona Kantolantiellä 21.6.2011

*Marjo Romakkaniemi*



# 1 Johdanto

Masennus koskettaa monia ihmisiä joko suoraan tai välillisesti. Masennuksesta puhuttaessa viitataan hyvin monentasoisiin, usein nopeastikin ohimeneviin tunnetiloihin. Arviolta viidellä prosentilla suomalaisista on vakava masennus, jolloin on kyseessä pidempiaikainen tunnetila. Neljäsosalla suomalaisista arvioidaan olevan haittaavia psyykkisiä oireita ja 15–20 prosentilla on diagnosoitavissa oleva mielenterveyden häiriö. Tätä suurempi osa ihmisistä on kosketuksissa mielenterveyden ongelmiin läheisen kautta. Vaikka vaikea-asteisten masennustilojen esiintyvyyden ei arvioida lisääntyneen, masennuksesta on tullut keskeinen kansanterveysongelma. Se on yleistynyt jatkuvasti 2000-luvulla työkyvyttömyyseläkkeen perusteena. Joka viides sairauspäivärahopäätös tehdään psyykkisin perustein. Käynnit mielenterveyden ongelmien vuoksi niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossakin ovat lisääntyneet, samoin kuin masennuslääkkeiden käyttö. (Gould 2007, 26–27; Isometsä 2008, 167–168; Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009, 13; THL, Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet 2005–2011.) Masennukseen haetaan ulkopuolista apua aiempaa useammin, ja se johtaa työelämästä poistumiseen enenevässä määrin.

Sytykkeenä tälle tutkimukselle on toiminut 13 vuoden pituinen työkokemukseni mielenterveystoimiston sosiaalityöntekijänä. Pohdin tuolloin usein paikkaani muiden ammattien joukossa. Terveystuollon sosiaalityön lähtökohtana sanotaan olevan kokonaisnäkemys sairauden ja sosiaalisten tekijöiden yhteyksistä (Lindén 1999, 55; Terveys- ja sosiaalityön nimikkeistö 2007, 9). Koin tarpeelliseksi jäsentää, mitä kokonaisvaltaisuus mielenterveyden ongelmien yhteydessä tarkoittaa ja millaisia sisältöjä sairauden ja sosiaalisten tekijöiden välinen yhteys saa. Mieleeni on piirtynyt myös Markku Salon (1996, 264) kriittinen näkemys moniammatillisten tiimien vakiintumisesta mielenterveystyön perusyksiköiksi niin, että mielenterveystyön viitekehys on yhtenäistynyt ammattikuntien välillä. ”Sosiaalisen” asiantuntijuuden paikantamiselle ja jäsentämiselle oli tilausta silloin ja koen edelleen olevan.

Aiheeni valintaan vaikutti myös lisensiaatintutkimukseni (Peltomaa 2005), jossa lähestyin kokonaisvaltaisuutta kuntoutumisvalmiuden käsitteen avulla. Kuntoutumisvalmiudella tarkoitetaan ihmisen tarvetta ja halua asettaa omaa elämää koskevia tavoitteita sekä sitoutumista niihin. Tarkastelin kuntoutumisvalmiuden rakentumisen ehtoja. Kuntoutumisvalmius osoittautui monitahoiseksi ilmiöksi, joka määrittyi vuorovaikutuksessa hoitojärjestelmän sekä ympäristön kanssa. Tutkimukseni antoi viitteitä siitä, että kuntoutus jäi usein mielenterveyspalveluissa toteutumatta, mikä johti monien ihmisten kohdalla palveluihin tyytymättömyyteen, kokemukseen valinnanmahdollisuuksien vähäisyydestä ja palveluiden riittämättömyydestä sekä omien tulevaisuuden tavoitteiden hahmottumattomuuteen. Tutkimukseni mukaan ne ihmiset, joilla ei ollut muuta hoitoa tai kuntoutusta kuin keskustelukäynnit mielenterveystoimistossa, olivat useammin epä tietoisia siitä, mitä olisivat tehneet kuntoutuakseen ja millaisia kuntoutuspalveluita heillä olisi ollut käytettävissään. Tutkimustulos sai minut pohtimaan, mikä hoidossa on kuntouttavaa ja millaista kuntoutusta mielenterveyspalveluissa tulisi olla tarjolla.

Vaikka masennusta määritetään pääasiassa lääketieteellisistä ja psykologisista lähtökohdista, sen yleistymisen syytä etsitään sosiaalisista oloista, kuten yhteisöllisyyden katoamisesta, yhteiskunnan epävarmuuden lisääntymisestä ja yksilöllistymisestä, työelämän vaatimusten kiristymisestä, turvattomuudesta ja syrjäytymisestä. Mielenterveyspalveluiden kysynnän lisääntymisen nähdään liittyvän yhteiskunnallisiin muutoksiin, perhe- ja sukulaissiteiden löystymiseen ja mielenterveydenhäiriöihin liittyvän stigman lieventymiseen (Wahlbeck 2007, 92). Mielenterveysongelmien taustalta löytyy usein sosiaalisia ongelmia, ihmisen ja hänen ympäristönsä välisiä jännitteitä, ihmissuhdevaikeuksia ja elämäntilanteeseen liittyvää kuormaa (Aneshensel & Phelan 2006, 3–4; Gould 2007, 56–59; Tontti 2000, 119; Valkonen 2007, 37). Toisaalta mielenterveyden häiriöt altistavat muille ongelmille, jolloin ihmisen elämäntilanteen ongelmat ja masennus kietoutuvat vyyhdeksi niin, että masennuksen syytä ja seurauksia on vaikea erottaa. Ihmisen käsitys itsestään ja omasta toimijuudestaan muuttuvat, samoin kuin ihmisen suhde ympäristöönsä muuttuu.

Kun mielenterveyskuntoutus määritellään toiminnaksi, jolla ihmisen selviytymistä ja elämänhallintaa pyritään tukemaan sekä auttamaan ih-



mistä arvioimaan mahdollisuuksiaan, liikutaan keskeisesti sosiaalityön toimintakentässä. Kuntoutus on kuitenkin näkemykseni mukaan edelleen mielenterveysongelmien kohdalla selkiintymätön sekä käsitteenä että sen myötä myös toimintana (ks. Anthony ym. 2002, 11; Koskisuus 2002, 145; Riikonen & Järvikoski 2001, 162). Sosiaali- ja terveysministeriön asettaman mielenterveystyön asiantuntijaryhmän antamissa kehittämissuosituksissa korostetaan tarvetta kuntoutumisprosessia tukevien toimintatapojen kehittämiseen ja monipuolistamiseen sekä ammatillisen kuntoutuksen toimintamuotojen ja perusrakenteiden kehittämiseen. Työryhmässä todettiin, että psykoterapia on tärkeä hoitomuoto, mutta sen lisäksi on tärkeää arvioida myös muiden mahdollisten kuntoutusvaihtoehtojen tarkoituksenmukaisuutta, ennen kuin päätös psykoterapian aloittamisesta tehdään. Tarvitaan sekä yksilökeskeisiä työtapoja että ryhmämuotoisia, perhe- ja verkostokeskeisiä työskentelytapoja. (Näkökulmia mielenterveyskuntoutukseen 2002.) Kannanotosta on kulunut jo useita vuosia, mutta vielä vuoden 2007 sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsauksessa todettiin, että mielenterveystyö on monissa kunnissa kehittymätöntä (Wahlbeck 2007, 88). On siis tarpeen selkiyttää hoidon, terapian ja kuntoutuksen lähtökohtia ja tavoitteita sekä näiden konkretisoitumista toiminnaksi.

Tarkastelen tässä tutkimuksessa masennuksesta kuntoutumista. Syvennyn tutkimaan, mitkä tekijät ovat ihmisten elämäntilanteissa olleet merkityksellisiä heidän kuntoutumisensa kannalta. Ulotan kiinnostukseni sekä mielenterveyspalveluihin että ihmisten arkeen, sillä pyrki- myksenäni on saavuttaa kuntoutumisesta kokonaisvaltainen kuva. Sosiaalityössä ihmistä tarkastellaan elämäntilanteessaan ja lähtökohtani on, että kuntoutumisen elementit löytyvät niin terapiasta kuin muustakin elämäntilanteesta. Terapia ei voi kulkea täysin irrallaan, vaan sen tulee asettua osaksi ihmisen subjektiivista arkitodellisuutta (Dreier 2008; Valkonen 2007, 1). Mielenterveyspalvelut käsittävät tutkimuksessani ne hoito- ja kuntoutuspalvelut, joista haastattelemillani ihmisillä oli kokemusta. Pääasiassa kokemukset liittyivät psykiatrisessa avohoidossa käytyihin terapiakeskusteluihin, mutta joillakin haastateltavistani oli kokemuksia terapian lisäksi ryhmämuotoisesta kuntoutuksesta. Kuntoutuminen kulkee tutkimuksessani punaisena lankana, jonka ympärille pyrin kutomaan

kokonaisuudeksi sen, miten terapia ja arki rakentavat tai mahdollisesti murentavat sitä.

Aiheeni johtaa minut tutkimaan ihmisten kokemuksia ja niille annettuja merkityksiä. Fenomenologinen käsitys näkee ihmisen suhteen maailmaan intentionaalisen ja elämäntilanteet merkityksellistyvinä (Kantola 2009, 28; Laine 2001, 29; Perttula 2008, 116–117). Ihmisten kokemuksissa elämäntilanteiden ja -tapahtumien saamat merkitykset voivat olla niin kuntoutumista edistäviä kuin sitä murentavia. Osalla ei ole kuntoutumisen kannalta merkitystä. Havaitsemisen kohteet eivät näyttäyty neutraalina vaan havaitsijan pyrkimysten, kiinnostusten ja uskomusten kautta (Laine mt., 29). Näin ollen ihmisten kokemukset ja niille annetut merkitykset ovat aina ainutkertaisia ja sidoksissa ihmisen olemassaoloon.

Fenomenologisen ajattelun pohjalta olen kiinnostunut masennuksesta sellaisena, kuin se tutkimukseni ihmisille näyttäytyy. Fenomenologinen analyysi jättää Lauri Rauhalan (2005b, 34) mukaan avoimeksi kysymyksen siitä, miksi tietyt ymmärtämisen tavat muodostuvat vallitseviksi. Näen masennuksen ihmisen olemassaoloa värittävästä tekijänä. Se vaikuttaa siihen, miten ihminen hahmottaa itseään, omia mahdollisuuksiaan ja paikkaansa. Martin Heidegger (2007, 32–33) näkee olemassaolon aina ainutkertaisena ja erityisenä. Ihminen tarkastelee todellisuuttaan oman olemisensa ja tilanteensa mahdollistamalla tavalla. Masennuksesta kuntoutumisen kertomukset rakentuvat siten kunkin henkilön omista lähtökohdista sekä tavoista jäsentää ja kokea maailma. Eksistentialismissa katsotaan siis ihmisen ympäristösuhteen olevan keskeinen olemassaoloa määrittävä tekijä, ja siksi näen sen hedelmällisenä tavoitellessani masennuksen sosiaalista ulottuvuutta.

Näen masennuksen myös vuorovaikutuksellisenä ilmiönä. Mielen-terveysongelmien määrittely ja niihin liittyvä hoito ja kuntoutus ovat aina sosio-kulttuuristen keskustelujen ja määrittysten tulosta, sidoksissa omaan aikaansa ja kontekstiinsa. Ihmiset käyttävät apunaan kulttuurisia mallitarinoita jäsentäessään kokemuksiaan. He poimivat tarjolla olevista kulttuurisista käsityksistä itselleen soveltuvia ja muokkaavat niitä oman ymmärryksensä ja tilanteensa mukaisesti osaksi omaa kertomustaan itsestään. (Hänninen 2003, 50–52.) Kuntoutuminen tapahtuu vuorovaikutuksessa toisten ihmisten ja ympäristön kanssa. Kertomukset kuntou-

tumisesta kuvaavat samalla niitä sosiaalisia ympäristöjä, joissa ihmiset elävät. Ne kertovat niistä ihmisistä, joilla on ollut merkitystä kuntoutumisen prosessissa sekä niistä sosiaalisista rooleista, joista he ovat pyrkineet selviytymään sairaudestaan huolimatta. Yhteiskunnalliset rakenteet realisoituvat arjessa ja näin ollen kertomukset masennuksesta kuntoutumisesta sisältävät myös kuvauksia siitä, mikä osa ympäristöstä sisältyy heidän kokemusmaailmaansa.

Tutkiakseni kokemuksia kuntoutumiseen vaikuttaneista tekijöistä pyysin ihmisiä kertomaan minulle niistä. Kertomukset sairauksista ovat useimmiten kuvauksia siitä, mikä merkitys sairaudella on ollut elämässä, miten se on muuttanut identiteettiä ja miten se on vaikuttanut elämäntilanteeseen. Ne sisältävät käsityksiä masennuksen syistä ja seurauksista sekä masennuksen vaiheista. Ne kertovat myös siitä, miten heidät on kohdattu palveluissa ja miten he kokevat tullessa kuulluiksi. Kokemuksista tulee kertomusten avulla näkyviä ja jaettavia. (Hydén & Brockmeier 2008, 2; McLeod 2006, 104; Valkonen 2007, 2.) Kertomukset kuvaavat paitsi ihmisten kokemuksista sairaudestaan myös niistä sosiaalisista konteksteista, jotka ovat olleet merkityksellisiä sairauden kannalta.

Tutkimukseni toteutui *Narratiiviset ja dialogiset prosessit masennuksen pari- ja perheterapioissa* -kehittämisen- ja tutkimusprojektin yhteydessä. Kyseisen tutkimuksen johtajana toimi professori Jaakko Seikkula, ja se toteutettiin Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksella sekä kolmen eri sairaanhoitopiirin alueilla toimivilla psykiatrian avohoitopoliklinikoilla. Tavoitteina oli perheterapiaprosessien kehittäminen ja perheterapian tuloksellisuuden selvittäminen suhteessa tavanomaiseen hoitoon. Projekti toteutettiin satunnaistettuna monikeskustutkimuksena niin, että jokaisessa tutkimuskeskuksessa muodostettiin tutkimusryhmä ja vertailuryhmä, joihin asiakkaat ohjautuivat arpomalla. Tutkimusryhmään osallistuneille ihmisille järjestettiin pari- tai perheterapia. Heidän hoidostaan vastuullisilta työntekijöiltä edellytettiin vähintään erityistason perheterapiakoulutusta sekä kokemusta narratiivisiin ja dialogisiin prosesseihin suuntautuvasta terapiasta. Vertailuryhmään osallistuneet ihmiset saivat sellaista palvelua, jota tutkimuskeskuksessa oli tapana järjestää. (Rautiainen & Seikkula 2007, 211–212; Seikkula 2005.) Se tarkoitti siinä tutki-

muskeskuksessa, jossa olen toteuttanut haastatteluni, avoimen dialogin hoitomallia.

Oma tutkimukseni toteutui yhdessä tutkimuskeskuksessa, ja se on suhteessa laajempaan tutkimushankkeeseen itsenäinen tutkimus. Olen saanut tutkimusluvan osana laajempaa hanketta ja olen saanut myös haastateltavieni yhteystiedot hankkeen avulla. Kyseisessä tutkimuskeskuksessa laajempaan hankkeeseen valikoitui 21 ihmistä ja heistä 19 antoi suostumuksensa tähän tutkimukseen. Koska oma tutkimusintressini kohdentui siihen, mikä hoidossa ja kuntoutuksessa on ollut merkityksellistä, en ole omassa tutkimuksessani käyttänyt vertailuasettelmaa. Oleellista oli se, mitä merkityksiä ihmiset antoivat hoidolleen ja kuntoutukselleen. Anonymiteetin säilyttämiseksi en tule kuvaamaan aineistolainauksissa, kumpaan ryhmään ihmiset kuuluivat.

Olen rakentanut tutkimukseni seuraavasti. Luvussa kaksi esitän tutkimukseni teoreettisen ja metodologisen perustan. Avaan tutkimukseni taustalla olevaa eksistentiaalis-fenomenologista lähestymistapaa sekä siihen pohjautuvaa holistista ihmiskäsitystä. Metodologisena taustateorian tutkimuksessani on narratiivisuus, sillä lähtökohtanani on ajatus siitä, että ihmiset refleктоivat kokemuksiaan, jolloin ne jäsentyvät narratiivisesti. Ihmiset pyrkivät jäsentämään elämäkokemuksiaan ymmärrettäviksi ja johdonmukaisiksi, vaikka arkitodellisuus on tuonut heidän elämäänsä ristiriitaisuutta ja epäjärjestyttä. Ihmiset hyödyntävät kulttuurisia kertomuksia pyrkiessään hahmottamaan omaa elämäntilannettaan. Kokemukset rakentuvat kertomuksiksi masennuksesta ja siitä kuntoutumisesta. Luvussa kaksi määrittelen lisäksi tutkimuksen keskeiset käsitteet. Luvussa kolme kuvaan tutkimusasetelmaani: tutkimustehtävää ja tutkimuksen kontekstia. Käsitteelen haastatteluja kertomusten tuottamisen menetelmänä sekä jäsenän omaa paikkaani tutkijana. Pohdin myös tutkimuksen eettisyyttä.

Luvut neljästä seitsemään ovat tutkimukseni empiirisiä lukuja. Analyysini on aluksi kertomusten analyysiä eli tematisoivaa ja luokittelevaa analyysiä ja sen jälkeen narratiivista analyysiä eli kertomusten kokonaisuuden perusteella toteutettavaa analyysiä. Aloitan tarkastelemalla ihmisten kokemuksia masennuksesta ja sen merkityksistä elämäntilanteeseen. Masennuskokemusten ymmärtäminen ihmisten elämäntilan-

teiden kannalta on oleellista pyrittäessä hahmottamaan kuntoutumisen kokemuksia ja siihen sisältyviä haasteita. Pyrin jäsentelemään, mitä tekijöitä ihmiset näkevät masennuksensa taustalla ja miten masennus on ehdollistanut heidän valintojaan. Luvussa viisi tarkastelen mielenterveyspalveluiden merkityksiä ja seuraavassa luvussa elämäntilanteen muiden tekijöiden merkityksiä masennuksesta kuntoutumisessa. Analyysitapani on tässä yhteydessä temaattinen, sillä pyrin tavoittamaan kokemusten moninaisuutta. Luku seitsemän on edelleen empiirinen luku, mutta samalla kokoan yhteen tutkimukseni tuloksia. Analyysini on tässä luvussa narratiivista. Se tarkoittaa ihmisten kuntoutumisen kertomusten tarkastelemista kokonaisuuksina. Hahmotan palveluiden merkitystä osana ihmisten kuntoutumisen kertomuksia. Etsin kertomuksista juonirakenteita ja pyrin löytämään kertomusten välisiä yhtäläisyyksiä. Pidän tärkeänä tuoda tutkimuksessani esille kuntoutujien oman näkökulman ja pyrin välittämään heidän kokemuksiaan heidän omalla kielellään. Tästä syystä tutkimukseni sisältää runsaasti aineistolainauksia. Ne tekevät myös oman tulkintani näkyväksi. Kahdeksas luku on tutkimukseni viimeinen luku, ja sen tarkoitus on reflektoida asettamieni tavoitteiden toteutumista sekä pohtia tutkimuksen luotettavuutta.

## 2 Tutkimuksen teoreettis-metodologiset lähtökohdat

### 2.1 Eksistentiaalis-fenomenologinen ihmiskäsitys

Tutkimukseni taustalla on eksistentiaalis-fenomenologinen ihmiskäsitys, jossa ihmistä pyritään ymmärtämään hänen kokemusmaailmansa kautta. Keskeistä eksistentiaalisessa ihmiskäsityksessä on täällä olemisen sekä sen ajallisuus ja tilallisuus. Täällä olemista kehystävät mahdollisuudet, jotka ihminen on itse valinnut, joihin hän on kasvanut tai jollakin tapaa joutunut. Ihmisen tietäminen on siis aina tietämistä jostakin ajallis-tilallisesta paikasta. (Heidegger 2007, 32–38, 82–88.) Eksistentiaalisuus korostaa jokaisen ihmisen olemassaolon ainutkertaisuutta. Martin Heideggerin (mt., 50–52) mukaan kysymys olemisen mielestä on fenomenologinen. Fenomenologiassa tarkastellaan ihmisen erityisiä tapoja kohdata ilmiöitä. Ihminen on intentionaalinen ja hän arvioi kohtaamiaan ilmiöitä ja antaa niille merkityksiä. Eksistentiaalis-fenomenologisen lähestymistavan mukaisesti pyrin tarkastelemaan masennusilmiötä ainutkertaisena ja sellaisena kuin se ihmiselle itselleen ilmenee. Erilaiset elämäntilanteet ja elämäntapahtumat merkitsevät ihmiselle jotakin ja tarkastelen, mitä nämä merkitykset tarkoittavat masennuksen ja siitä kuntoutumisen kannalta.

Ajatteluni ankkuroituu Lauri Rauhalan holistiseen ihmiskäsitykseen, jonka mukaan ihmisen olemassaolo on kehollista, tajunnallista ja situationaalista. Yleisesti puhutaan fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta, kun halutaan korostaa ihmiskäsityksen holistisuutta. Ihmisen biologisen, psyykkisen ja sosiaalisen ulottuvuuden huomioivaa sairauksien arviointimallia on kehitetty 1970-luvulta alkaen, ja se on tullut osaksi niin lääketieteellisiä, psykologisia kuin sosiaalitieteellisiäkin diskursseja. Holistinen näkemys ei kuitenkaan synny kuvaamalla fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista aluetta rinnakkain, vaan niitä tulee tarkastella sekä erikseen että suhteessa toisiinsa. (Freedman 1995; Järvikoski & Karjalainen 2008, 82; Niemelä 2009, 213; Saastamoinen 2000, 262; Talo ym. 2001, 55–56.)

Rauhalan (2005a, 33, 60, 146) mukaan kehollisuus viittaa olemassaoloon orgaanisena tapahtumana. Kun kehossa tapahtuu muutoksia, muuntuu myös kokemuksen hermostolliset ehdot ja sen myötä kokemus. Ihmisen tajunta tulkitsee kehollisuutta, kun orgaanisia tapahtumia käsitteellistetään ja niitä pyritään ymmärtämään. Lääkkeillä on välitön vaikutus kehon orgaaniseen tapahtumiseen, samoin kuin fyysisellä kuntoutuksella. Kehon toiminta ja toiminnan häiriöt vaikuttavat siihen, mitä ihminen pitää itselleen mahdollisena. Fyysinen toimintakyky ehdollistaa ihmisen mahdollisuuksia. Arthur Frankin (1995, 2–3) näkemyksen mukaan keho on kuitenkin paljon enemmän kuin orgaaninen kokonaisuus. Se ei ole mykkä, sillä ei vain ole sanoja. Se puhuu oireiden ja kivun välityksellä. Sairastumisen yhteydessä kehosta tulee itselle vieras ja ihmiselle syntyy tarve löytää kertomuksia, joiden avulla hän voi jäsentää kehonsa uudelleen. Kehollisuus on näin ollen erottamaton osa sairauden kokemusta, sillä sairastumiseen liittyvät kertomukset eivät pelkästään kerro sairaudesta, vaan ne ovat sairastuneen kehon välittämiä.

Kehollisuutta voidaan ajatella myös laadullisena ulottuvuutena, jolloin ihmisen ajatellaan olevan maailmassa kehonsa kautta. Elämäntilanne merkityksellistyy siitä paikasta, johon keho on asettunut ja mitä elämäntilanteesta on läsnä sen välittämänä. Se toimii aistimusten kenttänä, mutta samalla myös viestittää ilmeillään, eleillään, liikkeillään ja asennoillaan. Keho luo tajunnallisen suhteen elämäntilanteen muihin ulottuvuuksiin, sillä se toimii etäisyyksien kiintopisteenä. (Heinämaa 2000, 114–115; Perttula 2008, 120–121.) Marjo-Riitta Reinikainen (2004, 176) toteaa vammaisen kehon joutuvan helposti katseiden kohteeksi, mikä saa ihmiset eristäytymään. Keholla on siten myös sosiaalisia merkityksiä.

Tajunnallisuus tarkoittaa inhimillisen kokemisen kokonaisuutta ja mielellisyyttä. Ihmisen tajunnallisuus on intentionaalista. Kun tajunta suuntautuu johonkin kohteeseen, ihminen kokee elämyksiä. Ilmiöitä ymmärretään mielen avulla ja ne saavat ihmisen kannalta jonkin merkityksen. Todellisuudesta muodostuu tällöin ihmisen kannalta merkityksellinen, vaikka hän ei välttämättä ymmärrä tai kykene käsitteellistämään kokemaansa. Siitä huolimatta, että kokemus on käsittämätön, elämys on todellinen. Ihminen pyrkii ymmärtämään merkityssuhteiden avulla omaa situaatiotaan. Ne kutoutuvat verkostoiksi, joista muotou-

tuu käsitys maailmasta sekä itsestä. Merkityssuhteet jäsenyvät jatkuvasti uudelleen, toisinaan unohtuvat ja usein palautuvat jälleen tietoisuuteen. Ne eivät aina jäsenny selkeiksi vaan voivat olla epäselviä, vääristyneitä tai jäsentymättömiä. Silloinkin ne ovat merkityssuhteita. Rauhala kutsuu psyykkisiä häiriöitä merkityssuhteiden verkostoiksi, jotka ovat ihmisen itsensä kannalta epäsuotuisia. (Perttula 2008, 116; Rauhala 2005a, 34–36.)

Ihminen on suhteessa maailmaan situatiansa kautta, joka on aina ainutlaatuinen. Ihmistä ei voida käsittää ilman sitä maailmaa, jossa hän elää, sillä ihminen on kehollisuudessaan ja tajunnallisuudessaan väistämättä suhteessa johonkin. Situaatioon sisältyy sekä konkreettista todellisuutta (elinympäristö, työolosuhteet, koti, perhe) että ideaalista todellisuutta (kulttuuriset käsitykset, uskomukset, arvot, normit). Situaatio määrittäytyy sekä kohtalomaisesti (vanhemmat, kansallisuus, yhteiskunta) että valintojen kautta (puoliso, ystävät, harrastukset, työ). Situaatio rajaa ympäristön moninaisuudesta ne rakennetekijät, joihin ihminen on suhteissa. Suhde situaatioon merkitsee myös sitä, että samatkin elämäntilanteen tekijät näyttäytyvät erilaisina eri ihmisten kohdalla, sillä suhde situaatioon on aina ainutkertainen. Jos ihmisen olemassaolo todellistuu epäsuotuisissa olosuhteissa, nämä situatation piirteet rajautuvat ymmärtämisen yhteydeksi. (Heidegger 2000, 32–33; Heinämaa 2000, 113; Rauhala 2005a, 32–42; 2005b, 37, 63.) Esimerkiksi ihmisen eristäytyessä sosiaalisista suhteistaan, yksinäisyyden tai erilaisuuden kokemukset voivat väritellä ihmisen käsitystä olemassaolostaan.

Rauhala (2005a, 57–61; 2005b, 95) käyttää eksistentiaalisessa fenomenologiassa esiintyvän eksistenssin käsitteen sijasta situationaalisen säätöpiirin käsitettä. Situationaalinen säätöpiiri tarkoittaa sitä kokonaisuutta, jossa situationaalisuus, kehollisuus ja tajunnallisuus ovat dynaamisessa suhteessa keskenään. Muutosta aiheuttavat tekijät voivat tulla situationaalisen säätöpiirin sisään minkä hyvänsä olemispuolen kautta muuttaen toisten olemismuotojen toteutumisen ehtoja. Esimerkiksi muutos situatiossa, ihmisen elämäntilanteessa, muuttaa sitä perustaa, josta tajunnallisuus saa sisältönsä. Ihminen voi tehdä uudenlaisia valintoja tai hän on pakotettu tekemään niitä. Situaatioon suotuisat muutokset luovat turvallisuutta, kun taas negatiiviset muutokset tuottavat huolta tai ahdistusta. Kokemuksen muuttuessa muuttuvat myös kehon orgaaniset prosessit.



Rauhala (2009, 127–128) toteaa, että pienikin muutos kokemuksissa voi saada liikkeelle muutosprosessin, sillä merkityksille on tyypillistä, että ne muuttuessaan tuottavat kumuloituvaa kehitystä.

Rauhala (2005a; 2005b; 2005c) analysoi holistista ihmiskäsitystä ja merkityssuhteiden rakentumista suhteessa psyykkisiin häiriöihin ja psykoterapiaan. Hän tarkastelee kehollisuutta, tajunnallisuutta ja situationaalisuutta niin, että ne ovat eriasteisesti läsnä aina ihmisten kokemuksissa. Mikään olemassaolon muodoista ei ole ensisijainen eikä redusoitavissa toisiinsa, vaan ne muodostavat dynaamisen kokonaisuuden. Eri olemispuolet edellyttävät toinen toisensa ja ne vaikuttavat toisiinsa. Tältä pohjalta myös masennuskokemusten voidaan ajatella olevan sekä kehollisia, tajunnallisia että situationaalisia. Kehollisuus voi viitata materialistis-naturalistiseen kehon ymmärtämisen tapaan, jossa keho nähdään biologisena kokonaisuutena. Ymmärrän kehollisuuden myös sosiaalisten merkitysten kautta, jolloin keho voi asettua valtasuhteiden kohteeksi: sitä tutkitaan, parannetaan, laitetaan kuriin ja se on tiedon lähteenä. (Julkunen 2004, 20; Saastamoinen 2000, 279.) Tajunnallisuus tarkoittaa ihmisen kokemusten kokonaisuutta. Kokemukset syntyvät, kun ihmiset merkityksellistävät situaatiossaan kohtaamia asioita. Situaatio ei tarkoita yksin ihmisen elämäntilannetta, joka olisi taustalla vaikuttava tekijä, vaan se on erottamaton osa itse kokemusta. Masennus on siis lähtökohtaisesti myös sosiaalinen ilmiö. Se on suhteissa olemista.

Eksistentiaalis-fenomenologisessa tutkimuksessa pyritään tavoittamaan tietoisien kokemusten rakenne sekä se, mistä kokemus saa sisältyönsä. Ihminen muodostaa merkityssuhteita oman olemisensa ehtoihin sitoutuneena. Fenomenologiassa tarkastellaan ihmisen tajunnallisuutta suhteena, koska tajunta on intentionaalista suuntautuen aina johonkin kohteeseen. Samoin kokemus on suhdekäsite, sillä kokemus sisältää sekä tajuavan subjektin että kohteen, johon tajunnallinen toiminta suuntautuu. Elämäntilanne on merkityksellistytävä, tajunnallinen toiminta ymmärtävä ja kokemuksen rakenteessa yhdistytävät nämä molemmat. Kokemus on siten sekä ymmärtävä että merkityksellistytävä suhde tajuavan ihmisen ja hänen elämäntilanteensa välillä. Eksistentiaaliset ehdot luovat tietämiselle rajat ja tajunnallisuus todellistuu merkityssuhteina. (Perttula 2008, 116–119; Rauhala 2005b, 35.)

Merkityssuhteet jäsentyvät tajunnallisuudessa jatkuvasti uudelleen. Uudet kokemukset suhteutuvat jo olemassa olevaan kokemuserustaan, jolloin uusia kokemuksia pyritään ymmärtämään aiempien kokemusten pohjalta. Rauhala (2005a, 37) nimeää positiiviseksi kehityssuunnaksi prosessin, jolloin tajunnassa ei ole vääristyneitä merkityssuhteita, vaan tietoon, tunteisiin, uskomuksiin sekä intuitioon liittyvät merkityssuhteet muodostavat keskenään sopusointuisen maailmankuvan. Negatiivinen kehityssuunta on kyseessä silloin, kun merkityssuhteet ovat vääristyneitä, epäselviä, puutteellisesti jäsentyneitä tai tuottavat ahdistusta, pelkoa tai tuskaisuutta. Ajattelen näiden kehityssuuntien alati vuorottelevan ja menevän limittäin ihmisen elämässä, sillä jollakin elämäalueella kehitys voi olla negatiivinen ja siitä huolimatta ihminen kokee elämäntilanteensa jollakin toisella alueella positiiviseksi. Näen ihmisten itsestään ja kuntoutumisestaan kertomat kertomukset jokseenkin samankaltaisesti. Kuntoutumisen kertomukset eivät ole pelkästään positiivisia tai negatiivisia, vaan ne sisältävät molempia ulottuvuuksia. Ihminen pyrkii jäsentämään kokemuksiaan, mutta elämä voi muuttua myös kaoottiseksi, jolloin kertomukset eivät jäsenney kokonaisiksi. Elämäntapahtumista ei ole aina mahdollista kutoa koherenttia kertomusta.

Ronald S. Valle ym. (1989, 7) toteavat, että eksistentiaalis-fenomenologisen ajattelun pohjalta ihmistä ei tule nähdä pelkästään yksilönä vaan erottamattomana osana omaa ympäristöään. Tämä on ollut myös sosiaalityössä keskeinen lähtökohta. Jorma Sipilä (1989, 71–72) on todennut sosiaalityön painottuvan ihmisen tilanteen ja sen kulttuuristen sekä yhteiskunnallisten yhteyksien ymmärtämiseen. Tällöin kiinnostuksen kohteeksi asettuu ihmisen toiminnallinen suhde yhteisöihin ja yhteiskuntaan. Synnöve Karvinen (1996, 135–136) kuvaa ihmisen ja ympäristön välistä suhdetta vastavuoroiseksi vuorovaikutussuhteeksi, jossa molemmat muovaavat toisiaan. Samalla hän kritisoi näkemyksiä, joissa yksilö ja yhteiskunnallinen asettuvat vastakkain tai irralleen toisistaan. Eksistentiaalis-fenomenologisen näkemyksen mukaan ihmisen ja ympäristön välinen suhde on keskeinen, sillä situaatio on osa kokemusta. Situaatio luo sen perustan, jossa tajunnallisuus ja kehollisuus toimivat. Kukin situaatio tarjoaa erilaista faktisuutta tajunnallisuuden ja kehollisuuden pohjaksi.

Kokemuksissa yhdistyvät näin ollen kehollisuus, tajunnallisuus ja situationaalisuus aina ajallis-tilallisesti erityisellä tavalla.

Masennus on syvästi olemassaoloa määrittävä tekijä. Martin Heideggerin (2007, 177) mukaan ”mieliala valtaa” ja suuntaa maailmassa olemista. Lauri Rauhala (2005b, 36) kirjoittaa olemassaolossa tapahtuvista eksistentiaalisista valikoitumista. Ihmisen eksistenssi nähdään avoimina mahdollisuuksina, joista vain toiset mahdollisuudet toteutuvat toisten jäädessä toteutumatta. Situaatiosta vain se osa on merkityksellinen, johon ihminen on suhteessa. Olemassaolo on valintojen tekemistä. Ihminen on toisaalta vapaa tekemään valintoja, toisaalta pakotettu tekemään niitä. (Perttula 2002, 156–157; Valle ym. 1989, 8.) Masennus on tekijä, joka tuottaa eksistentiaalisia valikoitumia ja ehdollistaa ihmisen tekemiä valintoja. Masentuneen ihmisen kielteisesti väritynyt ajattelu vaikuttaa siihen, millaisia päätelmiä hän tekee itsestään ja suhteestaan ympäristöönsä. Tehdyt ratkaisut suuntaavat sitä, miten tulevaisuuden olemassaolo todentuu (Rauhala mt., 36). Ratkaisut eivät kuitenkaan ole pelkästään yksilöllisiä, vaan ihmiset tekevät niitä tietyssä kontekstissa, tietyssä sosiaalisessa todellisuudessa.

Kun tarkastelen masennusta ja siitä kuntoutumista eksistentiaalis-fenomenologisen ihmiskäsityksen kautta, tarkastelen ihmisen olemisen ehtoja, niiden muuttumista sekä ihmisen suhdetta ympäristöönsä. Tarkastelen ihmisiä valintoja tekevinä subjekteina, ja keskiössä ovat ihmisten kokemukset ja niille annetut merkitykset. Situaatioita on mahdoton tarkastella kokonaisuudessaan, sillä se käsittää laajasti ihmisen elämäntilanteita eri aikoina. Kiinnostuksen kohteekseni asettuvat ne situationaaliset tekijät, jotka ovat olleet merkityksellisiä tutkimukseni ihmisten kuntoutumisessa. Kuntoutumisen prosessi on aina ainutkertainen ja rakentuu kokemusperäisesti ajallis-paikallisissa yhteyksissään. Olen kiinnostunut siitä, millaisia mahdollisuuksia ihmisillä on ollut ympäristöissään ja mitkä niistä ovat realisoituneet ihmisten olemassaolossa. Oleellista on myös se, millaisia merkityksiä ympäristön ulottuvuudet ovat saaneet ihmisen arjessa. Kokonaisvaltaisuus jäsenyy tutkimuksessani ihmisen näkemiseksi kaikkien olemispuoltensa kautta.

Hoito ja kuntoutus toimivat niin kehollisuuden, tajunnallisuuden kuin situationaalisuudenkin olemispuolten alueilla. Hoito ja kuntoutus

voivat olla suoraan kehon toimintaan vaikuttamista, mutta useimmiten mielenterveytyksessä ne ovat tajunnallisuuden kanssa työskentelemistä. Kuntoutuksen tarkoitus on lisätä ymmärrystä itsestä ja omasta tilanteesta sekä tietoisuutta ympäristön mahdollisuuksista. Kuntoutuksen keskiössä on ihmisen suhde ympäristöön. Sen pitäisi tarjota ihmiselle sellaisia kokemuksia, joiden myötä suhde ympäristöön voisi muuttua. Kuntoutuksen tehtävä on myös etsiä uusia mahdollisia ympäristöjä ja avata mahdollisuuksia sellaisille kokemuksille, joiden kautta ihmisen käsitys itsestä ja omasta toimijuudestaan voi avartua. Kokemus omasta pystyvyydestä on toimijuuden perusta (Bandura 2001, 10), ja pystyvyyden kokemukset tulevat vain onnistumisten ja uudenlaisten merkitystenantojen kautta. Ihmisen olemassaolo on aina konkretisoitunut, mutta toisaalta se on jatkuvaa tulemista eksistentiaalisesti joksikin (Rauhala 2005b, 64).

## 2.2 Narratiivisuus metodologisena taustateorianä

Narratiivinen tutkimus sisältää sekä epistemologisilta että metodologisilta lähtökohdiltaan hyvin erilaista tutkimusta, jota yhdistää se, että ne hyödyntävät tarinan käsitettä (Hänninen 2003, 16; Riessman 2008, 11; Valkonen 2007, 24). Amia Lieblich ym. (1998, 2) tarkoittavat narratiivisella tutkimuksella kaikkea sellaista tutkimusta, joka käyttää tai analysoi tarinallista materiaalia. Narratiivisuutta onkin luonnehdittu enemmän tieteiden väliseksi keskusteluverkostoksi, jossa jopa itse tarinan käsite ymmärretään eri tavoin (Hänninen 2003, 16; Laitinen & Uusitalo 2008, 110). Matti Hyvärinen ja Varpu Löyttyniemi (2005, 189) toteavat, että useissa tutkimuksissa ei tehdä eroa tarinan ja kertomuksen välille, vaan käytetään kulloinkin paremmin kieleen sopivaa ilmausta. Sen sijaan narratologisesti suuntautuneet kirjallisuuden tutkijat näkevät käsitteiden välillä selvän eron. Hyvärisen ja Löyttyniemen (mt., 189–191) mukaan tarina tarkoittaa kertomuksessa ilmenevää tapahtumakulkua. Sen sijaan kertomuksella on aina jokin media, esittämisen tapa ja järjestys. Tarina voidaan konstruoida kertomuksesta (Mattingly 1998, 34).

Kuntoutumista voidaan ajatella sekä tarinoina että kertomuksina. Kuntoutumisen tarina tarkoittaa tapahtumakulkua, kuntoutumisen ete-

nemistä ajallisesti. Kertomus kuntoutumisesta viittaa puolestaan siihen, millä tavoin ihminen kertoo kuntoutumisestaan. Kokemuksellisuus ja muutos tulevat kertomuksessa keskeisiksi tekijöiksi. Hyvärinen ja Löytyniemi (2005, 190) päätyivät käyttämään artikkelissaan kertomuksen käsitettä, sillä he pitivät tärkeänä sitä, miten ja missä järjestyksessä asiat kerrottiin. Narratiivisessa tutkimuksessa kertomukset nähdään sosiaalisesti tuotettuina tietyssä tilanteessa tietylle yleisölle. Kertomus on siten kertojan ja kuulijan yhdessä tuottama (Chase 2008, 65; Riessman 2001a, 74). Myös itse päädyin käyttämään kertomuksen käsitettä viitatessani aineistooni, sillä ihmiset kertoivat elämästään ja masennuksestaan sekä niistä tekijöistä, joilla he katsoivat olleen merkitystä kuntoutumisessaan. Kertomukset kerrottiin tällä tavoin vain näissä haastattelutilanteissa.

Narratiivinen tutkimus soveltuu lähestymistavaksi, kun tarkastelun kohteena ovat ihmisten kokemukset ja niiden ajallisuus, kun ollaan kiinnostuneita prosesseista ja niiden muutoksesta (Elliott 2005, 6; Hänninen 1996, 110; Riessman 2001a, 74–75). Kertomuksen kautta ihminen antaa retrospektiivisesti merkityksiä aiemmille kokemuksilleen. Hän pyrkii jäsentämään ja ymmärtämään kokemuksiaan, järjestämään tapahtumia merkityksellisiksi kokonaisuuksiksi sekä näkemään ja ymmärtämään toimintojen ja tapahtumien seurauksia. (Bruner 1986; Chase 2008, 64–65; Polkinghorne 1995; Riessman 2008, 8.) Kertomuksellisuus nähdään inhimillisenä tapana kertoa kokemuksista sekä merkityksellistää niitä. Kertomuksen mielekkyys ja ymmärrettävyys edellyttävät sisäistä loogisuutta. Merkitysten antaminen kokemuksille on kognitiivinen prosessi, jossa ihminen organisoii kokemuksiaan ajallisesti merkityksellisiin episodeihin. (Polkinghorne 1988, 1, 15.)

Hyvärisen (2006, 10–13) mukaan kokemus on esikerronnallinen, sillä se ei ole valmiiksi kertomus, vaan edellyttää työstämistä. Kokemuksen konstruointi kertomukseksi ei ole aina itsestään selvää, sillä tilanteet tai tapahtumat voivat olla ristiriitaisia. Ne voivat sisältää konflikteja, vastakkain toimivia ihmisiä sekä useita samanaikaisia tapahtumia. Kertoja voi olla epävarma siitä, mitä on tapahtumassa. Paul Ricoeur (1991, 29–30) kirjoittaa keskeneräisestä ja ristiriitaisesta kertomuksesta. Ristiriita on läsnä ensinnäkin ajallisesti, sillä kertomukset tavoittelevat nykyhetkestä mennyttä ja usein samanaikaisesti ennakoivat tulevaa. Kertomus yrit-

tää palauttaa samanaikaisesti menneen, nykyisyyden ja tulevan. Toiseksi kokemukset voivat olla sen kaltaisia, etteivät ne jäsenny kertomukseksi. Ne voivat olla pirstaleisia, ristiriitaisia ja käsittämättömiä. Kertomukset sairauksista ovat usein ristiriitaisia, sillä ajallinen jänne voi olla vaikea konstruoida. Sairastuminen merkitsee usein elämänkerrallista katkosta ja tarinallista haastetta, jossa ihminen joutuu arvioimaan uudelleen elämänsä (Bury 2001, 264; Hänninen & Valkonen 1998, 5–6). Menneen, nykyisyyden ja tulevan sovittaminen keskenään edellyttää reflektiota.

Narratiivisuus viittaa tutkimuksessani tiedonprosessiin, tutkimusaineiston luonteeseen sekä analyysitapaan (Erkkilä 2008, 196; Heikkinen 2007, 144). Tiedonprosessina narratiivisuus tarkoittaa kokemusten konstruointia ja jäsentämistä kertomusten avulla. Kokemukset ovat tutkimuksessani elettyjä ja kerrottuja. Matti Hyvärisen (2006, 14–16) mukaan kertomusta voidaan tarkastella diskurssina, kognitiivisena rakenteena, elämisenä, olemisena sekä vuorovaikutuksen muotona. Kirjallisuuden ja kielen tutkijat ovat nähneet kertomuksen diskurssin tyyppinä. Kertomus kognitiivisena rakenteena ymmärretään tapana jäsentää kokemuksia sekä nähdä tapahtumat ja kokea maailma kaoottisuudesta huolimatta kertomuksina. Kertomusten eläminen viittaa elämän tavoitteellisuuteen ja ymmärtämiseen koko elämän kattavana kertomuksena. Tämä ei tarkoita, että eläisimme ainoastaan yhtä lapsuudesta vanhuuteen ulottuvaa kertomusta, vaan käytämme useita kertomuksia jäsentäessämme valintojamme. Kertomus olemisen muotona tarkoittaa, että olemassaolo on olemukseltaan narratiivista. Vuorovaikutuksen muotona kertomus ymmärretään diskursiivisena toimintana, jolloin se viittaa niin prosessiin, kertomisen toimintoon kuin toiminnan lopputulokseenkin eli kertomukseen.

Tarkastelen tutkimuksessani kertomuksia kognitiivisina rakenteina. Kertomus ei ole valmiina, vaan se edellyttää työstämistä. Konstruoinme jatkuvasti uudelleen itseämme voidaksemme kohdata eteen tulevia elämäntapahtumia käyttämällä sekä muistiamme, kokemuksiamme, havaintojamme että toisaalta tulevaisuuden toiveitamme. Kertomus itsensä on Jerome Brunerin (2004, 4) mukaan kertomus siitä, keitä olemme, mitä meille on tapahtunut ja miksi toimimme, kuten toimimme. Kertomuksia ei luoda aina tilannekohtaisesti uudelleen, vaan ne rakentuvat

niin ihmisen sisäisestä maailmasta, uskomuksista, toiveista, muistista ja tunteista kuin ulkoapäin vaikuttavista tekijöistä, tapahtumista ja diskursseista. Ajattelu tulee lähelle Lauri Rauhalan holistista ihmiskäsitystä ja merkityssuhteiden muodostumista. Rauhala (2005a, 37) näkee merkityssuhteiden organisoituvan siten, että vanha kokemustausta toimii ymmärtämisyhteytenä, johon uudet merkitykselliset asiat organisoituvat. Vanha kokemustausta on ymmärtämisen horisonttina uusille kokemuksille. Ihmisellä on tarve säilyttää jatkuvuuden tunne elämässään, mutta hän kohtaa väistämättä asioita tai tapahtumia, jotka pakottavat arvioimaan uudelleen omaa elämää. Vaikka määritellyt tapahtumat eri sosiaalisissa tilanteissa ja konteksteissa yhä uudelleen, on ihmisten elämässä tiettyä jatkuvuutta ja koherenssia ja he näkevät yhteyksiä asioiden välillä. (Crossley 2000a, 40–41.)

Ymmärän tutkimuksessani kertomukset myös elämisenä. Ihminen ei elä yhtä suurta kertomusta, vaan jäsentää elämäänsä useiden kertomusten avulla. Kun kokemus itsessään on esi-kerronnallinen eikä ihminen välttämättä kykene jäsentämään sitä kerrottavaksi, hän voi löytää ympäristöstään kertomuksia, joihin hän voi asettaa itsensä. Hyvärisen (2006, 13) mukaan voimme olla kertomusten lukijoita, kuuntelijoita ja katselijoita sekä löytää itsemme useista kertomuksista. Kulttuuriset kertomukset näyttävät, keitä voisimme olla ja miten voisimme kertoa itsestämme. Sairauksiin liittyvät kulttuuriset mallitarinat voivat avata uudenlaisia näkökulmia siihen, mistä sairaudet johtuvat ja miten niiden kanssa tulee toimeen, mutta ne voivat olla myös pelottavia ja kahlitsevia (Hänninen & Valkonen 1998, 5).

Jerome Brunerin käsityksessä narratiivisuudesta yhdistyy sekä kognitiiviset prosessit että tietämisen kulttuurisuus. Bruner (1986, 11–12) erottaa ajattelussa kaksi tapaa jäsentää kokemuksia ja konstruoida todellisuutta, paradigmaattisen ja narratiivisen. Molempien tarkoitus on vakuuttaa kuulija, mutta ne lähtevät eri lähtökohdista. Ajattelutavat täydentävät toisiaan, eikä niitä voida redusoida toisiinsa. Hyvä kertomus ja hyvin perusteltu argumentti pohjautuvat erilaiseen ajatteluun. Yhtäältä ajattelu on paradigmaattista, loogis-rationaalista, empiiristä päättelyä, jolle on tyypillisiä esimerkiksi muodolliset kuvaukset ja selittäminen. Ajattelun paradigmaattisessa muodossa ilmiöitä luokitellaan ja käsitteel-

listetään. Sen avulla pyritään luomaan yleisiä selitysmalleja ja käyttämään sellaisia menettelytapoja, joiden kautta empiirisiä havaintoja voidaan testata. Paradigmaattisessa ajattelussa päätelmät perustuvat havainnointiin, mahdollisten yhteyksien näkemiseen erilaisten ilmiöiden välillä sekä niiden tutkimiseen empiirisesti.

Ajattelun narratiivinen muoto liittyy inhimilliseen toimintaan ja intentionaalisuuteen sekä kokemusten jäsentämiseen ajallisesti ja paikallisesti. Kun paradigmaattinen ajattelu pyrkii löytämään totuuksia, ajattelun narratiivinen muoto etsii todennäköisyyksiä tai todentuntua. Kertomus kytkee yhteen samanaikaisesti kaksi tarinallista maisemaa: toiminnan maiseman ja tietoisuuden maiseman. Toiminnan maisema kertoo toimijuudesta eli siitä, kuka kertomuksessa on toimijana, mitkä ovat hänen päämääränsä, aikomuksensa ja millä tavoin hän pyrkii tavoitteisiinsa. Tietoisuuden maisema liittyy siihen, mitä kertomuksen ihmiset ajattelevat, tietävät ja tuntevat. Narratiivinen ajattelu on aina kontekstuaalista ja se on enemmän ymmärtävää kuin selittävää. Se liittyy ihmisen toiminnan ymmärrettäväksi tekemiseen. Paradigmaattisen ajattelun tuloksena etsitään yleistyksiä, kun taas tarinallinen ajattelu etsii yhteyksiä tiettyjen tapahtumien välillä. (Bruner 1986, 11–14; Polkinghorne 1988, 17; Valkonen 2007, 26.) Kertomukset kertovat siten sekä todellisuudesta ja sen tapahtumista että ihmisen suhteesta tähän todellisuuteen.

Tutkimuksessani narratiivinen ajattelu liittyy kuntoutujien kokemukseen omasta kuntoutumisestaan. Kertomukset liittyvät yhteen erilaisia toimijoita: merkityksellisiä toisia ihmisiä ja instituutioita. Kuntoutumisen prosessi voi olla ajallisesti useiden vuosien pituinen, jolloin ihmiset, instituutiot, asiat tai ilmiöt saavat erilaisia merkityksiä eri elämäntilanteissa ja kuntoutumisen vaiheissa. Kuntoutujat jäsentävät kokemuksiaan narratiivisesti, asettavat tavoitteita ja pyrkivät omiin päämääriinsä tai voivat myös kadottaa tavoitteensa. Kuntoutujien kokemukset liittyvät myös paradigmaattiseen ajatteluun. He kokevat eri elämäntilanteisiinsa sisältyvien asioiden vaikuttavan kuntoutumiseensa ja etsivät syitä mensesnukselleen. Kuntoutumisen kertomus ja ihmisen kokemus kuntoutumisesta sekä sitä tukevista tekijöistä jäsentyy tarinallisesti, sillä ihmiset merkityksellistävät kokemuksiaan ajallisesti ja paikallisesti suhteessa kuntoutumiseensa. On kuitenkin muistettava, että kertomukset eivät ole



aina johdonmukaisesti eteneviä ja koherentteja, vaan myös katkeilevia, murtuvia, hallitsemattomia, takautuvia ja paikalleen jämähtäneitä. Ne ovat monimuotoisia ja moni-ilmeisiä.

Narratiivisuudella tutkimusotteena on merkitystä tutkimusaineiston luonteeseen. Narratiivinen aineisto on tässä tutkimuksessa kerrontaa ja tutkimusintressini pohjalta on tärkeää, että kerronnallisuus mahdollistaa myös niiden sosiaalisten kontekstien tarkastelemisen, joissa kertomukset syntyvät. Kertomukset kertovat ihmiselle merkityksellisistä tapahtumista sekä siitä sosiaalisesta todellisuudesta, jossa ihminen elää. Kertomukset sisältävät kuvauksia siitä, millä tavoin ihminen on yhteydessä ympäristöönsä. (Chase 2008, 65; Riessman 2001a, 75.) Ihmisten kertomukset sairauksista kuvaavat myös sitä, miten he ovat kokeneet tullessa kuulluiksi omaisten, vertaisten tai ammattilaisten parissa (Hydén & Brockmeier 2008, 3). Catherine Kohler Riessman (mt., 76) kirjoittaa sosiaalisesta asemoinnista, jolla hän tarkoittaa niitä rooleja, joihin ihminen kertomuksensa asettaa itsensä. Ihminen asemoi itsensä suhteessa lähiverkostoonsa sekä laajempaan sosiaaliseen rakenteeseen ja kulttuurisiin diskursseihin.

Amos Hatchin ja Richard Wisniewskin (1995, 116–118) mukaan narratiiviselle tutkimukselle on ominaista huomion kohdentaminen ihmisen merkityksenantoon. Tutkimuksen tavoitteena on ymmärtää ihmisten elämää, heidän näkökulmiaan ja kokemuksiaan. Kertomuksissa voidaan keskittyä tiettyihin hetkiin tai kriittisiin tapahtumiin, jotka tuottavat ihmisten elämään jännitteitä. Narratiivinen tutkimus on tyypillisesti dialogista ja diskursiivista tutkimuksen tekijän ja tutkittavien ihmisten kesken. Koska siinä keskitytään ihmisten omiin kokemuksiin, se on myös käytännöllisesti painottuvaa. Narratiivisessa tutkimuksessa korostuu lisäksi tiedon subjektiivisuus ja henkilökohtaisuus, ja sen tavoitteena on saada tutkimukseen osallistuvien ihmisten ääni kuuluviin.

Kun narratiivisuus on metodologisena taustateorianani, nämä kaikki piirteet ovat läsnä tässä tutkimuksessa. Kuntoutumisen kertomukset jäsentyvät narratiiviseen muotoon ja narratiivisesti. Kokeminen ja muutos kietoutuvat vahvasti kuntoutumiseen, mutta ajattelen, että muutoksen ohella on läsnä myös pysähtyminen. Ihminen voi elää tilanteessa, jossa kertomukset pakenevat. Hän voi elää episodina, josta hän ei kykene tai halua kertoa. Ihminen ei tiedä, mitä kertomusta hän elää, millaisessa

kertomuksessa hän haluaisi elää tai mikä ylipäättään on mahdollista. Tutkimukseni kriittisiä tapahtumia ja aiheita ovat ne kokemukset, jotka ovat merkityksellisiä kuntoutumisessa. Jokaisen ihmisen kertomus on ainutkertainen, sillä ihmisten suhteet omaan kehollisuuteensa, tajunnallisuuteensa ja situationaalisuuteensa ovat yksilöllisiä ja muuttuvia.

Fenomenologisen tutkimuksen tarkoitus on ymmärtää ihmisen välitöntä kokemusta, kokemuksen olemusta, kun taas narratiivisessa tutkimuksessa pyritään kuvaamaan kokemuksen ulottuvuuksia. Keskeisiä tutkimuskohteita tällöin ovat reflektiivisesti rakennetut kokemukset. Narratiivisessa tutkimuksessa, kuten tässäkin tutkimuksessa, kokemukset sijoittuvat ajalliselle ulottuvuudelle ja ihminen pyrkii kertomuksensa välityksellä luomaan kokemuksilleen jäsentynyttä muotoa. Tavoitteena on ymmärtää, miten kokemus liittyy kertomukseen. (Erkkilä 2008, 201–202; Perttula 2008, 139.) Fenomenologisessa tutkimuksessa tutkijan rooli on olla läsnä itsensä sosiaalisesti häivyttäen, koska tarkoitus on saada esiin ihmisen kokemus mahdollisimman sosiaalisesti neutraalisti. Narratiivinen tutkimus sallii myös tutkijalle mahdollisuuden ehdottaa vaihtoehtoisia tulkintamalleja tutkittavan esittämien tulkintavaihtoehtojen ohella. (Perttula 2008, 141–142.) Myös Hatch & Wisniewski (1995, 116) toteavat, että narratiiviselle tutkimukselle on tyypillistä tutkijan ja tutkittavien ihmisten yhteinen merkityksenanto.

## 2.3 Keskeiset käsitteet

### 2.3.1 Masennus

Masennus on moni-ilmeinen ja vaikeasti määriteltävä. Masennuksen arkipäiväistymisen myötä sillä on alettu kuvata hyvinkin eripituisia ja erisisältöisiä tunnetiloja. Useimmilla ihmisillä on kokemuksia elämäntilanteista ja -tapahtumista, jotka masentavat, mutta tällöin on kyse enemmänkin terveestä reaktiosta epätavallisissa tai odottamattomissa tilanteissa. Masennuksesta puhutaan normaaleina pidettävien mielialan vaihteluiden yhteydessä, mutta äärimmillään masennuskokemukset ovat viheliäisiä tuskatiloja, joissa elämä menettää merkityksensä. Julia Kristeva (1998, 22) kirjoittaa ohimenevästä surusta, joka toisessa ääripäässään voi olla me-

lankolista horrosta. Arkikielessä ja tiedotusvälineissä masennus määrittyy useimmiten lääketieteellistä tai psykologista hoitoa vaativaksi sairaudeksi (Tontti 2005, 391; 2008, 35). Jukka Tontti (2008, 32, 41) toteaa, että masennus on kulttuurisesti siirtynyt yksilön psyykkiseksi tai fyysiseksi ominaisuudeksi, sillä masennukseen liittyvät arkikäsitykset yhdistetään usein pysähtymiseen, uuden aloittamiseen, lamaantumiseen, ilottomuuteen ja kärsimykseen (ks. Hänninen & Timonen 2004, 200–201).

Mielenterveysongelmat määrittyvät eri tavoin tieteenalasta ja teoreettisesta näkökulmasta riippuen. Michele Crossleyn (2000b, 103) mukaan mielenterveysongelmia on määritetty lähinnä kolmesta eri näkökulmasta: biologisesta, kognitiivis-behavioraalista ja sosiokulttuurisesta. Näkökulmat kuitenkin esiintyvät harvoin puhtaina, vaan useimmiten ne sisältävät aineksia eri lähtökohdista. Näkökulmaerot syntyvät myös painotuseroista. Crossleyn (mt., 103–108) jäsenyyden mukaan biologinen näkökulma painottaa mielenterveyden häiriöitä sairauksina, aivojen toimintaan liittyvinä häiriöinä. Kognitiivis-behavioraalista näkökulmasta mielenterveysongelmat ovat opittuja, epäsuotuisia ajattelu- ja toimintamalleja, jotka ovat kehittyneet vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa. Sosiokulttuurinen näkökulma pitää tärkeänä ihmisen vuorovaikutusta ympäristönsä kanssa. Ihmisten sairauden kokemukset vaihtelevat eri aikoina ja eri kulttuureissa, eri sosiaalisissa luokissa, etnisissä ryhmissä sekä sukupuolten kesken. Masennuksen on myös todettu olevan seurausta ympäristön olosuhteiden muutoksesta ja stressaavista elämäntilanteista. Sukupuolten välisiä eroja on selitetty biologisella eroavuudella, mutta eroavuuksien on todettu liittyvän myös erilaisiin naisten ja miesten rooleihin ja rooliodotuksiin. Crossley (mt., 110) pitää kuitenkin jaottelua keinotekoisena, sillä todellisuudessa mielenterveysongelmien syyt ovat moninaisia.

Erkki Isometsä (2008, 157) erottaa toisistaan masennuksen tunnettilana, mielialana ja oireyhtymänä. Masennus tunnettilana tarkoittaa hetkellisiä masennuksen tunteita, joita jokainen elämässään kohtaa. Masentunut mieliala viittaa pysyvämpiin tunnevireisiin, jotka voivat kestää yhtäjaksoisesti päiviä, viikkoja tai jopa vuosia. Kun masentuneeseen mielialaan liittyy myös muita oireita, puhutaan masennusoireyhtymistä, joita luokitellaan lieviin, keskivaikeisiin ja vakaviin. Kliinisessä kielen-

käytössä depressiolla tarkoitetaan vakavia masennusoireyhtymiä, joissa keskeisiä oireita ovat masentunut mieliala, kiinnostuksen tai mielihyvän menettäminen asioihin, jotka ovat tavallisesti kiinnostaneet, voimavarojen vähentyminen tai poikkeuksellinen väsymys, itseluottamuksen tai omanarvontunnon väheneminen, perusteettomat tai kohtuuttomat itseytykset, toistuvat kuolemaan tai itsemurhaan liittyvät ajatukset, keskittymisvaikeudet ja päättämättömyys, psykomotoriset muutokset, unihäiriöt ja ruokahalun lisääntyminen tai vähentyminen. Masennus-diagnoosi edellyttää vähintään neljän oireen esiintymistä samanaikaisesti vähintään kahden viikon ajan. Masennuksen vaikeusastetta arvioidaan oireiden lukumäärän ja keston perusteella. (Isometsä mt., 158–160.)

Masennuksen lääketieteellinen selityspersusta liittyy perinnöllisyyteen, biologiseen poikkeavuuteen, aivojen välittäjäaineisiin, hormonaalisiin poikkeavuuksiin sekä aivojen rakenteellisiin ja toiminnallisiin poikkeavuuksiin sekä häiriöihin. Masennusta selittäviä psykologisia teorioita on lukuisia, kuten psykodynaamiset, kognitiiviset, interpersoonalliset sekä vuorovaikutussuhteita ja stressiä painottavat selitysmallit. (Isometsä mt., 168–180.)

Kognitiivisessa psykologiassa korostetaan haitallisten ajatusten ja uskomusten merkitystä. Masennusta pidetään häiriönä, jolle on tyypillistä ajattelun kielteisyys ja niiden vääristymät. Menetysten ja epäonnistumisten ennakoiminen aktivoi muita masennuksen ilmentymiä, esimerkiksi alavireisyyttä, väsyneisyyttä, passiivisuutta ja mielihyvän katoamista. Masentuneen ihmisen maailmankuva on negatiivinen: hänellä on negatiivinen käsitys itsestään ja negatiiviset odotukset tulevaisuudeltaan. (Karila 2001, 71–73.) Psykodynaamisessa ajattelussa masennuksen puolestaan nähdään kytkeytyvän lapsuuden kokemuksiin ja niistä juontuviin ratkaisemattomiin ristiriitoihin.

Vilma Hänninen (2004, 279) toteaa, että masennusta on perinteisesti tutkittu lähinnä sairausparadigman mukaisesti, jolloin on oltu kiinnostuneita sairauden syistä, laukaisevista tekijöistä, hoitomuotojen tehokkuudesta tai masennuksen uusiutumisen riskistä. On tarkasteltu pikemminkin sitä, miten erilaiset oireet ilmaantuvat ja poistuvat, ei niinkään sitä, mitä sairaus merkitsee ihmisen minuuden ja elämän kannalta. Mielen-terveysongelmien tutkimuksessa on kuitenkin alkanut voimistua myös

kokemuksellinen ja masennusta eksistentiaalisena kysymyksenä lähestyvä tutkimus (Crossley 2000a; Enäkoski 2002; Hänninen 2004; Karp 1996; Tontti 2000; 2008). Antti Mattila (2002, 112) tuo esiin mahdollisuuden nähdä masennus pysähtymisenä elämän tienhaaraan. Hän liittää masennuksen luovuuteen. Se voi hänen mukaansa liittyä elämäntilanteen uudelleen arvioimisen vaiheeseen, joka mahdollistaa aidomman ja autenttisemmän itsen löytämisen.

Martin Heideggerin (2007, 230–231) mukaan ihmisen olemassaolossa on aina läsnä huolen ja ahdistuksen mahdollisuus, joka nousee ihmisen pohdinnasta olemisen ja elämisen mielestä ja merkityksellisyydestä. Masennuksen näkökulmasta onkin kiinnostava pohtia, milloin elämään erottamattomasti liittyvästä huolesta ja ahdistuksesta tulee hoitoa edellyttävä sairaus. Irma Rantala (2000, 100) katsoo, että elämisen ongelmien luokittelu sairaudeksi pikemminkin estää kuin edistää niiden ratkaisemista, sillä patologisoiminen johtaa vallankäyttöön ja sosiaalisten normien täytöntöönpanoon. Johannes Lehtonen ja Jouko Lönnqvist (2009, 27) toteavat, että raja terveen ja mielenterveydeltään häiriintyneen ihmisen välillä on aina suhteellinen ja sopimuksenvarainen, vaikka diagnoosi perustuisikin selvästi ilmaistuihin kriteereihin. Kyse on siis sosiokulttuurisista ja tilanteittaisista määrittäyksistä.

Ihmisen olemassaolossa on aina mahdollisuuksia, jotka määrittävät olemisen paikasta (Heidegger 2007, 229). Eksistentiaalisissa ihmisen olemassaolo ymmärretään tietynlaisena vapautena, johon kuuluu keskeisesti valintojen tekeminen. Ihminen tekee valintojaan kuitenkin siinä ajallis-paikallisessa todellisuudessa, johon hän on suhteessa (Rauhala 2005b, 63). Ronald S. Valle ym. (1989, 8) käyttävät tilannekohtaisen vapauden käsitettä. Se tarkoittaa, ettei ihminen ole täysin vapaa tekemään valintojaan, vaan ympäristö asettaa niille omat ehtonsa. Nykyhetken ratkaisut vaikuttavat siihen, miten olemme olemassa tulevaisuudessa, samoin kuin ajatukset tulevaisuudesta vaikuttavat tämän hetken valintoihin. Ihmisen olemisen perusta sekä aikaisemmin tapahtunut ja koettu voivat muodostua uusien kokemusten rakennusaineiksi. (Rauhala 2005b, 36, 51, 64.) Tätä ei Rauhalan (mt., 38) mukaan pidä nähdä fatalistisesti, vaan ihmisen valinnat voivat ohjautua myös tajunnallisista ratkaisuista ja tilanteen muuntelemisesta.

Masennusta voidaan tarkastella Rauhalan holistisen ihmiskuvan näkökulmasta kahdella tavalla. Ihmisen olemassaolo on todellistunut ek-sistentiaalisten valikoitumien kautta joksikin ja situaatio rajaa ne tekijät, joihin ihminen on suhteessa. Tästä seuraa tietty esiyymmärtäneisyys ja valinnanmahdollisuuksien rajallisuus. Eksistenssi voi todentua situaa-tionsa rakennetekijöiden edellyttämällä tavalla. Jos eksistenssi todellistuu esimerkiksi puutteen värittämässä, turvattomissa tai ristiriitaisissa olosuh-teissa, niistä rakentuu pohja maailmankuvalle ja siten myös kasvualusta masennukselle. Myös epäsuotuisilla yhteiskunnallisilla olosuhteilla on merkitystä masennuksen kehkeytymiseen. (Rauhala mt., 38–40.) Masen-nus voi olla seurausta epäsuotuisasta elämäntilanteesta, jonka faktisuus tuottaa ihmisen olemassaoloon ahdistusta ja masennusta. Ajattelen, että masentuneella ihmisellä erilaiset merkityssuhteet eivät jäsenny koheren-tiksi käsitykseksi maailmasta ja itsestä, jolloin oleminen voi olla kaoottis-ta ja käsitys ympäristöstä pirstaleinen.

Toinen tapa jäsentää masennusta eksistentialismin näkökulmasta on nähdä masennus eräänlaisena kokemisen maisemana, jolloin ihminen havainnoi ympäristöään masennuksen värittämänä. Rauhala (2005a, 36–38, 108–114) näkee psyykkiset häiriöt merkityssuhteina ja niiden muodostamina verkostoina, jotka ovat ihmisen kannalta epäsuotuisia. Maailmankuvan merkityssuhteet ilmenevät tajunnallisina. Mieli ei ilme-ne aina selkeänä tai samanlaisena, vaan se voi ilmetä vääristyneenä tai virheellisenä, kuten kognitiivisen psykologian parissa ajatellaan. Tällöin on kyseessä epäsuotuisan merkityssuhteen kehittyminen. Masennuksesta syntyy negatiivinen tulkintakehys, joka negativoi positiivisetkin koke-mukset ja ilmiöt. Tajunta voi kääntää kielteiseksi positiivisenkin situaati-on, kun ahdistavista ajatuksista ja masennuksesta kasautuu koko elämää sävyttävä kokemus. Aaron Beck (1976, 105–116) käyttää käsitettä negatii-viset automaattiset asenteet kuvaamaan ajattelun välitöntä kielteisyyttä. Masentuneen ihmisen kokemukset voivat olla eräänlaisia ”pseudomene-tyksiä”, jolloin ihminen näkee menetyksen potentiaalisena. Epäonnis-tumisen ja menetyksen mahdollisuus realisoituu masentuneen mielessä todellisuudeksi. Masennuksen syveneminen on eräänlainen noidankehä, jossa masennuksen läpi katsottuna tulevaisuus näyttää toivottomalta.

Ihmisen situaatiolla on keskeinen merkitys masennuksen syntymi-

sessä ja kokemisessa. Kuormittavat elämäntapahtumat ja -vaiheet, päih- teiden käyttö, yksinäisyys tai läheissuhteissa tapahtuvat menetykset sekä erilaiset kriisitilanteet tuottavat masennusta. Pitkäaikaissairaudet ovat masennukseen altistavia tekijöitä ja toisaalta masennus altistaa monille sairauksille, kun jaksamattomuus ja välinpitämättömyys itsestä johtavat oman terveyden ja fyysisen kunnon hoitamisen laiminlyömiseen. Masen- tuneet ihmiset kertovat masennuksen tuntumisesta koko kehossa. (Frank 1995, 2; Hänninen & Timonen 2004, 202; Kangas 1999, 345; Kawachi & Berkman 2001, 459–460; Tontti 2008, 35–36.)

Masennuskokemuksella voidaan sanoa olevan sosiaalinen alkuperä, sillä ihmiset hyödyntävät kulttuurisia selitysmalleja jäsenellessään omaa kokemustaan. Masennuksen tuottamat kyvyttömyyden kokemukset koe- taan suhteessa omaan ympäristöön. Toisaalta myös sosiaalinen ympäristö tuottaa kyvyttömyyden kokemuksia. Dana Crowley Jack (1999, 222) on kehittänyt teoriaa ”itsen vaientamisesta” tutkiessaan syitä siihen, miksi naiset sairastuvat masennukseen miehiä useammin. Hänen mukaansa itsen arvioimisella on masennuksen kehittymisessä keskeinen merkitys. Ihminen arvioi itseään sosiokulttuurisesti määrittävien standardien pe- rusteella. Crowley Jackin (mt., 229) tutkimuksessa ”itsen vaientaminen” koostuu neljästä ulottuvuudesta: itsen arvioiminen ulkoisten standardien mukaan, toisten tarpeiden asettaminen omien edelle, itseilmaisun jäädyt- täminen konfliktien välttämiseksi, todellisen minän ja omien tarpeiden peittäminen. Ihmisen ja hänen ympäristönsä välisellä vuorovaikutuksella ja sosiaalisella kontekstilla on merkitystä depression kehittymiseen. Ulot- tuvuudet kuvaavat sitä, millä tavoin sosiaaliset tekijät suodattuvat ihmi- sen sisäisiin mielialoihin ja millä tavoin sosiaalisesti määrittävät normit ja ihanteet tulevat osaksi ihmisen sisäistä maailmaa.

Masennus ja sosiaalisuus kietoutuvat toisiinsa monin säikein. Masen- nuksen taustalla on usein sosiaalisia ongelmia, kuten aineellisten resurs- sien puutetta, ihmissuhdeongelmia ja päihdeongelmia. Ne kietoutuvat masennukseen niin, että syitä ja seurauksia on vaikea erottaa toisistaan. Thomas Joiner, James C. Coyne ja Janice Blalock (1999, 7–8) korostavat masennuksen vuorovaikutuksellista luonnetta. He näkevät masennuksen syntyvän, elävän ja sitä ylläpidettävän vuorovaikutussuhteissa ja näin ol- len se myös lievittyä vuorovaikutussuhteissa. Masennusta edeltävät usein

roolien ristiriidat tai niissä tapahtuneet muutokset. Selviytymättömyys elinympäristössä tuottaa kyvyttömyyden kokemuksia. Masennukseen liittyvä tuska nousee yhteyksien puutteesta toisiin ja kyvyttömyydestä luoda yhteyksiä toisiin siitä huolimatta, että ihminen tarvitsee kontakteja (Joiner ym. 1999, 15; Karp 1996, 26–27).

Käsitykset masennuksesta, silloin kun masennuksesta ei ole omaa tai läheisten kokemuksellista tietoa, luodaan kirjallisuuden ja median välityksellä sekä julkisuudessa esiintyvistä masennuspuheista ja terapiakäytännöistä. Masennuskokemuksiin liittyy sosiaalinen ulottuvuus, sillä ne kertovat useimmiten ihmisten välisten yhteyksien puuttumisesta, eristäytymisestä ja vetäytymisestä sekä ihmisten heikoista siteistä yhteiskuntaan. Masennukseen liittyvä leima tuottaa salaamisen pakkoa, vaikka salaaminen toisaalta aiheuttaa kokemuksia väärinymmärretyksi tulemisesta. Paljastuminen saattaa merkitä dramaattisia sosiaalisia menetyksiä. (Hänninen & Timonen 2004, 206–216.)

Itsehoito-oppaat edustavat yhtä institutionalisoitunutta käsitystä masennuksesta, sen syistä ja parannuskeinoista. Oppaat ylittävät rakenteet ja ihmisen arjen ohjeistaessaan ihmisiä tulemaan toimeen masennuksen kanssa. Itsehoito-oppaissa masennus esiintyy alitunnistettuna ja alihoitettuna sairautena ja ne antavat ohjeita oman masennuksen tunnistamiseen. Hoitamaton masennus esitetään riskinä, joka voi johtaa kuolemaan tai ainakin tilana, joka voi uusiutua tai muuttua pitkäaikaiseksi. Masennusta ei opasteksteissä määritellä yksiselitteisesti, mutta usein se esitetään sairautena, johon on löydettävissä syy ja hoito. Leimallista opasteksteille on masennuksen luonnehtiminen Suomen kansantaloutta uhkaavaksi, eniten työkyvyttömyyttä aiheuttavaksi sairaudeksi, jonka ennustetaan edelleen lisääntyvän. (Hautamäki 2006, 214–215, 221.)

Masennusta ja narratiivisuutta voidaan tarkastella Vilma Hännisen (2003, 20–21) konstruoiman sisäisen tarinan käsitteen kautta. Se pitää sisällään ajatuksen minuuden tarinallisesta rakentumisesta viitaten mielen sisäiseen prosessiin, jossa ihminen tulkitsee elämäänsä tarinallisten merkitysten kautta. Sisäisen tarinan rakentumisen taustalla on Rauhalan holistinen ihmiskäsitys. Se rakentuu ihmisen elämäkokemuksista, situaation tarjoamista mahdollisuuksista sekä sosiaalisesta tarinavarannosta omaksutuista tarinallisista malleista. Sisäinen tarina syntyy prosessissa,



jossa kohtaavat kielellinen ja ei-kielellinen, symbolinen ja aineellinen, julkinen ja yksityinen. Sisäisen tarinan muodostumisessa ovat merkityksellisiä vahvasti mieleen painuneet ydinkokemukset. Aiemmat kokemukset muodostavat eräänlaisia käsikirjoituksia, joiden pohjalta eteen tulevia vastaavanlaisia tilanteita tulkitaan. Ihmisillä on samanaikaisesti useita osatarinoita, jotka voivat kutoutua toisiinsa, olla toisiinsa nähden hierarkisissa, ajallisissa tai myös ristiriitaisissa suhteissa. Situaatioiden muutokset, kuten sairastuminen, edellyttävät tarinan muotoilemista uudelleen ja tästä syystä elämänmuutokset ovat otollisia kohteita narratiiviseen tutkimukseen. (Hänninen 2003, 53, 63; Valkonen 2007, 41–44.)

Yksinkertaisimmillaan kertomusta on määritelty niin, että sillä on alku, keskikohta ja lopetus. Matti Hyvärinen ja Varpu Löyttyniemi (2005, 190–191) toteavat, ettei määrittely ole sellaisenaan riittävä, sillä kertomuksissa ei välttämättä ole loppua. He toteavat, että monet kertomukset ovat vaikuttavia ja pelottavia juuri sen vuoksi, ettei kertomuksen loppua tunneta. Näin on myös masennuksessa, sillä masentunut ihminen kadottaa kosketuksensa unelmiinsa, toiveisiinsa ja tavoitteisiinsa. Masennuksessa on kyse usein kertomuksen murenemisestä ja jopa tyhjenemisestä. Ihminen kohtaa elämässään tapahtumia, joille on vaikea löytää selityksiä, jotka ovat hämmäntäviä, pelottavia tai odottamattomia. Arthur Franckin (1995, 97) mukaan vakavasti sairastunut ihminen kadottaa aiemmin elämäänsä ohjanneen kartan ja päämäärän. Kertomukset voivat olla kaoottisia, sillä tapahtumat eivät jäsenny ymmärrettäviksi. Tyhjyydestä on vaikea edes kertoa.

Vaikka asenteet yleensä mielenterveysongelmia kohtaan ovat lieventyneet, masennus on edelleen leimaavaa. Masennukseen liittyy kaavamaisia yleistyksiä, joita yhä uusinnetaan. Sosiokulttuurisessa masennuskäsityksessä on kyse siitä, kuinka ajallisesti ja paikallisesti muuttuvat yhteiskunnan rakenteelliset, kulttuuriset ja institutionaaliset tekijät määrittävät kokemusta masennuksesta sekä siitä kuntoutumista. Yhteiskunnallisilla ja kulttuurisilla tekijöillä on merkitystä masentuneen ihmisen elämään ja toisaalta integroitumiseen ympäristöön. Masennukseen sairastunut syrjäytyy helposti, mutta tulee myös syrjäytetyksi.

### 2.3.2 Masennuksesta kuntoutuminen

Masennuksesta kuntoutumisessa on omat erityispiirteensä, jotka juontuvat masennuksen erityisyydestä. Howard Leventhalin ym. (1984, 223) mukaan sairauden merkitysten arvioimisessa ovat keskeisiä ulottuvuuksia sairauden syy, kesto, tunnusmerkit ja seuraukset. Niiden perusteella ihmisen arvioi, miten sairauden kanssa on mahdollista selviytyä ja millaisia tavoitteita asettaa. Arvioimiseen vaikuttavat paitsi keholliset kokemukset, myös sairauksien herättämät emotionaaliset reaktiot sekä kulttuurinen tieto sairauksista. Kristiina Härkäpää ja Aila Järvikoski (1995, 154–155) toteavat, että ihmisen käsityksellä sairaudestaan on merkitystä siihen, miten hän hahmottaa kuntoutumisen mahdollisuuksiaan. Akuuteilla ja pitkäaikaissairauksilla on omia erityispiirteitään suhteessa sairauksien syihin, keston, tunnusmerkkeihin ja seurauksiin. Akuutteihin sairauksiin on usein löydettävissä jokin ulkopuolinen tekijä, kun taas pitkäaikaissairauksissa korostuvat myös ihmisen elintavat. Ihmisen kannalta on oleellista, missä määrin syyn voi ajatella johtuvan omasta käyttäytymisestään ja missä määrin ulkopuolisesta tekijästä. Akuutit sairaudet voivat puhjeta nopeasti, kun taas pitkäaikaissairaudet kehkeytyvät hitaasti ja vaikeasti havaittavasti. Myös sairauden kestoa on vaikeampi hahmottaa pitkäaikaissairauksissa. Sairauden tuntomerkeillä tarkoitetaan sairauden oireita sekä käsityksiä siitä, mikä omassa kehossa on vialla. Akuutit sairaudet paranevat usein nopeammin, kun taas pitkäaikaissairauksissa toiminnan vajavuudet lisääntyvät ajan mittaan. Pitkäaikaissairauksille on tyypillistä se, että sairaus pitkittyessään tuottaa yhä uusia sopeutumisvaatimuksia.

Masennuksen syitä, kestoa, tuntomerkkejä ja seurauksia on vaikeampi hahmottaa kuin somaattisissa sairauksissa. Mielenterveysongelmissa selittäviä tekijöitä haetaan usein itsestä ja omasta toiminnasta (Davidson & Strauss 2001, 26; Deegan 2001, 93; Hänninen & Timonen 2004, 208; Kangas, 1999, 348; Tontti 2008, 15), mikä merkitsee omanarvon tunteen rapautumista, häpeää ja vetäytymistä sosiaalisista kontakteista ja rooleista. Masennus murentaa juuri niitä tekijöitä, jotka olisivat tarpeen masennuksesta kuntoutumisessa, kuten kokemus omasta pystyvyydestä, itsen arvostaminen, aktiivisuus ja osallisuus. Masennuksen taustatekijät kietoutuvat omaan persoonaan, sillä oireet liittyvät usein omaan ajatteluun ja toimintaan, elämäntapoihin sekä tehtyihin valintoihin. Ma-

sennuksen kestoa on vaikea ennakoida, ja se on edelleen leimaava. Pitkään jatkuessaan se tuo mukanaan muita ongelmia, kuten taloudellista niukkuutta, ihmissuhdeongelmia ja yksinäisyyttä. Masennus määrittyy helposti moraalissävytteisesti esimerkiksi laiskuudeksi tai saamattomuudeksi (Hänninen & Timonen 2004, 207). Se merkitsee arjen hankaloitumista ja uhkaa ihmisen identiteettiä ja tunnetta elämän jatkuvuudesta ja hallittavuudesta (Bury 2001, 264; Hydén & Brockmeier 2008, 3–4; Mattingly 1998, 1; Williams 1984, 175).

Kuntoutuminen mielenterveyden häiriöistä tarkoittaa paljon enemmän kuin toipumista itse sairaudesta. Se tarkoittaa samalla toipumista sairauden aiheuttamasta syjinnästä, arvostuksen puutteesta, hoitokäytäntöjen tarkoittamattomista seurauksista, mahdollisuuksien kaventumisesta, itsemääräämisen puutteesta sekä lisäksi työttömyyden ja romutuneiden unelmien tuottamista seurauksista. (Anthony ym. 2002, 97; Onken ym. 2007, 10.) Kuntoutuminen on usein pitkälinen prosessi, joka on jokaisen ihmisen kohdalla ainutkertainen. William Anthony ym. (mt., 99–100) korostavat, että kuntoutumista tapahtuu ilman ammatillista väliintuloa, mutta kuntoutumisen kannalta on ensiarvoisen tärkeää, että ihmisellä on joku, joka on tarvittaessa tukena ja johon voi luottaa. Kuntoutumisen tulokset eivät ole yhteydessä sairauden syihin tai oireisiin ja kuntoutumista tapahtuu, vaikka oireet eivät häviäisikään. Kuntoutumisen prosessille on tyypillistä, ettei se etene lineaarisesti, vaan se sisältää ”takapakkeja” ja edistymistä.

Robert Kingin, Chris Lloydin ja Tom Meehanin (2007, 1–3) määritelmän mukaan kuntoutumisen käsite on kolmiulotteinen sisältäen objektiivisen, subjektiivisen ja palveluiden ulottuvuuden. Kuntoutuminen objektiivisena ilmiönä viittaa sairauden ja toimintakyvyttömyyden mitattaviin indikaattoreihin, kuten diagnoosin kriteerien täyttymiseen, oireita kuvaaviin mittaristoihin, sosiaaliseen toimintakykyyn, työkyvyn muutoksiin, sairaalahoitopäivien määrään, muiden hoitopalveluiden käyttöön ja riippuvuuteen sosiaaliturvasta. Jos ihminen edistyy jollakin näistä alueista, hänen voidaan sanoa kuntoutuneen. Objektiiviset ja subjektiiviset ulottuvuudet eivät välttämättä ole suoraan yhteydessä toisiinsa, sillä ihminen voi kokea kuntoutuneensa, mutta objektiivisissa tunnusmerkeissä ei ole muutosta. Subjektiivinen kokemus mielenterveyden

ongelmista ei liity pelkästään oireisiin tai toimintakykyyn vaan yhtäläillä minäkäsityksellä. Kuntoutuminen subjektiivisena ilmiönä tarkoittaa minäkäsityksen muutosta ja kokemuksia hyvinvoinnin lisääntymisestä. Kuntoutuminen palveluiden kontekstissa viittaa siihen, että kuntoutumisen tulisi olla kuntoutustoimintaa ohjaava visio. Tämä tarkoittaa, että kuntoutustyöntekijät voivat tukea ihmisen kuntoutumisen prosessia ainoastaan siinä tapauksessa, että he ymmärtävät kuntoutumisen subjektiivisen ulottuvuuden ja he uskovat aidosti kuntoutumisen mahdollisuuteen. Kuntoutustyöntekijöiden tehtävä on herättää ja ylläpitää toivoa kuntoutumiseen ja muutokseen. Koska tässä tutkimuksessa kuntoutujanäkökulma on keskeinen, tulen pitäytymään kuntoutumisen subjektiivisessä näkökulmassa.

Seija Talo, Juhani Wikström ja Anna Metteri (2001, 56) määrittelevät kuntoutumisen kuntoutujan ja hänen ympäristönsä väliseksi vuorovaikutukseksi, joka parantaa ihmisen toimintakykyä, elämänlaatua ja hyvinvointia. Patricia Deegan (2001, 92–95) määrittelee kuntoutumisen oman kokemuksensa perustalta uudenlaisen minäkäsityksen ja tarkoituksen luomiseksi. Hänen mukaansa tärkeimmät kuntoutumisen peruskivet ovat toivo, tahto ja vastuullisuus. William Anthony ym. (2002, 31) näkevät kuntoutumisen henkilökohtaisena ja ainutkertaisena prosessina, jonka kuluessa ihmisen asenteet, arvot, tunteet, päämäärät, taidot ja roolit muuttuvat. Kuntoutuessaan ihminen oppii elämään tyydyttävää ja toiveikasta elämää sairauden aiheuttamista rajoitteista huolimatta.

Lauri Rauhala (2005c, 118–119) määrittelee henkisen kasvun eri asioille annettujen merkitysten rikastumiseksi, selkeytymiseksi ja herkeytymiseksi. Näen kuntoutumisen samankaltaisena prosessina. Henkinen kasvu liittyy ihmisen tajunnallisuuteen, mutta siihen on aina kietoutuneena myös kehollisuus ja situationaalisuus. Tajunnallisuus on esimerkiksi itsetiedostusta ja reflektiota, itseohjautuvuutta, vastuullisuutta ja intentionaalisuutta (Rauhala mt., 118). Kuntoutuminen tarkoittaisi täten näiden tajunnallisuuden ilmenemismuotojen ja toimintatapojen muutosta, valinnanmahdollisuuksien laajenemista ja siten muutossa ihmisen tilanteissa.

Rauhala (mt., 119) pitää itsetiedostusta ja itsereflektiota tärkeimpänä tajunnallisuuden tunnusmerkkinä. Ihminen tulee tietoisemmaksi omasta

olemassaolostaan ja suhteestaan ympäristöön reflektion kautta. Kuntoutumisen prosessia analysoivissa tutkimuksissa on todettu, että kuntoutumisen kulmakivi on muutos käsityksessä itsestä (Davidson & Strauss 2001, 26; Spaniol 2001, 168; Young & Ensing 1999). Ihmisen tietoisuuteen itsestään ja tilanteestaan liittyy myös tietoinen suhde ympäristöön. Omilla valinnoilla voidaan vaikuttaa siihen, ovatko tilanteen sisältämät asiat elämää rikastavia ja henkistä kasvua tukevia. Valinnoilla voidaan vaikuttaa myös kehoon niin, että se myötävaikuttaa osaltaan henkisiin toimintoihin. Rauhala (2005c, 119–120) näkee reflektion edellytyksenä sille, että ihminen tulee vastuulliseksi itsestään sekä tiedostaa velvoitteen-  
sa. Tähän kaikkeen ihminen tarvitsee tietoa ymmärtääkseen maailmaa ja olemassaolonsa ehtoja sekä tunnekokemuksia.

Tätä taustaa vasten tarkasteltuna kuntoutumisen edellytys on mahdollisuus ja kyky itsereflektioon sekä mahdollisuus säädellä tilanteita. Rauhala (2009, 103) toteaa, että merkityssuhteet voivat olla epäselviä, epärealistisia tai sisällöltään niin köyhiä, etteivät ne vastaa ihmisen monimuotoista suhdetta todellisuuteen. Näin käykin usein masennuksessa, jolloin ihminen näkee itsensä pelkästään kyvyttömyyden näkökulmasta. Itsereflektion merkityksen totesivat myös Larry Davidson ja John Strauss (2001, 28, 35) pitkittäistutkimuksessaan, joka perustui mielenterveyskuntoutujien kertomuksiin. Kuntoutumisen prosessi edellyttää, että ihminen kykenee näkemään itsensä aktiivisena toimijana, tunnistaa rajoitteen ja vahvuutensa ja niiden pohjalta arvioi muutoksen mahdollisuuksia, siis kykenee tarkastelemaan tilannettaan ja itseään.

Rauhala tarkastelee tajunnallisuutta kahden toimintatavan, psyykkisen ja henkisen kautta. Näiden toiminnan tuloksena elämäntilanne merkityksellistyy. Psyykkinen kokemus on elämyksellinen ja tiedostamaton. Sen tiedostamiseen tarvitaan henkistä toimintaa. Henkinen toiminta on oivaltavaa, käsitteellistävä ja yleistävää antaen psyykkiselle kokemukselle sisällön. Psyykkinen kokemus nousee suhteesta todellisuuteen. Ihminen käyttää kulttuurisia käsityksiä ja arvoja kuvatessaan kokemuksiaan, käy dialogia toisten kanssa, ajattelee ja teoretisoi. (Perttula 2008, 117–118; Rauhala 2009, 69–73.) Tässä tulevat mukaan myös kertomukset. Ihmiset kertovat sairastumisestaan ja kuntoutumisestaan yksilöllisiä kertomuksia, mutta he sanoittavat niitä kulttuurisesti saatavilla olevista aineksista

(Frank 1995, 75). Juha Perttula (2008, 123) näkee, että ihmisen henkisyys saa aineksia sosio-kulttuurisesta ympäristöstä ja näin ollen kokemuksia voidaan kutsua narratiivisiksi. Kertomuksissa erilaiset tapahtumat organisoidaan kokonaisuudeksi ja tapahtumat saavat merkityksensä suhteessa kokonaisuuteen (Elliott 2005, 3).

Kuntoutumisen kertomusten ainekset löytyvät kehosta, tajunnallisuudesta ja situaatiosta. Ihminen voi oivaltaa asiantiloja uudella tavalla, kokemukset voivat merkityksellistyä aiempaa vivahteikkaammalla tavalla, ihminen voi vaihdella situaatiotaan tai hänelle voidaan tarjota erilaisia mahdollisuuksia. Ihminen kuulee kertomuksia, ja sikäli kun ainekset sopivat omaan olemisen kokonaisuuteen, hän saa niistä uusia rakennusaineita omaan kuntoutumisen kertomukseensa. Kertomus itsestä saa uusia muotoja kuntoutumisen prosessin edetessä.

Ihmisillä on tavoitteita, jotka masennus voi sumentaa. Kuntoutuksen tavoite on auttaa ihmistä arvioimaan elämänprojektejaan ja etsimään keinoja tavoitteiden saavuttamiseksi. Kuntoutujat hyödyntävät kuulemiaan, kokemiaan ja kuvittelemiaan kertomuksia ja tarinoita omassa kuntoutumisessaan (Valkonen 2002, 175). Sosiokulttuurisesti tuotetut mallitarinat suodattuvat osaksi omaa kertomusta. Kuntoutumisen kertomukset ovat jatkuvaa uudenlaisten merkitysten antamista, mikä vaikeuttaa paitsi menneisyyden tapahtumien ymmärtämiseen myös siihen, millä tavoin ihminen hahmottaa nykyisyyttään, mahdollisuuksiaan ja tulevaisuuttaan. Ihminen mieltää uusia tapahtumia suhteessa omaan kokemusperustaansa, aiemmin kertomaansa kertomukseen, jolloin vanhat kokemukset toimivat tulkinnallisina horisontteina uusille tapahtumille (Rauhala 2005a, 37).

### 2.3.3 Mielenterveyspalvelut masennuksesta kuntoutumisen tukena

Mielenterveyspalveluiden piirissä on laaja joukko toimijoita, joiden taustaorganisaatioina ovat kunnat, kuntayhtymät, valtio, kansalaisjärjestöt sekä yksityinen sektori. Mielenterveyspalveluihin sisältyvät sekä perustettā erikoishoitotasoiset avo- ja laitoshoitopalvelut, erilaiset tuki- ja neuvontapalvelut, kriisipalvelut, psykososiaaliset palvelut, kuten asumiseen ja työtoimintaan liittyvät palvelut sekä kuntoutuspalvelut. (Harjajärvi ym. 2006, 13–14.) Mielenterveyspalveluiden laatusuosituksen (2001, 20)

mukaan kuntalaisia tulee auttaa peruspalveluissa, joissa avun ajatellaan olevan helposti kaikkien kuntalaisten käytettävissä. Peruspalveluiden merkitys korostuu myös tarpeessa puuttua ongelmiin riittävän varhain. Tällöin toimijoita ovat laajasti sosiaali- ja terveystyöpalvelut, joissa ihmiset saavat apua arkielämän ongelmissa ja psykososiaalisissa kriisitilanteissa.

Mielenterveyspalvelut ovat olleet viimeisen 20 vuoden aikana voimakkaiden rakenteellisten ja hallinnollisten muutosten kohteena. Mielisairaanhoitopiirit ja sairaanhoitopiirit yhdistettiin vuonna 1991. Valtion normi- ja talousohjaus päättyi valtionapu-uudistukseen vuonna 1993, jolloin mielenterveystyön järjestämisvastuu siirtyi kunnille. Laitoshoitoon painottuneesta toimintajärjestelmästä on siirrytty avohoitopainotteiseen järjestelmään 1980-luvulta alkaen. Avohoitoon lisättiin resursseja aina 1990-luvun taitteeseen asti, mutta sen jälkeen avohoidon resursoiminen hiipui ja psykiatrisen sairaanhoidon resursseja karsittiin vieläpä somaattista sairaanhoitoa ankarammin. Merkittävä rakennemuutostrendi oli 1990-luvulla myös se, että palveluita siirrettiin erikoissairaanhoitosta perusterveydenhuoltoon. Sairaalahoittoa tarvitsevia asiakkaita alettiin aiempaa enemmän hoitaa muissa kunnallisissa sairaaloissa, ei välttämättä psykiatrisissa sairaaloissa. Vaikutusta palvelujärjestelmään on ollut myös sillä, että yksityisen ja kolmannen sektorin rooli palveluiden tuottajana on kasvanut. 2000-luvun mielenterveyspalveluita kuvataan hajanaisiksi ja kirjaviksi. (Harjajarvi ym. 2006, 17–18; Wahlbeck 2007, 87–88.)

Vaikka valtionhallinto pyrki ohjaamaan mielenterveystyön sisältöjen kehittämistä lukuisten hankkeiden avulla, niiden merkitys on osoittautunut vähäiseksi. Kristian Wahlbeck (2007, 88) toteaa, että ”mielenterveyden edistäminen, häiriöiden ehkäisy ja myös psykososiaalinen kuntoutustoiminta ovat monissa kunnissa jääneet liian vähälle huomiolle”. Palvelujärjestelmästä ja palveluiden käytöstä on vaikea hahmottaa kokonaiskuva, sillä palvelukenttä on laaja ja toisaalta palvelujärjestelmissä on suuria paikallisia vaihteluita (Näkökulmia mielenterveyskuntoutukseen 2002). Lisäksi palveluissa on runsaasti tiedonkulun, työnjaon ja yhteistyön ongelmia (Riikonen & Järvikoski 2001, 164).

Tutkimukseni ihmiset kohtasivat siten palvelujärjestelmän, joka on monien haasteiden edessä. Taloudellisten paineiden alla kamppaileva palvelujärjestelmä yhdessä koko 2000-luvun ajan jatkuneen palveluiden

käytön lisääntymisen kanssa tuottavat vaateita, joita kunnissa ja kuntayhtymissä ratkotaan paikallisesti luoden erilaisia toimintamalleja. Tässä yhteydessä ei ole tarkoituksenmukaista perehtyä tähän koko kirjoon, vaan tarkastelen lähemmin niitä toimintaa ohjaavia lähtökohtia sekä niistä johdettuja toimintamuotoja, joista tutkimukseni ihmisillä on kokemuksia. He ovat olleet asiakkaana erikoissairaanhoidossa toteutuvassa psykiatrisessa avo- tai laitoshoidossa sekä jonkin verran kolmannen sektorin järjestämässä kuntoutuspalveluissa. Peruspalvelut jäävät tutkimuksessani tarkastelun ulkopuolelle.

Tutkimuskeskus, jossa keräsin oman aineistoni, kohtasi myös monia muutoksia 1980-luvulta alkaen. Kauko Haarakangas (2002a, 23–26) kuvaa vuosia 1986–1992 suurten rakenteellisten ja sisällöllisten uudistusten kaudeksi. Tuolloin ryhdyttiin kehittämään aluepsykiatrista avo- ja laitoshoidojärjestelmää, jossa raja avo- ja sairaalahoidon välillä pyrittiin häivyttämään. Laitospaikkojen määrä pudotettiin ja hoitomuotoja kehitettiin perhe- ja verkostokeskeisiksi. Erityisesti kriisityötä ryhdyttiin kehittämään niin, että siitä pyrittiin muodostamaan vaihtoehto sairaalahoidolle. Hoitomuotoja kehitettiin samanaikaisesti henkilökunnan laajamittaisen koulutuksen kanssa. Hoitomallia alettiin kutsua avoimen dialogin hoitomalliksi, jonka periaatteita kuvaan myöhemmin. Dialogisuus on ollut hoitomallin kehittämisen kantavana periaatteena. Jaakko Seikkulan organisoimassa tutkimushankkeessa tarkastellaan narratiivisia ja dialogisia prosesseja. Tutkimuksessani tutkimusryhmään osallistuneiden ihmisten terapiaa toteutui siis tältä pohjalta. Vertailuryhmään osallistuneiden ihmisten terapiaa ohjasi avoimen dialogin hoitomallin periaatteet. En kuitenkaan tarkastele erilaisten terapiamuotojen merkityksiä sinällään, vaan ihmisten kokemuksia kohtaamisesta. Siitä huolimatta pidän tärkeänä avata niiden periaatteita. Taustaideologioilla on merkitystä siihen, millä tavoin ihmisiä palveluissa kohdataan, vaikka tilannekohtainen toiminta voikin etäännyä toiminnan tavoitteista ja ihanteista. Ne rakentavat osaltaan sitä kontekstia, joissa kohtaaminen tapahtuu.

#### 2.3.4 Hoito ja kuntoutus mielenterveyspalveluissa

Mielenterveyspalveluista puhutaan sekä arkikielessä että kirjallisuudessa usein hoitona ja kuntoutuksena. Myös tässä tutkimuksessa toimin



näin, mutta sitä ennen näen tärkeäksi tuoda näkyväksi käsitteiden monimuotoisuuden. Käsitteet ovat tutkimuksen näkökulmasta sangen epämääräisiä ja kattavat monenlaista toimintaa. Hoito viittaa sekä avo- että sairaalahoitoon, kotona sekä palvelujärjestelmässä toteutuvaan hoitoon, peruspalveluihin sekä erikoissairaanhoidon, toisinaan myös sosiaalipalveluihin. Hoitoa tarjoaa hyvin moninainen joukko toimijoita. Samoin hoitomenetelmät vaihtelevat. Ne voivat olla lääkehoitoa, keskustelukäyntejä, toiminnallisiin menetelmiin perustuvia, ryhmä- ja yhteisöhoitomuotoisia, yksilö-, pari-, perhe- ja verkostokeskeisiä toimintamalleja. Terapia puolestaan määritellään sekä hoitona että kuntoutuksena. Käsitteiden epäselvyyttä lisää myös se, että terapian sijasta puhutaan usein keskustelukäynneistä mielenterveystoimistossa. Jukka Tontin (2008, 70) tutkimuksessa taas puhuttiin keskusteluavusta tai ammattiavusta. Hoitoa, kuten kuntoutustakin tarjoavat kunnat, kuntayhtymät, sairaanhoidopiirit, yksityiset ja kolmannen sektorin toimijat sekä valtion laitokset.

Mielenterveyspalveluiden laatusuosituksen (2001, 24) mukaan avohoidon tulee olla ensisijainen hoitomuoto ja kaikessa hoidossa tulisi olla mukana kuntouttava työote. Samassa laatusuosituksessa todetaan myös, että hoidon lisäksi tulee suunnitella tarpeenmukaista kuntoutusta, kun ihmisen kyky selviytyä arkielämän tilanteista on heikentynyt tilapäistä muutosta pysyvämmiin. Nähdäkseni hoitoa ja kuntoutusta käytetään tässä puhuttaessa erikoislääkärijohtoisesta psykiatrisesta avo- ja laitoshoidosta sekä näiden piirissä käynnistyvästä kuntoutustoiminnasta.

Mielenterveysongelmissa hoito ja kuntoutus ovat osin päällekkäisiä eikä niitä voida jyrkästi erottaa toisistaan (Anthony ym. 2002, 11–12; Pylkkänen & Moilanen 2008, 168; Riikonen & Järvikoski 2001, 162). Käsitteellinen ero kuitenkin on syytä tehdä. Kari Pylkkänen ja Irma Moilanen (mt., 168) toteavat, ettei oireiden lievittyminen hoidossa välttämättä johda työ- ja toimintakyvyn vastaavaan muutokseen ja tästä syystä kuntoutustavoitteiden pitäminen erillään on tarpeellista hoidon suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Kuntoutuksen tavoite on selkeästi työ- ja toimintakyvyn säilyttäminen ja parantaminen, mikä on osin hoidonkin tavoite, mutta Pylkkänen ja Moilanen (mt., 168) näkevät kuntoutuksen selkeämmin rajattuna toimintana. Paavo Rissanen (2008, 673–677) puolestaan pitää kuntoutuksen keskeisenä toiminta-ajatuksena

ihmisen yksilöllisiä tarpeita painottavaa moniammatillista auttamisprosessia, jossa olennaista on toimiminen erilaisissa toimintaympäristöissä. Kuntoutuksen lähtökohtana ei ole pelkästään sairaus, vika tai vamma vaan ihminen tarpeineen ja rajoituksineen. Kapea-alaiset, yksin sairautteen keskittyvät interventiot eivät ole riittäviä, vaan tarvitaan ihmisen elinympäristöön, sosiaalisiin suhteisiin, työhön ja yleiseen hyvinvointiin kohdentuvia toimintamuotoja. Kuntoutuksessa on olennaista toimiminen erilaisissa ympäristöissä.

William Anthonyn ym. (2002, 12) mukaan ero hoidon ja kuntoutuksen välillä on tarpeen, jotta ihmiset saisivat asiantuntevaa ja tehokasta kuntoutusta. Ellei näin tehdä, kuntoutuksen näkökulma voi puuttua kokonaan, tai kuntoutuksen ajatellaan perinteisesti seuraavan hoitovaihetta. Jari Koskisuun (2002, 145) mukaan hoidon ja kuntoutuksen välinen käsitteellinen epämääräisyys on vaikeuttanut mielenterveyskuntoutuksen kehittämistä. Kristian Wahlbeck (2007, 95) viitaa samaan asiaan toteamalla mielenterveyspalveluiden olevan edelleen yksipuolisia. Anthony ym. (mt., 12–13) perustelevat hoidon ja kuntoutuksen käsitteellistä erillään pitämistä sillä, että ne lähtevät eri lähtökohdista. Hoidossa diagnoosilla on keskeinen merkitys, kun taas kuntoutuksessa diagnoosin on todettu ennustavan huonosti kuntoutumisen tuloksia. Lisäksi he näkevät hoidon ja kuntoutuksen aikaperspektiivin eri tavoin. Hoidossa nykyisyyttä selitetään menneisyydellä, kun taas kuntoutuksessa menneellä ei ole samankaltaista merkitystä, vaan tärkeämpiä ovat nykyiset voimavarat, selviytyminen ja tavoitteet. Olen jäsennellyt hoidon ja kuntoutuksen välistä eroa kuviossa 1.

|                            | <b>Hoito</b>                             | <b>Kuntoutus</b>  |
|----------------------------|--|---|
| <b>Toiminnan kohde</b>     | Potilas                                  | Kuntoutuja  |
| <b>Tavoite</b>             | Oireiden lievittyminen                   | Työ- ja toimintakyvyn muutos  |
| <b>Diagnoosi</b>           | Oireet, taustalla olevat syyt            | Nykyiset taidot suhteessa tulevaisuuden odotuksiin  |
| <b>Toiminnan tarkoitus</b> | Sairastumisen prosessin ymmärtäminen     | Voimavarojen löytäminen ja hyödyntäminen, toiminta- ja osallistumismahdollisuuksien luominen ja laajentaminen |
| <b>Työntekijä</b>          | Terapeutti, työpari                      | Moniammatillinen tiimi  |
| <b>Menetelmä</b>           | Lääkehoito, keskustelu, terapeutekniikat | Keskustelu, toiminta  |
| <b>Lähtökohta</b>          | Sairaus, vika, vamma                     | Hyvinvointi, osallisuus, kärsimys, yhteiskunnallinen asema  |
| <b>Ympäristö</b>           | Terapiaa tarjoavat toimipisteet          | Vaihtelevat toimintaympäristöt  |
| <b>Aikajänne</b>           | Mennyt, nykyisyys, tulevaisuus           | Nykyisyys, tulevaisuus  |

KUVIO 1. Hoidon ja kuntoutuksen erot (Anthony ym. 2002, 13; Pylkkänen & Moilanen 2008; Riikonen & Järvikoski 2001, 163; Rissanen 2008).

Jaon hoidon ja kuntoutuksen välillä tekee vaikeaksi myös hoito- ja terapiamuotojen moninaisuus. Kari Pylkkäsen ja Irma Moilasan (2008, 171–172) mukaan kirjallisuus tuntee yli 500 erilaista psykoterapeutekniikkaa, joista tosin merkittävä osa on sovelluksia pääasiallisista terapiamuodoista. Näitä ovat psykodynaaminen, kognitiivinen ja interpersoonallinen psykoterapia, systeemiset psykoterapiat ja perheterapiat, ryhmäterapiat sekä supportiivinen psykoterapia. Terapiamuodot ovat kehittyneet eri tavoin saaden rakennusaineita kulloinkin vallalla olleista tieteen traditioista. Eri terapiasuuntauksissa suhde menneeseen, nykyisyyteen ja tulevaan vaihtelee, samoin kuin suhde kyvyttömyyteen ja voimavarakeskeisyyteen. Terapiasuuntauksia määritellään sekä keston että toiminnan fokuksen mukaan, kuten kriisiterapia tai ratkaisukeskeinen terapia. Käsitteiden moninaisuus siis edellyttää, että kulloinkin määritellään, minkälaisesta

hoidosta tai kuntoutuksesta on kyse. Tässä tutkimuksessa tarkoitetaan hoidolla mielenterveystoimistossa toteutuneita keskusteluja ja kuntoutuksella keskustelukäynneistä erillisiä toimenpiteitä tai toimintamuotoja, jotka tähtäävät työ- ja toimintakyvyn ylläpitämiseen sekä oman toimijuuden mahdollisuuksien hahmottamiseen ja avartamiseen. Tutkimuksessani terapian keskeisiä lähtökohtia ovat narratiivisuus ja dialogisuus.

### 2.3.5 Narratiivisuus ja dialogisuus psykoterapian taustaideologiana

Suomen Lääkäri-seura toteaa psykoterapiaa koskevassa konsensuslausumassaan, että psykoterapian tarkka määrittely ja rajaaminen suhteessa muihin hoitomuotoihin on vaikeaa. Se nähdään ammatillisena toimintana, jonka tavoitteena on psyykkisen terveyden ja toimintakyvyn lisääminen. Sen sijaan kysymys siitä, kuka terapiatyötä tekee, on oleellinen. Konsensuslausumassa todetaan, että psykoterapia on jäsennelty vuorovaikutuksellinen prosessi. Se on tavoitteellista, mielenterveyden ongelman tai häiriön poistamiseen tai lieventämiseen tähtäävää ammatillista toimintaa, joka pohjautuu vakiintuneeseen psykologiseen tietopohjaan. Konsensuslausumassa todetaan esiintyvän myös sellaisia psykoterapeuttisia menetelmiä, joita ei voida soveltamisalan suppeuden, teorian kapeuden tai tutkimusnäytön puutteen vuoksi pitää itsenäisinä psykoterapioina. Menetelmiä käytetään kuitenkin osana eri psykoterapioita. Neuvonta ja ohjaus sekä monet kuntouttavat toiminnot, jotka ovat vaikutuksiltaan psykoterapeuttisia, eivät yleensä täytä psykoterapialle asetettavia vaatimuksia. (Konsensuslausuma 18.10.2006.)

Käytän selkeyden vuoksi terapia-käsitettä, vaikka tutkimusryhmässä toteutuneiden terapioiden kohdalla voitaisiin puhua myös psykoterapiasta edellä mainitun konsensuslausuman kriteerien perusteella. Keskustelut olivat tavoitteellisia ja noudattivat narratiivisuuden ja dialogisuuden periaatteita. Terapioista vastuullisilta työntekijöiltä edellytettiin vähintään erityistason perheterapiakoulutusta ja kokemusta narratiivisiin ja dialogisiin prosesseihin suuntautumisesta. Vertailuryhmässä toteutuneissa hoitoprosesseissa ei edellytetty vastaavia pätevyysvaatimuksia eikä terapiaorientaatioita. (Seikkula 2005.) Käsitteiden johdonmukaisen käyttämisen tekee haasteelliseksi myös se, että monilla tutkimukseni ihmisistä oli kokemuksia useista erilaisista hoitopisodeista, joissa työntekijät eivät välttämättä

olleet psykoterapeutteja. Useat haastateltavistani olivat aluksi kohdanneet kriisityöryhmän, joka oli tarkoitettu ensiavuksi pidempikestoisen terapian alkaessa myöhemmin. Tutkimukseni ihmiset puhuivat pääasiassa hoidosta, terapiasta ja keskustelukäynneistä. Tietoisena käsitteiden välisistä eroavuuksista päädyin myös käyttämään niitä synonyymeinä, sillä tutkimukseni lähtökohtana olivat ihmisten kokemukset ja niihin liittyvät kertomukset. Ihmiset itse eivät tehneet käsitteiden välille eroa.

Narratiivinen terapia ei ole yksi ja yhtenäinen terapiamuoto, vaan useat eri terapeuttiset suuntaukset ovat soveltaneet narratiivisuutta omista peruslähtökohdistaan (Angus & McLeod 2004). Eri suuntauksille on kuitenkin yhteistä ihmisen kertomus terapian lähtökohtana. Narratiivinen terapia on kehittynyt perheterapeuttien työkäytännöissä. Sen kehittäjät Michael White ja David Epston (1990, 15) näkevät terapian perimmäisenä tarkoituksena uudenlaisten merkitysten ja tulkintojen löytymisen elämäntapahtumille. Lähtökohta narratiivisessa terapiassa on, että ihmiset ovat intentionaalisia. He ovat vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa ja antavat kohtaamilleen asioille merkityksiä. (McAdams & Janis 2004, 160; Polkinghorne 2004, 56.) Ihmiset elävät keskellä rikkasta kertomusten maailmaa, joista vain jotkut kutoutuvat osaksi omaa elämäntarinaa. Elämässä kohdattavien ongelmien ympärille kehkeytyy helposti ongelmien kyllästämiä kertomuksia, joista muodostuu vallitsevia. Ihminen alkaa nähdä itsensä ongelmien, puutteiden ja vajavuuksien kautta. Ne kertomukset, jotka jäävät vallitsevan kertomuksen ulkopuolelle, muodostavat maaperän uusille, vaihtoehtoisille kertomuksille. Narratiivisen terapian tavoite on löytää uudenlaisia mahdollisia kertomuksia. (Polkinghorne 2004, 53; Russell & Carey 2006, 28; Valkonen 2007 33.)

Narratiivisessa terapiassa ihmisten asioille ja kokemuksille antamat merkitykset ovat keskeisiä, mutta Donald Polkinghornen (2004, 56–57) mukaan merkitysten epistemologiset näkemykset poikkeavat. Konstruktivistisen näkemyksen mukaan ihmisten antamat merkitykset ovat peräisin kulttuurin sosiaalisista ja kielellisistä systeemeistä. Ihminen rakentaa identiteettiään diskursiivisesti. Konstruktivistisen näkemyksen mukaan merkitykset ovat peräisin useista eri lähteistä, kuten henkilökohtaisista kokemuksista ja ajattelumalleista, jotka muotoutuvat ihmisen kehityksen mukana sekä sosiaalisesta ympäristöstä. Paikannan tämän tutkimuksen

konstruktivistiseen perinteeseen, sillä näen Lauri Rauhalan (2005a, 37) holistisen ihmiskäsityksen lähempänä konstruktivistista kuin konstruktio-  
nistista perinnettä. Holistisessa ihmiskäsityksessä ihmisen kokemuksilla ja  
niistä tehdyillä tulkinnoilla on keskeinen merkitys. Kokemuksista ja niistä  
muotoutuvista merkityssuhteista syntyy ymmärtämisen horisontti, johon  
uudet kokemukset suhteutuvat. Vanha kokemustausta toimii ymmärtä-  
misyhteytenä uusille kokemuksille. Masentuneilla ihmisillä ongelmatari-  
nasta muotoutuu usein hallitseva ja se toimii ymmärtämisen horisonttina  
myös uusille kokemuksille. Rauhala (2005a, 37) näkee uusien merkitys-  
suhteiden suhteutuvan jo olemassa olevaan kokemuserustaan ja situaatio  
rajaa ne rakennetekijät, joihin eksistenssi joutuu suhteisiin.

Narratiivisen terapian lähtökohta on, että ”ihminen ei ole ongelma,  
vaan ongelma on ongelma”. Mielenterveysongelmissa on tyypillistä, että  
ihminen päätyy uskomaan hänessä itsessään olevan jotakin vialla. On-  
gelmien rakenteelliset yhteydet sisäistyvät yksilökohtaisiksi ongelmiksi,  
jolloin niiden kulttuuriset ja historialliset sidokset hämärtyvät. Narratiiv-  
visen terapian näkökulmasta korostetaan, että elämäntarinoista on löy-  
dettävissä useita juonenkulkuja. Ihminen kertoo itsestään useita tarinoita  
ja terapian tehtävänä on löytää kosketus myös toisenlaisiin tarinoihin.  
(Polkinghorne 2004, 59–60; Russel & Carey 2006, 10, 28; White & Eps-  
ton 1990, 13–15.) Dan P. McAdams ja Lisa Janis (2004, 167) korostavat,  
että narratiivisen terapian tarkoitus on vapauttaa ihmiset vallitsevista ja  
kulttuurisesti dominoivista tarinoista.

Narratiivinen terapia nähdään vuorovaikutuksellisenä tapahtumana,  
jossa työntekijä ja asiakas ovat kumppaneita. Terapeutti ei asetu asian-  
tuntijaksi ihmisen elämään. (Angus & McLeod 2004, 367; Polkinghorne  
2004, 55, ks. myös Juhila 2006, 14.) Taustalla on käsitys kielen ja vallan  
kietoutumisesta yhteen. Kumppanuutta korostetaan sillä, että ihmistä  
ei lähestytä diagnoosinsa kautta, vaan ihmisenä, jolla on ainutkertainen  
historiansa. Narratiivisessa terapiassa keskitytään niihin kertomuksiin,  
joita ihminen kertoo itsestään ja niihin merkityksiin ja tulkintoihin, joita  
hän antaa elämänsä tapahtumille. Narratiivisessa terapiassa yhdistyy ele-  
menttejä muista terapiasuuntauksista. Ratkaisukeskeisen terapian tavoin  
painopiste on ihmisen vahvuuksissa, joiden kautta on mahdollista löy-

tää uudenlaisia kertomuksia ongelmien kyllästämiä kertomusten tilalle. (Polkinghorne 2004, 53–56.)

Narratiivinen toimintatapa korostaa sitä, että ei ole oikeita ja vääriä tapoja suhtautua asioihin, vaan on erilaisia näkökulmia, jotka ovat yhtä lailla tosia ja mahdollisia. On kuitenkin muistettava, että terapia-työssä tulee myös tilanteita, joissa terapeutin on vaikea ottaa työskentelyn pohjaksi asiakkaan kertomusta. Jarl Wahlström (1999, 222) kuvaa liittoutumisen dilemmaksi tilannetta, jossa työntekijän on vaikea rakentaa yhteistä kertomusta kuulemansa pohjalta. Niin sosiaalityössä kuin mielenterveytyksessäkin tullaan tilanteisiin, joissa joudutaan toimimaan direktiivisesti ja käyttämään valtaa. Työntekijät edustavat väistämättä omien ammatillisten arvojensa ohella myös taustaorganisaationsa sekä yhteiskunnan arvoja ja toteuttavat yhteiskunnallista tehtäväänsä (Juhila 2006, 113). Narratiivisuuteen sisältyy kuitenkin vahvasti ajatus ainutkertaisista avauksista. Ne tarkoittavat sitä, että terapeutin on tärkeä löytää tekoja, hetkiä, toimintaa tai ajatuksia, jotka ovat pulmalliselle kertomukselle vastakkaisia. (Russell & Carey 2006, 30.)

Narratiivisen lähestymistavan ongelmana on pidetty sitä, että minuuden ajatellaan jäsentyvän lineaarisesti diskursiiviseksi jatkumoksi. Kertomus on ihanteellisimmillaan johdonmukainen ja kehittyvä. Pirstoutunut ja epäjohdonmukainen kertomus voi olla merkki psyykkisestä häiriöstä. Dialogisen näkökulman lähtökohtana on puolestaan minuuden moniäänisyys, ristiriitaisuus ja moninäkökulmaisuus. (Saastamoinen 2000, 269–270; Shotter 1997, 16–17.) Terapeuttisessa dialogisessa keskustelussa ei ole tavoitteena yhden äänen löytäminen, vaan ristiriitaisuuksien esiin nostaminen ja niistä puhuminen. Dialogisessa keskustelussa osapuolet ovat valmiita kuuntelemaan toisiaan ja pyrkivät ymmärtämään toistensa näkökulmia. Yhteisymmärrystä rakennetaan keskustelijoiden välille niin, että yksiselitteisten ratkaisujen sijaan voitaisiin löytää uusia avauksia. Uudenlaiset merkitykset syntyvät vuorovaikutuksessa toisten kanssa. (Haarakangas 2008, 52; Seikkula 1994, 157; Seikkula & Trimble 2005, 465–466; Shotter 1997, 17–18.)

Dialogisuus ei tarkoita välttämättä ihmisten välistä dialogia, vaan ihmisen on mahdollista käydä myös omaa sisäistä dialogiaan (Seikkula 1994, 148; Shotter 1997, 21). Kaarina Mönkkönen (2002, 33–34) muistut-

taa, että vuoropuhelu ei välttämättä ole aina dialogista, vaikka keskustelussa olisikin pyrkimys tasavertaisuuteen. Dialogi voi olla myös monologista, jolloin osapuolet kertovat omaa tarinaansa ja jokin ilmaisu on todempi kuin jokin toinen. Monologisessa dialogissa puheenvuorot eivät kytkeydy toisiinsa niin, että niistä voisi rakentua yhteistä ymmärrystä. Dialogisessa dialogissa puolestaan etsitään yhteistä ymmärrystä. (Seikkula 1994, 155–156; Seikkula & Trimble 2005, 465.)

Edellytykset dialogiselle suhteelle luodaan jokaisessa vuorovaikutustilanteessa. Perustellusti voidaan myös kysyä, onko täydellistä yhteistä ymmärrystä mahdollista saavuttaa, sillä ihmiset tulkitsevat asioita oman olemisensa ehtojen kautta. Yhteisymmärrys voi olla näennäistä. (Mönkkönen 2002, 56–57.) Ihmiset ovat kommunikaatioaidoiltaan erilaisia ja tilannekohtaiset tekijät vaikuttavat vuoropuhelun syntymiseen. Terapiatilanteissa kullakin osapuolella on odotuksia terapiaa, toisiaan ja itseään kohtaan. Kullakin on mielessään omanlaisiaan kertomuksia, joissa tapahtumien kulku, nykyisyys ja odotukset tulevaisuudelta ovat erilaisia.

Masennuksen seurauksena elämästä muotoutuu usein sangen yksinäinen kertomus, jossa elämän vaihtoehtoehdot karsiutuvat ja yhdestäänestä tulee vallitseva. Ihminen vetäytyy sosiaalisista suhteista, jolloin ihmisen sisäinen dialogi ehtyy. Usein myös perheen vuorovaikutus kaapuu samalla tavoin. Perheterapian keskeisenä tavoitteena on tällöin dialogin uudelleen herättäminen. Se on suorastaan itseisarvo. Dialogi on sekä työväline että työskentelyn päämäärä. Kun asiakas terapeutin vastauksesta päätellen kokee tullessa kuulluksi, syntyy dialoginen suhde. Terapiassa puoliset joutuvat sekä puhujan että kuuntelijan positioon. Molemmat puoliset tarvitsevat aikaa ja tilaa sekä puhua että kuunnella ja sitä kautta voi avautua mahdollisuus dialogiin. Erilaisten näkökulmien omaksuminen tekee mahdolliseksi ihmisen sisäisen dialogin käymisen ja sitä kautta mahdollisten vaihtoehtojen määrä lisääntyy. Oleellisinta ei ole oikean selityksen löytyminen masennukselle, vaan asiakkaan kokemus, että häntä kuunnellaan ja häntä ymmärretään. (Rautiainen & Seikkula 2007, 211–216; Rautiainen 2007, 19.)

Tämän tutkimuksen ihmiset ovat osallistuneet sellaiseen terapiaan, jossa keskeisenä tavoitteena on dialogin synnyttäminen. Dialogisuus kuvaa niin tutkimusryhmän kuin vertailuryhmänkin terapian lähtökohtia,



sillä dialogisuus oli kantava periaate kaikessa hoidossa ja kuntoutuksessa siinä tutkimuskeskuksessa, jossa haastatteluni toteutuivat. Laajemman tutkimuksen tutkimusasetelman mukaisesti tutkimusryhmään osallistuneille ihmisille järjestettiin dialogisiin ja narratiiviseen prosesseihin perustuvaa perheterapiaa, ja vertailuryhmän asiakkaat osallistuvat sellaiseen terapiaan, joka oli kyseisessä tutkimuskeskuksessa tavanomaisen käytännön mukaista (Seikkula 2005). Kuten aiemmin totesin, se tarkoitti tässä tapauksessa avoimen dialogin hoitomallia. Dialogisuus terapiassa tarkoittaa sitä, että terapiatilanteissa tavoitteena on ymmärtää puhuttuja asioita enemmän ja uudella tavalla. Se tarkoittaa uudenlaisen yhteisen kielen ja yhteisesti jaettujen sanojen rakentamista ihmisten kokemuksille niin, että ymmärrys niistä syvenee. Terapeuttien tehtävä on tuon kielen synnyttäminen luomalla sellainen keskustelukulttuuri, jossa kunnioitetaan ja huomioidaan jokaisen osallistujan oma ääni. (Arnkil & Seikkula 2004, 200–201; Seikkula 1994, 143–145.) Mönkkönen (2002, 41) kuvaa dialogisuutta tällöin yhteistoiminnalliseksi suhteeksi.

Avoimen dialogin hoitomallin keskeiset periaatteet ovat hoidon nopea aloittaminen, omaisten osallistuminen hoitoon, työryhmän vastuu hoidosta, epävarmuuden sietäminen, asiakkaan muuttuviin tarpeisiin vastaaminen ja verkostokeskeisyys. Hoidon nopea aloittaminen tarkoittaa ympärivuorokautista päivystystä ja ensimmäisen tapaamisen järjestämistä vuorokauden kuluessa. Työryhmä ottaa vastuun hoitoprosessista siten, että samat työntekijät osallistuvat hoitoprosessiin riippumatta siitä, onko asiakas välillä sairaalahoidossa. Avohoidon työntekijä osallistuu myös sairaalassa käytäviin keskusteluihin. Tämän tarkoituksena on rajan häivyttäminen avo- ja sairaalahoitajien välillä. Epävarmuuden sietäminen liittyy kiireettömyyteen ja siihen, ettei työntekijän tarvitse tietää eikä ymmärtää liian nopeasti. Oleellista on, että eri näkökulmien pohtimiselle ja dialogisuuden syntymiselle annetaan aikaa ja tilaa. Asiakkaan muuttuviin tarpeisiin vastaaminen edellyttää joustavuutta, mikä tarkoittaa esimerkiksi tapaamisten järjestämistä asiakkaan toivomassa paikassa ja eri hoitomuotojen integroimista. Avoin dialogi liittyy moniäänisyyteen, reflektiivisyyteen ja yhteisen ymmärryksen luomiseen. (Haarakangas 2002b, 65–74.) Nämä periaatteet olivat siten myös tutkimusryhmän asiakkaiden hoidon taustalla. Erona vertailuryhmään on se, että pariterapia

ei ollut ensisijaisin hoitomuoto vertailuryhmässä. Tutkimusryhmässä dialogisuutta pyrittiin synnyttämään ensisijaisesti perheenjäsenten kesken, kun taas vertailuryhmässä olleet asiakkaat kävivät dialogiaan työntekijöiden kanssa.

Kuinka sitten narratiivisuus ja dialogisuus suhteutuvat perheterapiassa toisiinsa? Rauhala (2005a, 164) näkee dialogisuuden kokemuksellisenä vastavuoroisuutena, jossa osapuolten välillä vallitsee mielellisten sisältöjen vaihdettavuuden periaate. Ymmärrän mielellisten sisältöjen vaihdettavuuden yhteiseksi kieleksi sekä toisten kokemusten ja näkemysten ymmärtämiseksi. Mönkkönen (2002, 13) kirjoittaa dialogisuudesta myös kommunikaatitaitoina, jotka määrittävät kulttuurisesti. Kommunikaation epäsymmetrisyys on läsnä institutionaalisissa kohtaamisissa ja se haastaa dialogisuuden ja narratiivisuuden.

Dialogisen suhteen perusedellytys on osapuolten tasavertaisuus. Kumpikaan keskustelijoista ei pyri dominoimaan tilanteen kulkua tai asioiden määrittämistä, vaan keskustelu on vastavuoroista vaikuttamista: vaikuttamista toisiin, toisista vaikuttamista. Dialogissa keskustelijat ovat valmiita ymmärtämään toistensa näkökulmia, kykenevät pitämään monia näkökulmia esillä samanaikaisesti ja kiinnittävät huomiota ennen kaikkea yhteisen merkityksen luomiseen (Huttunen 1995, 9). Dialogisessa suhteessa on tärkeää, ettei terapeutti tarjoa valmiita ymmärtämisen horisontteja, vaan dialogissa löytyy uudenlaista ymmärrystä. Ihminen löytää uudenlaisia merkityssuhteita, sillä masennus on usein tyrehtyttänyt moniäänisyyden. Yhden perheenjäsenen masennus kehkeytyy helposti tilanteeksi, jossa molemmat puoliset puhuvat omasta kokemuksestaan omaa monologiaan eikä perheenjäsenten väliselle dialogille ole tilaa (Rautiainen 2007, 19). Narratiivisen psykoterapian tavoite on löytää uusia tarinoita, ja dialogisen suhteen tavoite on synnyttää vuoropuhelua.

Narratiivista psykoterapiaprosessia voidaan kuvata kertomusten uudelleen rakentamisena dialogissa terapeutin kanssa. Narratiivisessa perheterapiassa kuunnellaan perheen tapoja rakentaa kertomuksia masennuksesta, masennuksen vaikutuksista arkeen ja perhesuhteisiin sekä sitä, mitä merkityksiä masennukselle annetaan perheen arjessa (Rautiainen & Seikkula 2007, 213). Kertomusten avulla vaikutetaan ympäristöön ja perheeseen. Yhden perheenjäsenen masennus vaikuttaa koko perheeseen, sen

vuorovaikutuksen dynamiikkaan sekä arjen sujuvuuteen. Narratiivisessa perheterapiassa on oleellista kuulla niin kunkin perheenjäsenen omaa kuin perheen yhteistä kertomusta. Narratiivisessa perheterapiassa tuetaan molempien puolisoiden toimijuutta, sillä masennus tuottaa usein avuttomuuden ja toivottomuuden kokemuksia. Tavoitteena on auttaa puolisoita löytämään aktiivinen rooli suhteessa masennukseen (Rautiainen 2007, 19). Eija-Liisa Rautiaisen (mt., 22–23) tutkimuksen mukaan narratiivisesti ja dialogisesti painottuneessa pariterapiassa auttaa turvallisuus, keskustelemisen tapa, puhuminen ja toisen kuuleminen sekä puolison mukanaolo masennuksen hoidossa. Turvallisuuden tunne tulee ammatti-ihmisten läsnäolosta ja heidän tavastaan ohjata keskustelua. Työntekijöiden läsnä ollessa puolisoiden voi olla helpompi ottaa esiin asioita, joita muutoin eivät ottaisi. Keskustelu muuttuu terapeuttien läsnä ollessa ”neutraalimmaksi” kuin kotioloissa, keskustelu on moninäkökulmaista ja etäämpänä pariskunnan arjesta. Keskusteluissa erilaisille näkökulmille ja ajatuksille annetaan aikaa ja tilaa. Niissä on tärkeää myös se, että masentuneen ihmisen puoliso saa tukea, sillä sairaus etäännyttää muista suhteista ja suhde omaan puolisoon voi jäädä ainoaksi ihmissuhteeksi.

Dialogit eivät rakennu yksin ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa vaan myös vuorovaikutuksessa instituutioiden ja yhteiskunnallisten rakenteiden kanssa. Sosiaaliseen konstruktionismiin perustuvan ajattelun ongelmaksi nähdään, että se jättää huomioimatta ihmisten henkilöhistorian merkitykset sosiaalisille tilanteille sekä materiaalsen maailman merkitykset sosiaalisten konstruktioiden mahdollistajana ja rajoittajana. Yhteiskunnalliset ja kulttuuriset instituutiot tuottavat rakenteellista epätasa-arvoa. Esimerkiksi eettiset kysymykset eivät ole pelkästään ihmisten valintoihin ja konstruktiioihin liittyviä elämänpoliittisia kysymyksiä, vaan niitä ohjaavat kulttuuriset ja institutionalisoituneet käsitykset. Käyttämisen normeja rikkovia tekoja ei voida nähdä yksinomaan ihmisten valintoihin ja konstruktiioihin liittyvinä ilmiöinä. (Saastamoinen 2000, 274–275.) Jaakko Seikkula ja David Trimble (2005, 466) korostavat kuitenkin ihmisten ja rakenteiden välistä yhteyttä. Kulttuurisilla käsityksillä on merkitystä ihmisten kieleen ja merkityksenantoon. Käsitykset asioiden välisistä suhteista ja merkityksistä muotoutuvat ajallisesti ja paikallisesti.

### 2.3.6 Mielenterveyskuntoutus

Käytän tutkimuksessani mielenterveyskuntoutuksen käsitettä, joka on psykiatrasta kuntoutusta laajempi. Psykiatrinen kuntoutus tarkoittaa kuntoutusta mielisairauksista ja tavoitteena on oireiden hallinnan parantaminen, sairauden uusiutumisen ehkäiseminen ja autonomian lisääminen asumisessa, sosiaalisissa tilanteissa, kouluttautumisessa, työtoiminnossa ja perhe-elämässä (Lähteenlahti 2001, 173). Psykiatrinen kuntoutus kohdentuu Yrjö Lähteenlahden (2008, 191) mukaan kahteen kokonaisuuteen: toisaalta psykoottistasoisten mielisairauksien (esimerkiksi skitsofrenia ja kaksisuuntainen mielialahäiriö) ja toisaalta pitkäkestoisten, ”hoitoresistenttien” psykoottistasoisten masennustilojen kuntoutukseen. Tutkimukseni ihmiset eivät kuulu näihin ryhmiin. Käytän tutkimuksessani mielenterveyskuntoutuksen käsitettä, johon sisältyy myös mainittua lievemmiä häiriöitä. Lisäksi valitsemani käsite ei viittaa mihinkään yksittäiseen asiantuntija-alueeseen.

Aila Järvikoski ja Kristiina Härkäpää (1995, 21) ovat määritelleet kuntoutuksen monialaiseksi ja suunnitelmalliseksi toiminnaksi, jonka ”yleistavoitteena on auttaa kuntoutujaa toteuttamaan elämänprojektejaan ja ylläpitämään elämänhallintaansa tilanteissa, joissa hänen mahdollisuutensa sosiaaliseen selviytymiseen ja integraatioon ovat sairauden tai muiden syiden vuoksi uhattuina”. Eero Riikonen, Tarja Nummelin ja Aila Järvikoski (1996, 21) määrittelevät edellisen pohjalta mielenterveyskuntoutuksen toiminnaksi, jonka pyrkimyksenä on tukea kuntoutujan elämänhallintaa ja selviytymistä tilanteessa, jossa hänen elämänprojektinsa ja integraationsa sosiaaliseen yhteisöön ovat henkisen uupumuksen tai psykososiaalisten ongelmien vuoksi uhattuina tai heikentyneet. Kuntoutuksen tarkoitus on auttaa kuntoutujaa arvioimaan omia pyrkimyksiään ja elämänprojektejaan, auttaa etsimään keinoja niiden saavuttamiseksi, muokkaamaan niitä tarvittaessa uudelleen, luopumaan saavuttamattomissa olevista tavoitteista ja muodostamaan uusia (Riikonen ym. mt., 21).

Tämän pohjalta kuntoutus voidaan holistisen ihmiskäsityksen käsittein ajatella ihmisen kehollisen, tajunnallisen ja situationaalisen olemispuolen laajentamiseksi. Kun ihmisen tilanteella tarkoitetaan holistisessa ihmiskäsityksessä sitä osaa todellisuudesta, johon ihminen on suhteessa, tilanteen ulkopuolelle jää asioita ja mahdollisuuksia, joista ihmisen elä-

mäntilanteet voisivat muodostua, mutta näin ei tapahdu. Kuntoutuksen tarkoitus olisi saada kosketus myös tilanteen ulkopuolella oleviin potentiaalsiin mahdollisuuksiin. Asko Suikkanen ja Jari Lindh (2001, 51–53) ovat käyttäneet mahdollistavan kuntoutuksen käsitettä, jolla he korostavat toimintamahdollisuuksien hakemista myös normatiivisten käytäntöjen ulkopuolelta. Mahdollistavassa kuntoutuksessa vuorovaikutus ja ihmisen oma subjektiivisuus korostuvat. Kuntoutustyöntekijä toimii tässä ikään kuin asianajajana varmistaessaan, että ihminen saa tarvitsemansa palvelut ja ohjaa hänet tarkoituksenmukaisten palveluiden piiriin. Toisaalta kuntoutumisen esteet ovat usein myös omassa mielessä, tajunnallisuudessa. Tällöin ihminen tarvitsee rohkaisua, tietoa ja tukea rikastaakseen tilaantiaan (Peltomaa 2005).

Paavo Rissanen (2008, 677) määrittelee mielenterveyskuntoutuksen monitieteiseksi toiminnaksi, jonka tavoitteena on itsenäinen, itseään toteuttava, elämäänsä hallitseva ja sosiaalisesti selviytyvä ihminen. Kuntoutuksen tehtäväksi tulee tällöin mahdollisuuksien hahmottaminen ja yhteyksien luominen muihin kuntouttaviin tahoihin. Ihminen tarvitsee tilaisuuksia kokeilla voimavarojaan ja areenoita toimia muissakin rooleissa kuin potilaan tai hoidettavan rooleissa. Hallinnan tunteen palautuminen on parhaimmillaan tapahtumasarja, joka voi käynnistyä millä tahansa elämänalueella kattamaan myös muita alueita (Järvikoski 1994, 153). Myös Rauhala (2009, 127–128) toteaa henkisen kasvun olevan kumuloituvaa.

Mielenterveystyön laatusuosituksen (2001, 42) mukaan ihmiselle tulee järjestää tilanteen kannalta tarkoituksenmukaista kuntoutusta, kun hänen kykynsä selviytyä arkielämän tilanteista heikkenee tilapäistä muutosta pysyvämmiin. Psykoterapiaa pidetään yleisesti keskeisenä mielenterveyskuntoutuksen keinona ja Kela myöntää kuntoutustukea psykoterapiaan. Näin ollen Kelan näkökulmasta psykoterapia on kuntoutusta. Analysoin tässä tutkimuksessa psykoterapian merkitystä kuitenkin hoitona ja irrotettuna kuntoutuksesta. Käsittelen kuntoutusta sen sijaan niiden terapian ulkopuolella toteutuneiden toimintamuotojen kautta, joista tutkimukseni ihmisillä on kokemuksia. Kuntoutuksen asiantuntijatyöryhmän raportissa todetaan, että psykoterapia on liian kapea ratkaisu, ellei sillä ole yhteyksiä muuhun toimintakykyä ja sosiaalista vuorovaikutusta edistävään toimintaan (Näkökulmia mielenterveyskuntoutukseen

2002). Psykoterapian ei kuitenkaan tulisi jäädä irralliseksi toiminnaksi vaan olisi tärkeää, että terapia ja kuntoutus muodostaisivat eheän ja toisiinsa tukevan kokonaisuuden.

Mielenterveyden häiriöissä kuntoutusmuotoja ovat kuntoutussuunnitelma, kuntoutusneuvonta, vertaistuki, kuntoutuskurssit ja muu ryhmämuotoinen kuntoutus, kuntoutujan perheen ja lähiverkoston mukaan ottaminen, asumis- ja kotikuntoutus, klubi- ja jäsentalot sekä ammatillinen kuntoutus. Myös työyhteisöön ja työoloihin kohdentuvat toimenpiteet nähdään tärkeinä. (Näkökulmia mielenterveyskuntoutukseen 2002). Tässä tutkimuksessa tarkastelen kuntoutuksena psykoterapian ohella järjestettyjä toimenpiteitä, joilla tavoiteltiin työ- ja toimintakyvyn parantamista. Ne olivat työpaikalla toteutuneita toimenpiteitä, joiden tarkoituksena on työstä selviytyminen tai työhön palaamisen helpottaminen sairausloman jälkeen. Lisäksi näen kuntoutuksena ihmisen omien kuntoutumisen tavoitteiden selkiyttämistä ja tavoitteiden saavuttamista tukevat toimenpiteet.

Kuntoutus on määritelmän mukaisesti monialaista toimintaa. Eri kuntoutusmuotojen (lääkinnällisen, ammatillisen, kasvatuksellisen ja sosiaalisen) ammattilaiset toimivat eri organisaatioissa. Rissasen (2008, 677) näkee, että kuntoutuksen ihmiskäsityksen tulee olla kokonaisvaltainen, jossa niin fyysinen, psyykinen kuin sosiaalinenkin tulevat otetuiksi huomioon. Kenenkään yksittäisen työntekijän ei ole mahdollista hallita kokonaisuutta, ilman että hänellä on yhteistyötä muun kuntoutus- ja palvelujärjestelmän kanssa. Moniammatillinen työ on paitsi yhteyksien luomista, parhaimmillaan myös yhteistä työtä. Yhteisen työn tasolla hoidosta ja kuntoutuksesta pyritään luomaan koordinoitusti toimiva kokonaisuus. Yhteinen työ perustuu työnjakoon, keskinäiseen luottamukseen ja sitoutumiseen yhteiseen päämäärään (Mönkkönen 2001, 440). Rissanen (2008, 678) näkee tiimityön toimintaedellytyksiksi sen, että jäsenet tuntevat toistensa työtavat, tiedot ja taidot ja eri tahojen toiminnan tulee rakentaa kuntoutusprosessia. Tiimin tulee rakentua ongelman mukaisesti. Hoidon ja kuntoutuksen nivoutuminen toisiinsa tarkoittaa suunnitelmallisuutta ja prosessin jatkuvaa arviointia yhteistyössä.

Holistisen ihmiskäsityksen kautta käy myös ilmeiseksi, että kuntoutuksen on oltava kokonaisvaltaista ja moniammatillista. Eri ammattialo-

jen työntekijöitä ei voida yksiselitteisesti asettaa fyysisen, psyykkisen tai sosiaalisen asiantuntijoiksi, sillä useimmat ammattialat sisältävät näitä kaikkia ulottuvuuksia. Lauri Rauhala (2005a, 51–54) näkee tieteenalat kullekin alalle tarkoituksenmukaisina käsitejärjestelminä, joilla ilmiöitä tutkitaan. Eri ammattien edustajat katsovat ongelmia eri näkökulmista, ja käsitteillä on omat sisältönsä ja soveltamisalansa. Kun ongelmat eivät ole homogeenisia, ei niitä tutkiva tietokaan saa olla yhdentyypistä.

Kuntoutumisen voidaan ajatella saavan alkunsa niin tilanteen, kehon kuin tajunnankin kautta. Esimerkiksi kuntoutuslaitos toimintaympäristönä tarjoaa hyvin erilaisen todellisuuden tajunnan sisällöiksi kuin terapia mielenterveystoimistossa. Ero on oleellinen pohdittaessa hoidon ja kuntoutuksen sisältöjen eroa. Ihminen tarvitsee terapiakeskusteluja pohtiaakseen tilanteensa merkityksiä, mutta hän tarvitsee myös kokemuksia erityyppisistä tilanteista löytääkseen uudenlaisia näkökulmia ja mahdollisuuksia. Käytettävissä olevien vaihtoehtojen määrä lisääntyy erilaisten kokemusten ja erilaisissa ympäristöissä toimimisen myötä. Sisäisen dialogin on mahdollista rikastua vain erilaisten kokemusten ja erilaisten näkökulmien kautta.

Eero Riikosen ja Aila Järvikosken (2001, 164) mukaan mielenterveyskuntoutuksen haasteita ovat mielenterveyskuntoutuksen käsitteellisten ja teoreettisten lähtökohtien analysoiminen, kuntoutujan osallisuuden ja subjektiivisuuden parempi hyödyntäminen, avohoidossa selviytymisen tukeminen ja liiallinen yksilöpainotteisuus mielenterveyspalveluissa. He toteavat myös ammatillisen kuntoutuksen ja työllistymisen palveluiden olevan puutteellisia. Mielenterveyskuntoutuksen haasteita edelleen ovat asiantuntija-asiakassuhteen uudelleen arvioiminen ja uudenlaisen asiantuntijuuden kehittäminen. Asiantuntijuuden tulee olla moninäkökulmaista, kuntoutumisen mahdollisuuksia etsivää ja asiakkaan omaa toimijuutta vahvistavaa. (Riikonen 2008, 159.)

Kuntoutuksen kohdalla voidaan kysyä, mikä merkitys kuntoutustoimenpiteillä on yksittäisen ihmisen kannalta. Millä ehdoilla palvelut ovat kuntouttavia ja millaisessa tilanteessa ihminen hyötyy parhaiten tarjottavista kuntoutuspalveluista? Miksi jossakin tilanteessa vaikuttavaksi arvioitu palvelu ei tuota toivottua tulosta tilanteesta toiseen? Holistinen ihmiskäsitys tarjoaa tähän näkökulman. Tilanne on aina ainutkertainen

nen, sillä ihmisten situaatiolleen antamat merkitykset syntyvät ihmisten tajunnallisuudessa. Hoito- ja kuntoutusprosessiin sisältyvät toimenpiteet toteutuvat kunkin ihmisen kohdalla hänen merkityssuhteidensa välityksellä. Jokin kuntoutusmuoto toimii yhden ihmisen kohdalla mutta toisen ei. Kyse on ihmisen kuntoutukselle ja hänen siitä saamilleen kokemuksille antamista merkityksistä. Rauhalan mukaan kokemiseen voidaan vaikuttaa tajunnan tasolla esimerkiksi avaamalla uudenlaisia horisontteja, jotka voivat saada asiat näyttämään uudessa valossa. (Rauhala 2005a, 37–38, 139–140, 167–170.) Tästä on kyse niin kuntoutuksessa kuin kuntoutumisessakin. Kuntoutuksen tehtävä on toimia niin, että ihmisen käytettävissä olevien vaihtoehtojen määrä lisääntyy. Kuntoutuminen on uudenlaisen toimijuuden ja merkitysten löytymistä.



## 3 Kertomuksista tutkimukseksi

### 3.1 Tutkimustehtävä ja tutkimuskysymykset

Masennus on yhteiskunnallisesti ja inhimillisesti katsoen tärkeä tutkimuksen kohde, sillä se koskettaa monia ihmisiä ja sillä on huomattava kansantaloudellinen merkitys. Noin viidesosalla suomalaisista on diagnosoitavissa oleva masennus ja viidellä prosentilla on kliinisesti merkittävä masennus. Tutkimukseni kohdentuu jälkimmäiseen ryhmään. Kokeuksiin pohjautuvissa tutkimuksissa masennus näyttäytyy inhimillisenä kärsimyksenä, jossa myönteiset tunteet kuolevat ja oma oleminen muuttuu arvottomaksi (Deegan 2001; Hänninen & Timonen 2004; Karp 1996; Tontti 2000; 2008). Julia Kristeva (1998, 16) kuvaa masennuksen värittämää olemistaan elämäksi, ”jota kuormittavat arkiset surut, vuodatetut ja niellyt kyyneleet sekä rajaton lohduttomuus – joskus polttava, toisinaan valju ja tyhjä”.

Masennuskokemukset näyttävät useimmiten yksilöiden ongelmina, mutta sosiaalinen ja yhteiskunnallinen kietoutuvat niihin monin tavoin. Minun on helppo yhtyä Jukka Tontin (2005, 386–388; 2008, 37–38) näkemykseen masennuksesta ilmiönä, joka on lääketieteellistä sairautta laajempi. Masennus ilmiönä kuvastaa myös yhteiskunnallista tilannetta ja sen muutosta, kulttuurisia käsityksiä, normeja ja arvoja. Rakenteelliset ongelmat siirtyvät usein ihmisten ongelmiksi, sillä rakenteet ruumiillistuvat viimekädessä yksilötasolla. Noudatettava sosiaalipolitiikka ja yhteiskuntapolitiikka konkretisoituvat ihmisten arjessa taloudellisina vaikeuksina. Työelämän kiireet saavat ihmisten arjen säröilemään. Se, miten ongelmia hahmotetaan, määrittää samalla, mitä niille ajatellaan voitavan tehdä. Masennuksen moniulotteisuus edellyttää yksilötasolla koettavien ongelmien näkemistä laajemmissa yhteyksissään. Kun masennus ilmiönä ymmärretään kokonaisvaltaisesti, myös ammatilliset käytännöt voivat monipuolistua. Se näyttää tarpeelliselta, sillä mielenterveyspalveluja kuvataan yksipuolisiksi (Harjajärvi ym. 2006, 22, 67; Wahlbeck 2007, 88).

Masennuksen kehkeytyminen sekä siitä kuntoutuminen tapahtuvat

vuorovaikutuksessa sosiaalisen ympäristön ja verkoston kanssa. Thomas Joiner ym. (1999, 7) näkevät masennuksen olemukseltaan vuorovaikutuksellisena, sillä se on seurausta ihmisten umpikuijiin ajautuvista yrityksistä selviytyä ympäristössään. Ihmisten toimijuuden tuntu murenee ja he vetäytyvät sosiaalisista suhteistaan sekä rooleistaan. Arki tukkeutuu.

Ymmärrän masennuksen kokonaisvaltaisesti ihmisen elämään vaikuttavana tekijänä. Anna Metteri (1996, 145) hahmottaa terveydenhuollon sosiaalityössä edellytettävää kokonaisvaltaisuuden käsitettä kolmena ulottuvuutena: ihmisten omien kokemusten huomioon ottamisena, yksittäisten oireiden ja ratkaisujen tarkastelemisena suhteessa ihmisten elämäntilanteisiin sekä ihmisten tilanteiden ymmärtämisenä ottamalla huomioon kulttuuriset, institutionaaliset ja yhteiskunnalliset ehdot. Eksistentiaalis-tis-fenomenologisen lähestymistavan mukaisesti tarkastelen sekä ihmisen olemista että sen ehtoja (ks. Valle ym. 1989, 7). Kuntoutuminen on kokonaisvaltainen prosessi, joka saa rakennusaineita niin terapiasta ja kuntoutuksesta kuin ihmisen arjestaan. Anthony ym. (2002, 99) korostavat, että kuntoutumista tapahtuu ilman professionaalista väliintuloa. Työntekijöiden tehtävä on edesauttaa kuntoutumista, mutta viime kädessä kyse on ihmisen omasta sisäisestä prosessista.

Tutkimukseni tehtävänä on saada masennuksesta ja siitä kuntoutumisesta kokonaisvaltainen kuva. Pysin aineistoni pohjalta tavoittamaan masennuksen sosiaalisia kytkeitä ja lisäämään ymmärrystä siitä, mitä erityistä masennus tuo kuntoutumisen prosessiin. Tutkimuskysymykseni ovat:

1. Millaisia merkityksiä mielenterveyspalvelut saavat masennuksesta kuntoutumisen kertomuksissa?
2. Mitkä tekijät ihmisten arjessa ovat merkityksellisiä kuntoutumisen kertomusten rakentumisessa?

Mielenterveyspalvelut rajautuvat tutkimuksessani niihin, joista haastatteleillani ihmisillä on kokemuksia. Se tarkoittaa tässä yhteydessä erikoissairaanhoidon psykiatrisia poliklinikoita ja kahden henkilön osalta myös jaksoa psykiatrisessa sairaalassa. Lisäksi viidellä ihmisellä oli kokemusta ryhmämuotoisesta kuntoutuksesta. Niiden toteuttajina olivat sekä

sairaanhoitopiiri että kolmannen sektorin toimija. Yksityiset- sekä peruspalvelut jäävät tarkastelussani ulkopuolelle.

Arki on käsitteenä laaja. Se ottaa huomioon sekä ihmisen kokemuksen että elämäntilanteen kokonaisuuden ja näkee ihmisen aktiivisena, merkityksiä muodostavana toimijana (Metteri 1996, 143; Salmi 1991, 24–39). Ihmiset löytävät rakennusaineita kuntoutumiseensa monista elämäntilanteensa tekijöistä ja ihmissuhdeverkostoistaan. Kuntoutuminen on uusien toimintatapojen opettelemista, selviytymistä arjessa ja päivittäistä päätöksentekoa erilaisissa eteen tulevissa tilanteissa (Koskisu 2003). Terapia ja kuntoutus ovat osa arjen kokonaisuutta ja niiden keskeinen tavoite on, että ne tuottaisivat muutosta arkeen. Tarkastelen yhtäältä sitä, millaisia todellisuksia mielenterveyspalvelut avaavat, millaisia tulkinnallisia horisontteja ne tarjoavat ja mikä merkitys niillä on tutkimukseni ihmisten kuntoutumisessa ja arjessa.

Pyrin tavoittamaan ihmisten oman kokemuksen heidän masennuksestaan ja siitä kuntoutumisestaan. Kiinnostus kokemuksiin tuo tutkimukseeni narratiivisen näkökulman, sillä kokemukset jäsentyvät kertomuksiksi siitä, millaisia merkityksiä masennuksella on ollut ihmisten elämässä ja miten he ovat siitä kuntoutuneet. Näen kokemukset Juha Perttulan (2005, 149) tapaan tajunnallisena tapana merkityksellistää niitä todellisuksia ja elämäntilanteiden tapahtumia, joihin ihmiset ovat suhteessa. Kokemukset nousevat siitä, mitä ihmisten elämäntilanteet heille merkitsevät. Arjesta ja terapiatilanteista sen erityisenä alueena tarjoutuu ihmisille aiheita, jotka he kokevat merkityksellisiksi. Osa jää merkityksettömäksi. Jokaisella ihmisellä on omanlaisensa kertomus kerrottavana, eikä tavoitteeni ole löytää yhdenlaista kuntoutumisen mallitarinaa. Tavoitteeni on säilyttää tutkimuksessani kokemusten moninaisuus. Samasta temasta käydyt keskustelut avaavat erilaisia maisemia eri ihmisten kertomuksissa, mutta niistä on löydettävissä myös yhteisiä piirteitä, joita tutkijana pyrin käsitteellistämään.

### 3.2 Aineiston hankinnan lähtökohdat

Tutkimukseni toteuttaminen *Narratiiviset ja dialogiset prosessit masennuksen pari- ja perheterapioissa* -tutkimushankkeen yhteydessä merkitsi sitä, että pääsin osaksi laajempaa tutkijayhteisöä ja niitä terapeutteja, jotka vastasivat hankkeen käytännön toteutuksesta. Koska hankkeessa keskityttiin menetelmien kehittämiseen ja terapiaprosessien vaikuttavuuden arvioimiseen, tutkimukseni jäi omana itsenäisenä kokonaisuutena melko erilliseksi muusta hankkeesta. Oma lähtökohtani oli tarkastella masennusta ja siitä kuntoutumista kokonaisvaltaisesti, joten olin kiinnostunut paitsi ihmisten terapialleen antamista merkityksistä myös muusta kuntoutuksesta. Hankkeessa vaikuttavuutta pyrittiin tutkimaan vertailuasetelman avulla organisoiden ihmiset tutkimus- ja vertailuryhmiin. Oma kiinnostukseni ei ollut ryhmien välisissä eroissa, vaan enemmän kuntoutumisessa yleisenä ilmiönä. Tutkimukseni ihmisillä oli kokemuksia myös muista palveluista kuin tutkimushankkeesta kiinnostuksen kohteena olleista terapioista. Olen käyttänyt tässä tutkimuksessa ainoastaan itse keräämääni haastatteluaineistoa, en tutkimushankkeesta kerättyä aineistoa.

Osallisuus laajempaan tutkimushankkeeseen merkitsi mahdollisuutta tavoittaa ihmisiä haastateltavakseni. Kyseiseen tutkimukseen valittiin sellaiset psykiatriseen hoitojärjestelmään tulleet asiakkaat, jotka olivat alle 65-vuotiaita, elivät parisuhteessa eikä heillä ollut välitöntä hengenvaaraa esimerkiksi itsemurhan vuoksi. Lisäksi heillä ei ollut väkivaltaongelmaa eivätkä he ole olleet pariterapiassa edeltäneen kahden vuoden aikana. Mikäli edellä mainitut kriteerit täyttyivät ja asiakas antoi kirjallisen suostumuksensa tutkimukseen, hänen kanssaan tehtiin tutkimushaastattelu. Haastattelu sisälsi taustatietojen, hoitohistorian, väkivaltatilanteiden ja alkoholin käytön kartoittamisen lisäksi erilaisia standardoituja kyselylomakkeistoja, jotka liittyivät psyykkiseen statukseen, koettuihin oireisiin, toimintakykyyn ja parisuhteeseen. Haastattelut toteutettiin kaikkien tutkimukseen osallistuneiden ihmisten kanssa, mutta perheterapiaistunnot videoitiin ainoastaan tutkimusryhmän osalta. (Seikkula 2005.)

Laajemman tutkimushankkeen tavoitteena oli, että jokaisessa tutkimuskeskuksessa olisi 30–40 asiakasta, joista puolet pariterapiaa saavassa ryhmässä ja puolet vertailuryhmässä (Seikkula 2005). Tutkimukseen

ohjautui tarkastelemassani tutkimuskeskuksessa 40 asiakasta, mutta heistä 13 kieltäytyi osallistumasta. Osa heistä mainitsi syyksi perheterapiastuntojen videoinnin, työesteet, osa ei kokenut itseään masentuneeksi ja joidenkin puoliso ei halunnut tulla mukaan hoitoprosessiin. Lisäksi kuusi asiakasta suljettiin pois tutkimuksesta edellä mainittujen poissulkukriteerien perusteella (väkivaltaisuus, masennusdiagnoosi ei varmistunut käytetyllä pisteytyskaalalla, perheterapia edeltäneen kahden vuoden aikana). Asiakkaita laajemmassa hankkeessa oli siis kaikkiaan 21, joista 13 osallistui tutkimusryhmään ja kahdeksan vertailuryhmään.

Tarkoitukseni oli haastatella kaikkia sekä tutkimus- että vertailuryhmään osallistuneita henkilöitä. Kaksi ihmistä kieltäytyi tästä tutkimuksesta, joten haastattelemiäni ihmisten määräksi tuli 19. Heistä kuului tutkimusryhmään 12 ja vertailuryhmään seitsemän. Tutkimusryhmään osallistuneiden kohdalla perheterapia toteutui, mutta kahdessa tapauksessa pariterapia keskeytyi ja kahdessa tapauksessa perheterapiakäyntejä oli vain muutama. Vertailuryhmään osallistuneista kolmen ihmisen käynnit toteutuivat yksilökäynteinä, kahden henkilön puoliso oli mukana osassa käynneistä ja kahden henkilön hoitoprosessi ei lähtenyt liikkeelle. Haastateltavista 14 on miehiä ja viisi naisia iältään 30–63-vuotiaita. Tutkimukseeni valikoitui näin masennusdiagnoosin saaneita parisuhteessa eläviä ihmisiä. Käytännössä kuitenkin kaksi ihmistä oli eronnut, kun haastatteluni toteutuivat. Haastattelemiäni ihmiset olivat kolmea henkilöä lukuun ottamatta ensimmäistä kertaa asiakkaana mielenterveyspalveluissa.

Sain mahdollisten haastateltavieni puhelinnumerot ja otin heihin itse yhteyden. Kerroin tutkimuksestani ja myös mahdollisuudesta siitä kieltäytymiseen. Totesin, että haastattelu voisi toteutua siten, kuin se heille parhaiten sopi. Ehdotin sekä mielenterveystoimistoa että vaihtoehtoisesti haastateltavan kotia. Kahta haastateltavaani lukuun ottamatta ihmiset toivoivat haastattelun tapahtuvan niissä psykiatrian avohoitopisteissä, joissa he olivat olleet asiakkaana. Kaksi haastattelua toteutui haastateltavieni kotona. Uskon paikan valinnalla olleen merkitystä siihen, miten ihmiset asettautuivat haastatteluun. Ajattelen, että ne tutkimushaastattelut, jotka toteutuivat mielenterveystoimistoissa, rinnastuivat helpommin terapiatilanteisiin.

Haastattelut ajoittuivat asiakkuusprosessin eri vaiheisiin kuitenkin niin, että asiakkuus oli kestänyt haastatteluhetkellä vähintään kuusi kuu-

kautta. Ajattelin, että siinä vaiheessa ihmisillä oli jo kokemuksia terapian merkityksestä sekä kuntoutumisensa etenemisestä. Haastattelut olivat 1–2½ tunnin pituisia. Ensimmäinen haastattelu toteutui lokakuussa 2006 ja viimeinen tammikuussa 2008. Aineistoa kertyi litteroituna tekstinä 459 sivua 2,5 cm:n marginaaleilla ja 1,5 rivivälillä kirjoitettuna.

Tutkimukseni ihmisille on yhteistä, että he ovat tulleet mielenterveys-toimistoon asiakkaaksi ja heille on annettu masennusdiagnoosi. Vaikka masennus sävyttikin ihmisten olemista merkittävästi, tapasin hyvin erilaisia ihmisiä ja masennuksen taustalla oli moninaisia elämäntilanteita. Ihmisten poikkesivat perhetilanteiltaan, koulutustaustoiltaan, terveydentiloiltaan ja työllisyystilanteiltaan. Pidin tärkeänä lähteä tutkimuksessa liikkeelle ihmisten omista määrittämisistään siitä, mikä heidän ongelmansa oli, mitkä tekijät siihen olivat johtaneet ja mikä oli ollut heille tueksi.

### 3.3 Tutkimushaastattelu kertomusten näyttämönä

Kertomus ei ole kertomus, ennen kuin se kerrotaan jollekin. Pyrin lähestymään haastateltaviani eksistentiaalis-fenomenologisen ihmiskäsityksen pohjalta ainutkertaisina ja yksilöllisinä ihmisinä. Ymmärrän kuitenkin, että haastattelutilanne luo oman erityisen tilanteensa kerronnalle. Tutkija kertomuksen yleisönä vaikuttaa siihen, millaisia kertomuksista muotoutuu. Eletyn ja kerrotun kokemuksen suhde on tutkimuksen kannalta oleellinen kysymys. Niiden lopullista suhdetta on mahdoton tietää, mutta on tärkeää pohtia, millaisessa kontekstissa tämän tutkimuksen kertomukset tuotetaan. Ihminen ei ehkä ole tullut ajatelleeksi kertomustaan aiemmin juuri siitä näkökulmasta, josta tutkija ilmiötään lähestyy ja miten hän kysymyksensä asettaa. Ihminen valitsee, organisoii ja yhdistää ne tapahtumat, joita hän pitää merkityksellisenä yleisön kannalta (Chase 2008, 65; Riessman 2008, 3). Oma tutkimusintressini ohjasi ihmisiä tulkitsemaan kokemuksiaan masennuksesta kuntoutumisen kannalta.

Haastattelutilanne on aina vuorovaikutustapahtuma, jossa molemmat osapuolet vaikuttavat toisiinsa ja vaikuttuvat toisistaan. Elliot Mishler (1986, 10, 47) pitää haastattelua enemmän käyttäytymisenä kuin kielellisenä tapahtumana. Se on kielellistä vaihtoa, jossa haastattelija ja haas-

tateltava pyrkivät sovittamaan kysymyksensä ja vastauksensa toisiinsa siten, että tuloksena syntyy yhteinen diskurssi. Haastattelemineen on näin ymmärrettyä dialogia. Kysyminen ja vastaaminen ovat tietyyppistä puhetta, jota säätelevät kulttuuriset käsitykset ja näin ollen haastatteluaineisto syntyy osapuolten yhteisen keskustelun tuloksena. James Holstein ja Jaber Gubrium (1995, 4) sanovat sekä haastattelijan että haastateltavan väistämättä olevan aktiivisia, merkityksiä antavia osapuolia. Matti Kortteinen (1992, 37) puolestaan kuvaa haastatteluja ”suhdepelinä”, jossa kokeillaan, mitä toinen ymmärtää ja mitä hänelle uskaltaa kertoa. Merja Laitinen ja Tuula Uusitalo (2008, 114) näkevät, että tutkijan persoonallisuus ja asennoituminen ohjaavat keskustelua. Hänen halunsa kuulla ja jakaa vaikeita asioita voi herättää – tai olla herättämättä – vastaajassa luottamuksen niiden kertomiseen.

Kertomuksen tekee kertomukseksi muutos, ja se on tässäkin tutkimuksessa keskeinen teema. Kerronnallisen haastattelun lähtökohta on siten muutosten kuvaaminen ja sellaisten kysymysten esittäminen, että haastattelija saa vastaukseksi kertomuksia. Matti Hyvärinen ja Varpu Löyttyniemi (2005, 214–215) toteavat, ettei ole tarkoituksenmukaista lähteä haastattelemaan mielessään valmis kysymisen metodi, sillä vastaamisen tavat poikkeavat tilanteittain merkittävästi. Tämän totesin myös omassa tutkimuksessani. Haastattelu oli aina aintukertainen tapahtuma haastateltavan ja minun välillä. Ihmisillä oli oma persoonallinen tapansa asettua vuorovaikutustilanteisiin ja he poikkesivat toisistaan hyvin paljon siinä, missä kulkivat minulle kerrottujen kertomuksen rajat. Kuten Merja Laitinen ja Tuula Uusitalo (2008, 122–123) toteavat tutkimustensa perusteella, myös tässä tutkimuksessa tuli esiin, että ihmiset ovat hyvin erilaisia siinä, millä tavoin heidän on mahdollista tuottaa kertomuksia. Jotkut haastattelemani ihmiset kertoivat vuolaasti asioistaan. Yksi yksittäinen vastaus saattoi muodostaa eheän kertomuksen alkuineen, keskikohtineen ja loppuineen, jossa juoni yhdisti osat kertomukseksi. Jotkut taas vastasivat lyhyesti esittämiini kysymyksiin. Kuten Jaakon vastauksesta ilmenee, ei hänen tapansa toimia ole sellainen, että hän puhuisi vaikeuksistaan. Pikemminkin niin, että ajatukset vaikeista asioista on siirrettävä muualle.

Marjo: *Miten sää aattelet, että mikä niinku osuus sillä masennuksella sun elämässä on ollu?*

Jaakko: *No en minä osaa puhua.*

Marjo: *Jos aattelet tämän hetken tilannetta, niin tuota vaikuttaako se [masennus, M.R.] tän hetken tilanteeseen vai vaikuttaako siihen enemmän ne muut sairaudet?*

Jaakko: *Ehkä ne muut sairaudet. Ohan se, että on päiviä, että on mieli maassa – ja totaalisestikin. Mutta se on siinä, niin ku mie oon sanonu, et mie tiedostan, että älä nyt mene, älä ala jauhamaan, että keksi äkkiä muuta. Se on ainoa, millä pääsee siitä.*

Ajattelen kerrottavuuden masennuskertomuksissa selittyvän osin masennuskokemusten luonteella. Donald Polkinghornen (1988, 112–113) mukaan tarinalliseen kompetenssiin sisältyy kolme olottuvuutta: tarinoiden sisältö, tarinaa strukturoiva juoni sekä syy-seuraussuhteet. Mielenterveysongelmat ja masennus luovat usein tilanteen, jossa syy- ja seuraussuhteita on vaikea hahmottaa. Masennukseen sairastuminen merkitsee siihen asti eletyn tarinan pirstaloitumista ja usein tyhjenemistä. Traumaattisten kokemusten sanoittaminen voi olla vaikeaa, samoin kuin niiden muisteleminenkin (Laitinen & Uusitalo 2008, 106). Michael Bury (2001, 264) käyttää käsitettä elämänkerrallinen katkos kuvaamaan tilannetta, jossa sairastuminen katkaisee sen tarinan, jota ihminen mielessään on kohdalleen hahmotellut. Hän kutsuu katkoksen jälkeistä aikaa tarinalliseksi tyhjiöksi, joka on usein hämmäntävä tai ahdistava. Hämmennyksestä on vaikea kertoa.

Tässä tutkimuksessa haastattelutapa ei siis ollut yksinomaan kerronnallinen, vaan hyvin vaihteleva eri ihmisten kanssa. Olin laatinut tuekseni haastattelurungon. Kysyin aluksi ihmisiltä, millaisessa tilanteessa he olivat hakeutuneet mielenterveystoimistoon, mitä he pitivät masennuksensa taustatekijöinä, kuinka heidät kohdattiin palveluissa, mikä oli ollut avuksi kuntoutumisessa (liite 1). Ihmiset asettuvat haastattelutilanteisiin eri tavoin ja toimivat niissä, kuten heille itselleen oli luonteenomaista. Haastattelutapa vaihteli myös saman haastattelun sisällä. Matti Hyväriksen ja Varpu Löyttyniemen (2005, 192) mukaan kerronnallisuutta ei tarvitse nähdä joko–tai-asetelmana, vaan se voi olla tiheää tai ohutta, sitä



voi olla enemmän tai vähemmän. Kerronnallisuus vaihtelee sen mukaan, miten se välittää kokemuksellisuutta. He (mt., 214–215) toteavat myös, että samankaltaiset kysymykset toimivat eri tilanteissa eri tavoin. Joissakin tilanteissa kysymys-vastausmuoto on luontevin tapa edetä. Eräs haastateltavani vertasi haastattelutilannetta aiempaan terapiakokemukseen, jossa työntekijän toimintatapa oli ollut aktiivinen. Hän oli kokenut sen toimivammaksi kuin myöhemmän kokemuksensa, jossa työntekijällä oli passiivisempi ote.

*Topi: Jostain syystä kyseinen henkilö oli niinkö joko samoilla aaltopituuksilla, että meillä se puhuminen... hän tietenki ohjas niitä tilanteita samalla tavalla, kun sinä ohjaat nyt. Se meni niinkö sillai minun mielestä juohevasti minun ongelmia edeten, että mä tunsin sen koko tilanteen ja sen tilanteen kulun hirveen mielekkääksi ja sillai.*

Eero Suoninen (2000, 67–101) kuvaa auttamistyötä kulttuurisena tanssina halutessaan korostaa kohtaamisten vuorovaikutuksellisuutta ja vaihtelevuutta. Vuorovaikutuksen tanssityyli voi muuttua samankin keskusteluprosessin aikana, mutta on myös mahdollista, että jokin tanssilaji säilyy koko keskustelun ajan perusorientaationa, ja poikkeamat muihin lajeihin jäävät lyhytaikaisiksi. Tanssilajit muotoutuvat vuorovaikutuksen tyyliksi vasta molempien osapuolten orientoituessa tilanteeseen samalla tavoin. Jos ehdotettu tanssilaji tai tyyli ei sovellu vastaanottavan valmiuteen, voi yhteensopivuutta ja myös kerronnallisuutta hakea jonkin muun tanssilajin tai tyylin kautta. Myös haastattelutilanne voidaan nähdä vuorovaikutustapahtumana, jossa tanssilajit ja tyylit vaihtelevat ja jossa tanssiin lähteminen ja tanssiminen ovat eräänlaista tunnustelua, millä tavoin on mahdollista edetä. Matti Hyvärinen ja Varpu Löyttyniemi (2005, 220) näkevät, ettei ole tarpeen tehdä valintaa autenttisen tai aktiivisesti merkityksiä antavan kertojan välillä, vaan ”kertomisen hetki ja tilanne tuottavat jotain uutta”.

Mahdollisten tanssityyliensä etsimisen tärkeys tulee tässä tutkimuksessa myös käsiteltävän aiheen sensitiivisyyden kautta. Masennuksesta, sen syistä ja merkityksistä puhuminen johtaa keskustelun aihealueille, joilla tutkijana on liikuttava kaikella hienotunteisuudella ja kunnioituksella.

Jos ehdottamani tanssilaji ei käy, on kyettävä muuttamaan lajia. Jos tanssi on liian nopeaa, on hidastettava, jos se kulkee väärään suuntaan, on muutettava suuntaa. Seuraavassa aineistolainauksessa haastateltavani ahdistuu asioista, jotka tulevat hänen mieleensä. Pohdimme masennuksen kehkeytymistä vuosia kestäneiden erilaisten vaikeuksien myötä. Hän ei ollut tottunut puhumaan asioistaan edes puolisolleen ja masennuskokemukset alkoivat tulla haastattelutilanteessa ahdistavina mieleen. Tuolloin vaihdoin keskustelunaihetta masennuksen merkityksestä siitä selviytymiseen, joka on tutkimukseni keskiössä. Myös Gabriele Rosenthal (2003, 928) toteaa, että tutkijan on ohjattava keskustelu turvalliselle alueelle, jos haastateltava uppoutuu liian traumaattisiin kokemuksiin.

Marjo: *Oliks sää puhunu kenellekään niistä asioista?*

Jaakko: *En en.*

Marjo: *Joo. No tuliko siinä [terapiassa, M.R.] sitte semmosia asioita, et ne oli vaimollekin uusia?*

Jaakko: *No ehkä. Oli kai sekin nähny, ettei tässä mistään tule mitään. Senhän se justiin aina tekee, mikkään ei kiinnostanu. Hui ku alkaa niitä miettiä.*

Marjo: *Niin. Joo-o. Ja oikeestaan se, mikä minua niinku tässä siten kiinnostaakin, niin on se, että et miten ku tilanne ajautuu kauheen umpikujaan, niin tuota, että miten siitä, miten se lähtee sitte selkiintymään.*

Kuntoutumisen tarinaa voi verrata Vilma Hännisen (2003) sisäiseen tarinaan. Samoin kuin sisäinen tarina, kuntoutuminen rakentuu ihmisen elämäkokemusten, situaation tarjoamien mahdollisuuksien sekä sosiaalisesta tarinavarannosta omaksuttujen tarinamallien avulla. Kun kyse on sisäisen tarinan rakentumisesta, tärkeämpää kuin haastattelumenetelmä, on ymmärtää niitä ihmisten ilmaisemia elämäntilanteisiin liittyviä merkityksiä, jotka ovat tutkimuskysymyksen kannalta oleellisia. Näin ollen haastattelulle ei ole yhtä toteuttamisen tapaa. (Hänninen 2003, 31; Mishler 1986, 7.) Matti Hyvärinen ja Varpu Löyttyniemi (2005, 203) määrittelevät kerronnallisen haastattelun yleiseksi pyrkimykseksi kertomusten tuottamiseen ja he hylkäävät ajatuksen yksiselitteisestä haastattelumene-

telmästä. Sen sijaan, että haastattelija pyrki pitäytymään yhdessä tietys-  
sä haastattelumetodissa, on tärkeää toimia haastattelutilanteessa itselleen  
luontevimmalla tavalla sekä joustuen tilanteenmukaisesti.

Norman Denzin (2003, 146–147) erottaa neljä erilaista haastattelu-  
muotoa: objektiivinen ja neutraali haastattelu, viihdyttävä ja journalisti-  
nen muoto, yhteistyöhön perustuva aktiivinen muoto sekä refleksiivinen  
ja dialoginen muoto. Jokaisessa muodossa kysyminen on puhumaan hou-  
kuttelemista. Haastattelijan rooli vaihtelee näissä muodoissa oleellisesti.  
Objektiivisuuteen pyrkivässä neutraalissa muodossa käytetään struktu-  
roituja tai puolistrukturoituja haastatteluja ja haastattelun tarkoituksena  
on kerätä tietoa vaikuttamatta itse kertomukseen. Viihdyttävä ja journa-  
listinen haastattelu tarkoittaa sellaisen tarinan etsimistä, joka viihdyttää  
ja myy tai tuottaa jotain uutta tietoa. Haastattelijan rooli on eri tavoin  
saada haastateltava paljastamaan tietojaan. Yhteistyöhön perustuvassa,  
aktiivisessa haastattelussa haastateltava ja haastattelija vaikuttavat tarinan  
muotoutumiseen yhdessä. Tämä on keskusteleva haastattelumuoto, jossa  
haastattelijan ja haastateltavan roolit häipyvät. Refleksiivinen haastattelu  
on dialoginen. Tällaista suhdetta voi kuvata draamaksi, jossa osapuolet  
luovat dialogisen maailman omine merkityksineen ja kokemuksineen.  
Osapuolet pyrkivät ymmärtämään toistensa ajatuksia.

Sovelsin tutkimuksessani aktivoivaa ja dialogista haastattelutekniik-  
kaa kerronnallisuuden tuottamiseksi. Jukka Törrönen (2006, 23) pitää  
sekä aktivoivaa että dialogista haastattelua lupaavimpana tapana tuottaa  
yksityiskohtaista, kokemuksellista ja paikallista tietoa huono-osaisuudes-  
ta ja toiseudesta. Merja Laitinen ja Tuula Uusitalo (2008, 123–124) näke-  
vät myös aktiivisen haastattelun suositeltavaksi haastattelumenetelmäksi,  
kun haastateltavana on traumaattisia kokemuksia kohdanneita ihmisiä.  
James A. Holsteinin ja Jaber F. Gubriummin (1995, 45–46) mukaan tut-  
kijan taustatieto voi toimia resurssina, kun haastateltavaa aktivoidaan  
tarkastelemaan ja kuvailemaan kokemuksiaan, tunteitaan tai toimiaan.  
Taustatieto ja kokemus haastattelemisesta auttavat yhdistämään tutki-  
musintressin tutkittavan kokemusmaailmaan, yhdistämään konkreetin  
elämismaailman ja käsitteet. Oma taustani mielenterveystoimiston sosi-  
aalityöntekijänä auttoi ymmärtämään, mistä ihmiset puhuivat ja toisaal-  
ta se auttoi myös kysymään.

Haastattelujen edetessä niiden kerronnallisuus tiheni ja ne saivat yhä enemmän aktiivisen ja dialogisen haastattelun piirteitä. Aktiivisessa haastattelussa haastateltavaa kannustetaan pohtimaan tutkittavana olevan asian eri puolia. Haastattelija aktivoi kerrontaa esimerkiksi esittämällä vaihtoehtoisia näkökulmia. Haastateltavaa ei ole tarkoitus provosoida vastaamaan tietyllä tavalla, vaan häntä aktivoidaan pohtimaan itselleen sopivaa tulkintakehikkoa. Haastattelija voi käyttää erilaisia haastattelumenetelmiä ja kokemuseräistä tai empiiristä materiaalia, minkä tavoitteena on aktivoida ja rikastaa haastateltavan tutkintarepertuaaria. Oleellista on, että haastateltavalla on vaihtoehtoisia tulkintamahdollisuuksia ja mahdollisuuksia reflektoida omaa kokemustaan. (Holstein & Gubrium 1995, 17, 39; 2003, 75; Saastamoinen 1999, 183–184.) Aktiivisessa ja dialogisessa haastattelussa edetään lähtökohtaisesti keskustelun logiikan mukaisesti ja tavoitteena on luoda ilmapiiri, jossa merkitysten pohtiminen on mahdollista. Dialogisuus on kuuntelemista ja oman puheenvuoron rakentamista vastauksena toisen puheenvuoron pohjalta (Haarakangas 2002b, 74).

Tutkimushaastattelun tekeminen osoittautui haastavammaksi kuin olin etukäteen kuvitellut. Oma positioni haastattelijana oli monimuotoinen. Olin sekä mielenterveyspalveluiden sisällä että niiden ulkopuolella. Sisällä olemisella tarkoitan kokemustani sosiaalityöntekijänä mielenterveyspalveluissa. Olen myös erityistason psykoterapeutti. Kokemus antoi minulle tietynlaisia valmiuksia haastattelemiseen ja valmiuksia kohdata mielenterveysongelmien kanssa eläviä ihmisiä. Mielenterveyspalveluiden ulkopuolella olemisella tarkoitan siirtymistä sosiaalityöntekijän työstä muihin tehtäviin. Esittelin itseni tutkijana ja kerroin tekeväni väitöskirjaa. Koin, että työskenteleminen haastatteluhetkellä mielenterveyspalveluiden ulkopuolella edesauttoi avoimen palautteen saamista ja mahdollisesti myös kritiikin antamista mielenterveyspalveluista. Tutkimukseni ihmisten ei tarvinnut miettiä, miten heidän antamansa palaute mahdollisesti olisi vaikuttanut heidän asioimiseensa jatkossa. Korostin, että keskustelut olivat luottamuksellisia ja tutkimuksen raportoinnissa heidän henkilöllisyytensä ei tule esiin.

Vaikeutta haastattelemiseen tuotti alussa kokemukseni omasta rooliritiriidastani. Pyrin pitäytymään tutkijan roolissa menemättä sosiaalityöntekijän tai psykoterapeutin rooliin. Aina se ei ollut mahdollista.

Työkokemukseni toi tietynlaista varovaisuutta. Sen perusteella minulle on muodostunut käsitys siitä, miten traumaattisia kokemukset masennuksen taustalla voivat olla. Näin, etten voinut mennä niihin kovinkaan syvälle, sillä ajattelin tapaavani tutkimukseni ihmiset kerran. Haastattelijan positiossa minun oli kuitenkin pysyttävä avoimena juuri tutkimukseni ihmisten omille kokemuksille. Minun oli jatkuvasti oltava tietoinen omista ennakko-oletuksistani. Toisaalta kokemukseni toi ymmärrystä käsiteltäviin asioihin ja teemat, käsitteet ja tietynlainen ”sanasto”, joita ihmiset käyttivät, olivat minulle tuttuja. Toimintamalleja, joista he puhuvat, olin soveltanut aiemmassa työssäni. Koen, että työkokemukseni on auttanut minua rakentamaan dialogia haastatteluissa. Olen myös kokenut, että tutkimukseni ihmiset uskaltavat kertoa kokemuksistaan, koska pitivät minua ”ammattilaisena”, joka kestää näiden keskustelujen mahdollisesti herättämiä tunteita. Näistä edellä mainituista syistä olen pitänyt tärkeänä kertoa taustastani työntekijänä. Kertominen on ollut myös eettinen valinta, sillä olen toiminut sosiaalityöntekijänä myös niissä toimipisteissä, joissa osa haastatteluista toteutui.

Tiedontuottamisen reflektiivisyys tarkoittaa tutkijan ja tutkittavien keskinäistä vuorovaikutusta. Toisaalta se tarkoittaa myös tutkimusongelman kehittämistä tutkimusprosessin aikana (Törrönen 2000, 153). Haastatteluprosessin läpivieminen kesti lähes kaksi vuotta, sillä tutkimukseen valikoitui asiakkaita odotettua hitaammin. Näin tärkeänä, että ihminen oli ollut vähintään puoli vuotta asiakkaana, ennen kuin voin kysyä palvelun merkityksestä kuntoutumiseen. Samanaikaisesti tutustuin kirjallisuuteen ja kirjoitin. Ajatteluni jäsenyi tuona aikana. Alkuvaiheen rooliristiriidan jälkeen havaitsin, ettei tutkijan ja sosiaalityöntekijän roolit olleetkaan niin kaukana toisistaan. Palaan tähän teemaan, kun pohdin tutkimuksen eettisyyttä.

Aineiston keruu oli Tuula Uusitalon (2006, 81) kokemuksen tapaan oman intuitioni ja persoonallisuuteni sekä tutkimukseni ihmisten värittämä tuotos. Haastatteluaineiston kerääminen on ollut oppimisen prosessi minulle tutkijana. Ensimmäisissä haastatteluissa pitäydyin tutkijana melko tiiviisti ennalta laatimassani haastattelurungossa. Totesin lomakkeen kahlitsevan liikaa ajattelua ja ohjasin keskustelua liian nopeasti takaisin lomakkeen kysymyksiin sen sijaan, että olisin kysynyt lisää siitä,

mitä ihminen juuri oli kertonut. Ryhdyin käyttämään haastattelurunkoa väljemmin antaen enemmän tilaa haastateltavan kerronnalle, mutta ohjailin myös keskustelua tutkimusaiheeni kannalta oleellisiin kysymyksiin. Useissa loppuvaiheen haastatteluissa unohdin haastattelurungon, vaikka se olikin mukanani. Saatoin lopuksi tarkistaa, olivatko keskeisimmät teemat tulleet käsitellyiksi.

Kukin haastattelu oli oppimiskokemus. Haastattelutilanteet muutuivat avoimemmiksi ja teemat painoutuivat hieman eri tavoin haastateltavan elämäntilanteesta riippuen. Haastattelut alkoivat saada enenevässä määrin dialogin piirteitä, sillä pyrkimyksenäni oli tilanteen vastavuoroisuus ja yhteisen ymmärryksen luominen. Olen haastattelujen edetessä käyttänyt haastattelurunkoa joustavasti enkä ole pyrkinytkään esittämään kaikkia kysymyksiä kaikille haastateltaville, vaan olen pitäytynyt teemoissa, jotka haastateltavan tilanteessa ovat keskeisiä. Tutkimukseni ihmisten hoito ja kuntoutus oli toteutunut hyvin eri tavoin, jolloin itsepäinen pitäytyminen ennalta hahmotelluissa teemoissa ei olisi ollut tarkoituksenmukaista. Tutkimusprosessini kuluessa haastattelut saivat siten enenevässä määrin myös narratiivisia piirteitä (ks. Uusitalo 2006, 82). Niiden kerronnallisuus tiheni.

Haastattelujeni kautta muotoutunut aineisto on moniaineksinen, kuten olivat haastattelutilanteetkin. Keskustelut rakentuivat tilanteittain aina omanlaisikseen. Haastattelut olivat monimuotoisia myös kerronnallisten piirteidensä osalta. Yksittäisiä haastatteluja ei voida pitää yhtenä kertomuksena, vaan ne sisälsivät useita pieniä kertomuksia, joissa kerronnallisuus vaihteli. Kuten Matti Hyvärinen (2010, 90) toteaa, haastatteluihin sisältyy useimmiten monia eri tekstityyppejä: kertomuksia, kronikoita ja kuvauksia. Kerronnallisuus ja ei-kerronnallisuus eivät välttämättä palaudu siihen, onko kyse teema- vai kerronnallisesta haastattelemisen tavasta, eikä kerronnallisuus ole välttämättä sitä tiheämpää mitä pidempi kertomus on. Parin sanan pituinen vastaus voi välittää kokemuksellisuutta enemmän kuin pitkä selonteko siitä, mitä ihminen on tehnyt. Olennaista Hyvärisen (mt., 92) mukaan ei olekaan tehdä joko-tai-eroa kertomuksen ja ei-kertomuksen välille, vaan tärkeämpää on se, kuinka kerronnallinen aineisto on ja kuinka se välittää kokemuksellisuutta. Tässä mielessä koen aineistoni rikkaaksi.

### 3.4 Kertomusten analyysi

Narratiivinen tutkimus sisältää suuren joukon erilaisia analyysimenetelmiä, eikä mikään niistä ole vakiintunut ainoaksi oikeaksi. Yhteistä eri lähtökohdista lähtevälle narratiiviselle tutkimukselle on kiinnostus tarinalliseen merkitysrakenteeseen sekä tapahtumaketjuihin liittyvien merkitysten analyysiin. (Hänninen 2003, 30–31.) Kun tutkin masennuksesta kuntoutumista, kiinnitän huomioni niihin ihmisten kertomuksissaan välittämiin kokemuksiin, joilla he katsovat olleen merkitystä kuntoutumisen kannalta. Olen siis kiinnostunut tutkimukseni ihmisten kertomusten sisällöistä, siitä mitä kerrotaan, en niinkään kertomusten muodoista, eli miten kerrotaan (ks. Laitinen & Uusitalo 2008, 131).

Donald Polkinghorne (1988, 35; 1995, 13–16; ks. Valkonen 2007, 63–66) mukaan tarinallinen tutkimus voi olla paradigmaattiseen ajatteluun perustuvaa *tarinoiden analyysiä* (analysis of narrative) tai narratiiviseen päättelyyn pohjautuvaa *tarinallista analyysia* (narrative analysis). Jaottelu perustuu Jerome Brunerin (1986, 11–12) esittämään jäsennykseen ajattelun paradigmaattisesta ja narratiivisesta muodosta. Paradigmaattinen ajattelu on asioiden luokittelua, loogis-rationaalista päättelyä ja ilmiöiden selittämistä, kun taas narratiivinen ajattelu on pyrkimystä inhimillisen toiminnan ymmärtämiseen. Paradigmaattiseen päättelyyn perustuvassa analyysissä tutkimusaineistoksi kerättyjä tarinoita ja osatarinoita yhdistellään jonkin formaalin logiikan perusteella, luokitellaan ja jäsennetään. Tarinoiden analyysi kulkee sekä deduktiivisesti niin, että analyysissä sovelletaan aiemmasta tutkimuksesta johdettuja käsitteitä ja tematisoidaan aineistoa näiden perusteella tai induktiivisesti johtaen käsitteet aineistosta. Aineistosta etsitään myös yksityiskohtia, joiden ajatellaan edustavan jotain yleisempää ilmiötä tai käsitettä. Tutkimusaineisto on tarinallista, mutta välttämättä eivät sen analyysimenetelmät.

Narratiiviseen ajatteluun pohjautuvalla tarinallisella analyysillä (narrative analysis) puolestaan tarkoitetaan sitä, että aineistosta tuotetaan analyysin avulla tarinallisia tulkintoja. Aineiston elementeistä pyritään muodostamaan koherentteja kokonaisuuksia. Eri tapahtumia ja asioita suhteutetaan toisiinsa ja niiden ajatellaan liittyvän juonellisesti toisiinsa. Tutkimusaineiston nähdään tarjoavan elementtejä, joiden avulla tehdään

tulkintoja siitä, miten ihmiset konstruoivat elämäänsä ja millaiset sosiaaliset ja kulttuuriset mallit jäsentävät ihmisten kokemuksia ja toimintaa. Narratiivisessa analyysissä pyritään osoittamaan jälkikäteen, miten jokin lopputulos on mahdollisesti syntynyt. Tarinallisuus näkyy siten pikemminkin analyysitavassa, ei välttämättä itse aineistossa. Tuotettujen tarinoiden avulla tehdään näkyväksi ja ymmärrettäväksi esimerkiksi ihmisten orientoitumista kuntoutukseen tai hoito- ja kuntoutusinterventtioiden merkityksiä erilaisissa historiallisissa ja sosiaalisissa konteksteissa. (Valkonen 2007.)

Matti Hyvärinen (2006, 17–23) jäsentää narratiivisen analyysin neljään perusmalliin: temaattiseen luentaan, kertomusten luokitteluun kokonaishahmon perusteella, kertomusten yksityiskohtaiseen analyysiin ja kertomusten vuorovaikutuksellisen tuottamisen analyysiin. Temaattinen luenta vastaa Polkinghornen jäsennystä narratiivien analyysistä. Se on aineiston jakamista teemoihin, sisällönanalyysiä. Kokonaishahmon perusteella tapahtuva luokittelu on esimerkiksi sellaista, jossa tarinaa katsotaan tietyn lajityypin näkökulmasta – Polkinghornen tarkoittamaa narratiivista analyysiä. Esimerkiksi Kenneth Gergen (1994) on jäsennellyt tarinoita niiden päämäärän ja juonen mukaan pysyvyys-, progressiivisiin ja regressiivisiin tarinoihin. Yksityiskohtainen analyysi viittaa kertomusten muodon analysoimiseen, jossa useimmiten hyödynnetään kirjallisuustieteen ja sosiolingvistiikan keinoja. Vuorovaikutuksellinen analyysi on vuorovaikutustilanteen ja sen seurausten analyysiä. Siinä on keskeistä haastattelijan merkityksen analysoiminen vuorovaikutuksen aktiivisena osapuolena. Oma analyysini on sekä temaattista että kokonaishahmon perusteella tapahtuvaa, siis sekä tarinoiden analyysiä että tarinallista analyysiä.

Luin aineistoani useita kertoja. Kuten Merja Laitinen (2004, 85) toteaa, analyysin, tulkinnan ja kirjoittamisen vaiheita on tutkimusprosessissa mahdotonta erottaa toisistaan. Ne limittyivät toisiinsa myös minun tutkimuksessani aineistoon perehtymisen alusta alkaen. Tutkimusraporttia kirjoittaessani palasin lukuisia kertoja aineistooni ja siitä tekemiini luokitteluihini. Johanna Ruusuvooren, Pirjo Nikanderin ja Matti Hyvärisen (2010, 10) mukaan aineistoon perehtyminen on hyvä aloittaa aineistoa järjestelemällä ja luokittelemalla, siis tarinoiden analyysillä. Näin toimin oman aineistoni kohdalla, sillä temaattiseen luentaan liittyvä sisällönan-



lyysi helpottaa suurten aineistojen johdonmukaista käsittelyä (ks. Hyvärinen 2006, 17). Ensimmäiset luentakerrat olivat systemaattisia ja pyrin järjestelmällisesti ja tarkasti käymään aineistoni läpi käyttäen Atlas/ti-ohjelmaa. Ensimmäisen luentakerran tarkoituksena oli aineistolähtöisesti löytää ne keskeiset teemat, jotka ihmiset nostivat esiin puhuessaan masennuskokemuksistaan ja niiden merkityksistä elämiseen ja arkeen. Etsin masennuksen kulun kannalta merkityksellisiä kokemuksia, poimin kuntoutumista edistäviä ja ehkäiseviä tekijöitä sekä nostin esiin ne keskeiset toimijat, joilla oli merkitystä masennuksesta kuntoutumisessa. Merkitsin litteroidusta tekstistä myös ydinkohtia ja avainsanoja sekä aineistokoh-  
tia, joissa kerronnallisuus oli tiheää. Catherine Kohler Riessmanin (2008, 58) mukaan temaattisessa analyysissä painopiste on kerrotussa, siis niissä tapahtumissa ja ajatuksissa, joista ihminen kertoo. Tapahtumat ja ajatukset tarkoittavat tässä tapauksessa niitä kokemuksia, jotka ihmiset nostivat kuntoutumisen prosessissaan merkityksellisiksi. Hyvärinen (mt., 17) varoittaa kuitenkin teemoittelun hävittävän aineiston kertomuksellisuuden ja ehdottaa sisällönanalyysin tuloksena eriteltyjen teemojen liittämistä alustavasti todettuihin tarinankulkujen vaiheisiin.

Toisen luentakerran lähtökohdaksi otin tutkimuskysymykseni. Etsin aineistostani tekijöitä, jotka edesauttoivat kuntoutumista palveluissa ja muussa elämäntilanteessa. Toisaalta etsin myös pulmallisia tekijöitä kuntoutumisen näkökulmasta. Näin sain teemat yhdistetyksi sekä progressiivisiin eli eteneviin että regressiivisiin eli taantuviin juonenkulkuihin. Miellän tässä yhteydessä staattiseen- eli pysyvyyskertomukseen liitettävät kokemukset sellaisiksi, jotka eivät kuntoutumisen etenemisen kannalta olleet erityisen merkityksellisiä. Näin ollen rajasin ne käsittelyn ulkopuolelle. Ne olivat erilaisia tapahtumia tai tilanteita raportoivia keskusteluja, joiden kokemuksellisuus kuntoutumisen kannalta oli vähäistä (ks. Hyvärinen 2010, 92). Kokemukset merkityksellistyivät joko kuntoutumista edesauttavan tai sen kannalta pulmallisen kertomuksen näkökulmasta sekä palveluissa että arjessa. Aineiston järjestäminen tällä tavoin helpotti sen analysoimista edelleen sekä myöhemmissä tutkimusprosessin vaiheissa siihen palaamista. Seuraavassa vaiheessa ryhdyin tarkastelemaan, mistä kaikesta näiden pääteemojen sisällä ihmiset puhuivat. Tulostin teemoitellun aineistoni ja koodasin paperin marginaaliin yhdellä tai kahdella sanalla,

mistä aineistokohdissa sisällöllisesti oli kyse. (Ks. Laitinen 2004, 87.)

Temaattisen sisällönanalyysin avulla tavoittelin sitä masennuskokemusten ja kuntoutumisen variaatiota, joista ihmiset kertovat. Eri luentakertojen kautta syntyneet kategoriat oli mahdollista sijoittaa progressiivisen ja regressiivisen juonenkulun lisäksi ajallisesti masennuksen eri vaiheisiin: sairastumiseen, masennukseen kokemuksena sekä masennuksesta kuntoutumiseen (ks. Hyvärinen 2010, 92). Näin minun oli mahdollista hahmotella kertomuksia kokonaisuuksina ja siirtyä narratiiviseen, kokonaishahmon perusteella tapahtuvaan analyysiin. Myös Riessmanin (2008, 57) mukaan temaattisia kategorioita on mahdollista tulkita kokonaisuuden kannalta. Ihmiset yhdistävät eri elämäntapahtumia hahmotukseen uudelleen menneen, nykyisyyden ja tulevan. Aineiston jakaminen temaattisiin osiin palveli myös aineiston järjestämistä. Löytämieni teemojen asettaminen ajalliselle jatkumolle tuotti tutkielmani empiirisen osuuden rakenteen. Käsittelen aluksi masennusta kokemuksena, ihmisten sille antamia selityksiä ja sen jälkeen masennuksesta kuntoutumista ensin palveluissa ja sen jälkeen arjen kokonaisuudessa. Näitä osa-alueita analysoin suhteessa teoreettiseen ja käsitteelliseen taustaan.

Narratiivien ja narratiivinen analyysi nivoutuivat tutkimusprosessisani toisiinsa. Hyödynsin temaattista sisällönanalyysiäni rakentaessani kuntoutumisen kertomuksia. Olin kiinnostunut ihmisten kertomuksissa niiden juonenkuluista, ydintapahtumista ja käännekohtista suhteessa masennukseen. Analyysin taustalla oli Paul Ricoeurin juonen ja juonentamisen käsitteet. Juoni toimii välittäjänä kolmella tavalla. Se sitoo yksittäiset tapahtumat kokonaisuudeksi ja muodostaa merkityksellisen tarinan moninaisista tapahtumista. Yksittäisestä tapahtumasta muodostuu jotakin enemmän kuin pelkkä tapahtuma. Se merkityksellistyy sen mukaisesti, miten se kehittää juonta. (Ricoeur 1984, 54–55.) Pertti Alasuutari (1999, 127) näkee juonellisuuden olevan analysoitavissa siten, että tutkija poimii tiettyyn teemaan liittyvät aineisto-osuudet, joita esiintyy eri kohdissa rakentaen näistä loogis-kronologisen tapahtumaketjun. Tässä tutkimuksessa yksittäiset tapahtumat tarkoittivat niitä tekijöitä, jotka olivat merkityksellisiä kuntoutumisessa. Ne saattoivat olla tapahtumia, tapahtumasarjoja, kohtaamisia tai esimerkiksi vain sanoja, jotka ihmiset kokivat merkityksellisiksi ydintapahtumiksi tai jotka saivat juonenkulun

kääntymään. Aina ei kyse ollut juonenkäänteestä, vaan myös sellaisista merkityksellisistä kokemuksista, jotka vahvistivat jo olemassa olevaa kehitystä.

Juoni perustuu toiminnan maailman ymmärtämiseen ja sen kuvailamiseen, mitä tapahtui, miksi, miten, kuka oli toimijana ja millä tavoin. Juonen avulla monimuotoiset elementit, kuten toimijat, tavoitteet, keinot, vuorovaikutus, olosuhteet ja odottamattomat tapahtumat on mahdollista kutoa yhteen. Juoni voi olla jännitteinen. Se voi sisältää samanaikaisesti pelottavia tapahtumia, yhtäkkisiä käänteitä ja ristiriitaisia tapahtumia. (Ricoeur mt., 65.) Myös kuntoutumisen kertomukset olivat monimuotoisia. Yksittäiset kertomukset saattoivat sisältää jännitteitä, ristiriitoja, pettymyksiä, mutta myös voimaannuttavia kohtaamisia, välittämistä ja eheytyksen kokemuksia.

Masennuksesta kuntoutuminen on analyysissäni kantava teema. En etsi yhtä masennuksesta kertovaa kuntoutumisen mallitarinaa, vaan kuntoutuminen on myös episodeittain etenevää. Kuntoutumisen prosessi sisältää eripituisia ajanjaksoja ja hetkittäisiä tai elämyksellisiä kokemuksia, jolloin masennus syvenee tai helpottuu. Vahvat kokemukset muuttavat juonenkulkua. Analysoimalla juonirakenteita episodeittain on mahdollista tarkastella, mitä tekijät juonta kuljettavat. Pertti Alasuutarin (1999, 131) mukaan juonirakenteen tutkiminen on avuksi myös kertomusten välisten erojen ja yhtäläisyyksien tutkimisessa. Tätä edesauttaa myös aineiston jäsentäminen ajalliselle jatkumolle.

Kertomukset käsittelevät paitsi ihmisten kokemuksia ja niille annettuja merkityksiä, myös niitä sosiaalisia konteksteja, joihin ne sijoittuvat ja joissa kertojat elävät (Polkinghorne 2004, 59; Riessman 2001a, 74–75; 2008, 13). Ihmisten kertoessa esimerkiksi masennuksestaan, he kertovat myös toisista ihmisistä, joiden kanssa he ovat vuorovaikutuksessa, sekä laajemmin muista ihmisistä, ympäristönsä normeista ja arvoista sekä sosiaalisista odotuksista. Erilaisiin ilmiöihin liittyvät selitykset kertovat kulttuurisista käsityksistä. Ne heijastavat yhteiskunnassa vallitsevia asenteita sekä toimintamahdollisuuksia. (Riessmanin 2008, 58.) Polkinghorne (2004, 59–60) kirjoittaa kulttuurisesti hyväksyttävistä juonenkuluista. Ne arvottavat sitä, mikä on hyväksyttävää toimintaa ja millaista on hyvä elämä.

### 3.5 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen eettisyyden vaade ulottuu tutkimusprosessin kaikkiin vaiheisiin, aiheen valinnasta ja rajaamisesta sekä menetelmän valinnasta, aineiston hankintaan, ihmisten kohtaamiseen, tutkimustulosten tulkinnaan ja raportointiin sekä niiden vaikutuksiin (Kuula 2006, 11; Laitinen & Uusitalo 2007, 316). Aiheen valinta, sen rajaus ja taustalla olevat teoreettiset ja metodologiset sitoumukset ovat eettisiä ratkaisuja. Ne eivät ole neutraaleja, vaan kertovat tutkijan sitoumuksista, ottavat kantaa ja sisältävät ideologiaa suunnan määrittäviä. Ne ovat tapa määritellä todellisuutta. (Pohjola 2003, 59.) Aiheen valintaan liittyy kiinnostuksen lisäksi sekä sattumaa että harkintaa (Virokangas 2007). Tutkimusintressini kohdentui alusta alkaen mielenterveyden häiriöihin sekä niistä ja niiden kanssa selviytymiseen. Sattumaa oli se, että minun oli mahdollista liittyä yhteistyöhön tutkimushankkeen kanssa, jossa tutkimuksen kohteena oli masennus. Näin tutkimuskohteeksi rajautui masennuksesta kuntoutuminen. Ajattelin itsekkäästi hankkeen auttavan minua tutkimuksen tekemisessä. Löysin tutkijayhteisön, johon halusin liittyä ja sen kautta haastattelutavat, joita saatoin pyytää haastateltavikseni.

Tutkimuksen kohdentuminen nimenomaisesti selviytymiseen oli myös eettinen valinta. Tutkimuksen peruslähtökohta on, ettei sillä tuoteta ihmiselle vahinkoa tai kärsimystä. Ajattelin, että menneisyyden taakkojen ja ristiriitojen pitkäaikainen pohtiminen olisi tässä yhteydessä voinut olla kärsimystä tuottavaa. Valintaan vaikutti myös aiempi työkokemukseni mielenterveystoimiston sosiaalityöntekijänä ja psykoterapeuttina. Lähtökohtaisesti ajattelin tekevänä vain yhden haastattelukerran ja ennakoin, että masennukseen johtaneiden tilanteiden syvällisempi käsitteleminen olisi edellyttänyt useampaa haastattelukertaa. En voinut haastatteluissa välttyä siltä, etteivätkö puheenaiheet olisi nostaneet mieleen traumaattisia kokemuksia, eikä aiheiden vältteleminen ollut tarkoitukseni. Pidin tärkeänä, että emme viivähtäneet masennuksen syihin liittyvissä kysymyksissä kovinkaan pitkään, vaan johdattelin keskustelun kuntoutumiseen ja siihen, mikä oli ollut mahdollista masennuksesta huolimatta.

Eksistentiaalis-fenomenologinen teoria ja narratiivinen ote nostavat ihmisten omat kokemukset polttopisteeseen. Tarkastelen masennusta

kokonaisvaltaisena ilmiönä, jossa masennus ja elämäntilanteen tekijät kietoutuvat toisiinsa monin säikein. Pyrin näkemään ihmiset elämäntilanteissaan ja yhteyksissään ympäristönsä kanssa ja olemaan avoin sille, miten ihmiset itse elämäntilannettaan ja sen merkityksiä masennukseen jäsentävät. Ajattelen, että elämä on muutakin kuin masennusta ja että kuntoutuminen on päivittäistä päätöksentekoa itsensä kanssa. Se tarkoittaa ihmisten voimavarojen ja resurssien näkemistä. Tutkimusotteen valintana se konkretisoituu keskustelun painottamisessa selviytymiseen ja kuntoutumiseen.

Ihmisten elämäntilanteet ovat aina yksilöllisiä. Olin kiinnostunut kuulemaan niistä yksilöllisistä ja vaihtelevista tilanteista, joita tutkimukseni ihmisillä oli kerrottavana. En asettunut haastattelutilanteissa asiantuntijaksi, vaan näin heidät tasavertaisina yhteistyökumppaneina. David Karp (1996) ja Peter Beresford (2008) ovat tutkijoita ja sosiaalitieteilijöitä, ja heillä on myös omakohtainen kokemus masennuksesta. Heidän mukaansa masentuneiden ihmisten oma ääni ei ole riittävästi kuulunut tutkimuksessa. Peter Beresford (2008, 10) kirjoittaa tutkimukseen osallistumisesta, joka saattaa tuntua mielenterveyspalveluiden käyttäjästä monimutkaiselta, hyödyttömältä ja pelottavalta. Hän näkee osallistumisen kuitenkin hyödyllisenä, sillä juuri ”eletystä kokemuksesta” kertominen auttaa ymmärtämään ilmiötä, antaa tutkimukselle uusia näkökulmia ja on yksi kollektiivisten etujen ajamisen tapa. Beresford (mt., 12) puhuu-kin oikeudesta osallistua tutkimukseen.

En lainkaan epäile, etteivätkö oman tutkimukseni ihmiset olisi voineet ajatella haastatteluuni osallistumisen olleen hyödytöntä. He tulivat kuitenkin paikalle. Uskon osan tulleen velvollisuuden tunteesta, mutta uskon joidenkin tulleen myös siksi, että he halusivat kertoa tarinansa sellaiselle, joka oli siitä kiinnostunut. Louise Rowling (1999, 173) toteaa haastattelututkimuksen merkitsevän monille mahdollisuutta kertoa oma tarinansa kontekstissa, jossa itse ei ole avun tarvitsijan roolissa.

Tutkimusraporttia kirjoitettaessa tulee pohdittavaksi, millä käsitteillä tutkimuksensa informanteja kutsuu. Päädyin kirjoittamaan tutkimukseni ihmisistä ja haastattelemistani ihmisistä. Tällä haluan korostaa tasa-arvoisuutta ja kiinnostuksen kohteena olevien ilmiöiden tarkastelemista yhdessä. Sosiaali- ja terveyspalveluissa ihminen nähdään helposti ongel-

miensa kautta muiden elämänalueiden jäädessä taustalle. Mielenterveyskuntoutuja käsitteenä on vakiintunut, mutta kuvaa ihmistä ongelmansa kautta. Käsite on totalisoiva kuvatessaan ihmistä yhden elämänalueen kautta ja hänen elämäänsä irtautumisena mielenterveyden häiriöstä. Ihmisten elämässä on joka tapauksessa sairauden ja siitä kuntoutumisen ohella monia muitakin elementtejä. Valitsemani tutkimuksen tarkastelukulma antaa äänen masennuksen kokeneille ihmisille itselleen. Ajattelen, että oma tutkimusintressini on ohjannut käytyjä keskusteluja, mutta pyrkimykseni kuitenkin on ollut tavoittaa ja säilyttää ihmisten näkökulma tutkimuksessani mukana koko tutkimusprosessin ajan, niin aineiston keräämisen vaiheessa kuin tutkimuksen raportoimisessakin.

Andrea Fontana ja James Frey (1998, 70) esittävät traditionaalisina eettisinä kysymyksinä tutkimusta koskevan informaation antamisen ihmisille, oikeuden yksityisyyteen ja vahingoittumiselta suojelemisen. Tutkimushankkeessa mukana olevien sairaanhoitopiirien eettiset toimikunnat ovat myöntäneet tutkimusluvan *Narratiiviset ja dialogiset prosessit masennuksen pari- ja perheterapioissa* -tutkimusprojektille. Tutkimukseen valikoituneet ihmiset ovat antaneet kirjallisen suostumuksen osallistumisestaan. Itse olen ottanut ihmisiin yhteyden puhelimitse ja kysynyt heidän halukkuuttaan osallistua tähän tutkimukseen. Katsoin suullisen suostumuksen riittävän, sillä ihmiset olivat jo kertaalleen antaneet kirjallisen suostumuksensa tutkimushankkeeseen. Peruslähtökohta on, että ihmiset osallistuvat tutkimukseen vapaaehtoisesti ja tietäen, mistä tutkimuksessa on kyse (Laitinen & Uusitalo 2007, 318). Olen kertonut heille puhelimesta tutkivani masennuksesta kuntoutumista ja tähdentänyt keskustelujen luottamuksellisuutta suhteessa hoitoon ja muuhun tutkimushankkeeseen. Olen luvannut huolehtia myös siitä, ettei heitä voida tunnistaa tutkimusraportistani. Jukka Valkonen (2007, 74) toteaa tutkimuksessaan, että edellä mainitulla toimintatavalla täytetään vasta henkilö tietolain velvoitteet, ei muuta.

Ihmiset osallistuiivat laajaan tutkimushankkeeseen, jossa oli useita tutkijoita. Hankkeeseen liittyneet seurantahaastattelut toteutettiin puolen vuoden välein siihen asti, kunnes ihmiset olivat olleet kaksi vuotta asiakkaana. Seurantahaastattelut toteutti kyseisessä tutkimushankkeessa toiminut psykoterapeutti. Näissä haastatteluissa käytettiin keskustelun

lisäksi erilaisia kyselylomakkeita ja mittaristoja. Tutkimushankkeeseen liittyi myös toinen väitöskirjatutkimus (Rautiainen 2010). Tämä ja oma tutkimukseni sivusivat osin toisiaan, jolloin ihmisten kokemus oli, että samoja asioita kysytään yhä uudelleen. Haastatteluissani tuli esiin joidenkin ihmisten kyllästyminen tutkittavana olemiseen.

*Veijo: No ne on tullu samat asiat sata kertaa, kertausta, se on niinku koulussa. Vaikka mulla on näitä muistihäiriöitä, niin mäkin koordinoin, että tää on tullu tämä kysymys aika monesti. [--] Mutta onhan nää, tietenkin se on, jos katotaan sinun kannalta, se on varmaan tosi mahtava homma, että sä teet väitöskirjaa ja tietenkin kannattaa elämässä yrittää eteenpäin. Saathan sää siitä hienon planketin kun se on, ja jos menee vielä läpikin. Ja tietenkin, että pätevyitys ja pätevyitys.*

Ihmiset jaksoivat tulla haastatteluihin niiden toistuvuudesta huolimatta. Se tekee aineistostani entistä arvokkaamman. Ihmiset halusivat tukea tutkimustani, kuten Veijo edellä toteaa. Oma tuntumani oli, että suurin osa ihmisistä osasi varautua haastattelupyynnöihin ja suostuivat tähänkin tutkimukseen, kun olivat alun perin lähteneet hankkeeseen. Toisaalta jotkut olivat työlääntyneitä toistuviin haastattelupyynnöihin ja kieltäytyivät osallistumasta. Oletan, että kahden tästä haastattelusta kieltäytyneen ihmisen vaikuttimet liittyivät tähän. En kysynyt perusteluja, sillä koin, että pelkkä kieltäytyminen riittää.

Aiheeni valinta ohjasi minut elämänalueille, joilla oli liikuttava sensitiivisesti, ihmisten kokemuksia ja ihmisyyttä arvostaen, heidän näkemyksiään kunnioittaen. Puhe masennuksesta vei keskustelun ihmisten yksityisiin ja usein salaisiin aiheisiin, kipeisiin elämäkokemuksiin, vaikeisiin ihmissuhteisiin, häpeän tunteisiin ja kokemuksiin epäonnistumisesta. Anneli Pohjola (2003, 54) korostaakin, että yhteiskuntatieteellinen tutkimus on alue, jossa ”ihminen kohtaa ihmisen ja joka rakentuu inhimillisen toiminnan vuorovaikutuksellisuudelle”. Louise Rowling (1999, 179) pitää tärkeänä tutkijan kykyä empaattisuuteen erityisesti sensitiivisten aiheiden kohdalla. Hänen mukaansa sensitiivisiä aiheita tutkittaessa on tärkeää ymmärtää ja arvostaa ihmisen omaa tapaa hahmottaa tilannettaan. Ymmärrys aiheeseen syntyy keskinäisessä vuorovaikutuksessa. Tältä pohjalta

päädyn olemaan käyttämättä tutkimuksessa kerättyä muuta materiaalia, lomakkeita, videomateriaalia ja asiakaskertomuksia. Lisäksi muu materiaali oli syntynyt toisenlaisten tutkimuksellisten intressien ohjaamana, eri tieteenalan pohjalta. Videomateriaalia oli ainoastaan tutkimusryhmään osallistuneiden ihmisten perheterapiaistunnoista, ei vertailuryhmään osallistuneiden tapaamisista. Ratkaistavaksi olisi tullut esimerkiksi kysymys siitä, minkä painoarvon erilaiset aineistot olisivat tutkimuksessani saaneet. Näkökulmien yhdistäminen olisi ollut pulmallista. Toiseksi se oli eettinen valinta. Päädyn pitäytymään vain siinä aineistossa, joka oli syntynyt ihmisten ja minun välisessä vuorovaikutuksessa.

Tutkimuksen sensitiivisyys koostuu samanaikaisesti monista tekijöistä: historiallisesta, kontekstuaalisesta, kulttuurisesta, ideologisesta, toiminnallisesta ja subjektiivisesta sensitiivisyydestä (Pohjola 2003, 55–57). Historiallinen sensitiivisyys tarkoittaa tässä tutkimuksessa elämäntarinoiden ainutkertaisuutta ja elämäkokemusten merkityksen ymmärtämistä nykyisyydessä. Kontekstuaalinen sensitiivisyys liittyy puolestaan ihmisen toimintaympäristön ja siinä vakiintuneiden toimintatapojen huomioon ottamiseen. Ihminen nähdään yhteyksissään ja otetaan huomioon myös, miten heidän toimintaansa ja valintoihinsa vaikuttavat toiset toimijat ja vakiintuneet toimintatavat. Masentunut ihminen sekä syrjäytyy, mutta myös syrjäytetään. Historiallinen ja kontekstuaalinen sensitiivisyys kiinnittyvät pyrkimykseeni nähdä historialliset ja rakenteelliset tekijät mielenterveyden häiriöiden taustalla. Kulttuurinen sensitiivisyys liittyy kulttuurisesti määräytyviin käsityksiin ja toimintamalleihin. Mielenterveysongelmia määritellään ja niitä hoidetaan sosio-kulttuurisesti määrittävien käsitysten perusteella.

Ideologinen sensitiivisyys on ajattelutapoihin, arvoihin ja tulkintoihin liittyvää ymmärrystä. Sosiaalitieteellisen tutkimuksen taustalla on aina ihmisten erilaisuuteen ja hyvä- tai huono-osaisuuteen liittyviä tulkintoja. Yksilötasolla ideologinen sensitiivisyys viittaa ihmisen ymmärtämiseen hänen omista lähtökohdistaan ja arvomaailmastaan huolimatta. (Pohjola mt., 56.) Ihmiset selittävät masennustaan monin eri tavoin. Selitykset voivat olla jännitteisiä suhteessa omaan käsitykseeni masennuksen syistä. Ihmiset käyttävät usein lääketieteestä ja psykologiasta peräisin olevia selitysmalleja, jotka poikkeavat yhteiskuntatieteilijän näkökulmas-



ta. Minulla ei kuitenkaan ole oikeutta arvottaa ajattelutapoja, eikä nähdä yhtä näkökulmaa toista todempana. On vain erilaisia tapoja hahmottaa maailmaa.

Toiminnallinen sensitiivisyys liittyy ihmisten kohtaamiseen arvostavasti ja kunnioittavasti. Subjektiivisen sensitiivisyyden vaatimus tarkoittaa subjekti-subjekti-suhdetta tutkijan ja siihen osallistujan välillä. Tutkijana minun on tiedostettava oma valta-asemani, mutta kyettävä rakentamaan tutkimukseni ihmisten kanssa yhteistyösuhde. Pyrkimyksenäni oli luoda yhdessä tietämisen ilmapiiri, dialogina etenevä keskustelu. (Pohjola 2003, 55-57; Väyrynen 2007, 54-57.) Eettinen valinta oli myös se, että halusin antaa tutkimukseni ihmisille nimet sen sijaan, että olisin yksilöinyt heidät numeroin.

Merja Laitisen (2007, 88-89) mukaan tutkimussuhteen muotoutuminen on monien samanaikaisesti vaikuttavien suhteiden kokonaisuus. Se koostuu tutkijan suhteesta itseensä, näkemykseen omasta paikastaan ja roolistaan, samoin kuin suhteesta tutkimuksen informantteihin, heidän rooliinsa ja asemaansa. Suhteeseen vaikuttavat tutkijan näkemys kohdeilmästä sekä tutkimuksen tekemisestä yleensä. Taustalla vaikuttavat myös suhde teoreettisiin ja ammatillisiin tulkintakehyksiin. Samoin kuin Merja Laitinen (mt., 89) toteaa olleensa haastateltavilleen uusi ja tuntematon ihminen, jonka toimintojen taustoja he eivät tieneet, myös minä olin haastateltavilleni vieras ihminen. Vaikka olin ollut työssä samassa tutkimuskeskuksessa, jossa tämä tutkimus toteutettiin, en ollut tavannut heitä aiemmin. Tutkimussuhde oli mahdollista synnyttää vain asettamalla kuuntelemaan ihmisten kertomuksia, olemalla kiinnostunut niistä ja pyrkimällä tavoittaa kunkin ihmisen näkökulma ja ymmärrys.

Tutkimushaastatteluiissa on kyse myös vallasta. Olen pohtinut Riitta Granfeltin (1998, 39) tapaan oikeuttani mennä ihmisten elämään tutkimukseni kanssa. Asiat, jotka minua kiinnostavat, kuuluvat useimpien kohdalla sellaisiin teemoihin, joista he eivät olleet tottuneet puhumaan. Tästä tietoisena pyrin etenemään heidän ehdoillaan siten, mikä oli kunkin kohdalla mahdollista. Ihmiset valitsivat itse tapaamisen ajan ja paikan. Lisäksi pyrin olemaan sensitiivinen sille, mistä voimme keskustella menemättä liiaksi aiheisiin, jotka saivat heidät ahdistumaan. Jos ihmisen selviytymiskeino on olla ajattelematta ahdistavia asioita, on haastatte-

lussa liikuttava erityisen herkästi ja vetäytyttävä aiheista, jotka lisäävät pahaa oloa. (Laitinen & Uusitalo 2007, 322.) Huomasin kuitenkin, että keskustelun kuluessa luottamus rakentui ja ihmiset saattoivatkin kertoa oma-aloitteisesti asioista, jotka alussa sivuutettiin. Jaakon kokemus vaikeiden asioiden taka-alalle painamisesta johti keskusteluun siitä, miten hän toimii unohtaakseen pahan olonsa. Keskustelun edetessä ja luottamuksen rakentuessa masennuksen syihinkin oli mahdollista palata.

Jaakko: *No se on kerta kaikkisesti, mie jätän sen taka-alalle. Mie en enää ota sitä pohdittavaksi. Mie annan olla. Siellä olkoot sitte, jos ei mene, niin ei ku olkoon menemättä. Katotaan viikon päästä uudelleen.*

Marjo: *Joo. Pitääkö sun alkaa touhuamaan jotakin?*

Jaakko: *Pitää tietenkkin.*

Marjo: *Joo. Et sillä toiminnalla sitte peittää sen?*

Jaakko: *Niin. Mielenkiintosta jotakin hommaa ku keksii, niin tota sillee unohtaa koko asian ja siinä tunnit vierii vaan, ku sää touhuat jotakin. Heti olo helpottuu kerta kaikkisesti, ihan ku uusi ihminen ois.*

Luottamus haastateltavieni ja minun välille on rakentunut tilanteittain. Aiempi työkokemukseni on vaikuttanut siihen, kuinka olen kohdannut ihmiset. Toimintakenttä oli minulle tuttu. Uskon sen antaneen rohkeutta mennä tilanteisiin, rohkeutta haastaa ihmisiä kertomaan, mutta myös varovaisuutta siinä, kuinka syvälle masennuksen syihin voi mennä. Sosiialityöntekijänä toimiessani, kuten näissäkin haastatteluisa, toimintaani ohjaavana periaatteena oli ihmisten ja heidän kokemustensa kunnioittaminen ja arvostaminen. En ole pyrkinyt asettumaan ihmisten elämän asi-antuntijaksi, vaan pyrkimykseni on ollut ymmärtää heidän näkökulmansa. Ajattelen tämän asenteen tasoittaneen tietä luottamuksen rakentumiselle.

Josephine Ensing (2003, 47–48) kirjoittaa tutkijan rooliristiriidasta, joka syntyy, kun tutkijalla on tutkimuksensa aihepiiriin muukin yhteys kuin tutkijan roolin kautta. Tutkijan aikaisemmasta roolista on tutkimuksen kannalta etua, kun se tuottaa tutkimusteemoihin liittyvää ymmärrystä. Tuttuus voi merkitä eettisessä mielessä myös riskejä – niin tässäkin tutkimuksessa. Asemani sekä entisenä työntekijänä että haastatteluhetkellä tutkijana asetti minut joidenkin haastateltavieni mielessä

epäselvään asemaan. Meeri kysyi minulta, että *tiätkö sä mun tilanteen*. Myös Veijo oletti, että oli lukenut hänen asiakaskertomuksensa todeten, että *mulla on lääkitys, sähän tiedät, että mulla on lääkitys. Sulla on varmaan ylhäällä se siellä*. Näin en kuitenkaan toiminut yhdessäkään tapauksessa. Kommentit kertovat mielestäni siitä, että kyseiset haastateltavat asettivat minut sekä terapeutin että tutkijan rooliin. Suurin osa kuitenkin näki minut hoitoprosessista irrallisena tutkijana. Haastateltavilla oli entuudestaan kokemuksia tutkimushaastatteluista, sillä he olivat osallistuneet jo useisiin haastatteluihin ennen tätä haastattelua.

Koin erityisesti haastattelujen alkuvaiheessa eri roolieni välistä ristiriitaisuutta. Pyrin asettautumaan tutkijaksi irtautuen sosiaalityöntekijän ja psykoterapeutin rooleistani. Huomion kiinnittyminen omaan toimintaan häiritsi haastattelun edellyttämää tilanneherkkyyttä. Louise Rowling (1999, 172) pohtii artikkelissaan samankaltaista tilannetta, jossa hän entisenä terapeutina ja nykyisenä tutkijana muistutti itseään siitä, ettei vahingoittaisi millään tavoin haastateltaviaan. Myös hän kuvaa tilannetta, jossa ei rohjennut edetä haastatteluissa oman rooliristiriitansa vuoksi. Kyse oli pitkälti siitä, mikä on sopiva emotionaalinen etäisyys tutkijan ja haastateltavien välillä. Oma varovaisuuteni vaikutti erityisesti alkuvaiheen haastatteluihin. Ensimmäiset haastatteluni muistuttivat enemmän teemahaastattelua kuin dialogista haastattelua, kun päällimmäisenä ajatuksena oli varoa vahingoittamasta haastateltaviani. Ajattelin toimivani eettisesti kelvollisella tavalla, mutta varovaisuus oli myös ylimitoitettua. Etenin maltillisesti havaitessani tutkimukseni ihmisten liikuttuvan tai ahdistuvan mieleen tulleista asioista ja palautin keskustelun ennalta laatiimiini teemoihin. Haastattelut kuitenkin muuttuivat nopeasti, sillä teemahaastattelun kaltainen kohtaaminen ei ollut sellaista, jota tutkimuksessani halusin toteuttaa.

Haastattelukokemuksen myötä ymmärsin, etteivät sosiaalityöntekijän ja tutkijan roolit olleetkaan kovin kaukana toisistaan. Kyse niin sosiaalityössä kuin tutkimuksessakin on ihmisten kohtaamisesta, heidän kuulemisestaan, halusta tavoittaa heidän näkökulmansa, asioiden ihmettelemisestä yhdessä. Merja Laitinen ja Tuula Uusitalo (2007, 322) käyttävät eettisen valppauden käsitettä. Se on käypä käsite kuvaamaan sitä, mihin haastatteluissani pyrin: tavoittamaan ihmisten kokemuksia ohjaten kuitenkin

keskustelua toisaalle silloin, kun kipeisiin elämäntilanteisiin palaaminen näytti tuottavan ahdistusta. Matti Hyvärinen ja Varpu Löyttyniemi (2005, 201) toteavat, että haastattelijalla on vastuu ohjata kertomus ulos traumaattisesta tilanteesta. Kuten Laitinen ja Uusitalokin (mt., 317) toteavat, minulla ei ollut muuta mahdollisuutta kuin luottaa omaan intuitiooni.

Tuula Uusitalo on pohtinut omassa itsemurhia käsittelevässä tutkimuksessaan haastattelun ja terapian välistä suhdetta. Hän totesi tutkimushaastatteluilla olleen terapeutista merkitystä, mikä liittyi siihen, että ihminen koki tulleen kuulluksi ja aidosti kohdatuksi (Laitinen & Uusitalo 2007, 324). Bronna D. Romanoff (2005, 249–250) näkee narratiivisessa tutkimuksessa ja narratiivisessa terapiassa yhtymäkohtia. Molemmissa lähtökohtana on ihmisen kertoma kertomus, joka tuotetaan vuorovaikutuksessa kuulijan kanssa. Koska useimmiten kummassakin tilanteessa rakentuu kertomus itsestä, tilanteet ovat tuntein ladattuja. Tutkimushaastattelun ja terapiakeskustelun keskeisin ero on niiden tavoitteissa. Narratiivisen tutkimuksen tavoite on ymmärtää haastateltavan kokemusmaailmaa, kun taas terapiassa tavoitteena on kertomuksen muokkaaminen ja rikastaminen. (Ks. Laitinen & Uusitalo 2008, 116.)

Kokemukseni haastattelutilanteista on, että ne ovat joissakin tapauksissa auttaneet ihmisiä jäsentämään tilannettaan uudella tavalla (Ensing 2003, 47; Laitinen 2004, 62). Esittämäni kysymykset ovat saaneet ihmisiä pohtimaan elämäntilanteitaan eri tavoin. Kertoessaan kokemuksistaan he olivat vuorovaikutuksessa omien muistojensa kanssa ja minun kysymykseni ohjasivat ottamaan suhteen menneeseen (Rosenthal 2003, 922). Tutkijana minulla oli erilainen tapa olla vuorovaikutuksessa kuin terapeuteilla, kuten esimerkiksi Liisan seuraavasta aineistolainauksesta ilmenee. Erilainen tapa ja erilaiset kysymykset avasivat uudenlaisia näköaloja.

*Liisa: Ehkä tämä oli mulle sillä lailla, niinkö kannustavampi tai helpompi, ko sä aina välillä kysyt jotaki tai välillä autoit. [--] Että ehkä vähän joskus, ko nyt alkaa miettimään näin, niin kaipaiski sitä, että vois joku vähän valottaa joltaki muultaki kantilta vähän sitä asiaa. Tietenki ite aika herkästikki kiertää sitä samaa kehää eikä tosiaan hoksaakaan kaikkia, mitä siihen vois olla jotaki muutaki. Se on semmonen asia.*

Merja Laitinen (2004, 69) nimeää luottamuksen rakentumisen perustaksi luotettavuuden, avoimuuden ja suvaitsevaisuuden. Uskon luottamuksen rakentuneen näistä samoista rakennusaineista silloin, kun se rakentui. Ajattelen luottamuksen liittyneen osaksi instituutioihin: mielenterveystoimistoon ja yliopistoon sekä asemaani entisenä työntekijänä ja tutkijana. Alun keskustelulla tutkimukseni ihmisten anonymiteetin suojaamisesta oli merkityksensä. Pysin olemaan avoin. Ajattelen luottamuksen rakentumiseen vaikuttaneen myös kiinnostukseni ihmisten kokemuksiin ja tutkimaani ilmiöön. Tutkijana minun on mahdoton tietää haastattelemini ihmisten luottamuksen määrää, mutta saamani aineiston perusteella rohkenen väittää, että luottamus rakentui ainakin kohtuullisesti kaikkien haastateltavieni kanssa.

Tiedostan aiemman työkokemukseni vaikuttavan haastattelutilanteissa. Oma kokemukseni haastatteluista on, kuten Gabriele Rosenthal (2003, 915) toteaa, että ihmisen elämäkokemuksia käsittelevä haastattelu on myös psykologinen interventio. Haastattelijan on oltava tästä tietoinen ja toimittava niin, että haastattelu on ihmistä tukeva, ei ahdistava. Haastattelujen lopussa kysyin, mikä ihmisten tunnelma haastattelusta oli.

Marjo: *Me ollaan tässä puhuttu monenlaisia asioita. Minkälainen tunnelma sulla nyt on, että tässä on tullu niin hirveen monia asioita esille?*

Liisa: *Niin, niin onki joo, aika paljon on puhuttu.*

Marjo: *Varmaan pari tuntia vierähtäny.*

Liisa: *Se on kumma kyllä ko lähti, niin aatteli, että mitähän mulla on siellä oikeen, että katotaan nyt sitte. Mutta en ois ikinä uskonu, että näin kauan keksii puhumista, mutta nyt oli kyllä sillä lailla ihan mukava pitkästä aikaa, pitkästä aikaa.*

Marjo: *Nyt kun ollaan puhuttu hirveän monenlaisista asioista, niin minkälainen tunnelma nyt sulla on tämän haastattelun jälkeen? Onko tässä tullu jotain semmosia asioita, joista jotenki pitäis jatkaa?*

Taina: *Ei sitä oo enää niinko järkyttyny, kyllä niistä pystyy puhumaan jo.*

Vesa: *Minusta tämä oli ihan antosa keskustelu. Oikeestaan niinkö, kyllä mie sillain, ko mie tulin tänne, nii tulinki sillain ihan avoimin mie-*

*lin, tai tällain motivoitu. Tää oli ihan mielenkiintonen kyllä. Oikeen positiivinen.*

*Marjo: Kiva, että hyvä tunne, että ei oo semmonen niinkun masentunu mieli, kun lähtee täältä.*

*Vesa: Ei ole. Paljon mukavampi mieli ku tulin.*

Murray L. Wax (1995, 28) muistuttaa, että myös tutkimuksen raportoimisen vaihe sisältää eettisiä ulottuvuuksia. Tärkeää ei ole vain haastatteleminen ja vuorovaikutuksen hetket vaan myös se, mitä sisällöistä poimitaan, miten ne tuodaan esiin ja millaista tietoa tuotetaan. Nämä liittyvät tutkimuksessani keskeisesti aiemmin käsitelyihin historialliseen, kontekstuaaliseen ja ideologiseen sensitiivisyyteen. Toivon välittäväni tutkimuksellani ihmisiä arvostavaa tutkimusotetta, masennusta ihmisten koko elämää sävyttävänä kokemuksena, josta on mahdollista kuntoutua. Ajattelen ihmisistä itsestä löytyvän ne voimavarat, joita kuntoutumiseen tarvitaan, mutta ihmiset eivät selviydy siitä yksin, vaan tarvitsevat monenlaista tukea.

## 4 Masennuksen monet merkitykset

### 4.1 Masennus kokemuksena

Tarkastelen tutkimuksessani masennusta sen eksistentiaalisesta luonteesta lähtien (ks. Enäkoski 2002, 33). Eksistentiaalisissa nähdään tärkeäksi ymmärtää ihmisen kokemusta olemassaolostaan, ja fenomenologinen lähtökohta pureutuu ihmisen olemassaololleen antamiin merkityksiin (McLeod 2006, 47). Pidän tärkeänä tutkia masennusta sidoksissa elämäntilanteen kokonaisuuteen. Analyysini on tässä vaiheessa paradigmaattiseen luentaan pohjautuvaa narratiivien analyysiä, joka on luokittelevaa ja kokemusten variaatiota etsivää analyysiä. Jukka Valkosen (2007, 64) mukaan paradigmaattisessa narratiivien analyysissä on kyse yksityiskohtien tunnistamisesta, jotka edustavat yleisempiä ilmiöitä tai käsitteitä. Temaattisen sisällönanalyysin tavoin poimin aineistosta kohtia, joissa ihmiset kuvasivat masennustaan, sen merkityksiä arkeen ja olemiseen sekä käsityksiään masennuksen taustatekijöistä. Pyrin tavoittamaan myös masennuskokemusten sosio-kulttuuriset kytkennät.

Masennus värittää ihmisen olemista kokonaisvaltaisesti ja olen pyrkinyt tavoittamaan ihmisten kertomuksista, mitä on elää masennuksen kanssa. David Karp (1996, 36–37) kuvaa masennusta oman kokemuksensa ja tutkimuksensa perusteella noidankehäksi, jossa ihminen eristäytyy juuri niistä vuorovaikutussuhteista, joita hän tarvitsisi kuntoutuakseen. Jo puhuminen masennuksesta tekee kipeää. Masennus tuntuu elävän kehossa omaa elämäänsä. Jos elämäntarinan ajateltaisiin koostuvan alusta, keskikohdasta ja lopusta, tarina säröilee, sillä pahimmillaan masennus katkaisee yhteyden menneeseen, nykyisyyteen ja tulevaan. (Crossley 2000a, 137; 2000b, 118.)

Ihmisen olemassaolo on avoin mahdollisuus ja aina ainutkertainen, ja elämä on jatkuvien valintojen prosessi. Osa valinnoista määräytyy kohtalonomaisesti, osa taas harkitsevana tajullisena toimintana. Olemassaolossa aina toiset mahdollisuudet toteutuvat ja toiset jäävät toteutumatta siitäkin huolimatta, että pidättäytyisimme tietoisten päätösten tekemisestä.

Olemassaolo on rakenteiden määrittämää ja toisaalta valinnat ohjaavat olemisen ehtoja. Eksistentiaalisten valintojen kautta määrittynyt ihmisen olemassaolo luo tietämisen ehdot, joten tietäminen on tietämistä aina jostakin näkökulmasta. (Rauhala 2005b, 35–37; 2009, 151–152.) Tutkimukseni ihmisten kokemuksista ilmeni, että masennus vaikutti vahvasti olemassaoloon. Se valtasi ajatukset, eristi ihmiset toisista ihmisistä ja tavanomaisista päivittäisistä toiminnoista. Valinnanmahdollisuudet hupenivat.

Saara: *Ja niinkö yleensä kotona, niin mie yleensä olen hirviä touhumaan kotona. Teen kaikkea. Niin mie en siis jaksanu tehdä mitään. Mie vain olin vähän niinkö muissa maailmoissa.*

Liisa: *Mulla on paljon semmosia kausia, että mä vaan ootan iltaan, että pääsis taas nukkumaan.*

Topi: *Siinä vaiheessa ei ollu hyvä olla missään, se on selvä asia. [--] Silloin kun oli töissä, kaipasi kotia, ja kun oli kotona, kaipasi jonnekin pois siitä. Että kun oli tämmönen, että ei ole hyvä olla missään.*

Masennuksen vaikeimmissa vaiheissa ihmisten toiminta ikään kuin sumeni tai yksipuolistui ja asioihin aiemmin liitetyt merkitykset muuttuivat. Kokemus on suhde, joka pitää sisällään tajuavan subjektin, tajunnallisen toiminnan sekä kohteen, johon toiminta suuntautuu (Perttula 2008, 116). Rauhala (2005b, 173) toteaa, että tajunnan sisällöt eivät ole aina intentionaalisia, mutta silloinkin ne ovat mielellisiä. Tajunnan kohteet ilmenevät elämyksissä ihmiselle aina jonkinlaisina. Masennuksessa kuitenkin kohteen negatiivisuus näyttää ikään kuin tihenevän. Ajatukset tukkeutuvat, eikä tapahtumien kulkua pysty käsittämään. Aiemmin kiinnostaneet asiat menettävät kiinnostavuutensa. Ihmisen tajunta toimii kahdella tavalla: yhtäältä psyykkisenä, elämyksellisenä, ilman kieltä ja käsitteitä sekä toisaalta tajunnallisena, järkeilevänä ja käsitteitä muodostavana. (Perttula 2008, 117–118; Rauhala 2009, 69.) Masennus näytti pahimmillaan vievän tilanteeseen, jossa psyykkinen kokemus muodostui hallitsevaksi ja järkeilevä, ymmärtävä toiminta väistyväksi. Ihmisen valtaisi tunnetila, jossa asioita oli vaikea jäsenellä.



Ilari: *Se niinko pää puuroutu aivan kokonaan, että tästä ei tule yhtään mitään. [--] Aivan semmoset yksinkertasetki asiat, että se oli sitä vaille, ettei pistäny kenkiä vääriin jalkoihin. Aivan semmosia niinko töissäki, että välillä aivan naurattaa, että miten semmosia voi tehdä, miten se on mahdollista.*

Esa: *Semmonen yleinen saamattomuus. Ei kiinnostanu mikään ja mistään ei tullu mitään. Se oli niinku stand by.*

Rauhalan (2005b, 31) mukaan tietyt ymmärtämisen horisontit voivat jäähmettyä vallitseviksi. Myös aineistoni perusteella näyttää siltä, että masennus voi vääristää ihmisen kuvaa todellisuudesta. Positiivinen perspektiivi katosi niin menneestä, nykyisestä kuin tulevastakin. Masennuksesta muotoutui ihmisille se horisontti, jonka pohjalta kokemuksia ymmärrettiin ja tulevaisuutta hahmotettiin. Perttula (2008, 119) näkee elämäntilanteen merkityksellistyvänä ja tajunnallisen toiminnan ymmärtävänä. Elämäntilanteet ilmenevät ihmisille jonkinlaisina ja ihminen haluaa ymmärtää, mitä hänelle on tapahtumassa. Elämäntilanne näyttää masennuksessa merkityksellistyvän valtaosaltaan negatiivisena ja siitä kumpuaava ymmärrys on vaikeimmillaan ihmistä nihiloivaa. Timo pukee sanoiksi sen, kuinka masennuksen läpi katsottuna oma toimijuus näyttäytyy voittopuolisesti mitättömänä.

Timo: *Semmosta se oli, semmosta hyvin semmosta alamittasuuden toteamista ittestä. Ja kaikki mitä mä oon töissäkään saanu aikaan, niin en mitään.*

Elämä muuttuu masennuksen syvenemisen myötä monin tavoin hallitsemattomaksi. Masennus ravistelee ihmisten totunnaisia käsityksiä todellisuudesta ja itsestä. Aiemmat käsitykset kyseenalaistuvat ja aiemmat perspektiivit hämärtyvät (ks. Husso 2003, 210). Lars-Christer Hydén ja Jens Brockmeier (2008) kirjoittavat murtuvista kertomuksista. Haastattelemi- eni ihmisten kertomukset tyhjenivät, muuttuivat epäloogisiksi, katkelmallisiksi ja käsittämättömiksi. Hallitsemattomuuteen liittyi tunne siitä, ettei hallinnut enää rutiininomaisiakaan asioita ja tuli tilanteita, joissa

oma toiminta tuntui vieraalta. Arthur Frank (1995, 53) kuvaa sairastumis- ta aiemmin elämää ohjanneen kartan kadottamiseksi. Myös tutkimukse- ni ihmisten kertomuksissa niin elämä kuin oma itsekin muuttuivat käsit- tämättömiksi – tai ainakin erilaisiksi.

*Meeri: No kyllähän se sillain niin mössöä oli silloin se romahdus. Että eihän siinä, mulla tuntu, ettei järki riitä ymmärtämään tätä asiaa. Ei, se oli sitä mössöä.*

*Juho: Ja sitten kato mä olin työmaalla, mulla hermot meni herkästi, joka ei ollu minun normaali luonteenpiirteelle ominaista ollenkaan. Yleensä mie tulin kaikkien kans toimeen, mutta siellä en tullu, mulla aina paloi pinna.*

Masennus on kokemuksena sekä kehollinen, tajunnallinen että situatio- naalinen. Kokemuksissa ovat läsnä nämä kaikki olemispuolet, mutta ne voivat tuntua voittopuolisesti yhden tyyppisenä. Arthur Frankin (1995, 101–103) kuvaama kaaostarina, jollaisena masennuksen pahinta vaihetta voi kuvata, on kehollinen. Kehossa tuntuva kärsimys rajoittaa elämää. Masennus on pahimmillaan koko ihmisen olemassaoloa uhkaava ja vä- rittävä tekijä – ihminen on vieraana omassa kehossaan. Ajattelen kehol- lisuuden kokemuksen nostavan masennuksen intensiteettiä, kun keho muuttuu itselle vieraaksi ja oman hallinnan ulkopuolella olevaksi.

*Juho: Ei uskaltanu alkaa edes toisen ihmisen kanssa keskustelemaan, kun ei tienny, että mitä sanoo. Tai pelkäs, että liekit tulee suusta, kun ei hallinnu itteään. Ei ollu omassa, kroppa ei ollu niinku omassa kehossa.*

Masennuksen kehollisuus tekee siitä fyysisen kokemuksen. Arthur Fran- kin (1995, 2) keskeinen sanoma on, että keho ei ole mykkä, vaan se pu- huu oireiden ja kivun välityksellä. Kertomukset sairauksista ovat äänen antamista keholle. Haastattelemani ihmiset kertoivat masennuksen tuot- taneen heille fyysisiä tuntemuksia ja oireita, kuten väsymystä, vapinaa, unihäiriöitä ja kipuja. Fyysiset tuntemukset aiheuttivat huolta ja pelkoa

siitä, mitä omassa kehossa oli tapahtumassa. Kun ymmärtämisen horisonttina oli masennus, kehon tuntemukset olivat pelottavia.

*Ilari: Sitähän meni naama valkosena sinne verikokeisiin, että katotaan nyt kunnolla ne veret, semmoset syöpäsolut ja kaikki. Että onko mulla joku syöpä vai mikä tässä on. [--] Sen tunsin niistä tärinäistä ja hikoiluista, että tästä ei niinkö tuu. Hiki valu aamulla herätessä ja käveli keittiöön, paita oli märkänä ko keittiöstä tuli, että repimällä piti ottaa pois päältä.*

*Liisa: Puristaa ja ahistaa ja tuntuu jotenki, ettei mikään huvita ja mitään ei saata syyä ja kaikki on huonosti ja jotenki siis semmonen, semmonen kauhean huono olo.*

Vilma Hänninen ja Senni Timonen (2004, 202) kirjoittavat masennuksen ruumiillisuudesta, joka määrittäyty heidän tutkimuksessaan kehon tuntemuksiksi. Ruumiillisuus ilmenee epämääräisinä särkyinä, vaivoina, unettomuutena ja kokonaisvaltaisena ruumiillisena tuskana. Heidän aineistossaan, kuten myös omassa aineistossani ihmiset kertoivat täydellisen lamaavasta uupumuksesta, väsymyksestä ja jaksamattomuudesta. Aineistossani jaksamattomuus näkyi ennen kaikkea arkirutiinien vaikeutumisenä, mutta myös rooleissa vanhempana, puolisona ja työntekijänä. Jaksamattomuus näyttäytyi äreytinä ja joskus ylireagoimisena ihmissuhteissa sekä vetäytymisenä omiin oloihin. Ihmiset kertoivat sietämättömästä olotilasta, jolloin ei ollut hyvä olla missään.

Tajunnallisuus viittaa kokemusten arvioimiseen, erittelemiseen, käsitteellistämiseen, kuvaamiseen ja analysoimiseen. Ihminen kykenee käymään sisäistä dialogia kokemuksistaan ja erilaisista tavoista ymmärtää niitä. (Perttula 2008, 118.) Ihminen jäsentää kokemuksiaan ja elämäntilannettaan myös sosiaalisen tarinavarannon avulla. Sosiaalisen tarinavarannon käsite tarkoittaa kulttuurisia kertomuksia, joita ihminen kohtaa. Hän omaksuu sieltä itselleen soveltuvia tarinoita osaksi omaa tarinaansa, ja näin muodostuu henkilökohtainen tarinavaranto. (Hänninen 2003, 21.) Masennuksessa tämä prosessi kuitenkin näyttää häiriintyvän. Tutkimukseni ihmiset kuvasivat ajattelutoimintansa häiriöitä ja epärealistisia

ajatuksia, jotka olivat sekä pelottavia että hämmentäviä. Heillä ei ollut käsitteitä oman tilanteensa arvioimiseen eikä sellaista sosiaalista tarinavara-  
rantoa, josta olisivat löytäneet kokemuksilleen ymmärrystä. Tajunnallisuus puuroutui.

*Topi: Niin ne ajatukset kiertää niin pientä rataa ja ne ajatukset on niin pieniä, että sitä aattelee, että tämä ei voi olla enää vain jotaki masennusta, vaan täytyy olla ajattelukyvyssä jotain vikaa. Että miten voi ihminen ajatella niin pieniä asioita ja ne kaatuu päälle. Ja kuitenkin ne tuntuu niin suurilta. Se tuntuu aivan niinkö käsittämättömältä.*

*Ilari: Asiat oli niin... se niinko sylttäs sen pään ihan turraksi.*

*Saara: Että kaikki ihmiset kaupassaki näki, että mie en ole täysin terve, että mulla on niinkö joku. Mie kun liikuin ulkona, niin mulla oli aina semmonen tunne, että joku tarkkailee minua.*

Tajunnallisuus näyttäytyi tutkimukseni ihmisten masennuskokemuksissa hallinnan tunteen katoamisena ja keskittymiskyvyn puutteena. Tällä puolestaan oli yhteys toiminnallisuuden vähenemiseen ja sitä kautta virikkeiden köyhtymiseen. Aiemmat mielihyvää tuottaneet harrastukset muuttuivat vastakohdikseen. Negatiivinen ymmärtämisen horisontti johdatti ennakoimaan epäonnistumista ja sai ihmisen luovuttamaan, ennen kuin ehti edes aloittaa mitään.

*Markku: Se lähti niin täysin mopo käsistä sitten, että ei enää pystynyt kontrolloimaan mitään oikeastaan. Asiat meni omalla painollaan ja ite roikku mukana.*

*Topi: Mää olin välillä niin huonossa kunnossa, että keskittymiskyky esti hyvin paljon kaikkien tärkeittenkin harrastusten harrastamisen. [--] Ne ei tunnu enää plus-merkkisiltä. Jos sää menet esimerkiksi kalallekin, ja jos ei siihen pysty keskittymään, siellä oleminen ei tunnu hyvältä. Se kuitenkin jää se plussa pois, ja sitten lähti pois pahalla tuulella. [--] Mää olen hirveen paljon tottunu tekemään käsilläni. Mutta kun ei mihinkään*

*voinu keskittyä, niin ei niitä osannu tehdä. Lopputulokset ei ollu semmosia ja yleensä ei saanu edes alettua mitään. Koska tavallaan pelkäs sitä, että jää joku kesken, tai siitä ei tule semmonen.*

Masennus voi olla hyvin totaalinen kokemus, joka leimaa kaikkea elämää ja olemista. Jaakon kokemus oli, että *minusta oo enää mihinkään*. Masennukseen liittyi monilla tutkimukseni ihmisillä vahvoja tunnekokemuksia, kuten kiinnostuksen puute, mielekkyyden katoaminen, itseinho, toivottomuus, ahdistus ja äreys. Masennustakin pahempi voi olla pelko siitä, ettei parane (ks. Tontti 2008, 19). Tutkimukseni ihmiset kuvasivat pelkojaan siitä, että *selviänkö mie tästä koskaan. Että jäänkö mie tämmöseksi*. (Saara) Mahdollisuuksien kapeneminen johti lopulta toivotomuuteen ja itsetuhoisiin ajatuksiin.

Vilma Hännisen (2003, 20–21) sisäisen tarinan käsite tarkoittaa ihmisen mielen sisäistä prosessia, jossa ihminen tulkitsee elämäänsä tarinallisten merkitysten kautta. Sisäinen tarina muodostuu kokemuksellisista, vuorovaikutuksellisista, kulttuurisista ja situationaalisista elementeistä. Se on itselle kerrottu tarina siitä, kuka minä olen. Se on elämäntilanteiden ja elämäntapahtumien tulkki. Näen tämän tulevan lähelle Rauhalan ymmärtämisen horisontin käsitettä. Itsestä kerrottu tarina toimii ymmärtämisen yhteytenä. Negatiivinen käsitys itsestä tuottaa toiseuden kokemuksia, mikä vetää ihmistä muista erilleen. Ei siis ole samantekevää, millaista tarinaa ihminen itsestään kertoo. Nihiloiva sisäinen tarina suuntaa ihmisen vuorovaikutusta ympäristönsä kanssa.

*Taina: Mulla on aina ollu semmonen hirveän vahva ulkopuolisuuden tunne kaikessa. Että tuota minä en niinku kuulu tähän... kuulu oikeen mihinkään. Mä jotenki oon semmonen outo lintu. Se on varmaan ollu aivan pienestä pitäen. Semmonen erilaisuuden ja ulkopuolisuuden tuntu.*

*Timo: Varmaan ensimmäisiä oon jo murrosiän jälkeen kokenu semmosia masennuskausia, että ne on... ne on ollu mulla kumminki varmaan niinko vuosikymmenienki aikana. Varmaan tää sairaus on tavallaan syöny niinko semmosta voimavaraa, mikä niinko normaalina ihmisenä*

*ois ollu. Olla niinko enemmän yhteiskunnan sisällä. Ja sitten ko vähän syrjäyty niinko siinä yhteiskunnasta.*

Tarinat, joita ihminen kertoo elämästään, määrittävät yhtäältä sitä, miten ihmiset tulkitsevat kokemuksiaan. Toisaalta vallitsevat kertomukset ohjaavat ympäristöstä tehtäviä havaintoja. (White & Epston 1990, 40.) Valinnan mahdollisuudet näyttävät masennuksen syventyessä yhä vähäisemmiltä.

Situationaalisuus tarkoittaa sitä osaa todellisuudesta, johon ihminen on suhteessa. Ihmisen elämäntilanne on keskeinen tarkastelun kohde psykoterapiassa, koska kokemus – tässä tapauksessa masennuskokemus – pyritään johtamaan situaatioissa tapahtuneesta. Ihmisen kokemista vaikeuksista elinympäristössä, työssä, ihmissuhteissa ja arjesta selviytymisessä tehdään päätelmiä masennuksesta. Yksisuuntainen päättely, jossa ”merkityssuhteet vain johdetaan eksistentiaaliselta olemistasolta reaalisen psykisen kokemisen tasolle”, ei kuitenkaan ole riittävää. Analyysin tulee olla kehämäistä. (Rauhala 2005b, 55–57, 76–77.) Toisin sanoen ihmisen elämäntilanne ei ole vain tapahtumien näyttämö vaan erottamaton osa kokemusta. Kokemus muotoutuu erilaiseksi eri ympäristöissä. Elämäntilanne merkityksellistyy ja asettuu näin osaksi kokemusta.

Olemassaolo edellyttää jatkuvia eksistentiaalisia valikoitumia, eli toisten mahdollisuuksien toteutumista ja toisten jäämistä toteutumatta. Ihmisen eksistenssi on siis jatkuvasti yhtäältä todellistunutta ja samalla tulemista joksikin. Ihminen voi todellistua vain situaationsa rakennetekijöiden edellyttämällä tavalla. (Rauhala 2005b, 63–64.) Tämä tarkoittaa sitä, että ihmisen elämäntilanne määrittää hänen olemassaoloansa. Elämäntilanteen osatekijöillä, kuten taloudellisella tilanteella, asumisella, perhesuhteilla, sosiaalisella verkostolla, osallisuudella ympäristöön on keskeinen merkitys masennuskokemuksissa sekä masennukseen sairautumisessa että siitä kuntoutumisessa. Ihminen tarvitsee usein juuri niitä sosiaalisia resurssejaan masennuksesta selviytymiseen, jotka puuttuessaan saattavat tuottaa masennusta.

*Atte: Jos ihmisellä tämmönen tilanne tulee ja siihen on sitten muita ongelmia, niin kyllä mä sanon, että ne ihmiset on tosi vaikean paikan*

*edessä. Ja niitä kyllä näkee. Siinä mä olen tavallaan ollu kyllä onnellinen, että on niinku nämä asiat ollu kunnossa. Jos siinä kuule vielä jotku hirveet velat on päällä. Tai sanotaan vaikka, että avioliitto ei olis kunnossa tai kaikkee muuta, niin voi herra jumala, mikä katastrofi siinä vois olla. Ja varmasti näitä tapauksia tuleekin. Että siinä mielessä olen onnellinen, että mulle kävi näin kuin kävi.*

Masennuskokemusten näkökulmasta elämäntilanteet näyttäytyivät tässä aineistossa vaativina. Ihminen on situaatiossaan Juha Perttulan (2008, 151) mukaan aina kosketuksissa ihmisten välisiin sääntöihin, tapoihin ja käytäntöihin, jotka säätelevät ihmisyyshöjen elämää. Ihmiset ovat osallisena samanaikaisesti useissa yhteisöissä, joissa vallitsevat omat sääntönsä ja odotuksensa. Masennuksen tuottama jaksamattomuus vaikeutti haastattelimieni ihmisten arkirutiinien pyörittämistä ja erilaisista rooleista selviytymistä. Ratkaisuksi vaativaksi koettuihin elämäntilanteisiin nähtiin eristäytyminen ja oman tilanteen salaaminen toisilta. Tällöin myös tiluaation tarjoamat mahdollisuudet jäivät ulottumattomiin.

*Ilari: Ko siinä on kuitenkin semmonenkin vaihe, ainakin mulla oli, että sitä alkaa pelkäämään ihmisiä jo, että ko näkkee tuolla. Se on sitä vailla, ettei kohta juokse karkuun. Ettei liiku semmosissa paikoissa. [--] Minuahan ei saanu yhtään mihinkään. [--] Että jos piti kauphan lähteä, en lähteny, en varmaan lähteny, sen sai hoitaa joku muu. Ei niinkö yhtään mihinkään sieltä talosta.*

Sairastuminen merkitsee elämässä sellaista juonen käännettä, jossa aiemmin merkitykselliset asiat rapautuvat. Eräät tutkimukseni ihmiset kuvasivat masennuksen värittäneen heidän elämänsä useita vuosia, jopa nuoruudesta lähtien. Toisilla masennusvaihe oli eräänlainen episodi elämässä, joka oli haastatteluhetkellä jo ainakin osittain takana tai ainakaan se ei värittänyt enää koko olemista. Tällöin masennus oli useimmiten seurausta jostain merkittävästä elämäntapahtumasta tai äkillisestä kriisistä. Ohimevänekin masennuksen kokemus syvimmillään oli yhtä halvaannuttava.

Eksistentiaalistis-fenomenologisen ajattelun pohjalta näen masennuksen ihmisen suhteena maailmaan. Heideggerin *täälläolon* käsite sisältää

ajatuksen siitä, että olemassaolo on aina jollain tapaa valikoitunutta. Ihmisen kokemuksta masennuksesta ei näin ollen voi ymmärtää ottamatta huomioon sitä situaatiota, jossa hän elää. Ihmisen situaatio voi sisältää sellaista faktisuutta, joka tuottaa masennusta ja masennus puolestaan tuottaa valikoitumia situaatioon. Situaatio merkityksellistyy ainutkertaisella tavalla, sillä ihmisen suhde maailmaan on aina omanlainen. Yhteistä masennuskokemuksille on kuitenkin se, että ne ovat sekä kehollisia, tajunnallisia että situationaalisia. Masennuksessa merkityssuhteet värittyvät kunkin ihmisen kehollisuuden, tajunnallisuuden ja situationaalisuuden ehdollistamalla tavalla. Situationaalisuus viittaa sekä ihmisen suhteeseen ympäristöönsä että elämän tilannekohtaisiin tekijöihin. Kehollisuus näyttäytyy käyttäytymisen rytmin särkymisenä (Kristeva 1998, 50), kärsimyksenä, jaksamattomuutena ja erilaisina fyysisinä oireina. Ihminen tulkitsee ympäristöstä saamiaan ärsyksiä masennuksen kyllästämästä horisontista käsin, jolloin havainnot voivat vääristyä ja ihmisen itsestään kertoma sisäinen tarina värittyä yksipuolisesti. Hallinnan tunne säröilee. Jopa aiempi arkea ja elämää kannatteleva maailmankatsomus voi masennuksen myötä murentua tai muuttua kielteiseksi.

*Timo: Se usko siinä vaiheessa, vaikka se ei kadonnu mihinkään, niin mä en... en mä sitä kadottanu missään vaiheessa. Se pysy siellä koko ajan, mutta se ei ollu myönteisvoiton se juttu. Jumala oli semmonen... tiputteli semmosia kiviä ja koitin väistellä sitten.*

Masennuksen yhteydessä voidaan puhua elämänkerrallisesta käänteestä, sillä sairastuminen merkitsee sitä, ettei ihminen palaa enää entisenlaiseksi (Hydén & Brockmeier 2008, 4; Mattingly 2008, 73). Arthur Frankin (1995, 55, 109–110) mukaan sairaus rikkoo tarinan ajallisuuden, sillä nykyisyys ei enää olekaan sitä, mitä tarinassa sen oletettiin olevan, eikä tulevaisuutta pysty kuvittelemaan. Ihminen joutuu keskelle kaaostarinaa, jossa ajallinen ja tarinallinen järjestys puuttuvat. David Karp (1996, 27) kuvaa ajallisuuden pysähtyvän, kun ahdistus kietoutuu ihmisen elämään ja toivon ja turvallisuuden tunteet tuhoutuvat. Julia Kristeva (1998, 75) kirjoittaa menneestä, joka ei mene pois ja ajasta, joka ei kulu.



*Taina: Mie olen niinku semmonen pohjakala, joka on ihan suurin piirtein kidukset täynnä mutaa, ku se vaan rypee siellä pohjassa.*

Kokemus on vain tässä ja nyt. Kun kaaostarinaa elävällä ei ole sanoja, siitä ei voi kertoa, ne on vaan elettyä (Frank 1995, 98).

#### 4.2 Masennus ja sosiaalinen tarinavaranto

Sairaus on biofyysisenä tilana olemassa ilman inhimillistä tietoa tai arvioimista, mutta sosiaalisena tilana sairauskäsitys syntyy inhimillisen tiedon ja arvioimisen tuloksena (Bury 1997, 22). Sairaaksi määrittelemisen on sosiaalinen prosessi, joka määrittyy sen mukaisesti, mitä yhteisöt kestävät ja sietävät (Jähi 2003, 195). Käsitys sairauden merkityksestä muodostuu vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa. Ihmisen kertomus itsestään ja kuntoutumisestaan rakentuu kokemushistoriasta sekä sosiaalisesta tarinavarannosta ammentuvista malleista (Hänninen 2003, 50). Rajaan sosiaalisen tarinavarannon merkityksen tarkastelemisen tässä luvussa masennuskokemukseen. Tarkastelen tuonnempana sen merkitystä kuntoutumisessa.

Ihminen joutuu usein tilanteeseen, jossa hänen on pohdittava elämäntilannettaan. Erityisesti näin käy, kun elämäntilannetta suunta jollain tapaa muuttuu. Tällöin on löydettävä uudenlaiset pärjäämisen eväät. Näitä tarjoavat esimerkiksi kulttuuriset mallitarinat. Vilma Hännisen (2003, 50–53) mukaan tarinat voivat antaa positiivisia roolimalleja, mutta myös varoittavia esimerkkejä. Ne voivat olla normatiivisia ja joskus myös emansipatorisia antaessaan uutta näkökulmaa omaan elämään. Ne voivat olla tiedostamattomia kulttuuriin kietoutuneita tai eri ihmisryhmiin ja kategorioihin liittyviä tarinoita, kuten masennukseen tai masentuneisiin ihmisiin liittyviä tyypillisiä tarinoita. tarinat liittyvät esimerkiksi käsitteisiin sairauksien alkuperästä ja niistä paranemisesta, mutta ovat usein myös leimaavia ja kategorisoivia, toiseutta tuottavia. Osakulttuureilla ja ihmisryhmillä on omat mallitarinansa, jotka vaikuttavat jäsentensä merkityksenantoon. Perttula (2008, 119) toteaa todellisuuden merkityksellistyvän vasta silloin, kun se tulee osaksi omaa elämäntilannetta. Ihmiset pyrkivät ymmärtämään itselle kokemuksellisesti tuntematonta asiaa

omasta elämismaailmasta lähtien, omilla käsitteillään – siitä tarinavaranosta, johon itsellä on kosketus.

*Ilari: Että siellä joku tulee ja mittaa mikrometrillä pään, että ookko sinä hullu vai mikä sinua vaivaa. Kyllä se on sitte, ku sinne mentiin, niin kyllä se muuttu aivan täysin käsitys siitä. Ei se mitään, töitä tekevät ja tutkivat ihmisiä, että mikä niillä on.*

*Markku: Mie ajattelin, että sitä sohvalla pötkötellään, niinko elokuvissa ja kysellään kaikkia. Positiivinen yllätys on ollu.*

*Timo: Tuntu aluksi, että se on niinku korvien takana, tai laiskuus, tai mitä se on.*

Kulttuuri tarjoaa ne moraaliset ja kielelliset käsitykset ja mallitarinat, joiden avulla sairautta hahmotetaan, mutta sairaus on sairastuneelle oma-kohtainen ja koettu. Lääketieteellinen ja psykologinen tieto ovat merkittävässä asemassa, kun sairautta pyritään ottamaan tiedollisesti hallintaan. Psykodynaamisesta perinteestä peräisin olevat käsitteet elävät ihmisten arjessa. Ihmiset saavat tietoa myös muista lähteistä, kuten potilasyhdistyksistä, kirjallisuudesta, internetistä ja mediasta. (Kangas 2003, 76–77.) Tosin tutkimuksessani epäiltiin mediasta saatavan tiedon luotettavuutta. Vilma Hännisen (2004, 300) tutkimuksessa tulee esiin sama ilmiö, sillä masennuksesta selviytyminen esitetään julkistarinoissa liian nopeana ja helppona. Tietoa masennuksesta annetaan myös erilaisilla lääketehaiden ja julkisten tahojen kustantamilla itsehoito-oppailla.

*Saara: Niin. Että sitten jotenkin alkoi niinku tajuamaan, että ei hetkinen. Olinhan mie kuullu siitä, kaikkia tarinoita lukenu lehdistä työuupumuksesta. Mie tiesin mitä se on, mutta kukapa sitä uskoo, että se omalle kohdalle koskaan sattuu.*

*Timo: Semmonen huonommuuden kela lähti jauhamaan, että ei sinusta ole mihinkään. [–] Yliminä, miksikä sitä sanotaan.*

Jaakko: *Mitä kuuluisampi, niin sen vahvempia on masennuksetki.*

Masennuksesta puhuminen on yleistä. Useimmilla ihmisillä on kokemuksia masentuneesta mielialasta, mutta jossakin vaiheessa masennuksesta tulee diagnosoitava, hoitoa edellyttävä sairaus. David Karp (1996, 54) näkee masennuksen sosiaalisena konstruktiona, jolloin se on yhtä lailla poliittinen ja kulttuurinen kuin medikaalinenkin. Masennus on sopimuksenvarainen, ja siitä neuvotellaan viime kädessä ihmisen ja lääkärin kohtaamisessa. Ihmiset kuvaavat monenlaista arjen hankaluutta, vaikeita elinolosuhteita, kokemuksia, tunnetiloja, sosiaalisia ongelmia, joiden pohjalta diagnoosi asetetaan. Masennusdiagnoosin asettaminen edellyttää masentuneisuuden ja alakuloisuuden muuttumista pysyväksi (ks. Valkonen 2007, 37). Milloin masentuneisuus katsotaan pysyväksi? Suomen Psykiatriayhdistyksen antamien Käypä hoito -suositusten mukaan oireiden on pitänyt esiintyä yhtäjaksoisesti vähintään kahden viikon ajan ja niiden tulee olla kliinisesti merkittäviä (Depressio. Käypä hoito 21.10.2010).

Masennusdiagnoosi voi olla helpottava, mutta myös ristiriitaisia tunteita herättävä. Terapeuttisen tarinan kliiniset käsitteet ja kategorisoinnit eivät välttämättä kohtaa ihmisen elämäntilanteelleen antamia merkityksiä. Ihmisten ja työntekijöiden tarinoissa tapahtumat liittyvät toisiinsa erilaisen juonen kautta. Tarinat voivat olla epäsymmetrisiä (Abma 1999, 179). Diagnoosi voi olla toisaalta helpottava, mutta myös omaan kokemusmaailmaan sopimaton ja vieras.

Else: *Se oli aika helpottava. Hirveän helpottava, että se vetämättömyys ja semmonen... tuli nimi.*

Meeri: *Kyllä mie koen olevani uhri, työpaikkakiusaamisen uhri.*

Veijo: *Paha olo oli tietenki. En minä sitä sillälaillla luokitellu.*

Aune: *Kyllä se oli musta aika yllättävää, että ne diagnosoi, että mä olen masentunu. Mä olin aika hämmästyny siitä. Mä en ollu ajatellu niin, että mä olisin masentunu.*

Psykkisten sairauksien on arvioitu olevan sairauksista kaikkein stigmatisoivimpia (Kaltiala-Heino ym. 2001, 566; Williams 1984). Masennuksesta syntyneet ennakkokäsitykset ovat usein ennakkoluulojen ja stereotyyppioiden sävyttämiä. Käsitukset masennuksesta ovat lähinnä kielteisiä ja moraalissävytteisiä, mikä kertoo kielteisistä kulttuurisista asenteista mielenterveysongelmia kohtaan. Vaikka masennuksesta puhutaan suomalaisen kansantautina ja leimaavuus on jonkin verran hälvennyt, aineistoni perusteella näyttää siltä, että asenteet ovat edelleen olemassa. Mitä enemmän ihminen joutuu tekemisiin sairauden kanssa, sitä monimuotoisemmiksi selitykset muodostuvat (Williams 1984, 179).

*Ilari: Ensimmäisenähän sitä tuli mieleen, että tässä on hullu, niinko vanhan ajan tyyliin. Ko ei mitään tietämystä ollu, että mitä se on. [--] Mulla on ittellä ollu aina semmonen kuva, että jos masentuu ja niin alakaa semmonen, se alakaa niinkö päässä heittämään, että alakaa niinkö höpöttämään jotku aivan mitä sattuu.*

*Vesa: Totta kai se oli... niinkö itestä tuntu, että kauheeta, että ei sinne hullujen huoneelle kyllä.*

Sosiaalinen tarinavaranto sisältää tarinoita myös siitä, miltä masentunut ihminen näyttää. Kahdella haastateltavallani oli kokemus siitä, etteivät he tulleet otetuksi vakavasti palveluissa ja arvelivat sen johtuvan siitä, etteivät näyttäneet masentuneelta. Useimmat haastattelemistani ihmisistä kertoivat masennuksen ulottumisesta ruumiissaan joka kolkkaan. Silloin, kun masennuksen ei ajateltu näkyvän ulkoisessa olemuksessa, syntyi kokemus kohtaamattomuudesta. Aineistolainaukset osoittavat masennuksen sosiaalisen kytkennän – sen, että masennus määrittellään vuorovaikutuksessa.

*Vesa: Ja tietenki sitte kö ei... tämmösiä ulkosia merkkejä ollu sillain, niin ei se lääkärikään oikeen niinkö ottanu tosissaan.*

*Elsa: Että siellä pitää 45 minuuttia itkee ja sitten ne 15 minuuttia lohduttaa. [--] Ei sieltä mitään apua saa. Ku mä oon tämmönen kovaääninen, iso.*

Masennus ei ole sairastuneen näkökulmasta pelkkä sairaus, vaan masennus kietoutuu ihmisen arkeen ja vuorovaikutussuhteisiin sekä yhteiskuntasuhteeseen monin tavoin. Patricia Deegan (1992, 11) sanoo sairaudesta muodostuvan osa identiteettiä. Sairauskokemuksissaan ihminen väistämättä määrittelee itseään suhteessa toisiin ihmisiin ja yhteiskuntaan. Masennusta pidetään kulttuurissamme merkinä heikkoudesta (Hänninen 2004, 284). Ihmiset arvioivat itseään kulttuurisesti hyväksyttävien standardien mukaan, jolloin masennukseen sairastuminen koetaan häpeällisenä. Masennuksen leimaavuus lisää sen kuormittavuutta sekä sairastuneelle että hänen omaisilleen. Leimaaviin sairauksiin yhdistetään huonommuutta, moraalista heikkoutta ja syyllisyyttä (Jähi 2003, 193; Kaltiala-Heino ym. 2001, 563).

*Vesa: Sitä niinkö ajattelee, että sitä on jotenki huonompi ko muut. Tietenki näkee, [--] että monella muullaki on samanlaisia ongelmia. Ja kyllähän tietenkä niinkö satoja tuhansia suomalaisia potee masennusta, että sillain kyllähän se. Ei tartte ko lehestä lukea.*

Häpeällä on sosiaalinen alkuperä. Häpeä liittyy sosiaalisiin tapoihin, arvoihin ja käyttäytymissääntöihin. Ihminen ajattelee olevansa ”toisten paheksuvien katseiden” kohteena (Heller 1985, 3). Sosiokulttuuriset käsitykset muuttuvat omiksi ennakkoasenteiksi, jotka vaikeuttavat omasta tilanteesta puhumista tai hakeutumista hoitoon. Agnes Heller (mt., 4) kirjoittaa kasvojen menettämisestä, joka kuvaa häpeän visuaalista luonnetta. Kun rikotaan yhteisön keskeisiä arvoja, ”toisten katseen” seurauksena ihminen eristäytyy. Tutkimukseni ihmiset kertoivat useiden vuosien pituisesta elämän kapeutumisen kiertestä. Moni kertoi vähittäisestä eristytymisestäään sosiaalisista verkostoista ja arkirutiineista luopumisesta, harrastusten hiipumisesta sekä hyvien asioiden vähittäisestä katoamisesta omasta elämästä. Ihmiset kertoivat pyrkimyksistään salata tilanteensa, mikä puolestaan kiihdytti sosiaalisista suhteista erkaantumista. Häpeä on hävettävää, siitä on vaikea puhua. Agnes Heller (mt., 13) jatkaa, etteivät normit ja säännöt ole aina rationaaleja, mutta eivät irrationaalejakaan. Ne hyväksytään useimmiten kyseenalaistamatta.

Saara: *Mie muistan, kun mie tossa ulko-ovella vielä katoin, että näkeekö kukaan.*

Mielenterveystoimistoon lähtemisen kynnys oli monilla korkea, sillä myös hoito-organisaatiot näyttäytyivät aineistossani vahvasti leimautuneina. Yhteyden ottaminen mielenterveystoimistoon merkitsi oman sairauden myöntämistä. Hoitoon lähteminen olisi tarkoittanut leimaantumista. Psykiatrinen sairaala kantaa edelleen vanhaa leimaa *hullujen huoneena*, mutta myös mielenterveystoimistoon haluttiin livahtaa kenenkään huomaamatta. Psykiatrin kirjoittaman sairausloman pelättiin tarkoittavan sitä, että vakituisen työsuhteen puuttuessa työtehtävät loppuvat. Kuitenkin kynnyksen ylitettyään tutkimukseni ihmiset ajattelivat käsityksensä muuttuneen ja jälkeensä omat ajatukset tuntuivat *huvittavilta*. On muistettava, että myös instituutiot itse uusintavat asenteita. Tämä näkyi aineistossani tapauksessa, jossa omassa yhteisössään näkyvä henkilö ohjattiin hoitoon toiseen kuntaan, vaikka hän itse olisi voinut käyttää läheisen mielenterveystoimiston palveluita. Pelkästään ihmiset eivät leimaannu, vaan myös paikka voi olla leimaava.

Pauli: *En mie tunne itseäni niin hulluksi, että mie johonki mielenterveystoimistoon. Toki mie myönnän sen, että voin olla masentunu, ko ei pysty mitään tekemään, mutta en mie taas tunne itseä niin hulluksi, että mie saatanan mielenterveystoimistoon. [––] Että jos sulle kerran laiteetaan se hullun viitta harteille, niin sitä on aika vaikea riisua pois.*

Saara: *Ja tietenkin mitä kuuli tästä paikasta, niin ensin mie aattelin, että mitä lie hulluja, mitä ensin tuli mieleen. Aattelin, että enhän mie viitti tulla tänne, jos joku näkee. Mie aivan niinku ite luulin, että aivan kuin mie olisin hullu.*

Meeri: *Tai siis se, että se tuntuu, että mulla on hirveästi ongelmia tai mie olen tosi sairas.*

Ihmiset haluavat olla täysivaltaisia osallisia, mille masennus muodostuu uhkaksi. Kertomukset sairaudesta sisältävät usein vakuuttelujia omasta

vastuullisuudesta ja täysivaltaisuudesta. (Radley & Billig 1996, 221–222.) Ihmiset haluavat säilyttää omanarvon tunteensa, ja ihmisten tarinat kertovat paitsi siitä, miten oireiden kanssa tullaan toimeen, myös pyrkimyksistä esittää itsensä moraalisesti pätevänä toimijana (Bury 2001, 273).

*Atte: Ja se tuli varsin voimakkaana vastaan se, että minä tässä ite taval-  
laan olen vastuussa itelleni. Että ei mua kukaan voi, vaikka mää tiesin,  
että mää saan apua tähän, niin mun se prosessi on ite käytävä täällä  
sisällä. Mun tätä prosessia on lähetävä viemään eteenpäin. Minä paran-  
nan itse itseni, toisten avulla. Se, että jos minä alan tässä surkuttelemaan  
omaa elämäni, niin siitä ei tule yhtään mitään.*

Selviytyminen ja vahvuuden arvostus ovat voimakkaita yhteiskunnas-  
samme, jolloin heikkouden hetkistä vaietaan (Laitinen 2004, 89). Sel-  
viytymisen eetos on erityisen voimakas työhön liittyvissä asioissa. Työ on  
edelleen monille jonkinlainen kunnian kenttä (Kortteinen 1992). Tutki-  
mukseni ihmisille oli tärkeää olla täysivaltainen työntekijä, samanarvoi-  
nen toisten joukossa silloinkin, kun selviytyminen sairauden vuoksi alkoi  
vaikeutua. Tapa selviytyä työstä oli vetäytyä sosiaalisista tilanteista. Ihmi-  
set olivat sangen kekseliäitä, kun eivät halunneet tavata työkavereitaan  
työpäivän aikana. Oma tilanne ei tullut esiin, kun onnistui välttelemään  
sosiaalisia tilanteita. Näin oli mahdollista säilyttää julkisivu silloinkin,  
kun ihminen koki, ettei kyennyt entisiin työsuorituksiin. Tutkimukseni  
ihmiset eivät yhtä poikkeusta lukuun ottamatta olleet valmiita työpaikan  
järjestelyihin, joilla olisi helpotettu heidän työstä selviytymistään.

*Veijo: Ja mähän yritin sinnitellä, kun mä oon, tai muut sanoo, että olen  
ollu ahkera. Sillä lailla niinku sanotaan, että mä olen kuulunut siihen  
ryhmä A:han työelämässä.*

*Pauli: Eihän se auta perkele. Jos muu ei auta, niin yrittää. Mutta se on  
vähän, niinko meikäläinen on tottunu, että jos mennään töihin, niin  
sitä tehdään töitä. Ettei sitä sinne mennä roikuskelemaan.*

Selviytyminen on monimuotoista. Selviytymisen käsitteellä viitataan erilaisiin konteksteihin: se voi olla selviytymistä vaikeuksista, nälänhädästä, sodasta, mitä erilaisimmista eteen tulevista tilanteista. Ihmiset voivat selviytyä erilaisista rooleista, tehtävistä tai sairauksista. Se on käsitteenä positiivinen, jolloin selviytymättömyys latautuu negatiivisesti. (Laitinen 2004, 273–274.) Selviytyminen tarkoitti haastattelemieni ihmisten kohdalla niin paluuta entisiin rooleihin kuin niistä luopumistakin ja uudenlaisten sisältöjen löytämistä aiempien tilalle. Selviytymistä oli sekini, että ihminen selviytyi aina yhdestä päivästä kerrallaan.

*Taina: Mulla vielä menee oikeestaan aivan sillä lailla, että mie niinkun ajattelen asiaa sillä lailla, että niitä voimia otetaan täksi päiväksi. Kotämä päivä selvitään, niin katotaan sitten, mitäs huomenna.*

Gareth Williams (1993, 92–93) toteaa, että ihmisten sairastumisen kertomuksiin sisältyy moraalikäsitteitä, jotka perustuvat heidän henkilökohtaisiin kokemuksiinsa. Individualistisessa länsimaisessa kulttuurissa sairastumiseen liitetään epäonnistuminen ja heikkous. Itsekontrolli on tärkeä arvo ja sairastuminen kuvastaa kontrollin menettämistä. Ihmisten odotetaan hakeutuvan ammattiavun piiriin ja tukeutuvan heidän ammattitaitoonsa (mt., 102). Avun tarpeen myöntäminen ei kuitenkaan ole helppoa. Moraalikertomuksissa ihmiset arvioivat itseään suhteessa sosiaaliseen ympäristöönsä, pyrkivät määrittelemään ja usein myös oikeuttamaan muuttuneita suhteitaan kehon, itsen ja ympäristön välillä. Ihmiset pyrkivät vapauttamaan itsensä syyllisyyden tunteesta säilyttääkseen itsekunnioituksen ja esittämään itsensä vastuullisina toimijoina. Vaikka sairautta sinällään ei pidetä ”syntinä”, nykyinen terveellisten elämäntapojen vaatimus voi vahvistaa ihmisten käsityksiä siitä, että itse on vastuussa sairastumisestaan. (Bury 2001, 274–275; Kangas 1999, 347–353; Radley & Billig 1996, 221.)

Masennus määritetty tutkimuksessani vuorovaikutukselliseksi ilmiöksi, josta neuvotellaan sosiaalisissa tilanteissa ja jota määritellään kulttuurisin käsittein. Irma Rantala (2000, 97) toteaa masennuksen rakentuvan kulttuurisesti ja yhteisöllisesti. Masennus näyttäytyy myös tässä tutkimuksessa sosiaalisena kategoriana, joka sisältää käsityksiä niin ma-



sennuksesta sairautena, masentuneista ihmisistä, hoitomuodoista kuin hoitopaikoistakin. Masentuneilta ihmisiltä odotetaan aktiivista toimijuutta masennuksesta eroon pääsemiseksi, ja nämä odotukset ovat myös useimmat tutkimukseni ihmiset sisäistäneet. Selviytymisen vaade on vahva, mutta selviytymisen tavat ovat monimuotoisia. Masentunut ihminen tulee merkityksi heikkoudella ja ihminen vetäytyy.

### 4.3 Masennuksen selitysmallit

Sairastuminen merkitsee elämänkerrallista katkosta tai käännettä, jossa ihminen joutuu pohtimaan uudelleen elämäntarinansa jatkuvuutta ja merkityksiä. Sairastuminen erityisesti pitkäaikaissairauksissa ei tarkoita yhtäkkistä muutosta, vaan sairaus etenee vähitellen. (Bury 2001, 264, 269.) Ihmiset, jotka elävät masennuksen kanssa, muistavat tilanteita, jotka ovat pakottaneet arvioimaan elämää uudelleen (Karp 1996, 3). Ihminen pyrkii säilyttämään tunteen elämän koherenssista. Elämäntapahtumat pyritään selittämään ja etsimään niille syytä. Selityksiä etsitään kulttuurisista selitysmallista, jotka ovat ajallisia ja paikallisia. Ihmiset löytävät yhteyksiä sairauden ja muun elämän välillä palauttaakseen kokemuksellista koherenssia. (Bury 2001, 264; Crossley 2000a, 136; Radley & Billig 1996, 232; Williams 1984, 179.) Menneisyys muuttuu ymmärrettävämmäksi ja nykyhetki mielekkääksi, sikäli kun selityksiä nykyisyyden tapahtumille löytyy.

Gareth Williams (1984, 177–181; 1993, 105) käyttää narratiivisen rekonstruktion käsitettä kuvaamaan sitä prosessia, jossa ihminen pyrkii tulkitsemaan ja ymmärtämään elämäntapahtumiaan. Narratiivinen rekonstruktio ei tarkoita pelkästään sitä, että ihminen pyrkii ymmärtämään sairautensa syitä. Hän toteaa tutkimuksessaan, että sairastuminen panee liikkeelle ihmisessä kognitiivisen uudelleen organisoitumisen prosessin, jossa hän suhteuttaa aiempia kokemuksiaan sairastumiseensa sekä pyrkii palauttamaan tuntumansa siitä, että elämällä on suunta ja tarkoitus. Narratiivinen rekonstruktio viittaa myös kulttuuriin käsityksiin sairauksista ja niiden syistä sekä sairastumisen mukanaan tuomaan ympäristösuhteen muutokseen. Ihmisen on sairastumisen seurauksena

konstruoitava uudelleen oman kehonsa, itsensä ja yhteisönsä väliset suhteet. Williamsin (1993, 105) mukaan sairauden syyt ovat tiiviisti sidoksissa länsimaiseen jälkiteolliseen kulttuuriin. Hänen mukaansa ihminen pyrkii selviytymään toimintakykynsä puutteiden kanssa, mutta paineet selviytymiseen tulevat yhteiskunnasta ja ne puolestaan käynnistävät ihmisessä prosessin, jossa hän arvioi itseään ulkoisten vaateiden kautta.

Masennuksen arkiselityksiä ovat tutkineet Suomessa aiemmin Hannu Rätty (1986), Ilka Kangas (1999) ja Jukka Tontti (2000; 2008). Rädyn (1986, 29–31) tutkimuksessa useimmat haastateltavat esittivät mielenterveyden ongelmien liittyvän perinnöllisyyteen ja biologisiin tekijöihin, lapsuuteen ja persoonallisuudenpiirteisiin, mutta myös traumaattisiin kriiseihin, ihmissuhteisiin ja yhteiskunnallisiin tekijöihin. Jukka Tontin (2000, 143–144) tutkimuksen mukaan ihmisten masennuselitykset ovat monitasoisia selitysten ketjuja ja toisaalta toisistaan riippumattomia selityksiä. Keskeistä kuitenkin on, ettei mikään yksittäinen tekijä riitä masennuksen syyksi, vaan erilaiset selittävät tekijät kasautuvat. Myös Rädyn (1986, 28–29) tutkimuksessa todetaan mielenterveysongelmien olevan monen tekijän yhteistulos, mikä saa vahvistusta myös tässä tutkimuksessa. Tapahtumat sisältävät aina tulkintaa ja ne yhdistyvät toisiinsa juonen avulla. Juoni kokoaa yhteen erilliset tapahtumat kertomukseksi masennukseen sairastumisesta (Ricoeur 1991, 21).

Ilka Kangas (1999, 348) on tutkinut masennukseen sairastuneiden omia käsityksiä sairauden syistä ja jakaa syyt tutkimuksensa pohjalta kolmeen ryhmään: lapsuuteen pohjautuvat tekijät, aikuisena koetut menetykset ja vastoin käymiset sekä työssä uupuminen. Kangas (mt., 351–352) erottaa tutkimuksensa pohjalta neljä kulttuurisiin diskursseihin perustuva masennustulkintaa: biologis-medikaalinen, psykologinen, yhteiskunnallinen ja holistinen. Biologis-medikaalisen tulkinnan mukaan masennus on seurausta geneettisestä ja perimän aiheuttamasta altistuksesta sekä serotoniiniaineenvaihdunnan vajauksesta ja se hyödyntää selityksissään psykiatrista diskursssia. Psykologiset tulkinnat liittyvät psyyken rakentamiseen, lapsuuden vaikeisiin olosuhteisiin, avioeroon tai vakavaan sairautteen. Kangas liittää tämän psykologiseen masennusdiskurssiin. Yhteiskunnallisen tulkinnan mukaisesti masennus liittyy vuorovaikutukseen ja yhteisöön sekä rooliristiriitoihin. Masennuksen syyt nähdään tällöin

rakenteellisina, yhteiskunnallisesta ilmapiiristä johtuvina tai sosiaalisten suhteiden ongelmallisuutena tai puuttumisena. Yhteiskunnallisessa tulokinnassa masennusta tarkastellaan kriittisesti. Holistisen tulkinnan mukaan masennus on seurausta kaikista edellisistä.

Jukka Tontin (2000) tutkimuksessa masennuksen arkikäsitteet liittyvät menneen kasaumiin, ruumiin ja mielen tiloihin, läheisiin ihmissuhteisiin, työolosuhteisiin, vieraantumiseen ja elämäntapaan liittyviin valintoihin. Menneen kasaumalla hän viittaa lapsuuden kokemuksiin ja suvulta perittyihin asenteisiin ja arvoihin. Ruumiin ja mielen tila -kategoria sisältää käsityksiä masennuksesta biolääketieteellisenä ilmiönä, perittyinä sairautena, luonteen vaikeutena sekä ajatusten ja tunteiden umpikujatilanteina. Ihmissuhteisiin liittyvät selitykset sisältävät pulmallisia ihmissuhteita ja toisaalta ihmissuhteisiin liittyviä menetyksiä ja pettymyksiä. Työolosuhteisiin liittyvät selitysmallit sisältävät työolokysymyksiä, työn vaativuutta, työpaikan ihmissuhteita ja toisaalta työn puuttumisen. Vieraantuneisuus viittaa juurettomuuden tunteisiin ja syrjäytymiseen, ja elämäntapaan liittyvät valinnat tarkoittavat kyynistä välinpitämättömyyttä ja pysähtyneisyyttä. Pyysin tutkimukseni ihmisiä kertomaan, mihin he liittyvät sairastumisensa masennukseen ja mitä se on heidän elämässään merkinnyt.

Tässä tutkimuksessa olen jaotellut masennuksen taustatekijät seuraavasti:

- lapsuuden olosuhteet, periytyminen
- kriisien kasaantuminen
- somaattinen sairastuminen
- ihmissuhteiden ongelmat
- itsen vaientaminen
- työolot
- yhteiskunnalliset olosuhteet.

Luokittelu kertoo niistä moninaisista tekijöistä, joita masennuksen taustalla nähtiin olevan. Yhteistä niille on se, että ne pääasiassa liittyvät elämäntilanteisiin ja elämänkulkuun. Useimmiten ihmiset selittivät masennustaan monin eri taustatekijöin tai he eivät nähneet sairaudelleen mitään yksittäistä syytä, kuten Esa keskustelussamme sanoi: *ei siihen mi-*

*tään niinku semmosta konkreettista syytä ole. Se vaan pikkubiljaa hiipi.* He saattoivat nimetä jonkin tekijän merkittävimmäksi, mutta toisaalta toivat myös esiin, että masennus oli jollain tavalla elämäntarinaa soveltumaton. Masennuskokemus ei aina jäsentynyt koherentiksi kokonaisuudeksi siitäkään huolimatta, että ihminen oli terapiassa löytänyt selittäviä tekijöitä. Jälkeenpäin ajatellen kokemus jätti riitasointuja elämänkulkuun.

Saara: *Olen mie, joskus tulee mietittyä, että mitehän se oli, miten se kaikki tapahtu. Mie joskus saatan pohtia sitä.*

Marjo: *Joo, eikä se ihmekään ole.*

Saara: *Ei. Niinkö joskus tulee illallakin mieleen, että mitenhän se meni, mitenhän se alkujaan lähti.*

Lääkietieteellinen tieto on nykyisin helposti saatavilla ja ihmiset usein etsivät sitä ymmärtääkseen sairauttaan. Lääkietieteellistä tietoa kuitenkin myös kyseenalaistetaan sitä mukaa, kun ihmisten tietämys lisääntyy. Näin ollen ymmärrystä sairauteen haetaan myös muualta. Ihmisten rooli palveluiden käyttäjänä on muuttunut, asiantuntijuuden ei ajatella olevan enää yksin lääkäreillä tai muilla asiantuntijoilla vaan myös palveluiden käyttäjillä itsellään. (Bury 2001, 266; Kangas 1999, 346.) Tässä tutkimuksessa lääketieteellisellä tiedolla oli vähäinen merkitys. Vain yksi vastaajistani puhui aivojen välittäjäaineista ja perinnöllisyydestä, jotka miellän lääketieteelliseen diskurssiin. Sen sijaan lapsuuden kokemukset tulivat useammin esiin. Ihmiset selittivät sairastumistaan ongelmallisilla suhteilla vanhempiinsa sekä sillä, että mielenterveysongelmia esiintyi suvussa muillakin.

Timo: *Ei tää mielialapuoli oo sitten kumminkaan mitenkään uutta meidän perheessä, että ajatellaan, että meidän äiti on sairastunu siihen ja mun vanhin sisko. [--] Varmaan kulkee meidän perheessä tavallaan. [--] Mutta että alkoholistiperheen lapsia ko ollaan, niin se on se kasvu-  
alusta, ei oo mikkään hyvä meille.*

Aune: *Mulla on ollu hyvin ongelmallinen äiti. [--] Kun se äiti ahisti mua, niin mä luulin, että se on sitä. Mutta siinä oli varmasti ainakin*

*yhtä paljon, jos ei enemmänki loppujen lopuksi sitä sieltä töistä pois jäämistä, mutta mä en osannu sitä tunnistaa. [--] En sitten tiiä, onko se äiti, vai peilaanko mä vaan siihen sen pahan olon. Mä en tiedä onko pohjaa vai... Sitähän voi mielessä tarrautua johonkin toiseen asiaan, vaikka toinen onkin. Koska mulla se äiti, musta tuntuu semmonen hyljättyksi tuleminen, että se äiti hylkäs mut. Jätti mut, eikä ollu oikeudenmukainen ja teki väärin.*

*Vesa: Ehkä ei oo kuitenkaa sillain meiän perheessä kauheesti tuettu. Sillain niinkö, ei kovin paljon tuettu. Että kyllä se varmaan sieltä jotenkin juurensa ehkä. Tietenki isä silloin, tietenkä se aika paljon joi, mutta ei se kyllä enää sitte ko oltiin murrosiässä, niin ei se enää sitte oikeestaan juonu. Se äitisuhte on mulla se... ehkä... ei mitenkään paras mahdollinen. Ehkä just se suhde vanhempiin.*

Masennuksen syiden näkeminen lapsuuden kasvuoloissa liittyy psykologiseen ja erityisesti psykodynaamiseen diskurssiin, joka aineistossani oli kohtalaisen yleistä. Alan Radley ja Michael Billig (1996, 227) toteavat, että sairauksia koskevat uskomukset ovat ideologisia. Uskomukset liittyvät kulttuurisiin diskursseihin, jotka muokkaavat ihmisten ajattelua. Kun ihmiset näkivät masennuksen syynä perinnöllisyyden tai lapsuuden olosuhteet, he näkivät koko elämänsä masennuksen varjostamina. Saman totesi Kangas (1999, 349), jonka mukaan masennustarinasta tuli elämänkerta. Kangas (mt., 350) yhdistää lapsuuteen pohjautuvat selitysmallit psykodynaamiseen teoriaperinteeseen ja terapiakäytäntöihin liittyviin diskursseihin, joista ihmiset ovat tulleet yhä tietoisemmiksi. Merkityssuhteet muodostavat verkostoja, joista kehkeytyy maailmankuvamme ja käsityksemme itsestä (Rauhala 2005a, 35–36). Kun erilaiset lapsuudenaikaiset kuormittavat tekijät värittävät elämänkulkua, käsitys itsestä muovautuu sangen negatiiviseksi. Rauhala käyttää psyykkisistä häiriöistä käsitettä ”itsen kannalta epäsuotuisa merkityssuhde”. Epäsuotuisaksi merkityssuhteen tekee se, että siitä muodostuu ymmärtämisen kehys, johon ihminen suhteuttaa uusia kokemuksiaan. Vilma Hänninen (2003) kirjoittaa tässä yhteydessä sisäisestä tarinasta. Sisäinen tarina ohjaa ajattelua ja toimintaa, tulkitsee tapahtumia yhdestä näkökulmasta.

Kriisien kasautuminen viittaa traumaattisiin tai kuormittaviin, ajallisesti lähekkäisiin tapahtumiin. Tapahtumat liittyvät osin normatiivisiin kriiseihin, joita useimmat ihmiset kohtaavat elämänsä aikana. Normatiiviset kriisit tarkoittavat sellaisia myönteisiäkin elämän muutosvaiheita, jotka edellyttävät uudelleen orientoitumista ja uudenlaista elämänvaihetta, kuten lapsen syntymä. Erkki Isometsän (2008, 164) mukaan kahdessa kolmasosassa vakavista masennustiloista taustalla on yksi tai samanaikaisesti useampi kielteinen elämänmuutos. Kriisitilanteet olivat tässä aineistossa myös äkillisiä tapahtumia, jotka saattoivat merkitä elämänmuutosta, kuten rikoksen uhriksi joutuminen tai tapaturma. Usein kriisien kasaumisissa oli taustalla myös taloudellisia vaikeuksia, läheisten sairastumisia tai kuolemantapauksia tai kaikkia näitä. Päinvastoin kuin Kankaan (1999, 349) tutkimuksessa, tässä tutkimuksessa masennus ei merkinnyt koko elämänkulkua sävyttävää kokemusta, pikemminkin vaihetta elämänkulussa. Erkki Isometsä (mt., 164) toteaa, ettei masennuksen laukaisevalla tekijällä sinällään ole merkitystä masennuksen paranemisen ennusteen kannalta. Oleellisempaa on, kuinka pitkään vaikutukset kestävät ja tuottavatko ne ihmisen elämään pysyviä muutoksia. Mikään yksittäinen tekijä ei ollut tutkimukseni ihmisten masennuksen taustalla, vaan he selittivät masennustaan kriisien kasaantumisella.

*Ilari: No kyllähän siihen syitä löytyy. Meillähän on tapahtunu aivan liikaaksi. Muutama vuosi sitte takappäin, silloin ko ensimmäinen lapsi oikeestaan syntyy, niin se lähti jo. Sieltä se sitte alko. [–] Meillähän tosiaan sattu, kun ostettiin talo silloin kesällä ja se meinas pallaa. Tai sitä ennen tapahtu, silloin isähän joutu sairaalaan ja se talokauppa siinä samassa syssyssä ja sitte syntyy lapsi siihen samhan syssyyn ja se... ja siinä se sitten meni niinkö aivan. Ja ennenhän meillähän oli sitte velkajärjestelyt ja kaikki, niitä joutu sitten kahlaamaan. Asiat oli niin... se niinkö syyttäs sen pään ihan turraksi.*

*Else: Mä olin vaan ollu hirveen lujilla.*

*Topi: Minä en jaksa enää, joka suunnasta kaatu oikeestaan päälle.*

*Atte: Tämä on nyt näitten kaikkien asioiden summa.*

Sairastuminen tai tapaturmainen toimintakyvyn heikkeneminen tuottivat ongelmia sosiaalisista rooleista suoriutumisessa niin vapaa-aikana kuin työssäkin ja näyttäytyivät aineistossani merkittävinä masennusta tuottavina tekijöinä. Lauri Rauhala (2005b, 58) toteaa normaalista poikkeavien elintoimintojen tilan tarjoutuvan helposti kokemusten sisällöksi. Kyse on masennuksen kehollisuudesta. Monet tutkimukseni ihmisistä puhuivat kivusta. Sairauden myötä ihmiset joutuivat usein luopumaan harrastuksistaan ja mahdollisesti vaihtamaan työtehtäviään tai lopettamaan työnsä. Tulevaisuus muuttui epävarmaksi. Kangas (1999, 348) toteaa, että somaattinen sairaus masennuksen syynä merkitsee sitä, että sairastuminen masennukseen ei ole ihmisen itsensä vastuulla tai aina hallittavissakaan. Haastattelemani ihmiset puhuivat kivusta toimijana, joka esti heitä tekemästä valintoja. Se ehdollisti kaikkea olemista.

*Liisa: Kyllä tämä on tullu tämän kivun myötä. [--] Varsinki sitte, jos se riepottelee mua, että on monta päivää yhteen pötkyyn oikeen kivulista, niin sitte mä oon, taas niinkö menetän tavallaan niinkö toivon ja otteen, että mä en sitte taas saa mistään kiinni.*

*Juho: Mulla on semmonen homma, kun tuo jalka ei anna nukkua. Ja kun sä sen yön valvot säryissä, niin kyllä seuraava päivä on aika masentunu. Se on aika masentava päivä sitten.*

*Pauli: No sehän on vähän semmonen epätietoisuus. Vähän se ressa ja rassaa, kun tietäs, että mikä on tulevaisuus. Ko mulla on niinko töitä, ko pystyis. Ois päätös, että se ois eläke, niin sitähan saa sen tietyn määrän tehdä. Ois vapaampi tehdä, jos pystyy jotaki tekemään. Se siinä on pointti.*

Ihmissuhteiden ongelmat masennuksen syynä paikantuivat tässä aiheistossa läheissuhteiden ongelmiin ja parisuhteeseen. Ongelmat olivat aineistossani moninaisia: läheisyyden puutetta, liiallista läheisyyttä, puolisosta etääntymistä, uskottomuutta, puhumattomuutta ja ristiriitoja. Jukka Tontin (2000, 86) tutkimuksessa ihmissuhteisiin liittyvät selitykset

jakaantuivat kahtaalle. Toisaalta syyt liittyivät ristiriitoihin ja pettymyksiin sosiaalisissa suhteissa, toisaalta ihmissuhteisiin liittyviin puutteisiin, kuten tuen puutteisiin, jätetyksi tulemiseen, piittaamattomuuteen tai yksin jäämiseen. Gareth Williams (1984) näkee sosiaalisten suhteiden vaikuttavan ihmisen identiteettiin, joka sekä kehittyy että muuttuu vuorovaikutuksessa toisten kanssa. Tutkimushankkeen aikana haastateltavista kolme avioparia erosi tai muutti erilleen. Kaksi muuta henkilöä sanoi pohtivansa avioeroa yhtenä mahdollisuutena ulos senhetkisestä ahdistavasta tilanteesta.

Itsen vaientaminen on Dana Crowley Jackin (1999, 222) tutkimuksen pohjalta syntynyt käsite, joka tutkimuksessani on tullut aiemmin esille. Se tarkoittaa, että ihminen arvioi itseään ulkoisten standardien mukaan, asettaa toisten tarpeet omiensa edelle ja välttää konflikteja jättämällä sanomatta oman näkemyksensä. Gareth Williams (1984, 188) pitää mahdollisena sairastumisen olevan kehon ilmaisu itsen tukahduttamisesta. Tässä tutkimuksessa käsitteen sisältö on sama: masennuksen taustatekijänä nähtiin omat valinnat tai niiden tekemättä jättäminen, tietynlainen ajalehtiminen silloin, kun olisi pitänyt tehdä elämässä ratkaisuja. Tähän kategoriaan sisältyi myös perheristiriitoja, joiden ihminen koki syvenneen oman toimintansa seurauksena. Yhteistä monille kertomuksille oli sinnitteleminen pitkään ongelmien kanssa ja yritys painaa ne taka-alalle. Ongelmia pyrittiin salaamaan paitsi omalta puolisolta, myös itseltä. Salaamisen puolestaan koettiin syövän omia voimavaroja siinä, missä asioiden ottaminen puheeksikin.

Topi: *Se [salaaminen, M.R.] vie voimavaroja niin paljon, että se sitten aiheuttaa sen eristäytymisen. Ei halua ihmisten tietävän, että kuinka paha sulla on. Niin siinä ei sitten ole enää mitään muuta mahdollisuutta kuin olla erillään ihmisistä.*

Jaakko: *Laiha sopu on parempi ku lihava riita. Ehkä mä oon ajatellu aina näin. Ku on hiljaa, niin se on.*

Else: *Mä pistin sen [masennuksen, M.R.] senkin piikkiin, kun olin tyytymätön siihen suhteeseen. Niin. Et mä oon hirveen huonosti hoitanu*



*itteeni. Niin. Että mä oon kaiken muun, kaikki muut laittanu aina edelle.*

Työhön liittyvät masennuksen syyt olivat tässä aineistossa melko keskeisellä sijalla. Ulla-Britt Erikssonin, Bengt Starrinin ja Staffan Janssonin (2008) tutkimuksen mukaan työuupumuksen taustalla on löydettävissä usein työpaikan moninaiset sosiaaliset prosessit, jotka muuttavat työn tekemisen ehtoja ja työpaikan ihmissuhteita. Työuupumuksen alku on usein muutoksissa, jotka vaikuttavat työn tekemiseen, lisäävät työntekijöihin kohdistuvia vaatimuksia ja sitä kautta tuottavat epävarmuutta ja epäluottamusta. Käsitys itsestä osaavana ja kykenevänä työntekijänä rapistuu. Myös tässä tutkimuksessa työuupumuksen taustalla oli organisatorisia muutoksia työpaikoilla.

Työhön liittyvät selitykset olivat toisaalta liialliseen työntekoon tai puutteellisiin työoloihin liittyviä ja toisaalta työstä pois jäämiseen liittyviä tekijöitä. Ilka Kangas (1999, 350) näkee työuupumusta koskevien keskustelujen heijastavan burn out -diskurssia. Työuupumukseen liittyneet tarinat sisältävät usein näkemyksiä omien toimintatapojen ongelmallisuudesta, kuten liiallisesta tunnollisuudesta ja vastuun ottamisesta, kiltteydestä sekä kyvyttömyydestä kieltäytyä ylimääräisistä työtehtävistä. (Enäkoski 2002, 156; Kangas 1999, 348.) Myös tässä tutkimuksessa ihmiset puhuivat vastuun kantamisesta ja tehtävistä suoriutumista kaikissa tilanteissa parhaalla mahdollisella tavalla. Marianne Enäkosken (2002, 156) tutkimuksessa työoloihin liittyvät masennuksen selitykset keskityivät työn määrään, työpaikan ilmapiiriin ja työpaikkakiusaamiseen. Työoloihin liittyvät rakenteelliset tekijät saattoivat yksilöllistyä ihmisen ongelmaksi. Työperäinen stressi tuli aineistossani kiireestä, työnkuvan ja työjaollisista muutoksista, työpaikan ongelmallisista ihmissuhteista, esimiehen tuen puutteesta, liiallisesta vastuusta, vaikeista päätöksistä ja työpaikkakiusaamisesta. Se ilmeni kokonaisvaltaisena ruumiillisena kokemuksena.

*Saara: Saatoin yhenki aikaan yöllä herätä. Vähän aikaa olin nukkunu. Mie kolmelta aattelin, että ei minun enää kannate nukkua, kun minun pitää jo viieltä lähteä. Kauhia huoli, että teinköhän mie kaikki. Niitä*

*mie pohin ja sitten sitä seuraavaa päivää, että miten mie alotan ja kerkiän kaikki jutut.*

*Markku: Se on se, ko on niin älytön kiire koko ajan. Hoppu ja hoppu ja kaikki pitäis ehtiä tekemään ja ko ei yksinkertaisesti kerkeä tekemään. Sieltä se lähtee pikkuhiljaa.*

*Antero: Mitä minä oon nähny painajaisunia, niin aina minä teen joko turhaa työtä tai sitten minä jonku epäonnistuneen työn teen. [--] Ko se alko menemään siihen, niin että sä alat miettimään jo niitä töitä, että sitä alko niinko työt painamaan koko ajan. Ne mitkä oli tekemättä ja tekemättä.*

Työpaineeet aiheuttivat syllisyyden tunteita, toisaalta itsen *ajamista ääri-  
rajoille asti*, unettomuutta ja unihäiriöitä. Työpaikalla yritettiin usein *sinnitellä* viimeiseen asti. Omat työt piti saada tehdyksi, ettei toisten tarvinnut paikkailla tekemisiä.

*Liisa: Jos mä kerran oon työssä, niin mun pitää olla sitte, ettei kenenkään töissä tartte mun puolesta tehä töitä.*

Työstä pois jääminen oli sekä helpotus tilanteeseen että masennuksen syy. Kun työpaikalla esiintyi kiusaamista, oleminen siellä muuttui *sietämättömäksi* ja mahdollisuus irtaantumiseen oli helpottava. Toisaalta työstä irtaantuminen eläkkeen tai sairastumisen vuoksi oli kriisin paikka silloin, kun työssä oli viihtynyt tai se oli ollut jollakin tavoin *pakitsevaa*.

*Juho: Sehän helpotti. Ei tartte perskele lähteä enää kuuntelemaan tuonne. Sehän oli suuri helpotus. Kyllä se oli yhtä helvettä, jos puhutaan suoraan, se homma.*

*Pauli: Tietenkihän se vähän niinko, on se aika repasu lähteä jokapäiväisestä työstä lähteä kävelemään. Ei voi sanoa, että eläkeukoksi, mutta kuitenkin.*

Myös yhteiskunnallisilla tekijöillä nähtiin olevan merkitystä masennukseen sairastumisessa. Michael Bury (2001, 274) käsite moraalikertomus tarkoittaa ihmisen arvioivaa näkemystä henkilökohtaisen ja sosiaalisen välisestä suhteesta. Moraalikertomukset sisältävät käsityksiä sairauden syistä ja ne voivat joko syyllistää itseä tai vapauttaa omasta vastuusta sairastumisesta. Yhteiskunnalliset taustatekijät realisoituvat ihmisten arjessa ja näin niistä muotoutuu yksilöiden ongelmia. Tässä aineistossa masennuksen taustalla näkyi selkeästi selviytymisen paineet, joissa ihmiset kokivat velvollisuudekseen pysytellä ulkopuolisten rytmien muutosten mukana. Ulkoapäin tulevat vaateet koettiin masennuksen osatekijöinä, mutta myös masennuksen myötä toimintakyvyn heikkeneminen tuotti selviytymisen ja pärjäämisen pakkoa. Paineet liittyivät keskeisesti työssä selviytymiseen sekä muista rooleista suoriutumiseen ja taloudelliseen toimeen tulemiseen. Ulkoiset pakot muuttuivat sisäisiksi, ja itsekontrollin vaatimukset kasvoivat (ks. Tontti 2005, 388).

*Atte: Ja vielä tänä päivänä tämä yhteiskunta, tästähän tulee niin hirveen kiree tästä touhusta, että kaikkialla vaan puhutaan tehokkuudesta, se menee niin hirviää vauhtia. Sanonpa, että täällä on kymmenen vuoden sisällä, jos tätä rataa menee, niin onhan niitä kuule mielenterveyspuolella töitä. [–] Meidän on pakko, niinku Suomen maan on oltava tässä kulutushysteriassa jollakin lailla mukana ja yritettävä selvitä. Kyllä se on maailmanlaajuisesti vihellyttävä tämä jossain vaiheessa poikki. Ei tämä niinku ole, me lennätetään tää avaruuteen tämä pallo.*

*Pauli: Se on ite pärjättävä. Ei kai tässä auta valittaa.*

*Jaakko: Koko nämä pankkihommat. [–] Eihän se ole mitenkään todenperästä se homma, mitä ne teki ihmisille. Nyt ne helevetit on tuolla päätämässä ja se niin ku jotenkin raivostuttaa vielä. Ei minkään näköstä armoa annettu tavallisille ihmisille. Eikä ne mitään todellisia velkoja ollu, eihän ne ollu ku korkoa koron päälle, hirveä 28–30 prosenttia korkoa, herrajumala, ettei yhteiskunnan taholta... jotakin ois pitäny armoa antaa.*

Masennuksesta tehdyillä tulkinnoilla on merkitystä siihen, millaista hoitoa tutkimukseni ihmiset odottivat saavansa. Psykologinen tulkinta johdi esimerkiksi siihen, että *semmonen tunne on, että pitäisi kaivella jotaki lapsuuden juttuja*, kuten Vesan kokemus oli. Kun hoito ei toteutunut toivotun tyyppisesti, hoitokontakti katkesi. Masennuksen selitysmalleilla oli merkitystä myös siihen, miten ihmiset hahmottivat itseään. Kun kulttuuriset käsitykset masennuksesta olivat leimaavia, ihminen pyrki irrottautumaan tarjotusta identiteetistä säilyttääkseen omanarvontunteensa. Kirsi Juhila (2006, 235–241) kirjoittaa vastapuheesta, joka sisältää ajatuksen vallasta neuvotella identiteeteistä. Ihmiset eivät halua asettua tarjottuihin identiteetteihin ja ryhtyvät vastustamaan niitä. Haastattelemani ihmiset pyrkivät kuvaamaan itsensä vastuullisina toimijoina käyttäen arvolutautuneita käsitteitä ja kuvauksia.

*Else: Sitä painaa vaan, ennen kun se seinä tulee vastaan... mä oon suorittaja, viimesen päälle.*

*Atte: Se varmaan johtuu paljon myös siitä, että mä en ole koskaan voinu heittäytyä jonku varaan. Mun on aina pitänyt rakentaa ite se systeemi, että millä mä selviän siitä. Mää en ole koskaan, enkä tosimielessä osaa mitään pyytääkään.*

*Veijo: Masennus? Se johtuu ihan siitä, kun mä en ite sitä myöntäny ja suutuin ittelle kun en pystyny. Se on ihan perimmäinen syy. Mulle lääkärikin sanoi, että älä ajattele sitä. Mutta miten tässä tilanteessa voi olla, ettei ajattele. Mun on silloin pitäny alkaa heti syksyllä, kun mulla kävi siinä pari vaaratilannetta, tosi vakavaa. Mää yritin olla töissä, lähin kesken päivän pois. Mää en pystyny kerta kaikkiaan.*

Ilka Kangas (1999, 353) päätelee tutkimuksensa perusteella, että ihmiset käyttävät monia tulkintaresurseja etsiessään syitä masennukselleen. Cheryl Mattinglyn (1998, 13) mukaan ihmiset hyödyntävät kulttuurista tietoa selittäessään sairauttaan itselleen ja toisille. Samoin on tässä tutkimuksessa. Kun ihmisen tavanomainen elämäntilanne jollain tapaa mutkistuu, hän selittää vaikeuksiaan omaan arkikokemukseensa perustuen.

Ellei ihmisen arki tarjoa selitysmalleja, hän poimii selityksiä niistä kulttuurisista tavoista, jotka ovat hänen saatavillaan. Ihminen tulee tällöin sovittaneeksi oman henkilökohtaisen kokemuksensa olemassa oleviin kulttuurisiin selitysmalleihin (Mattingly 1998, 14).

## 5 Mielen terveystoimintatilat masennuksesta kuntoutumisessa

### 5.1 Hoito kuntoutumisen tukena

#### 5.1.1 Hoitoon lähteminen juonen käänneeseen

Mielen terveystoimintatilat lähteminen oli useimmille haastatteleilleni ihmisille uusi kokemus, sillä tutkimushankkeeseen valituilta asiakkailta edellytettiin, ettei heillä ollut aiempaa pariterapia-asiakkuutta edeltäneen kahden vuoden ajalta. Heistä yksi oli osallistunut aikaisemmin yksilöterapiaan ja kaksi oli käynyt useita vuosia aiemmin muutaman kerran mielen terveystoimintatilat kriisiluonteisesti. Tutkimukseni pohjautuu edelleen paradigmaattiseen, narratiivien analyysiin, jossa sisällönanalyysiä ohjasivat kysymykset siitä, mitä hoitoon lähteminen oli merkinnyt, millaisia kokemuksia ihmisillä oli mielen terveystoimintatilat ja mikä niissä oli ollut merkityksellistä masennuksesta kuntoutumisen kertomusten rakentumisessa. Aineiston jäsentäminen voi Valkosen (2007, 64) mukaan tapahtua etukäteen valitun käsitteistön pohjalta. Tarkastelen, mikä palveluissa oli edistänyt kuntoutumista ja mikä oli ollut pulmallista. Kuntoutumisen kertomukset eivät ole lineaarisesti eteneviä, vaan ne koostuvat monenlaisista vaiheista (Anthony ym. 2002, 100). Samoin yksittäisten ihmisten kokemukset hoidosta olivat monimuotoisia. Tarkoitukseni on avata tätä monimuotoisuutta.

Hoitoon lähteminen merkitsi juonen käännettä haastatteleilleni ihmisten kertomuksissa. Se oli monille vaikeaa. Ihmisten elämään oli tullut uudenlaisia tapahtumia ja merkityksiä, joita he eivät jaksaneet tai osanneet enää yksin käsitellä. Sairastuminen merkitsi tilannetta, jossa kehon, mielen ja jokapäiväisen elämän väliset suhteet oli luotava uudelleen. Sairautta ei kuitenkaan pidä nähdä kategorisesti terveyden vastakohtana, vaan kyse on enemmän jatkumosta. Masennus kehkeytyy tyypillisesti vähitellen, *pirun salakavalasti* (Else). *Se menee niin pikkubiljaa, ettei sitä tiedosta* (Aune). Masennuksen kehittyessä hitaasti kestää usein pitkään,

ennen kuin ihminen ajattelee tarvitsevansa hoitoa. Monet tutkimukseni ihmisistä kuvasivat masennuksen kehittyneen useita vuosia ennen hoitoon hakeutumista. Hoitoon hakeutuminen merkitsi kuitenkin pysähtymistä ja astumista uudelle areenalle.

*Esa: Sitä masennusta oli ollu varmaan jo toistakymmentä vuotta enempi tai vähempi. Sitten se vaan meni siihen pisteeseen, että pakko tehdä jotain, kun kaikki kaatuu päälle.*

*Markku: Semmonen ko lumipallon pukkaa, niin se kasvaa ja kasvaa ja kasvaa niin kauan, että se törmää johonki.*

Bury (2001, 269–272) toteaa sairauden luonteen ja etenemisen kietoutuvan sosiaalisiin oloihin ja sosiaalisiin vuorovaikutussuhteisiin. Ihminen pyrkii normalisoimaan oireensa säilyttääkseen identiteettinsä tai elämäntapansa ennallaan. Tämä tarkoittaa tarrautumista olemassa oleviin toimintoihin ja oireiden painamista taka-alalle. Tilanteiden vaihtelevuus myös mahdollistaa asian ajoittaisen unohtamisen. *Se oli semmosta, välillä meni ihan ok, välillä taas ei* (Esa). Myös masennuksen sekä hoitojärjestelmän leimaavuus vaikeuttivat tilanteen myöntämistä ja hoitoon hakeutumista. Sairauden myöntäminen ja hoitoon lähteminen merkitsivät samalla sitä, ettei itse selviydy.

*Topi: Ensinnäki on hyvin vaikea myöntää itelle, että minä olen pönöstä niin pahasti sekasin, että minä tarvin hoitoa. Vaikka eihän sitä sekasin ole tai silleen, mutta kyllä sen myöntäminen itelle on iso kynnyks, ainaki minulla oli. Sitä hakee syitä ympäristöstä ja muitten ihmisten ymmärtämättömyydestä. Ja sen pyrki salaamaan, vaikka hyvin tiesi, niin ei halunnu sitä, että ympärillä olevat ihmiset tietäis sen.*

Tutkimukseni ihmiset kertoivat, etteivät osanneet yhdistää oireitaan masennukseen. He selittivät oireitaan sellaisin tekijöin, jotka ovat tuttuja heidän omassa elämäntodellisuudessaan. Tästä Bury (2001, 272) käyttää käsitettä normalisoiminen. Kun oireiden hallitseminen omilla keinoilla ei onnistu, ihminen etsii niitä siitä ympäristöstä, jonka hän näkee ulot-

tuvillaan. Oireiden jatkuessa tapahtumien hallitseminen omilla keinoilla käy lopulta mahdottomaksi. Ihmiset kertoivat fyysisistä oireista, joille ei löytynyt minkäänlaista selitystä, *pahasta olost*a (Aune), *semmoisesta jostakin* (Ilari), jolle ei ollut nimeä. Unettomuus oli monilla se viimeinen pisara, jonka vuoksi oli hakeuduttava hoitoon, usein kuitenkin terveyskeskukseen tai työterveyslääkärille. Monet kokivat ajautuneensa täydelliseen umpikujaan ja olleensa täysin neuvottomia tilanteessaan. Myös David Karp (1996, 60–62) kuvaa ihmisten pyrkivän ratkaisemaan tilanteita arkitietonsa varassa. Selityksen etsiminen voi johtaa parannuskeinojen kokeilujen ja niitä seuraavien pettymysten kehään.

*Ilari: Oksennustaudilla esimerkiksi ja sitte tämmösellä flunssalla ja tämmösillä näin. Ko ei itte tunnistanu, että mikä tämä on. Mulla on semmonen työkaveri, joka on tämmösistä terveyshommista kiinnostunu kauheasti ja tietääki aika paljon, niin se sitten. Ko tuli vatsanväänneitä ja tämmöstä, niin mie, että maiostahan se johtuu ja jätin maion pois. Eikä se vaikuttanu mittään. Muutama päivä meni hyvin. Sitte jätin ruisleivän pois ja tällä lailla. Kaikkia kokeilin, mutta kun mikään ei vaikuttanu mihinkään, niin vaikka minkälaisia, puuron syönnin lope-  
tin ja tämmösiä näin.*

*Veijo: En minä sitä sillälailla. Paha olo oli tietenki. En minä sitä sillä-  
lailla luokitellu, sillai ajatellu sitä asiaa.*

Kun Bury (2001, 264) kirjoittaa sairastumisen merkitsevän elämänker-  
rallista katkosta, masennukseen sairastuminen on enemmänkin prosesi,  
jonka kuluessa ihmisten arki hankaloitui. Katkos liittyi enemmänkin  
siihen, että ihmiset havahtuivat tilanteeseensa. He pyrkivät selviytymään  
heikkenevien voimavarojensa kanssa arjen tilanteista. Pysähtyminen sii-  
hen, että kyseessä on masennus, onkin kiinnostava. Tässä tutkimuksessa  
osa ihmisistä ajatteli itse olevansa masentunut, toiset taas alkoivat pohtia  
tilannettaan siinä vaiheessa, kun joku ulkopuolinen otti masennuksen  
puheeksi. Tuo ulkopuolinen oli terveydenhuollon työntekijä, läheinen  
tai mediassa käyty kirjoittelu. Useat ihmisistä hakeutuivat mielenterveys-



toimistoon ”pahan olonsa” vuoksi ja kuulivat ensimmäisen kerran siellä, että kyseessä olisi masennus.

David Karp (1996, 57) kuvaa aineistonsa perusteella masennuksen kehkeytymistä prosessina, joka sisältää käännekohtia identiteetin kannalta. Ensimmäisessä vaiheessa ihminen kokee sekavia tunteita, jolloin hänellä ei ole sanoja kuvatakseen kokemuksiaan. Seuraavassa vaiheessa hän tajuaa, että jotain on pahasti vialla, kunnes kriisivaihe sysää ihmisen ammattilaisten luo. Tässä vaiheessa sairaan identiteetti tarttuu ihmiseen. Elämä tulee arvioinnin kohteeksi masennuksen näkökulmasta. Anna M. Scheyettin ja Erin McCarthyn (2006, 407) tutkimuksen mukaan ihminen tulee määritellyksi sairauden kautta sen jälkeen, kun hän saa diagnoosin.

Masennukseen havahtuminen merkitsi käännekohtaa tutkimukseni ihmisten kohdalla, uudenlaisen juonen alkua. Kuusi haastateltavistani kertoi itse ottaneensa yhteyden mielenterveystoimistoon. Tilanteet olivat ajautuneet umpikujaan perheongelmien tai työpaikan ongelmien vuoksi. Muut haastateltavistani olivat tulleet asiakkaaksi jonkin viranomaisen suosittelemana. Useimmiten taustalla oli käynti yleis- tai työterveyslääkärin vastaanotolla, joka oli päätenyt suosittelemaan mielenterveystoimistoon yhteydenottoa. Mielenterveystoimisto ei monellakaan ihmisellä sisältynyt heidän kokemusmaailmaansa, vaikkakin tietoa siitä saattoi olla. Se osa todellisuudesta ei ollut merkityksellistynyt ihmiselle ennen kuin oman kokemuksen kautta.

*Atte: Siinä se sitten tuli, kun se oli kaiken maailman kysymyksiä tehny mulle se sosiaalihoitaja. Niin se ykskaks kysyy multa, että miten olet jaksanu. Mä rupesin itkeen siinäkin. Se niinku siinä laukes, mä olin siihen asti sen pitänyt niinku sisälläni. Enkä osannu kuvitella, että mussa tapahtuu jotakin.*

*Else: Ja sit sairaanhoitaja huomasi, ko mä aloin itkeen käytävällä sille. [--] Niin se sano, että oletko sä kuullu semmosesta ko kriisiryhmästä. Soittasitko kriisipuhelimeen. Mä soitin. Ja sitten mä kävin mielenterveystoimistossa.*

Ohjaaminen liittyy sektoroituneen palvelujärjestelmän toimintamalliin, jossa kullekin ongelmalle on oma asiantuntijansa omassa organisaatiossaan. Kun ihminen alkaa puhua mielenterveysongelmistaan, hänet ohjataan mielenterveystoimistoon. Samoin tapahtuu esimerkiksi työvoimatoimistossa, jossa tarjotut palvelut eivät johda työmarkkina-aseman paranemiseen tai ihmisen on vaikea sitoutua toimenpiteisiin. Pätevempää ongelman ratkaisijaa etsitään muista organisaatioista. Ohjaamisen taustalla on myös professionaalinen ajattelu ja organisaatioiden toimintamallit. Elämänvaikeuksien keskellä elävän ihmisen katsotaan tarvitsevan asiantuntija-apua.

Buryn (1997, 24–28) mukaan hoitoon hakeutumista edeltää tasapainoilu omien uskomusten, arkielämän vaatimusten ja saatavilla olevien palveluiden välillä. Hoitoon lähtemisen yhteydessä puhuttiin sinnittelemisestä viimeiseen asti ja viimein pakosta saada muutos aikaan: *pakko lähteä liikkeelle, pakko tehdä jotain, pakko puhua, pakko se on, ei tästä tule muuten mitään*. Monet kertoivat kynnyksen mielenterveystoimistoon olevan korkea ja sen ylittämiseen tarvittiin usein puolison tai muun läheisen tukea. Mutta toisaalta sen ylitettyään ihmiset kokivat helpottuneensa, koska tällöin avautui mahdollisuus muutokseen. Ihmiset pitivät hoitoon lähtemistä käännekohtana elämässään, eräs haastateltavani uskoon tulemiseen verrattavana kokemuksena ja eräs viimeisenä mahdollisuutenaan. Jo päätös lähteä hakemaan ulkopuolista apua saattoi helpottaa tilannetta. Se merkitsi uutta mahdollisuutta. Mitä hankalammasta elämäntilanteesta oli kysymys, sitä suurempia olivat odotukset hoidolta.

Markku: *Ensimmäinen iso helpotus oli se, että sai... Sehän oli, ko tohti lähteä tämmöseen mukaan. Heti se helpotti jo aika paljon. Sitte pikkujoukko saanu tuota parisuhdetta kuntoon.*

Taina: *Mie niinkun melkein annoin sinne koko elämäni, että siinä on, kattokaa saatteko te näistä palikoista enää mitään kasaan. Että ehkä se oli vähän semmonen ajatus, että viimeinen oljenkorsi. Siinä on, koittaa paikata, jos voitte.*

*Topi: Kun tuota niin paha olo mikä minulla oli, niin minä vain ite tein mielessäni päätöksen, että tähän pitää jonkinlainen apu löytyä. Ja päätin tavallaan ite mielessäni, kun ihminen miettii kaikenlaisia asioita mielessään, myöskin itsemurhaa.*

Yksi keskeinen kysymys hoitoon hakeutumisessa on yksityisen ja julkisen välinen raja (Karp 1996, 62–63). Pitääkö tuntemuksensa omanaan vai kertoako niistä – ja jos kertoo, niin kenelle? Karpin mukaan päätös ylittää yksityisen raja on käänteentekevä ihmisen tarinassa. Erilaisia elämäntapahtumia aletaan tulkita suhteessa sairastumiseen. Yksityisestä tiedosta tulee ammattilaisten ja läheisten tietoa. Mennyt, nykyisyyttä ja tulevaa ainakin osin aletaan määritellä sairauden näkökulmasta. Julkisen ja yksityisen raja voi tarkoittaa myös Alan Radleyn ja Michael Billigin (1996, 229) mukaan tiedon alkuperää. Julkinen tieto on asiantuntijatietoa, josta helposti tulee legitimiä ja kaikkien hyväksymää tietoa. Yksityinen tieto on puolestaan kokemuksellista tai omassa viiteryhmässä jaettua tietoa. Ihmisen ryhtyessä hoitokontaktiin hänen kokemuksiaan arvioidaan asiantuntijatiedon avulla.

Hoitoon lähteminen ei välttämättä tarkoittanut tutkimukseni ihmisillä sitä, että ihminen olisi ”asettunut” hoitosuhteeseen. Hän saattoi tasapainoilla hoidon jatkamisen ja lopettamisen välillä pitkiä aikoja. Ihmiset etsivät perusteluita sille, miksi jatkaa. He suhteuttivat omaa tilannettaan toisten tilanteeseen ja pohtivat oikeutustaan käydä mielenterveystoimistossa.

*Liisa: Niin mä ite aattelen joskus, että vienkö mä vieläki joltaki paikan, joka sitä tarvitsisi vielä enemmän kuin minä. [--] Että ajattelenko mä sillä lailla, että ko mulla on kuitenkin mies, ja mulla on kuitenkin niinkö tuttuja. Että jos mä haluan puhua, niin mä voin puhua. Että voihan olla joku ihminen, että sillä ei oo niinku ketään. Niin mulla vieläki pikusen on semmonen, että mä en tiiä, avaudunko mä aivan täysin. Että mä jotenki varmaan, jossaki mulla on se, että niinkö tuota, että tää vois olla joku niinkö tarteeta vielä enemmän tätä paikkaa ko minä.*

*Vesa: Että varmasti en oo ainut ihminen, varmaan monella muulla on ihan yhtä huonosti, tai vielä huonomminki. Mutta tuota... kyllä sillain vähän itsekkäästi oon alkanu sitä miettimään, että kuitenkin... että koitekki oon niin paljon veroja maksanu ja näitä yhteiskunnan palveluja ylläpitäny niinkö omalta osalta, niin kyllä mie haluan niinkö.*

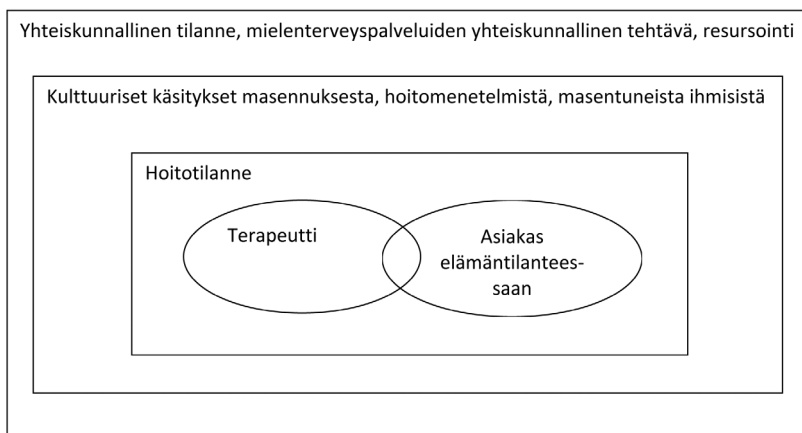
Niin hoitoon lähteminen kuin siihen sitoutuminenkin tarkoittivat omaan tilanteeseen havahtumista ja sen refleктоimista. Hoitoon lähtemispäätökseen vaikuttivat monet tekijät: ihmisen selviytyminen omassa ympäristössään ja arjessaan, sosiaalisen tuen mahdollisuudet ja läheisten voimavarat sekä palveluiden toimintamallit ja niiden saatavuus. Tutkimukseni ihmisten kohdalla ei aina riittänyt, että palvelut olivat saatavilla, tarvittiin myös oikeutus käyttää niitä.

#### 5.1.2 Hoitotilanteiden merkitykset

Keskityn tässä luvussa tarkastelemaan terapiasuhteen syntymistä sekä niitä kokemuksia, jotka ihmiset näkivät terapiakeskusteluissa merkityksellisinä masennuksesta kuntoutumisen kannalta. Myös Jukka Valkonen (2007, 80–81) on tutkinut ihmisten kokemuksia psykoterapian vaikutuksista masennukseen. Hänen mukaansa ihmiset eivät välttämättä olleet aiemmin pohtineet terapian merkityksiä tai he eivät olleet konstruoineet niitä aiemmin kielelliseen muotoon. Merkitykset syntyivät tietoisien havainnoimisen ja tulkinnan kautta. Samankaltaisista ilmiöistä oli kyse tässäkin tutkimuksessa. Ihmiset saattoivat pohtia haastattelutilanteessa ensimmäistä kertaa niitä terapatilanteissa saatuja kokemuksia, jotka olivat sekä elämyksellisesti merkityksellisiä että jälkeinpäin tarkasteltuna tuntuvat merkityksellisiltä suhteessa masennukseen. Elämyksellisyydellä tarkoitan Valkosen (mt., 81) tapaan sellaisia kertojien välittömiä sisäisiä kokemuksia, joita on usein vaikea perustella. Rauhala (2009, 69) kirjoittaa psyykkisestä kokemuksesta, jolla hän tarkoittaa elämyksellisiä, elämäntilanteiden herättämiä perusvireitä ja tunnelmia. Ne olivat tutkimuksessani tunnetason kokemuksia siitä, että jokin hoidossa tapahtunut episodi oli ollut merkityksellinen ja siitä syystä jäänyt ihmisen mieleen.

Käytän hoitoa yleiskäsitteenä, joka siis tässä aineistossa sisältää sekä pariterapiaa että yksilöterapiaa. Hoitotilanteet eivät ole erillinen saarek-

keensa, vaan niiden tuottamisen tapaan ja sisältöihin vaikuttavat aina yhteiskunnallinen tilanne, mielenterveyspalveluille asetettu yhteiskunnallinen tehtävä sekä palveluille annetut resurssit tehtävänsä suorittamiseksi (kuvio 2). Yhteiskunnalliset rakenteet näyttäytyvät sääntöinä, sosiaalisina toimintakäytäntöinä ja sanktioina. Yhteiskunnassa vallitsee kulttuurisia käsityksiä masennuksesta, jotka sisältävät sekä professionaalisia että maallikkokäsityksiä masennuksesta ja sen hoidosta sekä masentuneista ihmisistä. Yhteiskunnalliset rakenteet konkretisoituvat niiden ihmisten välityksellä, jotka toimivat heille uskotuissa tehtävissä, esimerkiksi mielenterveystoimistojen eri toimijapositioneissa. Palveluiden toimijat toteuttavat ammatillisten rooliensa kautta heille annettuja tehtäviään sosiaalisessa rakenteessa. Tehtävistä on olemassa lukuisia erilaisia ajallisesti ja paikallisesti vaihtelevia näkemyksiä, tulkintoja sekä sovelluksia ja niistä käydään jatkuvia neuvotteluja. (Bandura 2001, 14.) Kulttuuriset käsitykset masennuksesta ja sen hoidosta ovat sidoksissa omaan aikaansa ja paikkaansa, samoin kuin hoitokäytännöt ja niiden taustalla oleva ihmiskäsitys. Hoitotilanteissa nämä kohtaavat terapeutin ja asiakkaan välisessä vuorovaikutuksessa.



KUVIO 2. Hoitotilanteissa vaikuttavat ulottuvuudet.

Käsittelen seuraavassa aluksi hoitotilannetta kohtaamisen areenana ja sen jälkeen terapeutin suhteen syntyneiden edellytyksiä haastattelieni ihmisten kokemusten pohjalta. Tarkastelen sekä työnteekijään kohdistuvia että ihmisten itseensä kohdentamia odotuksia ja merkityksiä terapisuhteen syntyneiden näkökulmasta. Tämän jälkeen pyrin kokoomaan, mitkä tekijät ovat olleet hoidossa merkityksellisiä. Hoitoa ohjaavat periaatteet luovat hoitotilanteelle puitteet, jotka määrittävät osaltaan kohtaamista. Tutkimukseni ihmisten kohdalla keskeisiä periaatteita ovat dialogisuus, moniäänisyys ja reflektiivisyys. Moniäänisyydellä tarkoitetaan jokaisen osallistujan mahdollisuutta sanoa sanottavansa. Ajatusten ilmaiseminen on turvallista ja läsnäolo tärkeää. Tämä edellyttää, että hoitava työryhmä kykenee synnyttämään sellaista vuoropuhelua, jossa jokaisen ääni on tasavertainen. Keskustelun tavoitteena on löytää käsiteltävään asiaan yhteinen ymmärrys. Reflektiivisyyden periaate tarkoittaa pohdiskelua asennetta käsiteltäviin asioihin. (Haarakangas 2002b, 68–74; 2008, 28–29; Seikkula & Trimble 2005, 461–463.)

Hoitotilanne avaa ihmisten kertomuksille areenan. Kertominen antaa mahdollisuuden reflektoida omaa elämää ja löytää asioille uudenlaisia merkityksiä. Arthur Frank (1995, 53–55) näkee tärkeäksi tilan puhumiseen, sillä kertomusten avulla korjataan niitä vahinkoja, joita sairastuminen on merkinnyt ihmisen käsitykselle oman elämänsä suunnasta. Kertomukset ovat keino hahmottaa elämää uudelleen ja löytää uusia päämääriä. Hän kuvaa sairastumista tarinallisena haaksirikkona, josta ihmisen on mahdollista selviytyä vain rakentamalla uudenlaisia kertomuksia. Toteutuessaan narratiivisuus ja dialogisuus terapian periaatteina tarjoavat tälle hyvät lähtökohdat.

Valkosen (2007, 84) tutkimuksessa terapia koettiin paikkana, jossa oli mahdollista purkaa negatiivisia ja uhkaavina pidettyjä tunteita. Tunteiden purkamisen tuotti paitsi tilapäistä helpotusta, myös mahdollisti niiden jäsentämisen ja rationalisoimisen. Hoitotilanne rakentui tässä tutkimuksessa arjesta erilliseksi tilaksi. Ole Dreier (2008, 84–88) toteaa, että ihmiset toimivat terapiassa eri tavoin kuin arjessaan. Ero liittyy keskeisesti siihen, millä tavoin ihmiset kuuntelevat toisiaan. Terapiassa ihmiset kuuntelevat toisiaan intensiivisemmin, harkitsevat enemmän sanojaan ja näin ollen kykenevät löytämään ongelmiin uudenlaisia näkökulmia (ks.

Rautiainen & Seikkula 2009, 51). Lauri Rauhala (2005a, 42) näkee tilanteen rakennetekijöiden määrittävän, millaiseksi kokemus muodostuu. Hoitotilanne muodostui tilanteeksi, jossa ihmiset saattoivat käsitellä asioita erillään arjesta, kokivat saaneensa oman äänensä kuuluville ja jossa keskityttiin yksinomaan heidän ja heidän perheidensä asioihin. Monet kertoivat, että muualla ei olisi tullut puhuneeksi asioistaan ja terapiatilanteessa puhui niistä eri tavalla kuin muutoin. Työntekijät olivat juuri häntä varten, ja terapiassa saattoi ottaa vaikeita asioita ensimmäistä kertaa esille. Hoitotilanteella oli myös kulttuurisesti määritettyjä merkityksiä. Se oli paikka, jossa sai, voi ja täytyi puhua. Mahdollisuus reflektioon ja kuulluksi tulemiseen avasi elämisen mahdollisuuksia.

Saara: *Niin se oli jotenkin, kun mie sain käydä täällä, niin mie aloin jotenkin elämään.*

Antero: *Se on tuota ihme ja kumma, että tuota minä en kotona pysty puhumaan näistä asioista yhtään, mutta heti ku minä tuun tänne, niin minä pystyn paljon paremmin, mikä siinä on.*

Topi: *Mää en ole omista ongelmistani puhunu oikeestaan kellekään, siis sitä ennen kellekään. Niin se, että minä sain jollekin ihmiselle vapaasti puhua.*

Liisa: *Mä en tiiä taas, onko se sitten se minun vika, että mä en hirveen herkästi ala puhumaan. Siis mä en niinkö tavallaan halua, että siitä kovin pitkä keskustelu tulee, että se on sitä mun, että mä ohitan sen aika äkkiä. Että mä en halua olla semmosten niinkö semmonen päättäjä. [--] Ja sitte tää ko aattelee, että täällä niinkö jotenki, en mä nyt aattele koskaan niin, että nuo nyt on sitä varten täällä, mutta kuitenkin niin jotenki. Ehkä se on niinkö alitajunnassa on kuitenkin se, että niinkö täällä niinkö kehtaa ja viittii sitte. En mä ainakaan osais kuvitella, että mä jonku tuttavan pariskunnan kans tai tuttavan kans tunnin puhusin vaikka tästä mun ja meän elämäntilanteesta. [--] Mä en vaan yksinkertaisesti halua enkä jaksa. Että musta on paljon kivempi käyä täällä se erikseen jauhamassa.*

Vaikka terapia tutkimuksessani muotoutui arjesta erilliseksi tilaksi, ei se kuitenkaan voi olla täysin arjesta irrallaan. Sillä tuli olla kosketuspintaa ihmisen omaan kieleen ja merkityssuhteisiin sekä ihmisen omaksumiin traditioihin. Uudenlaisen kertomuksen löytäminen tarvitsee kehittyäkseen aikaa ja tilaa, mutta myös tradition välittämää ymmärrystä (Hyvärinen 1998, 323). Terapian tulee tarjota elementtejä, jotka ovat sopivasti toisin. Tineke A. Abma (1999, 179) näkee terapeuttien ja heidän asiakkaidensa kertomusten välillä olevan jännitteitä. Terapeutit käyttävät ammatillisia käsitteitä, kun taas heidän asiakkaansa kertovat elämänsä kulkusta, jossa terapia on vain yksi tapahtumakulku. Abman (mt., 179) mukaan ihmisten kohtaamilla tapahtumilla on eksistentiaalinen luonne. Masennus merkitsee ammatilliselle sairautta, joka pyritään parantamaan, kun taas ihminen elää sitä. Ammatillainen kohtaa masentuneen ihmisen ajallisesti ja paikallisesti rajoitetuissa puitteissa. Masentuneella ihmisellä se sävyttää olemista. Hoitotilanteen mahdollisuuksien realisoituminen edellytti terapeuttien ja ihmisten välisen dialogisuuden kehittymistä, jossa ihmiset kokivat tulleen ymmärretyksi.

*Atte: Ei se mene niin, että jos esimerkiksi sinä tulet minun tykö, että nyt sinä teet näin ja näin ja sää paranet. Ei se välttämättä ole niin. Vaan miten mä pystyn ite ne mieltämään ja miltä ne minusta tuntuu.*

Dialogisuuden synnyttäminen on tutkimukseni ihmisten saaman hoidon tavoite ja itseisarvo (Rautiainen & Seikkula 2007, 215). Dialogisuutta edistävät toimintatavat näyttäytyivät tutkimukseni ihmisille tilan antamisena, kuuntelemisena, aitona kiinnostuksena ja keskustelun ohjaamisena. Ihmiset kokivat hoidosta olleen hyötyä, kun työntekijä oli aktiivinen osallistuja vuorovaikutustilanteessa. Lynne Angus ja John McLeod (2004, 370) käyttävät käsitettä narratiivinen allianssi, jossa molemmat osapuolet rakentavat kertomusta. Haastateltavani toivoivat työntekijän sanovan mielipiteensä ja kysymyksillään ohjaavan tilanteen kulkua. Uudesta näkökulmasta esitetyt kysymykset avasivat uudenlaista ymmärrystä omasta tilanteesta, ja kokemus kuulluksi ja nähdyksi tulemisesta oli voimaannuttavaa. Työntekijän rooli oli olla sekä kuuntelijana että mahdollistaa ihmiselle se areena, jossa hän saattoi reflektoida tilannettaan.



Ihmiset odottivat työntekijän osallistuvan myös uuden kertomuksen rakentamiseen, sillä uudet näkökulmat avasivat uudenlaisia kertomuksen mahdollisuuksia.

*Aune: Että se kuuntelee ja kommentoi. Ja sekin, että se uskaltaa sanoa sen oman mielipiteensä. Se on mun mielestä se, mikä auttaa pääsemään siitä kehältä jonnekin muualle.*

*Else: Ja ne oli just sitä, mitä me tarvittiin. Ne osas oikeet kysymykset. Ne osas, se oli aivan mahtava. Siis mä sain sieltä... siis se oli aivan upea kokemus.*

Vuorovaikutuksen onnistuminen edellytti luottamuksellisen suhteen syntymistä. Luottamus syntyi monien mielessä siitä, että työntekijät nähtiin asiantuntijoina ja heillä oli koulutuksen kautta saatua osaamista. Anthony Giddensin (1990, 34) mukaan luottamus voi perustua joko abstrakteihin systeemeihin tai ihmisten välisiin suhteisiin. Adam Seligman (2001, 47) määrittelee luottamuksen syntyvän yhteisön jaettujen moraalisten arvojen myötä, jotka johtavat odotuksiin säännönmukaisesta käyttäytymisestä. Luottavaisuus puolestaan tarkoittaa sitä, että vuorovaikutustilanteissa tiedetään, mitä odottaa. Luottamusta tarvitaan, kun ei tiedetä, mitä odottaa. Sitä tarvitaan, kun ei voi olla luottavainen ja ollaan tekemisissä itselle tuntemattomien henkilöiden kanssa (Seligman 2001, 47–48). Ihmiset useimmiten luottavat instituutioihin, jotka toimivat hyväksyttävien toimintaperiaattein. Myös tässä tutkimuksessa luottamus liittyi organisaatioon sekä työntekijöiden vaitioloon ja ammattirooliin. Luottavaisuus voi syntyä vain kokemuksen perusteella.

*Atte: Sää tiedät, että ne ammattilaiset on vaitiolovalloisia.*

*Jaakko: Siinä pysty puhumaan kaikista. Tiesi, että siitähän ne ei lähe mihinkään ne asiat leviämään.*

*Antero: Mä oon kyllä aina luottanu siihen, että ammattilainen on ammattilainen.*

Pyysin haastateltaviani kertomaan, mistä he päättelivät työntekijän olevan asiantuntija tai ammattilainen. Vastausten perusteella asiantuntijuus oli asettumista vuorovaikutussuhteeseen niin, että ihmiselle syntyi käsitys aidosta kohtaamisesta. Asiantuntijuus liittyi yhtäältä työntekijöiden koulutukseen ja institutionaaliseen asemaan, mutta se näyttäytyi myös työntekijän kykynä kohdata ihminen, taitona kuunnella ja jäsenellä, ohjata keskustelua, kykynä löytää kertomuksesta oleellinen sisältö ja luoda keskustelulle suotuisa ilmapiiri. Tätä kautta ihminen ikään kuin vakuuttui työntekijän ammatillisuudesta. Työntekijän asiantuntijuus oli dialogisuuden synnyttämistä ja palauttamista. Luottavaisuus rakentui siitä, *kun tuntee, että otetaan todesta* (Aune). Kun luottavaisuus syntyi, nousi myös rohkeus ottaa vaikeita asioita esille.

*Atte: Ne oli ammattilaisen oloisia. Ne osasi sen keskustelun lähtiä siihen malliin viemään, että ne osasi tehdä minusta oikeita kysymyksiä tavaltaan, ja aukasi meidät. [–] Siinä se semmonen luottamus rakentuu. Kun näkee, että ne ihmiset on aidosti huolissaan siitä mun tilasta, että se ei ole mitään semmosta pintapuolista toubua.*

*Saara: Ne on ammatti-ihmisiä, osaa kaivaa sinun sisältä ne asiat. Ne kysyy sillai, että siinä tuleekin ykskaks sanottua vaikka mitä.*

*Jaakko: Ne on koulutettu siihen ja ne ottaa niinku heti tosissaan kato toisen.*

*Vesa: Sillain niinkö, osasivat kuunnella ja jäsenellä ja heittää sopivia kommentteja. Ja sitten saa siitä mun jutusta kiinni ja kuunnella sitä. [–] Osaa kysellä ja on tuota noin, osaa psykiatriaa käyttää. Siinä taitaa olla vielä se lisäkoulutus.*

John Norcrossin (2002, 4–6) mukaan terapian tuloksellisuus syntyy terapiatekniikan, terapeutin yhteistyösuhteen eli terapeutin allianssin sekä terapeutin ja hänen asiakkaansa persoonallisuuksien välisen dynamiikan tuloksena. Yhteistyösuhteen ja työntekijän persoonallisuuden arvioidaan olevan terapiatekniikoita merkityksellisempiä tekijöitä. Jaakko

Seikkula ja David Trimble (2005, 467) painottavat, että tärkeämpää kuin minkään erityisen terapeuttiteknikan soveltaminen on se, että terapeutit ovat sitoutuneita ja vahvasti läsnä tilanteissa reagoiden herkästi siihen, mitä keskustelun kuluessa tapahtuu. Eri ihmiset hyötyvät hyvin erilaisista terapioista, jolloin työntekijän on kyettävä soveltamaan sellaista terapian tekemisen tapaa, joka hyödyttää ihmistä ja näin ollen edistää yhteistyösuhteen syntymistä. Adam Horvathin ja Robinder Bedin (2002, 60) mukaan ihmisten kokemus terapian alkuvaiheessa ymmärretyksi tulemisesta sekä tuen saamisesta ja toivon herättämisestä johtavat vahvaan terapeuttiseen yhteistyösuhteeseen. Myös tässä tutkimuksessa ihmisen kokemus ymmärretyksi ja kuulluksi tulemisesta loi edellytykset yhteistyösuhteen syntymiselle ja samalla herätti toivoa selviytymisestä.

*Atte: Se tulee varmaan siitä, että miten se osaa kohdata sen ihmisen, kun tulee sinne. Ja ne joutuu tekemään heti sen ensimmäisen analyysin siitä ensimmäisestä kohtaamisesta ja ensimmäisistä sanoista. Ja miten siinä se työntekijä onnistuu, niin siitä se vuorovaikutus alkaa. Näin mää sen ainakin uskosin, että se on se ensimmäinen kontakti ja vuorovaikutus, miten siitä lähtee liikkeelle.*

*Else: Siinä oikeesti kysyttiin, siinä oikeesti kuunneltiin ja siinä ei missään vaiheessa annettu ymmärtää, että miks sä oot tehny niin. Vaan siinä tosiaan tuli se, ja ne tajus sen mun hätäni.*

*Ilari: Siitä jäi semmonen hyvä maku, että kyllä tämä tästä.*

*Taina: Jos sattuu semmoset omahoitajat ja yleensäki nämä terapeutit, että niinku kemiat passaa hyvin, niin kyllähän se vie hirveästi eteenpäin. Jos taas sitte on sillain, että ei oikein tuu sellasta luottamuksellista suhdetta, niin kyllä se taas sitte... ei se varmaan joha paljon mihinkään.*

Lynne Angus ja John McLeod (2004, 370) toteavat terapeuttisen suhteen syntyvän silloin, kun ihminen huomaa tullessa hyväksytyksi ja arvostetuksi. Tämä tuli selkeästi esiin myös tässä tutkimuksessa. Ihmisten kokemukset siitä, että heidät otettiin todesta ja heitä kuunneltiin ai-

dosti, edesauttoivat kuntoutumista. Terapeuttisella yhteistyösuhteella on todettu olevan merkittävä yhteys terapian tuloksiin (Konsensuslausuma 18.10.2006; Lambert & Barley 2002, 20; Valkonen 2007, 118). Michael J. Lambert ja Dean E. Barley (2002, 19–20) toteavat erilaisia psykoterapiasuuntauksia vertaileiden meta-analyysien perusteella terapeuttisen suhteen olevan merkityksellisempää kuin se, millä taustaorientaatiolla terapiaa tehdään. Terapeuttisen yhteistyösuhteen elementtejä ovat positiivinen tunneyhteys ihmisen ja terapeutin välillä, joka sisältää luottamusta, kunnioitusta ja välittämistä. Yhteistyösuhde sisältää myös jaetun ymmärryksen terapian tavoitteista ja menetelmistä tavoitteiden saavuttamiseksi sekä terapiaan sitoutumisen. Yhteistyösuhde on tietoinen ja tavoitteellinen suhde. (Horvath & Bedi 2002, 41.)

Liisa: *Että se on ehkä ollu kaikista tärkeintä, että on tullu kuulluksi, eikä oo tullu kertaakaan semmonen tunne, että ei noita niinko kiinnosta.*

Taina: *Tuli kuulluksi sillä lailla, että miltä tuntuu. [–] Kaikin puolin jotenki siellä tuntu minusta semmoselta, että välitetään, että saahaan asiat korjaantumaan.*

Michael J. Lambertin ja Dean E. Barleyn (2002, 26) mukaan ihmiset liittävät hyvät terapiatulokset usein työntekijän persoonaan ja pitävät työntekijän persoonallisia piirteitä terapeutekniikkaa tärkeämpänä tekijänä. Ihmiset kuvailevat hyvää työntekijää hyväksyväksi, empaattiseksi, lämpimäksi ja tukea antavaksi. Tutkimukseni ihmiset tekivät päätelmiä työntekijän sitoutuneisuudesta eleiden ja ilmeiden perusteella. Ihmiset puhuivat usein myös *henkilökemioista* tai *samoilla aaltopituuksilla* olemisesta kykenemättä sen tarkemmin erittelemään yhteistyösuhteen ehtoja (ks. Rautiainen & Seikkula 2009, 51). Adam Horvath ja Robinder Bedi (2002, 41) kirjoittavat terapeuttisen suhteen esitietoisesta ulottuvuudesta. Tällä he tarkoittavat yhteyden tunteita, joita ihminen ei kykene eksplikoimaan.

Myös haastattelemani ihmiset kiinnittivät huomiota työntekijään persoonana. Valkosen (2007, 117) tutkimuksessa tuli esiin työntekijän merkitys tilanteen kohenemisessa. Tällöin terapeuttia kuvattiin herkäksi,

ymmärtäväiseksi ja lämpimäksi ihmiseksi. Työntekijän olemuksen merkitys oman prosessin kannalta perustui siihen, että ihminen koki yhteensopivuutta terapeutin kanssa. Se vahvisti kokemusta kuulluksi tulemisesta. Omassa tutkimuksessani työntekijään liittyvät kuntoutumista tukevat tekijät koskivat työntekijän olemusta, taitoja ja toimintaa terapatilanteissa (ks. Rautiainen & Seikkula 2009, 51). Työntekijän rauhallisuus, tarkkaavaisuus, huomaavaisuus, ymmärtäväisyys ja hyvä keskustelutaito loivat tilaa reflektiolle ja ihmisille syntyi kokemus siitä, että heitä kuunneltiin.

*Timo: Paneuduttiin siihen asiaan, oltiin tosissaan. Se just oli iso asia. Ymmärtäviäisiä, kuuntelivat, mitä mie puhun.*

*Saara: Jotenkin ne tytöt oli niin opettavaisia. [--] Ne oli tosi semmosia rauhallisia ihmisiä.*

*Vesa: Siellä mun mielestä oli ihan semmosia ihmisiä, jotka kuunteli ja jaksovat, jaksovat kuunnella.*

*Atte: Ne on kauheen rauhallisia kaikki olemukseltaan. Niitten täytyy varmaan ihmisinä olla semmosia, että on jo lähtökohdat. Että ne on jotenkin niin ihmisinä semmosia, että niitä kiinnostaa se ihmisen sielu ja ne on oikealla paikalla. Jotenkin vaan sitä ihmiset menee silleen oikealle paikalle. [--] Se on se olemuskin jo semmonen erilainen, huomavaainen ja huomaa, että ne katseella paljon seuraa.*

Työntekijän osoittamalla kiinnostuksella ja sitoutuneisuudella oli tärkeä osuus ihmisten kokemuksissa. Hyvin pienet asiat tai eleet kertoivat työntekijöiden sitoutumisesta. Anna Scheyettin ja Erin McCarthyn (2006, 413) tutkimuksessa tällaisia olivat esimerkiksi lasten nimien muistaminen, kiinnostus muuhunkin kuin sairauteen liittyvään elämäntilanteeseen, ihmisen itsenäisyyden korostaminen, kuunteleminen, tiedon antaminen lääkkeistä ja hoitovaihtoehdoista sekä ihmisen muiden roolien huomioiminen. Tässä tutkimuksessa merkki työntekijän kiinnostuksesta oli esimerkiksi tilanne, jossa työntekijä palasi edellisen tapaamiskerran keskustelujen sisältöihin tai että työntekijä antoi numeron, johon voi

soittaa tapaamisten välilläkin. Tunne työntekijän kiinnostuksesta oli myös elämyksellinen kokemus siitä, että työntekijä aidosti välitti ihmisestä.

*Liisa: Ja kyllä he sillä lailla ainaki niinkö tuntuu, että aivan aidosti niinkö kiinnostunu, että ne. Joskus jopa aivan yllätys tulee, että muistaa jotaki esimerkiksi lapsista, mitä on edellisellä kerralla puhuttu. Aivan yllätys, että ne muistaa.*

*Taina: Tuntuu, että ne niinku oikeesti välittää, että miten sulla menee eikä vaan se, että sä oot nyt vaan yks potilas täällä ollu ja kuuluu sun kans jutella ja viis siitä, että miten menee. Että ne on niinku antanu semmosen tunteen, että se on niinku tärkeä asia, että miten sulla menee. Että heidän kans on aivan niinku semmonen hyvä ja luottamuksellinen suhde tullu.*

*Esa: Kyllä mä ainakin mietin siinä, että kiinnostaako tuota oikeesti vai ei. Kieltämättä jotku on huonoja siinä, että ne ei osaa kunnolla peitellä sitä, että semmosta vääntelyä tulee.*

Riitta Granfelt (1998, 162–163) kirjoittaa kannattelemisesta ja kiinnipitävästä ympäristöstä. Se sallii heikkouden, riippuvuuden ja kykenemättömyyden kokemukset. Ihminen tarvitsee turvaa ja luottavaisuuden kokemuksia voidakseen olla heikko ja avuton ja löytääkseen sen kautta uudenlaisia kiinnekohtia elämäänsä. Tutkimukseni ihmiset kertoivat, että silloin kun itse ei jaksanut uskoa toipumiseen, oli tärkeää, että oli niitä, jotka jaksoivat (ks. Deegan 2001, 94). Näen ihmisten kannattelemiseksi myös heidän rohkaisemisen ja kannustamisen, sillä se auttoi ihmisiä eteenpäin. Jukka Valkosen (2007, 83–84) tutkimuksessa erityisesti voimavarasuuntautuneeseen terapiaan kuuluva kannustaminen ja rohkaiseva palaute lisäsivät ihmisten itseluottamusta. Kannatteleva, kiinnipitävä ympäristö ylläpiti toivoa, kun se oli ihmisiltä kadoksissa.

*Taina: Siis varmaan äärettömän suuri [merkitys, M.R.] siihen, että kuitenkin he usko. Ja jotenki toivat sen myös julki, että kyllä sinusta se*

*voima löytyy. Kyllä tästä selviää. Tavallaan sitä luotti, että ne on oman alansa asiantuntijoita, että jos sitä sitten kuitenkin. [--] Ite oli varmaan niinko viimeeseen saakka toivoton, mutta sitte ko muut jakso uskoa ja sitten siinä alko pikku hiljaa tulla semmosia murusia, että sitten tuli toivon kipinä, että jos tämä kuitenkin.*

*Timo: Ne oli niin varman olosia jotenki. Niissä tietenki kuunneltiin myös mun vyörytyksiä... että loi toivoa, että et sä tämmöseksi jää.*

*Juho: Minusta se oli, katoppa, kun nämä loi sitä uskoa, että et sä ole mikään huono ihminen. Että sulla on mahdollisuuksia. Ei sun kannata, että pitää alkaa niinku positiivisesti ajattelemaan näitä asioita. Sitä kautta mä uskon, että se on.*

Tutkimukseni ihmiset näkivät, että hoidon onnistuminen edellytti heiltä itseltään valmistumista tapaamiseen, avoimuutta ja rehellisyyttä. He saivat keskusteluista tukea omiin valintoihin ja kokivat oppineensa käsittelemään vaikeita asioita. Monet heräsivät huomaamaan, että itse on joka tapauksessa tehtävä suurin työ kuntoutumisessaan. Keskustelut saattoivat toimia muutokseen sysäävänä tekijänä, jonka jälkeen ihminen koki itse selviytyvänsä. Ihmiset kertoivat löytävänsä ratkaisut itse, mutta tarvitsivat tukea valinnoilleen. Arthur Frank (1995, 77–82) kuvaa ennalleen palauttavaksi (the restitution narrative) kertomukseksi kertomusta, jossa ihmisellä on oma halu ja myös kulttuurinen odotus parantumiseen. Ennalleen palauttavan kertomuksen juoni noudattaa kaavaa ”eilen olin terve, tänään sairas, huomenna jälleen terve”. Tällaisia tarinoita kuullaan tyypillisesti vertaisryhmissä, ja niistä voidaan lukea itsehoito-oppaista ja mediasta. Institutionaaliset mallitarinat ovat tyypillisesti ennalleen palauttavia tarinoita. Näihin sisältyy modernistinen odotus, että sairauksille on löydettävissä hoito, johon ihmisen odotetaan hakeutuvan. Sairastumiseen sisältyy näin sosiaalisen kontrollin elementti. Tutkimukseni ihmiset kantoivat vastuuta omasta asettumisestaan hoitoon.

*Vesa: Ja siinä just semmonen, että minkä huomasin, että kö kävin siellä [mielenterveystoimiston työntekijän, M.R.] luona, niin en mie niinkö*

*ite henkisesti valmistautunu. Mikä ois varmaan kaubian tärkeätä, että valmistautuu siihen. Mutta taas sitte, ko mie kävin siellä a-klinikalla, niin kyllä mie silloin niinkö.*

*Ilari: Joo ja mie oon sitte selittäny aivan melekeen niin tarkasti, ko minusta on tuntunu, että mithän säästelemättä tai vääristelemättä ja tuolla lailla.*

*Atte: Kyllä siinä on puhuttu ihan oikeista asioista. Se tietenkin edellyttää sitä, että me ollaan mahdollisimman avoimia, kun me mennään sinne. Muuten siellä ei puhuta oikeista asioista. Että pitää ihmisen, joka menee sinne, niin uskaltaa myös puhua asioista. Rehellinen siellä pitää olla, valheita sinne ei saa kantaa. Eikä kaunistella mitään. Mää ainakin otin sen kannan, että me ei kaunistella mitään, että kerrotaan kaikki, miten asiat on.*

Haastattemieni ihmisten kokemukset masennuksesta olivat hämmäntäviä ja monet olivat neuvottomia elämäntilanteessaan. He hakeutuivat hoitoon helpottaakseen ja selvitelläkseen elämäntilannettaan. Ihmiset etsivät syytä tilanteelleen ja niiden löytyminen koettiin vapauttavana. Masennuskokemuksen kaoottisuus hämärsi ihmisten mielissä tapahtumien väliset suhteet. Selitysten kautta kokemukset jäsenyivät ja niitä oli mahdollista reflektoida. Lynne E. Angus & John McLeod (2004, 370–371) kuvaavat ihmisten vievän työntekijän oman subjektiiviseen, moraaliseen ja emotionaaliseen maailmaansa. Heidän kertomaansa tarinaa reflektoidaan, arvioidaan, pohditaan merkityksiä ja etsitään uudenlaisia ymmärtämisen yhteyksiä. Keskeinen tekijä tutkimukseni ihmisten kertomuksissa hoidon merkityksestä oli uuden ymmärryksen löytyminen omaan tilanteeseen. Terapiatilanteissa ihmisten kaoottisia kokemuksia pyrittiin liittämään toisiinsa ja rakentamaan episodeiksi ja kertomuksiksi, joilla on alku, keskikohta ja loppu.

Arthur Frankin (1995, 97–98) mukaan kaaostarinoista katoaa juoni, niissä ei ole tarinallista järjestystä. Jotta kaaos voisi muuttua tarinaksi, ihmisellä tulee olla mahdollisuus reflektoida tilannettaan. Kun kaaos saa sanoja, siihen on mahdollista ottaa etäisyyttä. Ihmiset kuvasivat, kuinka



jo lapsuudessa tapahtuneet asiat saattoivat saada uudenlaisia merkityksiä, kun niitä tarkasteltiin aikuisena uudesta näkökulmasta. Lapsuudesta kerrotut kertomukset muuttuivat. Ihmiset kertoivat myös oppineensa näkemään uudenlaisia asiayhteyksiä. Menneisyyden tapahtumia voitiin katsoa uudessa valossa, ja vaikeiden asioiden sanoiksi pukeminen helpotti.

*Aune: Että mä aloin niinku hyväksyyn niitä sen tekemisiä, kun mä osasin kattoo sitä toisin silmin. [--] Sitä niinku oppii näkemään sen itensä, kun pääsee ulos ittestään ja oppii käsittelemään sitä asiaa, että ei etäännyttä sillä tavalla itteensä siitä. Kun sen näkee niinku järkevästi, niin se on silloin helpompaa ja se menee niinku eteenpäin.*

*Atte: Niin ja kato silloin lapsuudessa se on hirvittävän häpeän tunne, mikä silloin on ollu. Se häpeä on siinä ollu. Siitä pitää pystyä vapautumaan, että sen pystyy käsittelemään. Ja nähä se, että eihän se herra jumala minun vika ole, että se oli niin.*

*Topi: Ne aukas silmiä kyllä monille asioille.*

Kaaostarinan kokemuksia voidaan hahmottaa myös epäintentionaalisina kokemuksina. Tajunnan sisällöt eivät Lauri Rauhalan (2005b, 173) mukaan ole aina intentionaalisia. Toisin sanoen ihmisen merkityssuhteet eivät aina viittaa johonkin kohteeseen. Masennus olikin usein käsittämätön tila, jonka kanssa ihmiset eivät tienneet, miten pitäisi toimia. Terapian tavoitteeksi asetui tällöin epäintentionaalisen kokemuksen kehittäminen intentionaaliseksi. Tällöin etsittiin mahdollisia uusia oivalluksia ja merkityssuhteita, ”avattiin silmiä uusille asioille”. Kun käsittämättömille tunteille löytyy asiayhteyksiä ja selityksiä, ne muuttuvat ymmärrettäviksi. Tunteille löytyy jokin mieli.

Pyysin ihmisiä kertomaan, mikä hoidossa käydyissä keskusteluissa on erilaista kuin ystävien kanssa käytävissä keskusteluissa. Toiset eivät nähneet niissä eroa, mikäli ystävä on sellainen, johon voi täydellä varmuudella luottaa. Useimmat kuitenkin kokivat, etteivät ystävät ole sitä varten. Arthur Frank (1995, 97–98) näkee kaaostarinoiden kuuntelemisen olevan vaikeaa, sillä niistä puuttuu koherenssi, kertoja ei kykene kerto-

maan ”kunnollista” tarinaa. Frank (mt., 77) näkee, että ihmiset kuulevat vain tiettyjä kertomuksia toisten jäädessä kuulematta. Kaaostarinat ovat uhkaavia, kun taas ennalleen palauttaville tarinoille löytyy kuulijoita. Tutkimukseni ihmiset pelkäsivät, että he kuormittaisivat ystäviään liiaksi tai ystävät eivät kestäisi rankkoja puheenaiheita. Monet kokivat, että vieraan ihmisen kanssa on helpompi keskustella.

*Taina: No ehdottomasti se, että omahoitajien kans voi puhua asioista just semmosina ko ne on. Esimerkiksi itsemurhasta ja kaikista semmosista. Eihän semmonen ole mikään ystävien kans kahvipöytäkeskustelu. Jos sie sanot, että olen ajatellu tämmöstä, sehän tyssä siihen. Että siis siinä tähän täytyy sitten aina tavallaan miettiä, että mitä on soveliasta sanoa. Mut että sitten ku on just tämmöset ammatti-ihmiset, niin niille ei oo sillä lailla... ei oo semmosia kiellettyjä aiheita. Ilman muuta se, että siellä voidaan paljon rankempia asioita puhua, ku jonku ystävän kans. Koska ei sitä halua kuitenkaan ketään niinko... siitähän tulee taakka, jos täytyy sitte alkaa olemaan suurin piirtein huolissaan ystävän puolesta.*

*Atte: Jos se joku läheinen ihminenkin, että se kykenee siihen keskusteluyhteyteen, niin miksi ei se saattais onnistua niinkin. Mutta jotenkin se voi olla myöskin se, että kun se ihminen on täysin ventovieras, ja sää kohtaat sen ensimmäistä kertaa, niin sillä kuitenkin on jonkinnäköinen sitte, että se niillä sanoilla osaa aukaista sut. Siihen se täytyy perustua. En mä sitä muuten osaa kyllä selittää. Ja se syntyy se luottamus aika hetkessä.*

Keskustelun koettiin olevan työntekijöiden kanssa syvällisempää kuin ystävien kanssa ja toisaalta keskusteluissa pysyttiin omissa aiheissa. Ystävien kanssa keskustelu polveili helposti muualle. Työntekijä oli vain *minua varten* (Liisa). Toisaalta ongelmista ystäväille kertomisen koettiin uhkaavan ystävyysuhteiden vastavuoroisuutta. Ihmiset eivät halunneet olla vaivaksi eivätkä kaikissa ihmissuhteissaan autettavan ja tuettavan roolissa.

Hoidosta puhuttaessa ei voida ohittaa lääkehoidon merkitystä. Lääkitykseen suhtauduttiin tässä tutkimuksessa ristiriitaisesti. Myös Marianne

Enäkosken (2002, 193) tutkimuksen mukaan ihmisten suhde lääkkeisiin oli ristiriitainen ja muuttuva. Lääkkeiden käyttöön voi liittyä häpeän ja syyllisyyden tunteita. Masennuslääkitys ei lisää itsetuntemusta, vahvista itsetuntoa tai palauta elämänhallinnan tunnetta, vaan sen pelättiin aiheuttavan riippuvuutta, muuttavan persoonallisuutta ja aiheuttavan oman kehon hallinnan menettämisen. Lääkkeillä koettiin olevan runsaasti haittavaikutuksia. Lääkkeet eivät ratkaisseet kokemuksellisen olemisen ristiriitaisuuksia, mutta auttoivat kestäämään elämäntilannetta ja helpottavat arjesta selviytymistä.

Tässä tutkimuksessa lääkkeisiin suhtautumisessa ihmiset voidaan jakaa yhtäältä niihin, jotka olivat ehdottomasti lääkkeitä vastaan, toiseksi niihin, jotka suhtautuivat lääkkeisiin ristiriitaisesti ja kolmanneksi niihin, jotka kokivat lääkkeitä tarpeellisiksi toipumisessaan. Kaisa Laurin (2004, 44, 53) tutkimuksessa kuntoutujat pitivät lääkkeitä keskeisenä tekijänä kuntoutumisessaan silloin, kun lääke oli sopiva. Se helpotti kärsimystä, auttoi unihäiriöissä ja arjen selviytymisessä. Mutta silloin, kun lääkitys oli sopimatonta, se koettiin myrkyksi, joka lamaannutti, lisäsi kärsimyksiä ja pelkoa selviytymättömyydestä. Tässä tutkimuksessa ristiriitainen suhtautuminen lääkkeisiin tarkoitti sitä, että niillä koettiin olevan sekä myönteisiä että kielteisiä vaikutuksia. Toisaalta lääkkeitä haluttiin välttää tai niiden tehoon ei uskottu, mutta kuitenkin lääkitys aloitettiin. Jotkut kokivat lääkkeiden tasoittavan mielialaa liiaksikin.

*Liisa: Että mä en tiiä johtuuko se tuosta lääkityksestä vai mistä, mutta mä oon jotenki semmonen vaan, että mä vaan oon.*

*Aune: Mä olin kauheen vastaan, mä aattelin, että en ala mitään möm-möjä syömään. Mutta mä olen nukkunut niillä kauheen hyvin. [--] Mä en kauheesti itke enkä hermostu. Kun sattuu jotain, niin mä en enää hermostu, että mä olen paljon tyyneempi.*

Masennuksen lääkehoito on melko yleistä ja sitä tarjottiin poikkeuksetta tutkimukseni ihmisille keskustelukäyntien lisäksi. Eräs haastateltavistani kertoi saaneensa lääkitystä ja kokikin sen saadessaan tärkeäksi. Kuitenkin elämäntilanne alkoi terapiassa melko nopeasti helpottua ja lääkkeitä

unohtuivat, ennen kuin ne ehtivät vaikuttaakaan. Toisessa tapauksessa lääkkeet korvasivat keskustelukäyntejä. Hän ajatteli varsinaisesti hyödyn tulleen lääkkeistä, sillä keskustelukäynnit toteutuivat liian harvakseltaan tukeakseen kuntoutumista.

*Ilpo: Siinä sitten kuitenkin tais parin pillerin jälkeen unohtuakki pariksi päiväksi ja sitte taas muisti. Niin mie aattelin, että jos nuita ei kerran muista ottaa, niin ei niitä taia tarvita.*

*Timo: Mä jotenki koin, että tuonne kotiakko mä meen noita pillereitä syömään? [–] Kyllä mä sen ainaki nyt ko mietin sitä, niin kyllä mä siinä alkuvaiheessa oisin kokenu, että tarvinnu ja halunnu, mutta sitten mää tyydyin siihen, mitä sanovat niitä aikoja sitten. [–] En mä voi sille antaa mitään muuta selitystä, ko että se lääkitys tavallaan autto siinä. [–] Kyllä mä nään, että mulla hävis se kela. Ei se voi mikään muu, koska siinä ei niin paljoa kumminkaan ollu sitä terapiakäyntiäkään. Ja sitten sitä, että jos tämmöset keskustelut voi tavallaan tämmösiin auttaa paranemaan, niin oisin kokenu, että ois pitäny ollu enemmän. Mutta sitä lääkettä kumminki otin säännöllisesti ja aloin luottamaan siihen muutokseen.*

Monet kertoivat lääkkeestä olevan hyötyä. Vaikeaan oloon haluttiin helpotusta ja usein haluttiin käyttää kaikki mahdolliset keinot, mistä helpotusta voi saada. Lääke vei liiallisen herkkyyden, joka puolestaan auttoi käymään asioita läpi. Lääkitys helpotti oloa, auttoi unettomuuteen ja jaksamaan arjessa. Lääkkeiden käytöstä saattoi myös muodostua osa normaalia elämäntapaa. Eräs tutkimukseni ihmisistä kertoi vuodenaikojen vaihtelun vaikuttavan mielialoihin ja oli tottunut aloittamaan lääkityksen joka syksy.

*Liisa: Mulla on olemassa varmasti niinkö jonkuasteista semmosta kaamosmasennusta, että mä oon syöny syksysin niinkö, että mä oon syöny vaan kolme kuukautta sitä Seroniliä ja moon päässy sillä sitten niinkö. Niin, että ne on ne pimeimmät kuukaudet.*

Lääkkeisiin suhtauduttiin tässä tutkimuksessa myös hyvin kielteisesti. Niihin suhtauduttiin helppona ratkaisuna, joka ei auttanut todellisten ongelmien selvittämisessä. Lääkkeisiin liittyi myös pelkoja niiden haittavaikutuksista ja toisaalta niitä verrattiin humalatilaa. Lääkitys oli eräässä tapauksessa este henkilön työssäkäymiseen, sillä työtä ei voinut tehdä lääkkeiden vaikutuksen alaisena. Tällöin puhe lääkityksen aloittamisesta oli saanut ihmisen vetäytymään hoitokontaktista. Lääkkeet koettiin myös leimaavina ja niiden ottaminen merkitsi sitä, että on vakavasti psyykkisesti sairas. Lääkkeet ovat usein kalliita, eikä niitä sen vuoksi haluttu käyttää.

*Elsa: Enkä alota, kuule mä oon nähny työkavereitani, jotka menee kieli pitkällä ja leuka roikkuu. Sehän on helppo. Saadaan hiljaseks. Niitähän ne oli tyrkyttämässä. Mitä helvettiä mä rupeen turruttamaan itseäni, mulla on vaikea elämäntilanne. Mä haluan elää sen.*

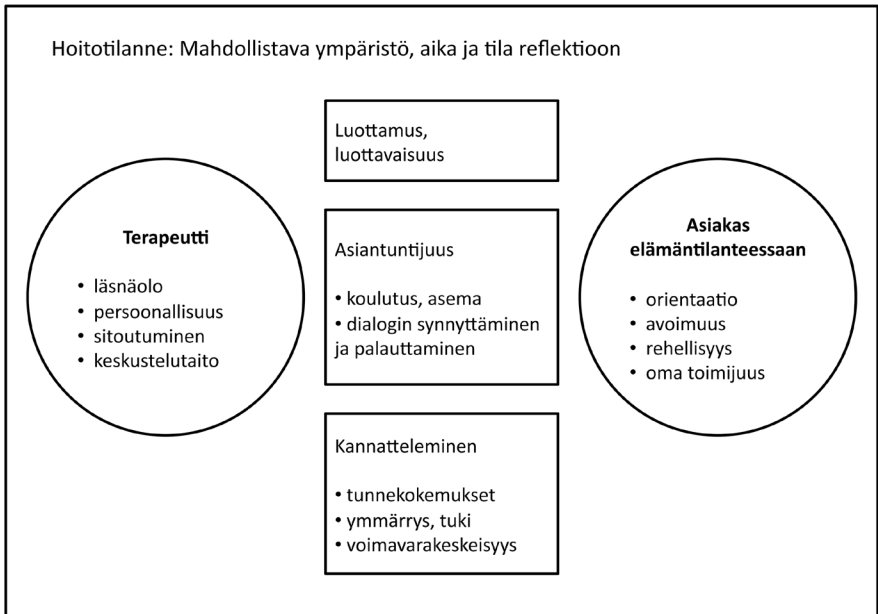
*Liisa: Tietenki lääkkeisiinkin tulee, ko niitä syö kauan, niin tavallaan kehoki tottuu, että en mä enää varmaan ees tiää, minkälainen on ihan semmonen selvä olo.*

*Timo: Mä aattelin, mutta että ei niillä ... tai sitten, että en mä hullu oo, jotenki tämmönen.*

Oleellista lääkeshoidon kohdalla oli se, että ihminen pystyi itse päättämään aloittaako lääkitystä. Monet lopettivat lääkityksen, kun kokivat, ettei siitä ollut hyötyä tai lääkkeellä koettiin olleen sivuvaikutuksia. Ihmisillä oli mahdollisuus viime kädessä päättää lääkityksen aloittamisesta ja lopettamisesta itse. Tässä suhteessa palveluiden toimintakäytännöissä on eroja. On myös käytäntöjä, joissa masennuslääkkeen kokeilu on edellytys terapiaan pääsyyn julkisessa organisaatiossa.

Narratiivisen terapian tarkoitus on löytää uudenlainen kertomus. Ongelmien kyllästämiä kertomusten sisältämistä aineksista etsitään uudenlaisia avauksia, poikkeuksia ja erilaisia mahdollisia juonen kulkuja. Vallitsevien ongelmakertomusten taustalle jääneitä, niistä poikkeavia kertomuksia pyritään rikastamaan ja vahvistamaan. Tämä edellyttää hoi-

totilanteilta sitä, että ihmisillä on aikaa ja tilaa reflektoida elämäntilanteitaan. Useimmat tutkimukseni ihmiset kokivat hoitoon lähtemisen mahdollisuutena muutokseen. Tarkoitan mahdollistavalla ympäristöllä tilaa, jossa ihminen rohkenee pohtia elämäntilannettaan ja kokee tulevansa arvostetuksi ja hyväksytyksi (kuvio 3). Hoidon merkityksellisyys syntyy terapeutin suhteen pohjalta. Sen kulmakivinä ovat luottamus ja luottavaisuus, työntekijän asiantuntijuus ja suhteen kannattelevuus. Terapiasuhteeseen vaikuttavat sekä terapeutin että asiakkaan tapa olla tilanteessa. Terapeutin sitoutuneisuus ja läsnäolo loivat pohjaa luottamuksen ja luottavaisuuden syntymiseen. Paitsi terapeutin keskustelutaito ja persoonallisuus, myös asiakkaan orientoituminen, avoimuus ja rehellisyys olivat merkityksellisiä vuorovaikutussuhteen muotoutumisessa. Irma Rantalan (2000) kuvaus terapiasta tanssina on osuva. Se edellyttää vastavuoroisuutta ja yhteistä säveltä.



KUVIO 3. Hoitotilanteiden merkitykselliset tekijät.

Työntekijän asiantuntijuus kulminoitui sallivan ja turvallisen keskusteluilmapiirin luomiseen, dialogin synnyttämiseen sekä asiakkaan ja työntekijän välille että asiakkaan ja hänen sosiaalisen verkostonsa välille. Terapiassa koetut merkitykselliset kokemukset liittyivät vahvasti tunteisiin. Jaakko Seikkula ja David Trimble (2005, 467, 473) korostavat tunnekokemusten jakamista. Heidän mukaansa kuntoutumisen prosessin käännekohtat ovat niitä tapahtumia, jotka sisältävät vahvoja, yhdessä jaettuja tunnekokemuksia. Tunnekokemukset liittyvät asiakkaiden ja heidän läheistensä välisiin kohtaamisiin, mutta myös asiakkaiden ja terapeuttien välisiin kohtaamisiin.

Haastattelemieni ihmisten kertomuksissa korostui kokemus kuulluksi ja nähdyksi tulemisesta, hyväksynnän ja tuen saamisesta. Merkityksellisiä kokemuksia ei ollut aina helppo sanoittaa, vaan ne olivat usein tunnetason kokemuksia siitä, että oli tullut ymmärretyksi. Kyse oli Lauri Rauhalan (2009, 68–69) tarkoittamasta psyykkisestä kokemuksesta, joka toimii ilman kieltä ja käsitteitä elämyksellisesti. Se on eräänlaista virittyneisyyttä, kuten ahdistusta, pelkoja ja onnellisuutta, jota elämäntilanteet herättävät. Ymmärtääkseen tilannettaan ihminen tarvitsee henkistä toimintaa, jonka avulla on mahdollista eritellä ja kuvata kokemuksiaan. (ks. Perttula 2008, 117–118.) Tutkimukseni pohjalta näyttää siltä, että ollakseen merkityksellistä terapian tulee sisältää sekä psyykkisiä että henkisiä kokemuksia. Terapian tulee jollakin tapaa koskettaa ihmisen todellisuutta. Kosketetuksi tuleminen avaa ihmisen yhteistyöhön.

### 5.1.3 Hoitotilanteissa koetut ongelmat

Tutkimukseni ihmisten kertomukset hoitoprosesseistaan olivat monipolvisia. Kertomukset koostuivat sekä ihmisiä ehyttävistä että ristiriitaisista tai ongelmallisista kokemuksista. Osa koki hoitoprosessin kokonaisuudessaan onnistuneeksi, vaikka se sisälsikin episodeja, jotka tuottivat säröjä kohtaamisiin. Jotkut taas kokivat prosessin tuloksiltaan laimeiksi, vaikka joitakin merkityksellisiä kokemuksia prosessiin sisältyikin, ja kolme haastateltavaani suhtautui hoitoonsa voittopuolisesti kriittisesti. Kielteiset kokemukset saattoivat liittyä vain joidenkin terapeuttien kohtaamisiin – joskus vain yksittäisiin tilanteisiin.

Moninaisuutta hoitoprosesseihin toi myös se, että ihmiset olivat tavanneet useita eri terapeutteja. Kolmella asiakkaalla oli aiempia hoitokontakteja useiden vuosien takaa. Monet olivat kohdanneet ensin kriisiryhmän työntekijät tultuaan asiakkaaksi mielenterveyspalveluihin. Kriisiryhmästä puolestaan ihmiset ohjattiin tutkimushankkeeseen, jolloin terapiaa jatkui eri työntekijöiden toimesta. Tutkimushankkeeseen sisältyi psykiatrian erikoislääkärin tekemä haastattelu, jonka tarkoitus oli varmistaa masennusdiagnoosi. Hän ei osallistunut muutoin tutkimukseen eikä siihen osallistuneiden ihmisten hoitoon. Lisäksi hankkeeseen sisältyi tutkimushaastatteluja, joista ensimmäinen toteutettiin heti tutkimuksen alkuvaiheessa ja sen jälkeen puolivuositain. Seurantatutkimukset jatkuivat yhden vuoden päähän hoidon loppumisesta. Nämä toteutti aina sama henkilö. (Seikkula 2005.) Veijo totesi hoidostaan, että *mullahan on ollu näitä palavereja niin paljon, että en kohta itekkään tiää, että mitä mulla on*. Tämän tutkimuksen haastatteluhetkellä useilla oli toteutunut varsinaisen terapian lisäksi vähintään kaksi laajempaan tutkimushankkeeseen liittyvää seurantahaastattelua ja psykiatrin toteuttama diagnoisoiva haastattelu.

Analysini on edelleen temaattista ja luokittelevaa. Tarkoitukseni on tavoittaa niitä kokemuksia, jotka ovat olleet ihmisten kuntoutumisen prosesseissa pulmallisia. Näin ollen ei niinkään ole merkityksellistä, että kokemukset ovat syntyneet eri henkilöiden kanssa. Tavoitteeni on saada ymmärrystä siihen, mistä kaikesta voi olla kyse, kun ihmisten hoitokontaktit hiipuvat tai katkeavat. Kysyin haastattelemiltani ihmisiltä, mikä ei ole ollut tueksi, mikä on ollut prosessissa haitaksi ja mitä prosessista on puuttunut.

Hoitoprosessien ongelmakohdat liittyivät tutkimuksessani terapeuttisen yhteistyösuhteen muodostumiseen, terapeutin ja asiakkaan persoonallisuuksien väliseen dynamiikkaan (ks. Norcross 2002, 4–6; Rautiainen & Seikkula 2009, 53), terapiakeskustelujen sisältöihin sekä toimintatapoihin. Yhteistyösuhteen muodostumisen ongelmat paikantuivat terapiaan liittyviin odotuksiin, terapiatilanteessa syntyneeseen vuorovaikutukseen ja kokemuksiin kohtaamattomuudesta. Seikkulan ja Trimblen (2005, 468) mukaan ihmiset ovat ”emotionaalisesti latautuneita” tullessaan vaikeiden elämäntilanteidensa vuoksi mielenterveys-



palveluihin. Tutkimukseni ihmisten odotukset hoitoa kohtaan liittyivät siihen, että heidän tilanteensa selkiytyisi ja olotila helpottuisi. Odotukset olivat syntyneet myös kulttuurisista käsityksistä siitä, mistä masennuksessa on kyse ja miten sitä hoidetaan. Esimerkiksi Vesalla oli käsitys, että masennus johtuu lapsuuden traumaattisista kokemuksista ja hän odotti, että voisi hoidossa käsitellä lapsuuttaan. Hänellä oli mielikuva hoidosta, jossa käydään useita kertoja viikossa. Käsitys liittyy median välittämään kuvaan, jossa terapia esitetään usein psykodynaamiseen perinteesen kuuluvana intensiivisenä psykoterapiana. Tämä ei kuitenkaan Vesan kohdalla toteutunut ja pidempi hoitosuhde jäi syntymättä. Toteutumaton hoito muodosti uhkakuvan tulevaisuuteen, sillä hän ennakoiki masennusjakson uusiutuvan ja uusiutuessaan pahenevan.

*Vesa: Ja just niinkö nuorempana, vaikka ne on ollu semmosia masiksia ja morkkiksia, niin sitä on tosiaan vaan purru hammasta ja että kyllä se siitä, ja että pari alkkaripäivää ja kyllä se siitä. Nyt tuota... jotenki tuntuu, että ei enää sitäkään jaksa, aina uudestaan lähtiä sieltä mudasta liikkeelle. Haluais niinkö semmosen niinkö pysyvemmän muutoksen. [--] Jotenki mie jossain vaiheessa ymmärsin, että ne ois niinkö sitten sitä terapiaa, tämmöstä yksilöterapiaa, missä käyään. Sehän on tosi intensiivistä, siinähän käyään monta kerta viikossa. [--] Tuota... se niinkö... kyllä mie sen... ja just on tätä masennusta ja tämmöstä, niin siitä ottanu selvääki tietenki sillain, että kyllä varmasti niinkö arjesta tällä hetkellä selviän, mutta tietenki se, että ko sillä nyt on ollu tapana uusiutua sillä masennuksella, vielä mennä syvemmälle, niin niin ehkä se niinkö.*

Vesa totesi hänen kohdallaan toteutuneesta hoidosta, että *oonhan minä aina välillä käynykeki siellä, mutta... en nyt oo oikeestaan niin... siitä nyt ei... se ei ollu semmosta niinkö terapiaa itte asiassa... tai en tiiä, miten se... niin... et sillai semmosia. [--] Ehkä tosiaan niinkö semmonen tunne on, että siinä on niinkö liikaa tätä nykytilannetta. Aineistolainauksesta voi päätellä, ettei toteutunut kontakti ollut vastannut lainkaan Vesan käsitystä siitä, mitä hoidossa tapahtuu ja mikä olisi ollut hänelle tueksi.*

Odopus tilanteen helpottumisesta tarkoitti uudenlaista ymmärrystä,

näkökulmia, oivalluksia, uudenlaisten kertomusten rakentumista. Haastateltavistani viisi koki, ettei hoitoprosessista ollut hyötyä ja kolme kertoi, että tapaamiset olivat olleet aluksi merkityksellisiä, mutta muutaman käynnin jälkeen ne menettivät merkityksensä (ks. Rautiainen & Seikkula 2009, 53). Kun ihmisten kertomukset eivät lähteneet rakentumaan toisenlaisiksi, keskustelut koettiin turhauttaviksi.

*Esa: Mää koin, että ei siitä ole semmosta sitä vastaavaa hyötyä, että se menee siltä osin kokonaan aikaa hukkaan. [--] Mä sanoisin silleen, että siinä ei tule oikeestaan mitään uutta. [--] Mää en siis yhtään tiedä, mihin se perustuu tämä terapia, mitä siinä tapahtuu. Mun mielestä siinä ei tapahtunu mitään. Ei mitään semmosta rakentavaa, että sitä olis kannattanu sitten jatkaa.*

*Timo: No emännän kans me koettiin joskus sillain, että käytiin... se tuntu vähän väkinäiseltä. Se tuntu, että ei niinkun keksitä enää, että oli niinkun kaikki käyty läpi, niin se tuntu vähän turhaltakin sitten.*

*Antero: Ei sitte enää jaksanu kiinnostua enää siitä parisuhdeterapiasta. Ja se lopetettiin, ko ei löytyny enää oikein... Siihen se sitten katkesi.*

Terapian vaikuttavuuden kulminoituessa vuorovaikutussuhteen laatuun myös terapiassa koetut ongelmat liittyivät siihen. Vuorovaikutussuhde tulee nähdä muuttavana. Yhteistyö voi sisältää vaiheita, joissa vuorovaikutus voi säröillä tai olla uhattuna. Terapiasuhte on, kuten muutkin ihmissuhteet, avoin väärinkäsityksille tai toteutumattomille odotuksille. Adam Horvath ja Robinder Bedi (2002, 60) näkevät hoitosuhteen katkeamisen liittyvän useimmiten terapeutin yhteistyösuhteen ongelmiin. Heidän mukaansa suhteen syntymisen kannalta terapian alkuvaihe on kriittisin. Ellei yhteistyösuhde ole syntynyt viiden ensimmäisen tapaamisen aikana, terapiasuhte on vaarassa katketa. Timo ei alkuvaiheessa saanut odottamaansa tukea, jolloin hän etsi tukea omista sosiaalisista verkostoistaan.

*Timo: Siinä varhasessa vaiheessa ois ollu varmaan sitä enemmän. Et ois kokenu, että ois antanu jonku lapun kotia, että jos tuntuu pahalta, niin soita tähän numeroon. Et mulla ois ollu tällöinen mahdollisuus. Ajatellaan jotaki tommosta... jos mulla ei ois ollu niitä kavereita, mä oisin ollu yksin. Sama homma voi olla mahdollisesti jollaki. Tiesi sen mun taustan. Sen oisin kokenu, että mulla olis ollu siinä alussa ainaki, koska ne on aika synkkiä ne ajatukset itellä. Sitten nää itsetuhokset ajatukset. Kumminki että mä, mä sanon, en tulis ittelleni tekemään, mutta mä suunnittelin semmosia... kumminki. Mä en vois läheisiä jättää semmoseen.*

Kaaoksesta ulos pääseminen edellyttää, että ihmisen on mahdollista kertoa kertomuksensa niin, että hän kokee tullessa kuulluksi. Päinvästainen kokemus saa ihmisen vetäytymään. Kun kaaostarinaa kieltäydytään kuulemasta, tullaan samalla kieltäneeksi ihminen tarinan kertojana. (Frank 1995, 109–110.) Jukka Valkosen (2007, 103) tutkimuksessa vuorovaikutuksen ongelmat liittyivät useimmiten yksittäisiin tilanteisiin, jotka oli jollakin tapaa saatu selvitettyiksi. Näin tapahtui myös tässä tutkimuksessa. Ainoastaan yhden henkilön kohdalla loukkaantumisen kokemukset värittivät koko käytyä terapiaprosessia. Ihminen koki jääneensä kuulematta ja jätetyksi yksin terapiatilanteissa. Ihminen arveli omalla olemuksellaan olleen merkitystä ja koki, ettei hänen ulkokuorensa taakse nähty.

*Else: No mä kyllä lähin siinä, että mua ois tuettu siinä vaiheessa ja enemmän kuunneltu, koska minä selvästi huomasin, että minua ei kuunneltu. Mä jäin osassa asioista kuulematta. [–] Mä en itke, mä en osaa olla resukka. Mun pitäis ulvoa täällä aina parit kolmekymmenet nenäliinat, ulvoa täällä ja vaatia niitä psyykelääkkeitä ja muuta.*

Eräät haastateltavistani puhuivat soveltumattomista henkilökemioista tai eri aaltopituuksilla olemisesta työntekijän kanssa. Masennuksen keskellä ihmisen elämä kapeutuu ja muuttuu näköalattomaksi. Ihminen alkaa käydä elämästään sisäistä monologia, jossa elämän moniäänisyys katoaa. Hoidon tavoitteena on elämän moninaisuuden löytäminen uudelleen ja

erilaisten tulkinnan mahdollisuuksien etsiminen. Eija-Liisa Rautiainen ja Jaakko Seikkula (2007, 215) kirjoittavat elämän luonnollisen polyfonisuuden herättämisestä. Tämä voi tapahtua luomalla sellaisia vuorovaikutustilanteita, joissa ihminen tulee kuulluksi ja kohdatuksi. Näin ei kuitenkaan tutkimukseni ihmisten kohdalla aina tapahtunut. Dialogi ei toteutunut ja nähtävästi työntekijät ja haastateltavani puhuivat tilanteissa omia monologejaan. Yhteistä kieltä tai ymmärrystä ei syntynyt.

*Topi: Nyttēn mitā mää sanon, minā en tarkoita ketään moittiakseni enkā sillai arvostellakseni, mutta jostain syystā joittenkin ihmisten kanssa on niinku kommunikointi hankalampaa, se on ihan luonnollista. Mää en oikeen päässy niinku samoille aaltopituuksille niinku ajatusmaailmassa tämän [mainitsee työntekijän nimen, M.R.] kans. En tiiā sitte, olen miettiny ite mielessāni paljonkin. Onko mulla henkilökohtaisesti, joku semmonen patoutuma. Vaikka yleensā näissä tapaamisissa on, että mieshoitaja hoitaa miespotilasta, mutta onko mulla vastaan joku patoutuma, että on vaikeampi vielä miehelle puhua. Joka tuntuu kyllā vähän nurinkuriselta. [––] Kuitenkaan en usko ihan täysin, enkā ymmärrā.*

*Vesa: Ehkā meillä ei nyt niin se kemia aina aivan parhaalla mahdollisella tavalla menny yksin. [––] Mutta ei mitenkään huonostikkaan, mutta ehkā nyt ei sillain aivan... että mie haluan nyt tuon kaverin kans jutella tästä enemmän.*

*Marjo: Tavotatko eroa, mikä siinä oli. Tää on kauheen kiinnostava kysymys, miten jonku kans lähtee ja jonku kans...*

*Vesa: Niin, en tiiā. Taas seki saatto olla, että [mainitsee mielenterveys-toimiston työntekijän nimen, M.R.] oli mies ja [mainitsee a-klinikan työntekijän nimen, M.R.] oli nainen. Saattaa olla, että ehkā sitä saattaa naiselle enemmän ku miehelle puhua ja taas toisinpäin. En tiiā.*

*Else: Ja siks toiseks, sanotaanko, että meillä ei varmaan työntekijän kans pelannu henkilökemiat. Koska se, ko mä sanoin, että mä en tuu enää, niin hän otti puheeksi, että mä oon semmonen persoona. Kato, niin... ja niinkun näät, mun persoona ei sovi kaikille.*

Kun terapiassa keskeisenä vaikuttavana tekijänä koettiin olevan työntekijän aktiivisuus keskustelun ohjaamisessa, päinvastainen toimintatapa herätti kielteisiä kokemuksia. Työntekijän hiljaisuus koettiin kiusallisena, huvittavana ja turhauttavana. Myös Jukka Valkonen (2007, 101) toteaa tutkimuksessaan joidenkin haastateltaviensa vierastaneen toimintatapaa, jossa asiakkaalla on keskeisesti vastuu keskustelun etenemisestä. Dialogisuus edellyttää kummankin osapuolen osallistumista. Eräs haastateltavani koki epävarmuutta siitä, tuliko puhuneeksi oikeita asioita, kun terapeutti ei ohjannut keskustelua. Uusien näkökulmien koettiin syntyvän juuri uudenlaisista kysymyksistä ja keskustelujen ohjaamisesta totutuista irtautuviin ymmärtämisen tapoihin.

*Antero: Ko minäki alan selvittämään, niin minähän... ko toinen ei ota mitään kantaa, eikä kysy mitään, niin minähän puhun sitten, en jaksa olla hiljaa. Tuota... minä sen sitte taas koen, ko minä lähen pois, että se meni niinko hukkaan molempien, tai en minä niinko omaa aikaa, mutta se toisen aika.*

*Juho: Kyllä mua vähän nauratti suorastaan, mutta enhän mä voinu nauraa tietenkään. Mutta tuli just kaikki psykiatria jutut mieleen, että kun ne on vähän toisessa maailmassa. [--] Minusta se tuota niin, se antaa semmosen positiivisen kuvan siitä psykologista, kun se ei tuumaile, vaan sanoo. Eikä rupia ittiä naurattamaan. Silloin karkaa ajatukset muualle kyllä. [--] Kun se alkoi tuumaileen, niin mäkin sitten leijailin ihan missä sattuu.*

Tyytymättömyys hoitoon liittyi tutkimuksessani joidenkin kohdalla keskustelujen aiheisiin. Kokemus oli, että puhuttiin vääristä asioista, vältettiin vaikeiden asioiden puheeksi ottamista tai että jokin itselle tärkeä asia ohitettiin. Ihmisten kokemusten mukaan työntekijöillä saattoi olla erilainen käsitys itse ongelmasta. Erityisesti tämä tuli esiin alkoholin kohdalla. Ihmisen omasta näkökulmasta alkoholi ei ollut itselle ongelma, mutta työntekijä piti sitä merkityksellisenä ja näki tarpeelliseksi pyytää hoitoon mukaan sen alan asiantuntijoita. Michael White ja David Epston (1990, 29) huomauttavat, että terapia voi helposti olla sosiaalista kontrollia. Ku-

ten Jukka Valkonen (2007, 123) toteaa, ihmisillä on omia tulkintojaan ongelmien taustoista. Mikäli keskustelu ei vastannut odotuksia, ihminen koki, ettei terapiassa puhuta oikeista asioista. Itselle tärkeän asian ohittaminen oli ihmisen itsensä ohittamista.

*Else: Jos parisuhteessa aletaan pöyhiin sata vuotta vanhoja juttuja, mä en jaksanu. Siis se... mä olin niin maassa, että mä oisin tarvinnu nos-tetta, enkä minkään vanhan paskan pöyhimistä. Niin. [--] Mä oisin halunnu, että mä oisin saanu sillain, no sanotaanko sillain synnin päästöä siitä, että en mä niin hirveen typerästi ole käyttäytyny, kun mä oon paahtanu ku puolihullu. Just niin. Mä oisin halunnu sillain, että siihen ois keskitytty enemmän. Niin ja kysytty, että miten sä oikeesti voit. [--] En mä mee enää. Kato ku mä oon käyttäny alkoholia hirveen runsaasti niitten mielestä. Mä oon suurkuluttaja, huom. ollu. Se on ainoo, mihin siellä takerrutaan. Jauhaa, että pitää a-klinikan väki kutsua. Mä sanoin, että ei tarvi. Niin. Koska en mä oo niin tyhmä.*

*Topi: Masennuksen kautta vai iän myötä, mutta mullahan on ollu oikeestaan aika pitkän aikaa sukupuolinen halu lähes pois. Että se on ollu hyvin vähissä, joka tietenki vaikuttaa parisuhteessa hyvin paljon. Se on asia, johon ei ole oikeestaan koskaan missään hoitovaiheessa sen kummemmin paneuduttu. On kysytty vain, että haluanko Viagra-reseptin vai en, mutta se ei minun mielestä ole mikään oikea ratkaisu.*

Arthur Frank (1995, 5) kritisoi lääketieteellisen tarinan määräävyyttä, sillä sen perusteella muut tarinat määrittyvät tosiksi ja epätosiksi. Myös tässä tutkimuksessa toiset kokivat lääketieteellisen määrittelyn itselleen yllätyksellisenä ja jopa vieraana. Palveluissa ihmisen arkikokemukset kääntyivät diagnooseiksi; niistä tuli sairauden syitä ja seurauksia sekä todisteita sairauden olemassaolosta. Michele Crossleyn (2000b, 113) mukaan diagnoosit eivät ole pelkästään neutraaleja tai kuvailevia, vaan ne konstruoivat todellisuutta. David Karp (1996, 65) kuvaa diagnoosia kaksiteräisenä miekkana. Toisaalta diagnoosi tuo ymmärrystä ja käsitteitä kuvaamaan omaa tilaa sekä luo toiveita siitä, että sille olisi jotain tehtävissä. Toisaalta diagnoosi merkitsee kategorisoimista epäarvostettuun

ja leimaavaan luokkaan. Asiantuntijoilla on valta määritellä ihmisen tilanne, jolloin asiakkaan ääni näyttää helposti hukkuvan. Dialogisuus ja tasa-arvo palveluiden käyttäjän ja tarjoajan välillä on tavoite, mutta käytännön moninaisissa tilanteissa se näyttää helposti särkyvän. Hoitoon liittyvät työntekijän uskomukset alkavat ohjata ihmisen käsitystä siitä, mitä hänelle tapahtuu ja miten kuntoutuminen etenee. Terapeutin tarinasta tulee määräävä.

Meeri: *Se tuntu kauhean raskaalta seki [diagnoosi, M.R.] kuulla, että onko se juuri tosi. Kyllä mie pystyin toimimaan kuitenkin. Kyllähän mie itkin.*

Antero: *No sano se [mainitsee hoitajan nimen, M.R.], että hällä on yks potilas 7 vuotta ollu, että se kestää kauan.*

Marjo: *Niinkö sulle sanottiin?*

Antero: *Niin sano, että siitä ei välttämättä pääse heti eroon. Joko siitä pääsee heti tai sitte se kestää. Ja alussa mullahan oli hirvee kiire töihin. Mähän syyskuun alussa ko mulla loppu sairasloma ja oli maanantaina yhöksältä aika, niin mullahan oli kotona työvaatteet oottamassa, että ko mä käyn täällä, niin mä lähen tästä töihin. Mä olin ilmottanu jo työnantajalle.*

Marjo: *No mitä tapahtu?*

Antero: *Mitä muuta ko kolme kuukautta lissää sairaslomaa.*

Kielteiset kokemukset liittyivät myös toimintatapoihin. Standardikysymykset voivat tuoda tunteen standardikohtaamisesta luoden etäisyyttä palveluiden käyttäjän ja tarjoajan välille. Eräs haastateltavani kertoi kokemuksesta, jossa tilannetta pyrittiin ohjaamaan työelämästä tutuksi tullein menetelmin. Rutiinimenetelmät loivat tunteen rutiinikohtaamisesta, kuten Vesän seuraavasta aineistokohdasta ilmenee. Aune puolestaan kertoi kulttuurisista mallitarinoista, joita masennuksen hoidosta kerrotaan. Tineke Abma (1999, 171, 183–184) kirjoittaa standarditarinoista, joilla hän tarkoittaa ammattilaisten yhä uudelleen kertomia samoja tarinoita, jotka tuottavat jatkuvuutta ammatillisiin käytäntöihin. Professionaaliset selitykset ovat usein yleistyksiä. Ne selittävät, mikä on yleistä tietyissä sairaudes-

sa, mutta eivät tavoita vaihtelua ryhmän sisällä. Rutiiniratkaisujen taustalla on vallitsevaksi kertomukseksi vakiintunut professionaalinen määräitys.

Vesa: *Just sitä, että näitä juttuja mitä on, just näitä... kuvittele viiden vuoden eteenpäin jutut. Oikeestaan niitä käydään kaikissa näissä, kaikissa näissä nykyään ko on näitä tiimityöskentely ja vastaavia... [--] Niin siellä käydään periaatteessa nämä samat jutut. Just, että mietitään näitä tulevaisuuden näkymiä ja nykyhetkeä sun muuta.*

Aune: *Ehkä mä olen vaan yrittäny päästä tästä äitisuhteesta eroon. Jotenkin mä kans aattelin sen, niinku se [mainitsee lääkärin nimen, M.R.] sanoi, että monet sitten tuolla sairausvuoteella, kuolinvuoteella rupeaa sitten pohtimaan niitä ja rupeavat selvittämään. Mutta se on usein jo niin myöhästä, että se on vaikea kattellakki, että se kannattais ennemmin järjestää pois. Ja mä olen yrittäny sitä, että mä järjestäisin sen mielestä pois. Mä pääsisin pois siitä lastista, ja saisin itteni eroon siitä äidistä. Että se ei tekisi kipeää.*

Hoitokontakti päättyi pahimmassa tapauksessa loukkaantumiseen. Esimerkiksi puhe resurseista koettiin sellaisena. Resurssipuhe on monologista. Se vaientaa toisen osapuolen, koska vain työntekijällä on tietoa niistä ja valta päättää, keille vähäisiä resursseja jaetaan (ks. Seikkula & Trimble 2005, 465). Loukkaantumisen kokemus syntyi myös pariterapiassa, jossa ihminen koki puheet itseään syyllistävinä ja työntekijöiden olleen puolueellisia. Terapiassa on aina lähellä vallan elementti, mikä uhkaa dialogisuuden toteutumista.

Taina: *Siinä tuli semmonen tunne, että ei halua niinku olla mikään resursien tuhlaaja, että kyllä mie varmaan pärjään itekki.*

Else: *Ois tullu kaikki mun töpit. Ne ois kaikki tuotu. Ne tuotiin jo osa. Kaikki mun töpit tuotiin.*

Myös palvelujärjestelmän toimintamallit tuottivat haasteita kuntoutumisen prosessiin. Eräs haastateltavani ei päässyt hoitoon lainkaan, sillä



työntekijät kokivat olevansa jäävejä yksilöterapeuteiksi aiempien kontaktien perusteella eikä muutakaan mahdollisuutta kyseiselle henkilölle tarjoutunut hänen asuinpaikkakunnallaan. Vaihtoehtona oli yksilöterapia Kelan osittain kustantamana, mutta tähän henkilöllä ei ollut varaa. Hoidon alun viivästyminen koettiin myös ongelmallisena. Liian harvaan toteutuneet käynnit synnyttivät kokemuksen yksin jäämisestä.

*Vesa: Niin vaimohan kävi silloin, niinkö ite kävin mielenterveystoimistossa toisen työntekijän luona, mikä sen nimi... Niin siinä taas he oli päähkäilyllä siltte, että meidän on vaikea alkaa pariterapiaan, ko molemmat on ollu, niinkö on ollu oma terapia. Potilassuhde... en tiiä sitten... se kuulosti, että ne ei sitten niinkö ois ollu oikeita henkilöitä omasta mielestä siihen pariterapiaan... ja... en tiiä. Tai siitä oli silloin puhetta siitä, että jos niinkö Kelan kautta siihen yksilöterapiaan. Mutta ko siinäki on se omavastuu kuitenkin. Että se on, taitaa olla tällä hetkellä 17 euroa ja siltte se on jossaki, että siihen vielä matkat päälle. Ei pysty, ei oo rahaa, tai semmisiin ei oo, että kuitenkin taloudellinen tilanne on sen verran tiukka.*

*Else: Mä oisin silloin tosiaan tarvinnu kerran viikkoon, eikä sitä parin kuukauden jonotusaikaa.*

Keskeisimmät puutteet, joita hoitoprosessissa koettiin olevan, liittyivät vertaistukeen, itsehoito-ohjeisiin ja käytännöllisen avun järjestämiseen. Ihmiset kokivat, että olisivat tarvinneet enemmän tietoa masennuksesta, sosiaaliturvasta ja kuntoutuksen vaihtoehtoista. Monet haastateltavistani kaipasivat vertaistukea, *jotaki tämmöstä tukiverkkohommaa* (Timo). Eräällä haastateltavistani oli kokemus mielialanhallintaryhmästä, jossa yksi keskeinen elementti on vertaistuki. Ryhmän kesto on määritelty selkeästi. Kyseinen henkilö olisi toivonut tapaamisten jatkuvan ja koki vertaistuen perheterapiaa tärkeämmäksi hoitomuodoksi. Vertaistukea toivottiin korvaamaan liian harvoiksi koettuja keskustelukäyntejä ja vertaisilta uskottiin saatavan arvokasta tietoa siitä, miten masennuksesta voi selviytyä.

Liisa: *Mä tässä hommassa kaipaisin semmosta vertaistukea, että semmonen ois hyvä. Musta tuntuu ittestä joskus, että mulle saattais olla se vertaistukiryhmä vielä tärkeämpi ennenkö tämä parisuhdeterapia.*

Timo: *Sitähän mä vähän niinku sanoin, että oisin toivonu siinä alkuvaiheessa. Niitä ei ollu niitä vertaisryhmiä tai mitään tämmösiä alkumassa, niin ei sillon ollu. Ei puhuttu. Ois voinu jotaki olla, ko aattelee. Aivan siinä alkuvaiheessa, että ois vaikka ollu joku semmonen avosysteemi ja ryhmä siellä. Ois jotaki juttua ollu.*

Saara: *Se olis ollu aivan mahtava kuulla jonkun muunlaisia kokemuksia, että miten se on selvinny.*

Kun ihminen pyrkii sairastumisen jälkeen ottamaan elämänsä hallintaan, hän tarvitsee tuekseen tietoa. Sairastuminen edellyttää usein arjen uudelleen jäsentämistä ja erityisesti elämän muutospohdat ovat vaihteita, joissa ihminen joutuu päivittämään tietojaan. Uuden tilanteen haltuun ottaminen on elämäntarinan koherenssin ylläpitämistä. Vastaava tulos saatiin Anna Scheyettin ja Erin McCarthyn (2006, 41) tutkimuksessa, jossa ihmiset pitivät tärkeänä itsehoitomenetelmien ja coping-taitojen saamista. Ihmiset puhuivat siitä, että on opittava elämään sairauden kanssa uudelleen. Myös tässä tutkimuksessa ihmiset kaipasivat selkeitä ohjeita, mitä he voisivat tehdä kuntoutuakseen.

Timo: *No siihen mä oisin ehkä joskus niinku kaivannu, että niillä olis ollu visioita enemmän, että mitä sulle tulee... et sitä kumminki sanottiin aina, että tää on pitempiaikainen ja tää ei niinku hetkessä, että ko se on niin pitkällä. Kyllä mä oikeestaan jos mieltii niitä käyntejä, niin kyllä siinä käytiin läpi sitä, että ko se on niin pitkällä ajalla tullu, niin että se ei aivan heti sormia napsauttamalla.*

Esa: *En mä sitten tiedä, ootinko mä liikaa niiltä, että ne antais jotain semmosia työkaluja, että siinäpä sulle, toimi näin ja näin. Mutta sieltä ei semmosta tullu.*

Ihmiset kokivat tarvitsevansa tietoa myös masennuksesta. Tiedon saaminen mielenterveyspalveluissa oli sattumanvaraista. Osa koki sitä saaneensa, osalla taas oli päinvastaisia kokemuksia. Kun tietoa ei saanut palveluista, ihmiset hakivat sitä itse läheisiltään, tuttaviltaan, internetistä ja kirjallisuudesta. Tiedon merkitys tuli selkeästi esiin aineistossani. Tieto vähensi sairauteen liittyvää mystiikkaa ja sen leimaavaa vaikutusta. Se loi myös toivoa siitä, että masennus on hoidettavissa. Tiedon puuttuminen taas kiihdytti eräissä tapauksessa masennuksen syvenemistä.

Saara: *Ja netistä kävin paljon hakeen, että minua kiinnosti, mikä se on ja mistä se tulee.*

Timo: *Sitten mulla oli jotaki kirjallisuutta, mitä ettin kirjastosta ja sisko toi sitten. Ne tuki tavallaan sitten, ettei se oo sen kummempi sairaus, ko mikään muukaan. [--] Tieto lisää semmosta turvallisuutta ja sitten rohkasua sitten siihen, että uskoo siihen, että siitä toipuu.*

Taina: *Seki oli mulle just semmonen, joka edesauttoi sitä romahdusta, että mie just ajattelin sitä, että mulla ei oo työpaikkaa ja mulla ei ole mitään mahdollisuutta elättää, jos lapset haluais lähteä minun kans ja näin. Että... ei mulla oikeastaan ollu näistä mitään käsitystä. Ja sitten menin tuonne... ja siitä asiasta tuli puhetta, niin ne sano, että varmasti on mahdollisuus saaha tukea. Ja sitte itte asiassa siellä kävi sosiaalityöntekijä minun tykönä ja... et siinä tavallaan niinkun... minusta se toimi oikeastaan aika hyvin. Siinä sitten annettiin semmosta konkreettista, että kyllä tämmösistä asioista selvittää. Että se talouspuoli ei ole niinku ensimmäinen huoli, että ko muuten vaan saat ittes kuntoon niin, kyllä näistä asioista selvittää ja näissä autetaan. Et se tuli vasta ehkä siinä vaiheessa. [--] Että ehkä sitä ei ois sitten ajautunu semmosiin syövereihin, jos ois ollu tietoa niistä vaihtoehtoista. Just semmosista, että kyllä sitä... että ei se siihen kaadu, että jos sulla nyt ei ole työpaikkaa, niin sitteki voi asua lasten kanssa.*

Sairaus koetaan, siitä kerrotaan ja siitä neuvotellaan (Mattingly 1998, 10).  
Terapia osoittautui tutkimuksessani tilaksi, jossa työntekijät ja asiakkaat

neuvottelivat sairauteen liittyvistä kokemuksista ja niihin liittyvistä tulkinnoista. Ihmisten omat tulkintarepertuaarit kohtasivat työntekijöiden tulkinnat, samoin kuin ihmisten odotukset hoidolta kohtasivat ammatilliset käytännöt. Vaikka tavoitteena oli dialogisuus, ei vastavuoroinen vuorovaikutus ja yhteisen ymmärryksen luominen aina onnistunut ja terapeutin allianssi jäi vajaaksi tai sitä ei syntynyt lainkaan. Erilaisissa arkisissa tilanteissa ja käytännöissä dialogisuus särkyi helposti. Kun vuorovaikutus ei tuottanut uutta, osapuolet jäivät puhumaan omaa monologejaan. Kun monologi oli tullut esitetyksi, kontakti katkesi.

Vuorovaikutus osoittautui tutkimuksessani asiakaskeskeisyyden, asiantuntijakeskeisyyden ja dialogisuuden keskinäiseksi vuorotteluksi (Mönkkönen 2002, 63). Tilanteissa pyrittiin toteuttamaan asiakaskeskeisyyden periaatetta, joissa asiakas itse on oman elämänsä paras asiantuntija. Kaarina Mönkkönen (mt., 56) toteaa tällöin olevan vaarana, että vuorovaikutus tapahtuu liiaksi toisen osapuolen ehdoilla, jolloin se ei tuo uutta ymmärrystä. Asiantuntijakeskeisyys taas on työntekijän asiantuntijuutta, joka helposti asettaa ihmisen oman tietämyksen asiantuntijanäkemysalustaksi. Dialogisuus puolestaan asettaa sekä työntekijän että asiakkaan tiedon samanarvoiseen asemaan. On kuitenkin mahdollista, että dialogisuutta tavoittelevassa vuorovaikutussuhteessa pyrkimyksistä huolimatta työntekijä tulee asettuneeksi auttajan positiossaan ihmisen yläpuolelle. (Mönkkönen mt., 53–59.) Tutkimukseni ihmiset myös asettivat työntekijöiden tiedon yläpuolelle, sillä toisinaan he odottivat saavansa terapeuteilta tietoa ja neuvoja arkeensa. Ihmisten hoitoprosessit eivät olleet vain yhdentyyppisiä, vaan erilaiset vuorovaikutusorientaatiot olivat dynaamisessa liikkeessä. Eri tilanteissa eri orientaatiot olivat vallitsevia. Hoitoprosessien etenemisen kannalta oli oleellista, että odotukset ja vuorovaikutuksen tavat kohtasivat.

## 5.2 Kuntoutus kuntoutumisen kertomuksissa

### 5.2.1 Kokemukset kuntoutustoimenpiteiden merkityksestä

Tarkastelen tässä luvussa kuntoutuksen merkityksiä haastattemieni ihmisten kertomuksissa. Analyysiä ohjaa kysymys siitä, mikä kuntoutuksessa on ollut kuntoutumista tukevaa ja mikä sen kannalta pulmallista.

Hoito ja kuntoutus ovat tavoitteiltaan ja menetelmiltään päällekkäisiä. Niitä on kuitenkin tarpeen jäsentää myös erikseen, jotta molemmat näkökulmat tulisivat otetuiksi huomioon (Anthony ym. 2002, 11–12; Koskikuu 2002, 145; Pylkkänen & Moilanen 2008, 168; Rissanen 2008, 673–677). Molemmissa tavoitellaan ihmisen parempaa selviytymistä ja integraatiota. Psykoterapia on hoitoa, mutta se voi olla myös kuntoutusta. Kela korvasi aiemmin psykoterapiaa harkinnanvaraisena kuntoutuksena, mutta 1.1.2011 lähtien Kelan kuntoutuspsykoterapia on ollut lakisääteistä. Kuntoutuspsykoterapian tavoite on turvata työelämässä pysyminen, sinne siirtyminen, työhön paluu tai opintojen edistyminen. (Kansaneläkelaitos 2011.) Kuntoutus ymmärretään kuitenkin tätä laajemmin. Se on toimintaa, jonka avulla pyritään tukemaan ihmisten elämäntilannetta ja selviytymistä tilanteissa, joissa heidän elämäntilanteensa ja integraationsa sosiaaliseen yhteisöön ovat mielenterveysongelmien vuoksi uhattuina tai heikentyneet (Riikonen ym. 1996, 21). Kuntoutuksen keskeisimpiä osa-alueita ovat asuminen, toimeentulo, asioiminen, työssä käyminen, opiskelu, oppiminen, liikkuminen, osallistuminen ja toisten ihmisten kanssa vuorovaikutuksessa olemisen (Järvikoski & Karjalainen 2008, 81; Koukkari 2010, 18). Kuntoutuksen tavoitteet ulottuvat arjesta selviytymiseen ja omien tulevaisuuden näkökulmien rikastamiseen, ei yksin työelämään pääsemiseen tai siellä pysymiseen.

Aila Järvikoski ja Kristiina Härkäpää (2004, 17) toteavat kuntoutuksen käsitettä käytettävän kolmessa merkityksessä: toimenpiteiden kokonaisuutena, prosessina ja yhteiskunnallisena toimintajärjestelmänä. Oma näkökulmani keskittyy tässä alaluvussa kuntoutuksen tarkastelemiseen toimenpiteiden kokonaisuutena. Kokonaisuus rakentuu tässä niistä kuntoutustoimenpiteistä, joista haastattemillani ihmisillä oli kokemuksia. Painopiste on kuntoutujien näkökulmissa eli siinä, millaisia merkityksiä tutkimukseni ihmiset antoivat heidän kohdallaan toteutuneelle kuntou-

tukselle. Luvun lopuksi jäsen­nän hoidon ja kuntoutuksen eroja kuntoutuskokemusten pohjalta. Seuraavassa alaluvussa tarkastelen kuntoutusta prosessina. Näkökulma tarkoittaa sitä, että hoidon ja kuntoutuksen olisi niiden lähtökohtaeroista huolimatta nivouduttava yhtenäiseksi prosessiksi.

William Anthony ym. (2002, 100) näkevät, että kuntoutuminen sairauden seurauksista on usein vaikeampaa kuin kuntoutuminen itse sairaudesta. Toimintakyvyn mureneminen, erilaisista rooleista selviytymisen vaikeutuminen, omanarvon tunteen romahtaminen, työstä syrjäytyminen ja leimautuminen tuovat haasteita kuntoutumiseen. Kuntoutuksen sanotaan olevan enemmän kuin hoitoa, sillä kuntoutuksella tavoitellaan parempaa toimintakykyä, toimintamahdollisuuksien ja elämänlaadun lisääntymistä sekä sosiaalista integraatiota (Näkökulmia mielenterveyskuntoutukseen 2002, 14; Rissanen 2008, 677). Kuntoutuksella pyritään tukemaan arkielämässä selviytymistä, työssä jaksamista ja osallisuutta erilaisten yhteisöjen toimintaan (Järvikoski & Härkäpää, 2004, 17). Kuntoutus on hoitoa monialaisempaa, sillä kuntoutuksen toimintaympäristöt ovat vaihtelevia: lääkinnällisen, ammatillisen ja sosiaalisen kuntoutuksen toimintaympäristöt paikantuvat usein eri organisaatioihin. Kuntoutuksessa on kyse tilanteiden vaihtelusta. Erilaiset ympäristöt tarjoavat erilaisia taidonhallituksen sisältöjä, ja ihminen voi kokeilla ja harjoitella uudenlaisia toimijuuden mahdollisuuksia erilaisissa yhteisöissä.

Kuntoutuksen ajatellaan olevan erilaisista toimenpiteistä koostuva suunnitelmallinen ja koordinoitu kokonaisuus, jolla tavoitellaan yksilöllisesti asetettuja tavoitteita. Kuntoutustoimenpiteet voivat koostua monenlaisista ihmisistä tukevista, ohjaavista, kouluttavista ja hoitavista palveluista. (Järvikoski & Härkäpää 2004, 17–18.) Kuntoutuksen organisoimisen tekee kuitenkin haasteelliseksi palveluketjujen puutteellisuus, nykyisten kuntoutusmuotojen soveltumattomuus mielenterveyden häiriöihin sekä kuntoutusvastuun jakautuminen useille tahoille (Gould 2007, 66). Laatusuosituksen mukaan kuntoutusta tulisi aina järjestää hoitoprosessin rinnalle, kun kyse on tilapäistä muutosta pysyvämmistä arkielämästä selviytymisen vaikeuksista. Gouldin ym. (mt., 52) mukaan masennuksen vuoksi työeläkekuntoutusta saaneiden määrä on kuitenkin pienempi kuin masennuksen yleisyys antaisi olettaa. Haastattelemistani ihmisistä

seitsemällä oli kokemuksia kuntoutustoimenpiteistä. Heille ei ollut laadittu kuntoutussuunnitelmia tai –tavoitteita, ja kuntoutustoimenpiteet olivat yksittäisiä toimenpiteitä.

Kuntoutuskokemukset liittyvät tutkimuksessani ryhmämuotoiseen kuntoutukseen (5 haastateltavaa) ja työyhteisössä selviytymistä tukeviin toimenpiteisiin (2 haastateltavaa). Ryhmämuotoinen kuntoutus käsittää tässä yhteydessä kolmen ihmisen kokemuksia mielialanhallintakurssista ja kahden ihmisen kokemuksia kuntoutuskurssista. Kuntoutuskurssin ja mielialanhallintakurssin järjestäjänä toimi sama sairaanhoitopiiri, jonka alueella ihmiset olivat hoidossa. Mielialanhallintaryhmässä opiskeltiin masennuksen itsehoitoa. Tavoitteena oli, että ihmiset oppivat taitoja, jotka auttavat selviytymään erilaisissa elämän vaikeuksissa (Koffert & Kuusi 2002, 5). Ryhmässä perehdyttiin masennukseen sairautena, seurattiin oman tilanteen muutoksia ja pohdittiin oman ajattelun, tunteiden ja toiminnan välistä dynamiikkaa.

Työkyvyn arvioimisen voitaisiin katsoa kuuluvaksi kuntoutustoimenpiteisiin. Se on ammatillisen kuntoutuksen tarpeen ja mahdollisuuksien arvioimista. Työkyvyn arvioiminen koskee neljää haastattelemani ihmistä. Arvioimisen tavoite oli selvittää ihmisten mahdollisuuksia suoriutua nykyisestä työstään sekä arvioida kuntoutumisen mahdollisuuksia tai vaihtoehtoisesti työkyvyttömyyseläkkeen edellytyksiä. Kahden haastattelemani ihmisen kontaktit mielenterveystoimistoon syntyivät tällä tavoin: heidät ohjattiin mielenterveystoimistoon työkyvyttömyyseläkettä koskevassa asiassa lisäselvityksiä varten, mutta asiakkuus jatkui arvioimisen jälkeen keskustelukäynteinä. Työvoimahallinnon ja sosiaalitoimen yhteistyöstä on säädetty lailla, mutta työvoimahallinnon ja mielenterveyspalveluiden yhteistyö on suunnittelempaa. Tässä aineistossa yhteistyötä ei tehty ja työkyvyn arvioiminen jäi irralliseksi muusta hoidosta palvelen lähinnä sosiaaliturvaetuksien käsittelyä. Tästä syystä rajasin työkyvyn arvioimisen lähemmän tarkastelun ulkopuolelle. Sen sijaan kahden henkilön kohdalla toteutui yhteistyö työnantajan kanssa ihmisen työssä selviytymisen tukemiseksi.

Mielenterveyskuntoutuksessa tarvitaan tutkimukseni perusteella sekä käsitteiden että toimintamuotojen selkiyttämistä ja monipuolistamista. Kari Pylkkäsen ja Irma Moilasen mukaan (2008, 181) mielenterveyskun-

toutukseen ohjaaminen ja toimivat palveluketjut ovat lähitulevaisuuden keskeisimpiä haasteita. He näkevät oleellisena kuntoutusmuotojen kohdentamisen yksilöllisten tarpeiden mukaisesti, mikä edellyttää ohjausjärjestelmien kehittämistä ja kuntoutustutkimusta. Kuvaavaa on, että mielenterveyspalveluita ja niiden paikallista vaihtelua selvittäneen Merttu-hankkeen raportissa sana kuntoutus esiintyy ainoastaan mainintana kuntoutuskodista ja oikeutena saada kuntoutusta (Harjajärvi ym. 2006, 67). Sen sisältöjä ei tuoda esiin. Raportissa kuitenkin todetaan, että kuntoutustoiminnan sisällön kehittäminen on palvelujärjestelmän yksi keskeisimmistä haasteista. Pyysin tutkimukseni ihmisiä kertomaan, mitä he ymmärtävät sanalla ”kuntoutus”, kun puhutaan mielenterveyden häiriöistä.

Saara: *Kuntoutus? Kuntoremontissa mie olen käyny, mutta en koskaan kuntoutuksessa. Kuntoutus, onko se jotain ennaltaehkäisevää? Siinä on terveyteen liittyvää kuitenkin, en mie tiiä.*

Veijo: *Niin, siis tarkoitat, että sais koordinaatiota ja näitä, tämmösiäkö sää tarkoitat, sitäkö sää?*

Juho: *No en mä kyllä ymmärrä yhtään mitään. Minusta tämä on kuntoutusta, kun täällä käy. Ei tule mitään muuta mieleen. Aivan outo termi.*

Aune: *No niistä ei ole vielä puhuttu. Kun mulla ei ole vielä vuotta edes täynnä tätä. Mä en tiedä, mitä se on se kuntoutus. Mitä se on?*

Topi: *En osaa sanoa. Se on minulle aivan uusi ajatuskin tavallaan.*

Esa: *Jaaha.. Senhän kyllä ymmärtäis, jos olis joku ruumiillinen vamma, että siitä pitäis kuntoutua niinku työkykyiseksi ja silleen. Mutta mitä se on tuon pään kanssa?*

Vesa: *Niin, kyllähän se... tämä mielenterveyskuntoutus... kyllähän se vois. Mulla tulee mieleen, että jos ois tämmönen kuntoutus, niin se ois*



*niinkö... tämmösten ihmisten, joka on, jossa on mielenterveyden kans ongelmia ja ovat olleet vaikkapa sairauslomalla, ovat sitten töissä tai eivät, niin... että tuota niin... jaa, miten se kuntoutus. En oikeen tiää... se ois varmaan semmosta... kuntouttava tapahtuma.*

Kuntoutus-käsitteen vieraus monille haastateltavistani ei yllätä, sillä käsitettä ja sen sisältöjä on ammattilaistenkin vaikea määritellä. Vieraus kuitenkin kertoo myös siitä, ettei kuntoutus ole tullut tutuksi myöskään palveluiden käyttämisen myötä. Kokemus palveluiden monimuotoisuudesta näyttää siis puuttuvan suurimmalta osalta haastateltavistani (ks. Wahlbeck 2007, 95). Joillakin oli kokemuksia työkykyä ylläpitävästä kuntoutuksesta, joka oli työnantajan tukemaa. Aiemmat kuntoutuskokemukset liittyivät fyysisen sairauden perusteella järjestettyyn kuntoutukseen ja he pohtivat, olisiko mielenterveyskuntoutus jotakin samankaltaista.

*Timo: No on joku semmonen, että se on joku laitos, missä ollaan tiiviisti. Tehdään jotaki päivittäisiä rutiineja, käydään uimassa ja keskustellaan ryhmissä ja on sitten henkilökohtasia käyntejä ja semmosta kokonaisvaltasta.*

Tutkimukseni ihmisten kuntoutustoimenpiteet liittyivät siis ryhmämuotoiseen kuntoutukseen sekä työssä selviytymisen tukemiseen. Gouldin ym. (2007, 68) mukaan kurssimuotoisella kuntoutuksella on todettu olevan merkitystä masennuksen oireisiin ja elämään tyytyväisyyteen. Masentuneille ihmisille suunnattujen kuntoutuskurssien on todettu kasvattaneen itseluottamusta, vähentäneen sosiaalisia pelkoja ja ihmisuhteista vetäytymistä. Tässä aineistossa ihmisten kokemukset ryhmämuotoisen kuntoutuksen merkityksellisistä elementeistä liittyivät keskeisesti vertaistukeen. Vertaistuella voidaan tarkoittaa monenlaista ihmisten keskinäiseen tukeen perustuvaa toimintaa. Vertaisryhmien taustaideologia ja tavoitteet vaihtelevat: ne voivat liittyä sosiaalisten oikeuksien ajamiseen ja edunvalvontaan, osallistujien persoonallisuuden kasvuun tai näihin molempiin. Vertaisryhmän tarkoituksena on muutos. Muutosta voidaan tavoitella monella tasolla: yksilö-, ryhmä- tai yhteisötasolla, rakenteiden tasolla tai voidaan pyrkiä vaikuttamaan yleisiin asenteisiin. Vertaisryh-

mät voivat olla osa hoitoa ja kuntoutusta tai täysin niistä irrallaan olevaa toimintaa. (Hatzidimitriadou 2002, 272, 280.) Kuntoutuksessa toteutunut vertaistuki liittyy tässä tutkimuksessa yksilötason muutokseen sekä sellaisiin ryhmätilanteisiin, jossa oli läsnä myös henkilökuntaa.

Vertaistuessa on kyse toisten tilanteiden empaattisesta ymmärtämisestä yhteisten kokemusten kautta (Coatsworth-Puspoky ym. 2006, 490; Dennis 2003, 323; Mead ym. 2001, 135). Sen pääperiaatteita ovat kunnioitus, jaettu vastuullisuus ja yhteinen ymmärrys siitä, mikä auttaa. Vertaiskokemukset sisälsivät aineistossani ennen kaikkea yhteisöllisyyden tunteita, kun ryhmän jäsenet kokivat olevansa *samanlaisia kohtalontovereita* (Juho). Vertaistuen merkityksellisyys perustuu sosiaaliseen tukeen, empatiaan, yhteenkuuluvuuden tunteisiin, valtaistumiseen, tiedon saamiseen ja uusien selviytymistaitojen oppimiseen (Dennis mt., 325–326; Hatzidimitriadou mt., 273). Myös tässä tutkimuksessa yhteenkuuluvuus ja keskinäinen ymmärrys tulivat selkeästi esiin. Mahdollisuus jakaa samankaltaisia kokemuksia toisten kanssa oli kokemuksena vapauttava.

*Taina: En oo ainut maailmassa, joka tästä kärsii. Että se on sairaus muitten joukossa.*

*Juho: Eiköhän se ollu, kun huomasi, että siinä on muitakin. Kun siinä oli kato niitä muitakin masentuneita kipujen takia. Että ei tässä niinku yksin olla, ja kyllä tässä niinku selvitään tästä hommasta.*

Ihmiset kokivat myös, että parhaiten masennuskokemuksia ymmärtävät ne, jotka ovat itse kokeneet saman. Kuten Vilma Hänninenkin (2003, 50) toteaa, kertomukset voivat olla emansipatorisia antaessaan positiivisia toimintamalleja ja uusia ajattelumalleja. Cindy-Lee Dennisin (2003, 325) mukaan vertaisryhmät merkitsevät sosiaalisen verkoston laajenemista, ne rohkaisevat ihmisiä toimimaan, vahvistavat omia pystyvyyden kokemuksia ja tuottavat vertailukohtia omalle tilanteelle. Tutkimukseni ihmiset saivat vertaisryhmän kautta kokemuksia siitä, että sairaudesta oli mahdollista selvitä. Toisten kokemuksiin oli helppo samaistua ja toisten selviytyminen loi toivoa omasta selviytymisestä. Masentuneiden ihmisten

kohtaaminen vähensi sairauteen liittyvää leimaa ja siten vahvisti omaa toimijuuden tuntua.

*Taina: Mutta sitten tavallaan parhaiten sen aina ymmärtää toinen semmonen, joka on kokenu saman, niin se suurin piirtein ymmärtää puolesta sanasta, että joo, näin se just on.*

*Liisa: Mua lohdutti se, että on muitaki.*

Ihmiset huomasivat vertaisryhmissä, että omat kokemukset eivät olleetkaan poikkeuksellisia. Alan Radley ja Michael Billig (1996, 225) huomauttavat, että sairastuneet ihmiset joutuvat lähes aina keskusteluissa sellaiseen asemaan, jossa he puhuvat joko asiantuntijan kanssa tai sellaisen ihmisen kanssa, joka ei ole kokenut samaa. Ihmiset suhteuttavat kokemuksiaan toisten kokemuksiin. Kaethe Weingarten (2001) käyttää kulttuurisen resonanssin käsitettä. Mitä itselleen tutummasta tilanteesta ihminen kuulee kerrottavan, sitä helpommin hän voi samaistua toisten kertomuksiin niin, että myös kertoja kokee voimaantuvansa.

Shery Mead ym. (2001, 135) toteavat yhteisöllisyyden tunteen liittyvän mielenterveysongelmien leimaavuuteen. Ihminen oppii sairaan roolin, josta tulee ensisijainen identiteetti. Myös Patricia Deegan (1992, 11) toteaa mielenterveysongelmissa diagnoosin kiertyvän osaksi persoonallisuutta. Yhteisyys syntyy ihmisten kohdatessa muita samanlaisen leimatun identiteetin saaneita ihmisiä. Yhteisöllisyyden tunne voi syntyä myös siitä, että ihmiset voivat kokea olevansa tasaveroisempia kuin potilas-terapeutti -suhteessa. Tässä aineistossa tasavertaisuuden kokemus liittyi myös suhteessa omaan sosiaaliseen verkostoon. Vertaisryhmässä oli mahdollista puhua asioistaan vapaammin, *että siellä voi niinkö puhua silleen, että ei kuormita ketään. Siellä niinkö kaikki tasavertaisesti saa valittaa* (Liisa). Radley ja Billig (mt., 225–226) ovat todenneetkin, että puhuminen sairaudesta sisältää riskin, että ihminen nähdään hyväksikäyttäjänä tai jatkuvana valittajana.

Ryhmämuotoisen kuntoutuksen merkitys tuli tutkimuksessani esiin myös siinä, että kuntoutumisen kertomusten vastavuoroinen sanoittaminen mahdollistui. Sairastuminen voi merkitä elämänkerrallista katkosta,

tarinallista haastetta, jolloin omaa elämäntarinaa joudutaan arvioimaan uudelleen. Toisaalta sama sairaus voi saada hyvin erilaisia merkityksiä. (Hänninen & Valkonen 1998, 6.) Ihmiset pukivat eri tavoin tuntemuksia sanoiksi ja toiset olivat pohtineet niitä enemmän kuin toiset. Ihmiset olivat eri tavoin valmiita tarkastelemaan tunteitaan ja he olivat eri vaiheissa masennuksesta kuntoutumisessaan. Toisten kokemukset ja niiden variaatio antoivat haastattelemilleni ihmisille rakennusaineita myös omaan kertomukseen. Toisen osaan asettuminen oli usein helpompaa kuin oman tilanteen miettiminen. Toiselle oli mahdollista antaa neuvoja, kun asiaa katseli ikään kuin ulkopuolisena, mutta vertaiskokemuksen myötä hyvin tietoisena siitä, mistä tilanteesta voi olla kysymys. Omassa tilanteessaan ihminen voi olla neuvottomampi, jolloin taas toisten kertomukset ja heiltä saatu ymmärrys olivat tueksi.

*Topi: Minun tapauksessa ainakin se on ollu, että jos minä sanon itelle, että kuinka mulla on huono olo, niin ei se mene perille. Mutta kun toinen sanoo, että miten hänellä on ollu, niin siinä on helppo ajatella, että tuolle samalla lailla voi olla minullakin. Ja tavallaan, kun toinen sanoo siihen samaan pahaan oloon miten on, niin ite pystyy sen ajattelemaan, miten sitä pystyy helpottamaan. Mutta se, että jos sanoo, mulla on huono olo, niin sitä ei pystykään ajattelemaan, että miten sitä voisi helpottaa.*

Kuntoutuksessa ihmiset toimivat eri rooleissa, eivät pelkästään hoidettavana tai tuettavana. Mead ym. (2001, 36) huomauttavat, että ihmiset voivat ymmärtää ongelmiaan huomattavasti laajemmin, kun he eivät ole pakotettuja potilaan tai asiakkaan rooliin. R. Coatsworth-Puspokky ym. (2006, 491) kuvaavat vertaistukijan asemaa ystäväksi, joka auttaa, neuvoa ja ohjaa. Tässä tutkimuksessa ihmiset olivat vertaisryhmissä itse tukijoina, ymmärtäjinä ja asiantuntijoina. Sairauteen pystyi vertaisten joukossa ottamaan etäisyyttä ja suhtautumaan huumorilla. Vertaistuessa oli merkityksellistä yhdessä oleminen, ei pelkästään sairaudesta puhuminen. Kuten Mead ym. (mt., 136) toteavat, ihmiset saivat mahdollisuuden harjoitella uudenlaisia rooleja turvallisessa ympäristössä.

*Taina: Ku siellä oli masentuneita ihmisiä muitaki ja oltiin eri vaiheissa menossa, niin sitä... silloin kun itte oli alussa siellä hoidossa, niin sai sitä. Ja sitten ehkä ku oli loppuvaiheessa, niin iteki anto sitä. Ja se oli siellä olossa erittäin tärkeä osa. [--] Yhtä tärkeätä ko se, että oli niitä keskusteluita ja muuta, niin oli se vertaistuki, mitä siellä sai niitten muitten kans. Et ne niinku tuli ihan semmosia hyviä ystävyys-suhteita sieltä muutamien kanssa. Ja asioista pystyttiin puhumaan ja välillä niinko naurettiinkin niille jutuille ja laskettiin leikkiäkin siitä, että ko me nyt ollaan tämmösiä. [--] Että eikä ne niinku meinaa sitä, että siinä pitäis koko ajan painiskella sen kans, voi kun me ollaan masentuneita ja silloin tuntuu siltä, vaan siinä voitas tehdä ihan muita juttuja ja näin.*

Kuntoutuskurssit ja mielialanhallintaryhmät poikkesivat terapiaprosesseista siinä, että ne olivat rakenteeltaan strukturoituja. Ne olivat ajallisesti rajattuja ja ne sisälsivät tietyn ohjelman, jossa käytettiin keskustelujen lisäksi erityyppisiä menetelmiä. Tässä aineistossa keskustelukäynnit olivat dialogisuuteen pyrkiviä keskusteluita, joita ei etukäteen suunniteltu ajallisesti tai sisällöllisesti. *Sillain vaan sovittiin, että katotaan sitten, että kauanko tarvii käyä* (Ilpo). Kuntoutuskurssit puolestaan olivat viikon pituisia kokonaisuuksia, joihin kuului myös muutaman kuukauden kuluttua viikon seurantajakso. Haastatteluhetkellä kuntoutuskurssin käyneet eivät olleet vielä käyneet seurantajaksoa.

Ryhmämuotoinen kuntoutus hyödynsi vertaistukea yhtenä menetelmänä, mutta se sisälsi myös muita erityyppisiä menetelmiä suhteessa terapiaan. Kuntoutuskurssin käyneet henkilöt kuvasivat kokemuksiaan erilaisista menetelmistä, jotka olivat tuntuneet erityisen merkityksellisiltä. Menetelmiä käytettiin apuna keskustelujen synnyttämisessä ja tunteiden esiin tuomisessa. Mielialanhallintakurssilla täytettiin työkirjaa, joka sisälsi monentyyppisiä tehtäviä: mielialan vaihteluiden seuraamista ja kirjaamista, miellyttävien asioiden lisäämistä arjessa, omien ajatusten kanssa työskentelemistä, ongelmanratkaisutaitoja, yhteyksien luomista toisiin ihmisiin. (Koffert & Kuusi 2002.) Menetelmät liittyivät itsehoitomenetelmien oppimiseen ja omien ajattelumallien näkyväksi tekemiseen. Ne tuottivat parhaimmillaan oivalluksia omasta tilanteesta, joka

auttoi ottamaan tilannettaan haltuun. Vertaisten kertomuksilla oli sekä tiedollista että emotionaalista merkitystä. Ne loivat toivoa myös omaan kuntoutumiseen (ks. Coatsworth-Puspoky ym. 2006, 493; Dennis 2003, 326).

*Toipi: Niinku niitä konsteja, että millä sää näet päivän aikana, että mitä tässä päivässä on hyvää. Silloin kun masentuneena on ja pahemmassa tilanteessa, niin ei siinä näe mitään muuta kuin pahaa. Että kyllä se siinä auttaa käsittelemään näitä, ja mitä kautta sää pystyt löytämään sieltä ne hyvät asiat, mitä sattuu joka päivä. Vaikka vain pieni hymy tai mikä muu, kun niitä on tyhjä hakia niitä isoja asioita.*

*Meeri: Se oli kans villi kokemus siellä kuntoutuskurssilla, ko käskettiin heittää semmonen vitutuskivi. Niin tota, en mie pystyny ajattelemaan ketään, että ois niin vihannu. Minua itketti siinäki, ko piti se kivi heittää. Jotenki sitä oli niin surumielinen, ko se oli niin... pettymys siihen työyhteisöön, ko teki niin. Ja seki tuntu sillain, ettei pystyny olemaan etes vihanen.*

*Liisa: Vaikka joskus mä koin sen vähän niinkö rasitteenaki, siinä oli semmosia tehtäviä siinä kirjassa, jotka piti tehdä. Mutta tuota siinä joutu kuitenkin vähän niinkö miettimään niitä kaikkia asioita.*

Mielialanhallintakurssiin liittyvien tehtävien tekeminen koettiin toisaalta rasittavana, mutta toisaalta se ohjasi miettimään omaa arkeaan, kuten Liisa toteaa. Kurssin suorittaminen asetti ihmiset erilaisiin toimijapositioneihin. Ihmiset joutuivat aktiivisesti pohtimaan tekemisiään ja ajatuksiin päivittäin ja miettimään uusia asioita, mistä voisi saada helpotusta tilanteeseen. Ihmisen tilanne määrittää hänen tajunnallisuutensa sisältöä. Lauri Rauhalan (2009, 261) mukaan ihmisen muutosprosessia voidaan tukea auttamalla reflektoimaan ja muuntelemaan omaa tilannettaan, sillä maailmankuvan merkitykset saavat mielellisen sisältönsä tilanteesta. Tavoitteena kurssilla oli auttaa näkemään ihmisen tilanteen yhteydet mielialaan. Muuntelemalla tilanteen komponentteja myös tajunnan sisältö muuttui.

Muina mielialanhallintakurssiin liittyvinä hyötyinä mainittiin, että löytyi paikka, jonne lähteä säännönmukaisesti. Kurssi tarjosi myös tilan ja paikan kokemusten jakamiseen sekä tietoa masennuksen ymmärtämiseen ja siitä selviytymiseen. Ihmiset kokivat mielialanhallintakurssin lisänneen heidän tietoaan sairaudesta, lääkkeistä ja kuntoutumisen vaiheista. Esimerkiksi tieto siitä, että masennuksesta kuntoutuminen sisältää tyypillisesti vaiheita, jolloin ihminen kokee tilansa huononevan, koettiin helpottavaksi. Tieto koettiin vahvuudeksi, joka auttoi ymmärtämään masennuksen kulkua ja kantoi masennuksen vaikeampien vaiheiden yli.

*Topi: Ainakin uskon, että kyllä se sillai on vahvuuksia antanu. Ja ehkä taas sitten sitä putoamista, niin vähän patjaa antaa sinne alle. Niinkö varautua, että tietää ja osaa varautua siihen romahtamiseen, että se ei olekaan niin paha asia sitten.*

Ryhmämuotoisen kuntoutuksen pulmallisuus liittyi tässä tutkimuksessa ryhmän kokoonpanoon, ryhmän kestoon ja ryhmässä jännittämiseen. Kuntoutuskurssin osallistujat muodostivat heterogeenisen ryhmän, jossa toisten sairauden näkeminen ja toisten kertomusten kuunteleminen tuntui toisista ahdistavalta. Sairauden ja ongelmien kyllästävät tarinat voivat olla myös pelottavia.

*Meeri: Mie pietin hirveän raskaana sen kurssin. [--] Minusta ne oli niin sairaita, sairaita ihmisiä, paljon tosi sairaita ihmisiä. [--] Välillä oli tunne, että mie en jaksaa. Että mie siellä viimeistään masennun. Ei ko, ne vetäjät oli hyviä, mutta siellä oli niin sairaita ihmisiä. [--] Tosi mustia stooreja. Liian paljon. Ku niitä monta tuntia. Kaks päivää käytin niitä läpi. Monta tuntia niitä mustia asioita. [--] Mie olin vielä sairaalomalalla, että mie mietin koko ajan, ko kuuntelin niitä juttuja, että pahalta kuulosta. Tietenki ehkä tänä päivänä kestäski ne paremmin.*

*Liisa: Että tavallaan ne rentoutukset, mitä siinä aina tehtiin, niin kyllä mä niissä omasta mielestä aika hyvin onnistuin. Mutta sitten taas itekseen, niin siks ois toivonukki, että ois ollut joku semmonen pitempiaika-*

*nen, niin siinä ois oppinukki sitten hallitteen sitä itteä ja omaa mieltä.  
Keinoja taas sitte selvitä.*

*Taina: Se oli tosi raskas viikko, se oli myös antosa viikko.*

Ryhmämuotoinen kuntoutus ja vertaistuki toimivat tutkimukseni ihmisten kohdalla monella tasolla. Oman kertomuksen muotoileminen ja kertominen vertaisille konstruoi samalla omaa ymmärrystä. Jerome Brunerin (1987, 13) monissa yhteyksissä siteerattu lause ”tarina jäljittelee elämää ja elämä jäljittelee tarinaa” toteutui vertaisryhmissä. Ihmiset kertoivat kokemuksistaan, kuuluivat toisten kertomuksia ja saivat sekä omista että toisten kertomuksista uusia aineksia omaan kuntoutumiseensa. Kertomuksen jäsentäminen eri yleisöille yhä uudelleen auttoi löytämään siihen uusia rakennusaineita, sillä sisältöön oli merkitystä myös sillä, keille se kerrottiin. Kertomukset olivat usein kuntoutujia yhdistäviä, ja toisten kokemukset ja ymmärrys saattoivat auttaa oman kertomuksen luomisessa. Yhteisöllisyyden kokemukset parhaimmillaan hälvensivät masennukseen liittyvää erilaisuuden tunnetta.

Työkyky on keskeinen kuntoutuksen toimenpiteiden kohde. Työkyvyn ylläpitämiseen ja parantamiseen sekä työssäkäyvien ja työhön paluuta suunnittelevien henkilöiden kuntoutukseen katsotaan kuuluvaksi työyhteisöön ja työolosuhteisiin liittyvät toimenpiteet, varhainen puuttuminen ongelmiin, työyhteisökuntoutuksen kehittäminen, työterveyshuollon käytäntöjen kehittäminen, mielenterveysongelmista kärsivien työntekijöiden tukeminen ja sairausloman jälkeen työhön palaamisen tukeminen sekä erilaiset ammatillisen kuntoutuksen toimintamallit. Työkykyisyyttä ei tule pitää ihmisen henkilökohtaisena ominaisuutena, vaan työkyky on ihmisen, työtehtävien ja työorganisaation muodostama kokonaisuus. (Näkökulmia mielenterveyskuntoutukseen 2002, 22–23.) Myös Ulla-Britt Eriksson, Bengt Starrin ja Staffan Janson (2008, 623–629) toteavat tutkimuksessaan, että työuupumuksen kehkeytyminen ei ole luonteeltaan pelkästään emotionaalinen vaan vahvasti myös sosiaalisten prosessien myötä syntyvä. Kysymys on ihmisen suhteista ympäristöönsä, sen ihmisiin ja työn tekemiseen sekä sen edellytyksiin. Työuupumuksen taustalla on usein löydettävissä työpaikalla tehtyjä muutoksia, jotka tuot-



tavat epävarmuutta. Työtehtävät, samoin kuin työpaikan ihmissuhteetkin muuttuvat. Epävarmuus johtaa epäonnistumisen ja epäluottamuksen kokemuksiin. Ajattelen, että myös interventoiden tulisi yltää näille osa-alueille.

Ulla-Britt Erikssonin ym. (mt., 627–628) tutkimukseen osallistuneet, työuupumuksen vuoksi sairauslomalla olleet ihmiset kokivat uupumuksen vuoksi sairauslomalle jäämisen sekä negatiivisena että positiivisena. Positiivista oli se, että sairausloma antoi mahdollisuuden irrottautua työstä ja mahdollisista ongelmallisista ihmissuhteista. Se saattoi olla alku muutokselle. Negatiivista oli se, että sairauslomalle jääminen koettiin hädälliseksi ja epäonnistumiseksi. Tästä syystä työhön paluuta saattoi helpottaa, kun tilanteesta voitiin keskustella etukäteen. Tässä tutkimuksessa kahdessa tapauksessa järjestettiin sairausloman jälkeiseen työhön paluuseen liittyvä keskustelutilanne. Keskustelun merkitys kulminoitui siihen, kuinka avoimesti vaikeita ongelmia kyettiin ottamaan esille.

*Meeri: Mie olin sillain niinko siihen pettyny, siihen palaveriin. Että mie toivoin, että siellä ois... minua ois... että siitä ois puhuttu selvemmin siitä asiasta. Ja jotenki puolustettu, minun puolta pidetty paremmin. Mutta nyt se oli semmonen pehmeä palaveri. [–] Mie koin sen sillä lailla. Pehmeä palaveri. Mie oisin toivonu, että siinä ois sanottu suoraan, niinko minusta esimies oli tehny väärin.*

*Saara: Meille pidettiin semmonen palaveri. Mie sain sanoa siellä kaikki, että mitä mie odotan niinku työltä ja esimieheltä ym. Ja minkälainen oli se edellinen esimies. [–]*

*Marjo: Minkälainen tunnelma sulla oli sen palaverin jälkeen?*

*Saara: Aivan mukava, semmonen helpottunu. Että nyt se on huomannu kuitenkin, että mitä työntekijät vaatii.*

Olen jäsentänyt hoidon ja kuntoutuksen välisiä eroja tutkimukseni ihmisten kokemusten perusteella (kuvio 4). Jäsennys pohjautuu ryhmämuotoiseen kuntoutukseen, sillä muun kuntoutuksen osuus aineistosani oli hyvin vähäistä. Terapeutin rooli oli hoitoprosesseissa oleellinen. Hoidon merkitys liittyi keskeisesti terapeutin yhteistyösuhteen synty-

miseen ja laatuun, kun taas kuntoutuksessa ryhmältä saatu tuki ja ymmärrys olivat merkittäviä. Kuntoutusryhmissä ihmiset olivat monissa rooleissa, eivät pelkästään autettavina. Vertaisilta saatu tuki osoittautui ryhmää ohjanneen työntekijän antamaa tukea keskeisemmäksi. Tämän aineiston perusteella ei voi päätellä mitään siitä, kuinka näkyviä toimijoita työntekijät näissä vertaisryhmissä olivat, vai toimivatko he enemmän keskustelun virittäjien ja prosessia seuraavien rooleissa. Työntekijää ei mainittu ryhmätilanteista keskusteltaessa useinkaan, vaan ryhmistä koettu hyöty liittyi osallistujien väliseen kumppanuuteen, keskinäiseen tukeen, toisten kokemusten tavoittamiseen ja ymmärtämiseen. Kuntoutusryhmät olivat ajallisesti rajattuja, kun taas hoitoprosesseissa toimijuus hoidon päättymisestä näytettiin annettavan ihmisille itselleen. Hoidon määriteltiin kestävän niin kauan, kuin he kokivat sille tarvetta. Hoitoprosesseissa keskeistä oli tila puhumiseen, kun taas kuntoutusryhmissä oli tärkeää myös kokemusten jakaminen toisten saman kokeneiden kanssa. Hoito ja kuntoutus erosivat myös menetelmiltään.

|                          | <b>Hoito</b>   | <b>Kuntoutus</b>  |
|--------------------------|--|---|
| <b>Työntekijän rooli</b> | Keskeinen  | Väistytävä  |
| <b>Asiakkaan rooli</b>   | Puhuja, refleктоija, yksilö, puoliso                               | Puhuja, refleктоija, ryhmän jäsen, toimija, vertainen, tukija             |
| <b>Asiantuntijuus</b>    | Ammatillinen   | Kokemusasiantuntijuus   |
| <b>Suhde tietoon</b>     | Tiedon saaminen ymmärryksen lisääjänä                              | Tiedon jakaminen ymmärryksen lisääjänä                                    |
| <b>Tuen lähde</b>        | Terapeutti, terapeutin vuorovaikutustaidot                         | Ryhmän tuki, sosiaalinen tuki   |
| <b>Kesto</b>             | Rajaamaton   | Rajattu   |
| <b>Tila</b>              | Mahdollisuus puhumiseen  | Mahdollisuus puhumiseen ja kokemusten jakamiseen                          |
| <b>Menetelmät</b>        | Yksilö- ja parikeskustelut, narratiiviset ja dialogiset menetelmät | Yksilö- ja ryhmäkeskustelut, taitojen opettelu, toiminnalliset menetelmät |

KUVIO 4. Hoidon ja kuntoutuksen lähtökohdat.

Kuntoutustoimenpiteet näyttäytyivät tutkimuksessani hoidosta irrallisina. Kuntoutuskursseille ja mielialanhallintaryhmiin ohjautuminen eivät perustuneet kuntoutussuunnitelmaan vaan pikemminkin siihen, että kyseisiä palveluita oli tarjolla. Suunnittelemattomuus ei kuitenkaan tarkoittanut sitä, etteivätkö ne olisi olleet merkityksellisiä. Ajattelen, että työntekijät olivat tarjonneet mahdollisuutta osallistua kurssille niille henkilöille, joiden he arvioivat hyötyvän kurssista. Haastattelemieni ihmisten kokemukset kuntoutuksesta olivat pääsääntöisesti heidän kuntoutumisen prosessiaan tukevia.

Terapian ja kuntoutuksen yksi keskeinen ero on tutkimuksessani siinä, millaista toimijuutta työntekijältä ja itseltä odotettiin. Ihmiset odottivat terapeutilta vahvaa toimijuutta, tilanteen ohjaamista ja asiantuntijuutta, kun taas ryhmämuotoisessa kuntoutuksessa odotukset kohdentuivat koko ryhmään ja itseen ryhmän jäsenenä. Kuntoutuksessa oli merkityksellistä omien kokemusten peilaaminen toisten kokemuksiin ja tätä kautta kokemukset normalisoituivat. Omat vaikeat kokemukset eivät kertoneet pelkästään omasta sairaudesta, vaan ne saivat uudenlaisia merkityksiä – ne muuttuvat peilipinnaksi toisille. Ajallinen perspektiivi osoittautui hoidossa ja kuntoutuksessa erilaiseksi, sillä kuntoutuksessa painottui vahvemmin selviytyminen nykyisestä arjesta sekä suuntautuminen tulevaisuuteen. Kuntoutuksessa oli keskeistä sosiaalinen tuki, yhteenkuuluvuuden tunteet, selviytymiskeinojen opetteleminen, kokemusasantuntijuus ja tiedon jakaminen. Kuntoutus mahdollisti myös eri tavalla osallisuuden kokemuksia, mikä on mielenterveysongelmissa erityisen tärkeää, sillä ihmiset helposti syrjäytyvät ja toisaalta heidät myös syrjäytetään.

### 5.2.2 Kuntoutus prosessina

Aila Järvikosken ja Kristiina Härkäpään (2004, 19) mukaan kuntoutuksen toimenpiteiden tulisi liittyä toisiinsa tarkoituksenmukaisella tavalla niin, että niistä muodostuisi loogisesti etenevä ja katkeamaton prosessi. Tämä edellyttää kuntoutuksen suunnitelmallisuutta ja kuntoutukseen osallistuvan ihmisen osallisuutta kaikissa suunnittelemisen vaiheissa. Kuntoutuminen voidaan nähdä aktiivisena muutosprosessina, jossa ihminen etsii keinoja ja strategioita selviytyäkseen arkielämästään ja sosiaa-

lisista rooleistaan. Kuntoutumisen prosessin katkeamattomuus on haaste palvelujärjestelmälle, jossa toimijat toimivat omissa erillisissä organisaatioissaan. Jari Koskisuus (2003, 21) kysyy, miten erilaiset näkemykset, keinot ja kuntoutuksen taustaideologiat voidaan sovittaa yhteen ja mikä sitoo ne yhtenäiseksi kokonaisuudeksi.

Kun hoidon ja kuntoutuksen erottaminen käsitteellisesti on vaikeaa, ei niiden ero ole palveluiden käyttäjänkään näkökulmasta nähtävissä. Tämä on itse asiassa tilanne, jota tavoitellaan edellyttäen, että molemmat näkökulmat sisältyvät prosessiin. Useissa yhteyksissä on kuitenkin todettu kuntoutuksen jäävän vajaaksi (Anthony ym. 2002; Harjajärvi ym. 2006; Koskisuus 2003; Wahlbeck 2007). Määriteltäessä kuntoutuminen muutokseksi, kasvuksi, uudennaisen minäkäsityksen ja ympäristösuhteen rakentumiseksi kyse on ihmisen henkilökohtaisesta ja ainutkertaisesta prosessista. (Anthony ym. mt., 31; Deegan, 2001, 92; Onken ym. 2007, 9.) Hoidon ja kuntoutuksen tulisi tällöin tarjota kulloinkin sopivia toimenpiteitä kuntoutumisen prosessin tueksi. Kaisa Laurin (2004, 11–12) tutkimuksen mukaan kuntoutujat mielsivät hoidon ja kuntoutuksen samaksi prosessiksi. Tässä tutkimuksessa tuli esiin vastaavanlaisia näkemyksiä.

*Atte: Kuntoutus selittää mulle, että joku prosessi on käynnissä.*

*Taina: No... varmaan se tietenki täytyy ymmärtää, että kaikki tämä, niinko koko hoito on sitä kuntoutusta. Mutta tietenki sitä ehkä ajattelee vähän sillä lailla, että kuntoutus on sitä jotaki erityistä, mitä täytyy aina hakea jollaki lapulla, että pääsee jonnekki niin sanotusti kuntoutukseen. Mutta et ehkä sitä ens kuulemalta ajattelee sillain kapeasti, että se on jotain ihan erityistä. Vois ajatella, että ehkä se kaikki mitä tehhään, on loppujen lopuksi sitä kuntoutusta.*

Erityisesti mielenterveysongelmien kohdalla on muistettava, ettei kuntoutuminen etene aina lineaarisesti, vaan prosessiin kuuluu tasanteita ja aikoja, jolloin ihminen kokee tilanteensa huononevan. Kuntoutumisen kertomus ei ole aina koherentti, jossa osat lokahtavat kohdilleen. Se vaatii työstämistä, kärsivällisyyttä, pitkäjänteisyyttä ja uskoa selviytyymi-

seen. Jotta kuntoutus tukisi ihmisen kuntoutumisen prosessia, on sitä arvioitava jatkuvasti. Onkel ym. (2007, 13) tuovat esiin, että on tärkeää arvioida, millaisessa vaiheessa omassa muutosprosessissaan ihminen on. Kuntoutustoimenpiteet eivät tue väärin ajoitettuna ihmisen kuntoutumisen prosessia parhaalla mahdollisella tavalla.

*Juho: Sehän oli ihan hyvä, mutta kun mulla ei oikein... kun oli koko ajan mieli maassa, niin sitä ei oikein ottanu vastaan. [--] Mä en oikein saanu irti, kun se oli semmoinen vihkonenkin, mikä piti täyttää. [--] Panin roskeen, olishan se pitänyt säilyttää. [--] Mutta mä löin roskeen, että paskaako mä tuolla. [--] En tiää, mä en oikein saanu ittestäni irti mitään. [--] Ja mulla on vaikia etes alkaa puhumaan, kun on paljon porukkaa, mua niin jännittää, etten saa ääntä ulos.*

Steven J. Onken ym. (2007, 10) kirjoittavat kahden tasoisesta muutoksesta. Ensimmäisen tason muutos tarkoittaa yksilökohtaista muutosta, jossa ympäristö ei muutu. Kun ihminen näkee muutoksen mahdolliseksi ja tarpeelliseksi, hän tavoittelee sitä. Tässä tutkimuksessa ihmiset kokivat olemisensa tukahduttavaksi ja etsivät tilanteeseensa muutosta. Onken ym. (mt., 10–15) tarkoittavat toisen tason muutoksella ympäristön muuttumista yksilötason muutoksen seurauksena ja mukana. Heidän mukaansa kuntoutuminen ajatellaan tavallisesti henkilökohtaiseksi prosessiksi, jossa sairauden oireet katoavat tai lieventyvät ja ihminen voittaa sairauden. Kuntoutumisen prosessin tulisi kuitenkin sisältää myös ajatuksen sosiaalisesta inkluusiosta. Ihmisen tulisi tavoittaa merkitykselliseksi kokemiaan sosiaalisia rooleja. Kuntoutuminen tarkoittaa siten moniulotteista ja dynaamista prosessia, jossa ihmisen ja hänen ympäristönsä välinen suhde muuttuu. Ympäristön tulisi tarjota resursseja muutokseen ja toisaalta avata mahdollisuuksia tavoittaa uudenlaisia rooleja. Valintaa tulee voida tehdä itselle merkityksellisten vaihtoehtojen välillä. Ihmisen tulisi voida toimia yhteiskunnassa itselleen mielekkäällä ja merkityksellisellä tavalla, joka pohjautuu positiiviseen käsitykseen itsestä ja omasta toimijuudesta.

Käsityksessä osallisuuden ja toimijuuden mahdollisuuksien laajenemisesta yhdistyvät hoito ja kuntoutus. Onkenin ym. (2007, 10) mukaan

kuntoutumisen yksilötasoisia keskeisiä elementtejä ovat toivon löytäminen ja ylläpitäminen, oman toimijuuden tunnun laajentaminen, elämän merkityksen ja tarkoituksen löytäminen sekä vuorovaikutussuhteiden ylläpitäminen ja parantaminen perheen ja sosiaalisen verkoston kanssa. Kuntoutuessaan ihminen laajentaa omaa osaamistaan ja tiedostaa mahdollisuuksiaan sekä nykyisessä että mahdollisissa uusissa ympäristöissä. Valinnan mahdollisuuksien tulisi laajeta kaikilla elämäntilanteilla: perhe-elämässä, vapaa-ajan toiminnoissa, koulutuksessa ja työelämässä. Kuntoutuksen tarkoitus on toimia niin, että ihminen voi suunnitella elämänprojektejaan. Kuntoutuksessa ihmiset eivät niinkään ole potilaan roolissa, vaan heidän ongelmansa asettuvat laajempaan sosiaaliseen kontekstiin (Mead ym. 2001, 136).

Jari Koskisuus (2003, 39) näkee, että hoidon tehtävä on luoda edellytyksiä kuntoutumiselle. Hän määrittelee hoidon toiminnaksi, jossa ensisijaisesti tavoitellaan oireiden lievittämistä, poistamista tai hallintaa sekä oireiluun liittyvän ahdistuksen ja pelkojen vähentämistä (ks. Anthony ym. 2002; Sheets 1997). Hoidon ja kuntoutuksen nivoo yhteen kuntouttava työote. Aila Järvikosken ja Kristiina Härkäpään (2004, 22) mukaan kuntouttava työote kuuluu toimintaperiaatteena kaikkeen hoitoon ja hoivaan. Se tarkoittaa ihmisen tukemista ja kannustamista selviytymään mahdollisimman pitkälle omien voimavarojensa ja toimintakykynsä mukaisesti. Se tarkoittaa myös ihmisen osallisuuden ja subjektiivisuuden korostamista ja ihmisen omien vaikutusmahdollisuuksien lisäämistä.

Kuntouttava työote ja kuntoutuksen näkökulma voivat toteutua hoitoprosessin yhteydessä tai rinnalla eri tavoin: kahdenkeskisissä keskusteluissa osana hoitoprosessia, ohjaamalla ihmisiä tarvittavien kuntoutusjärjestelmien pariin tai toimimalla kuntoutuspalveluita tarjoavien toimijoiden kanssa yhdessä (ks. Klefbeck ym. 1988, 8–9). Kuntouttavan työotteen sisältäminen hoitoprosessiin tarkoittaa sitä, että keskusteluissa rakennetaan niitä mahdollisuuksia, joita ihmisellä on sairaudesta huolimatta, tuetaan ihmisen osallisuutta omassa ympäristössään ja pyritään ylläpitämään toivoa. Ihmisen omaa toimijuutta vahvistetaan, pohditaan kuntoutumisen tavoitteita, tuetaan hänen muutosprosessiaan, pyritään löytämään sellaisia ihmisen mielessä olevia esteitä, jotka estävät ihmistä toteuttamasta elämänprojektejaan ja rohkaistaan ihmistä osallisuuteen.

Ihmisiä arvostava ja kunnioittava kohtaaminen olivat tutkimuksessa merkityksellisiä ihmisen kuntoutumisen kannalta, sillä ne eheyttivät omanarvon tunnetta. Kuntoutuksen näkökulma on mahdollista pitää läsnä terapiakeskusteluissa.

Vaikka ihminen kohdattaisiin kahdenkeskisissä keskusteluissa, voi näkökulma olla samanaikaisesti verkostokeskeinen. Tarkoituksenmukaisia kuntoutusmuotoja voidaan kartoittaa, ja näin ihminen voi rakentaa mielessään mahdollisia kuntoutuspolkujaan. (Ks. Seikkula 1994, 55.) Mahdollistavan kuntoutuksen mukaisesti kuntoutumisen vaihtoehtoja voidaan etsiä laajasti, paitsi kuntoutuspalveluista, myös ihmisen toimintaympäristöstä. Tavoitteeksi muodostuu toimintamahdollisuuksien löytäminen ja laajentaminen. (Suikkanen & Lindh 2001, 51–52.) Jo tietoisuus uudennlaisista mahdollisuuksista voi tämän tutkimuksen perusteella olla vapauttava. Ihminen tarvitsee tietoa valinnanmahdollisuuksistaan, sosiaaliturvasta, sairaudesta ja sen hoitomuodoista, itsehoidosta, kuntoutumisen prosessista sekä kuntoutuksen vaihtoehtoistaan. (Onken ym. 2007, 16; Peltomaa 2005.)

Hoito ja kuntoutus voivat olla näitä toteuttavien tahojen ja kuntoutumisen prosessia käyvän ihmisen välistä yhteistä työtä. Se tarkoittaisi Aila Järvikosken ja Kristiina Härkäpään (mt., 19) sekä Asko Suikkasen ja Jari Lindhin (mt., 51) kuvaamia eri kuntoutustoimenpiteistä koostuvaa moniammatillista ja kokonaisvaltaista kuntoutumista tukevaa prosessia. Suikkanen ja Lindh (mt., 51) korostavat ihmisen subjektiivuden merkitystä ja sitä, että kuntoutuksen käytännöissä tulisi olla lähtökohtana yhteiskunnallisen ja yksilöllisen tilanteen muodostama toimintatilanne. Kuntoutus on tällöin aidosti monialaista toimintaa erilaisissa toimintaympäristöissä. Yhteisessä työssä toimitaan yhteisen päämäärän tavoittamiseksi, työnjako on selkeä ja olennaista siinä on luottamus toisiin toimijoihin. (Mönkkönen 2001, 441–442.) Paavo Rissanen (2008, 678) painottaa, että moniammatillisuus tarkoittaa selkeää työnjakoa, kunkin ammattiryhmän asiantuntijuuden hyödyntämistä, ei toimimista kaikissa tilanteissa ryhmänä. Jokaisen työpanoksen tulee koitua kuntoutumisprosessin hyödyksi ja organisaation tulee olla joustava sekä kokoonpano ongelman määrittämä. Ajattelen tämän edellyttävän, että jokin taho määrittellään selkeästi vastuulliseksi. Se edellyttää lisäksi sitä, että kuntoutumisen pro-

sessia koordinoi yksi työntekijä. Työntekijää tarvitaan ihmisen asianajajaksi, siltojen rakentajaksi, valmentajaksi, yhdyshenkilöksi ja myös terapeutiksi (Terveyssozialityön nimikkeistö 2007, 9).

Oman kertomuksen sanoittaminen yhä uudelleen on parantava prosessi. Kuntoutumisen kertomus rakentuu pala palalta ja sen rakentamiseen tarvitaan niin omaa tahtoa ja sinnikkyyttä kuin muitakin ihmisiä. Patricia Deeganin (2001, 92) mukaan parhaatkaan mielenterveyspalvelut eivät takaa kuntoutumisen etenemistä, vaan oleellista on myös ihmisen oma aktiivisuus ja osallisuus prosessissaan. On kuitenkin aikoja, jolloin ihminen tarvitsee toimijuutensa kannattelua, tukea ja vahvistamista. Tuon tulisi olla kuitenkin sellaista, ettei se ohjaa pelkästään nojaamaan.

*Taina: Niin hoitaja sitten, että yritetään päästä sinne, vaikka sinne välivesiinkin. Että siitä on tullu meille vähän semmonen vertauskuvallinen juttu, että pääsen aina vähän lähemmäksi sitä pintaa.*

*Marjo: Mitä sä ajattelet, että mitkä asiat sua sitten auttoi nousemaan sinne välivesiin?*

*Taina: No kyllähän just se on tietysti se... että ne niinku sinnikkäästi oli sitä mieltä hoitajat, että kyllä sinä siitä selviät. Ja lääkäri oli sitä mieltä. Ja sitte oli just niitä toisia potilaita, joitten kans juteltiin ja sitten niinku siskon ja siskon perheen tuki ollu aina äärettömän suurta. Ja ne on auttaneet tässä uudessa... uuteen asuntoon muutossa ja kaikissa mahdollisissa. Että siinä niinko tavallaan... tuli sitä tukea aika monelta taholta. Että mie en osaa sanoa yhtään semmosta yksittäistä tekijää, että mikä se niinku sitten... mutta se vaan pikkuhiljaa lähti. Missään nimessä se ei kerralla menny, mutta siinä oli aina joku pieni murunen.*

*Atte: Itellä täytyy joku pikku lamppu syttyä päässä, että hei, ei tämä näin mene. Ja mullahan se tapabtu, kun mää kävin eka kerran siellä [mielenterveystoimistossa, M.R.], kun se tavallaan tuli julki tämä homma. Ja kun sen rupiaa tajuamaan sen asian, että minä olen se keskeinen henkilö, jota tässä hoidetaan. Ja minun pitää alkaa itekin hoidetaan itteä. Että se on se. Siinä vaiheessa, kun ihminen tajuaa sen, että mun on oltava tässä keskeisesti ite mukana ja mää olen se pääparantaja itteni kanssa, silloin on päästy jo hirvittävän pitkälle. Siinä vaiheessa*



*sitä rupiaa jo ajattelemaan, että mitä tässä ympärillä tapahtuu. Silloin kun sää olet oikein pahana, niin sää et ajattele yhtään mitään. Sää et periaatteessa näe päiviä, et muista päivistä mitään.*

Aila Järvikosken ja Vappu Karjalaisen (2008, 91) mukaan kuntoutuminen merkitsee oppimisprosessia ja oman elämän konstruoimista uudelleen. Ihminen tavoittelee tarkoituksenmukaisempia tapoja olla vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa. He kirjoittavat itsensä luomisen prosessista. Patricia Deegan (2001, 92) näkee kuntoutumisen uudenlaisen käsitetyksen syntyneeksi itsestä, omasta arvokkuudesta ja mahdollisuuksista sairaudesta huolimatta. Kuntoutuminen tarkoittaa myös sitä, että ihminen oppii hyväksymään omat rajoituksensa, jotka ovat itse asiassa se perusta, jolle kunkin ainutkertaiset mahdollisuudet voivat rakentua. Deegan (mt., 95) kuvaa tätä kuntoutumisen paradoksiksi, sillä hyväksymällä sen, miksi ei voi tulla, ihminen voi hyväksyä sen, mikä on mahdollista.

*Atte: Mielenterveyskuntoutus, miten mää sen sulle määrittelisin. Sano-taanko näin, että mun kuntoutuminen tästä eteenpäin, niin se tar-koittaa ehkä jonkinlaista paluuta sinne, minkälainen minä olen joskus maailmassa ollut. Mutta en mää välttämättä tiiä sitten... Se on ehkä väärä sanoa, että paluuta sinne, mikä mää olen ollu. Vaan tavallaan kun mää tästä ja varmaan mää toivun tästä, niin ehkä mää olen vielä parempi ihminen kuin mitä mää olin silloin. Elikkä mää osaan nyt tie-dostaa niinku itteäni ja tuntea ja tavallaan pukea sanoiksi niitä tunteita enempi.*

*Taina: Olen niinko ymmärtäny sen, että jos se jää kesken, niin siinä käy just niin ko kävi tuossa, että se tulee sitten rytinällä alas jossaki vai-heessa. Että mie oon yrittäny ottaa tavoitteeksi sen, että pikku hiljaa kii-peilis sillä lailla ylös, että vois kuvitella, että minulla on kohtuullisen tukevaa maata jalkojen alla. Että ei tartte koko ajan mieltä sitä, että nyt tiputaan. Ja ehkä siinä on semmonen ajatusmallisaki vähän muu-tos, että niin ku se kymmenen-yhentoista vuoden takaisen masennuksen jälkeen mie kulutin hirveästi siihen... mie aina pelkäsin sitä, että entä jos se uusii. Ja tavallaan se aina tuntu, että se vaanii siellä jossaki nur-*

*kan takana. Nyt mä oon ehkä siinä asiassa päässy sillä lailla sen kans sinuksi. Mä oon ajatellu niin, että se masennus voi tulla, mutta todennäköisesti siitä sitten pääsee yli. Että mie niinkun sillä lailla en koko ajan tavallaan vilkuile, että joko... koska se iskee. Se oli semmonen peikko. Mie oon ehkä sen jotenki sillain saanu selätettyä ja hyväksyttyä, että se voi tulla. Mutta että eiköhän siitä sitten taas. Että se on sen ajan murhe.*

Onken ym. (2007, 13) toteavat, että uusien kertomusten löytymiset ovat käänteentekeviä kokemuksia kuntoutumisen prosessissa. Kuntoutuminen merkitsee sitä, että sairauden värittävä elämä muuttuu kokonaisemmaksi. Sairastumisen kokemus on merkittävä osa elämäntarinaa, mutta kuntoutumisen myötä kokemus asettuu vain osaksi sitä.

## 6 Arjen merkitykset kuntoutumisessa

### 6.1 Arjen moniulotteisuus

Kuntoutuminen masennuksesta tapahtuu ihmisen arkielämässä. Institutionaaliset kohtaamiset ovat osa arkielämää, mutta tutkimukseni ihmisten kohdalla valtaosa jokapäiväisestä elämästä oli instituutioiden ulkopuolella. Kuntoutumista tapahtui ilman ammatillista tukeakin, ja toisaalta terapiassa saavutettujen tulosten tulisi elää ihmisen arjessa. Tarkastelen tässä luvussa sitä, miten terapia, arki ja kuntoutuminen nivoutuvat toisiinsa. Analyysini on edelleen paradigmaattista, kertomuksia luokittelevaa analyysii. Tarkastelen arjen moninaisia merkityksiä ihmisen masennuksen ja kuntoutumisen kannalta. Sisällönanalyysiäni on ohjannut kysymys siitä, mikä ihmisten arjessa on ollut kuntoutumista edistävää ja mikä sitä hankaloittavaa. Holistisen ihmiskäsityksen pohjalta ajatellen muutos voi lähteä niin kehollisuudesta, tajunnallisuudesta kuin situationaalisuudesta. Näin ollen arki on yhtä lailla keskeinen ihmisen kuntoutumisen näkökulmasta.

Ole Dreier (2008, 17) korostaa, että terapiatapaamiset ovat yksittäisiä kohtaamisia. Hänen mukaansa terapian merkitystä arvioitaessa on tärkeää tarkastella sitä, miten terapiassa saadut oivallukset tai ajattelutavan muutokset mahdollistuvat ihmisten arjessa. Ihmiset pohtivat terapiassa käymiään keskusteluja terapian ulkopuolellakin, mutta toisaalta toimivat arjessaan erilaisissa rooleissa. Kotona, koulussa, työpaikoilla ja vapaa-aikana toimitaan erilaisissa konteksteissa, joissa vallitsevat erilaiset vuorovaikutuksen tavat ja normit. Arki on täynnä tapahtumia ja tekemistä, eivätkä terapiassa saadut oivallukset aina siirry välittömästi ihmisten arkeen.

Ymmärrän arjen Minna Salmen (1991, 25–29) tapaan elämäntilanteen kokonaisuutena ja päivittäisten elämäntapahtumien alueena. Kun arki tarkoittaa ihmisen ulottuvilla ja saavutettavissa olevaa välitöntä maailmaa, situationaalisuus tarkoittaa sitä osaa todellisuudesta, johon ihminen on suhteessa. Arjen elementit voivat olla perheenjäsenille samoja, mutta ihmisten suhde arjen todellisuuteen on aina omakohtainen. Arjen tapah-

tumat voivat koskettaa kaikkia perheenjäseniä, mutta kokemukset niistä ovat erilaisia. Arki määrittää kokemuksia, sillä se tarjoaa monenlaista faktisuutta kokemusten sisällöksi. (Ks. Rauhala 2005a, 43–45.)

Eeva Jokinen (2003, 4; 2005, 7–9) toteaa arjen olevan maailman asi-  
oista itsestään selvimpiä, mutta juuri siitä syystä se pakenee, kun sitä  
pyrkii määrittelemään (ks. Felski 2000, 15). Yhteiskunnalliset muutokset  
ovat tehneet arjen kiinnostavaksi, kun monikerroksisessa muutoksessa  
arjesta muodostuu turvasatama. Mediassa yleistynyt puhe ”tavallisesta  
arjesta” viittaa siihen, että se on muutoksessa ja siitä syystä kiinnostava  
(Jokinen 2003, 4). Myös yksilötasolla tavallinen arki käy tärkeäksi aina-  
kin silloin, kun se jostain syystä on uhattuna tai särkyä.

Ihminen tulee kohdatuksi mielenterveyspalveluissa elämänvai-  
keuksiensa kautta (Scheyett & McCarthy 2006, 407). Jos ongelmia on  
monella eri elämänalueella, auttajat erilaisiin vaikeuksiin ovat omissa  
organisaatioissaan. Arki käsitteenä ylittää ihmisen sirpaloituneen ja insti-  
tutionalisoituneen todellisuuden (Salmi 2004, 12), ja siksi olen käyttänyt  
sitä tässä yhteydessä jäsentääkseni elämäntilanteiden kokonaisuutta ja  
masennuksen merkitystä siinä. Salmen (1991, 38) tapaan näen arjen viit-  
taavan ihmisen sosiaaliseen verkostoon sekä siihen elämäkokonaisuuteen,  
johon ihminen kuuluu. Näin ollen arki sisältää niin työn, perhe-  
elämän kuin vapaa-ajankin. Yhteiskunnalliset rakenteet ehdollistavat eri  
elämänalueita. ”Arjen logiikkaan kuuluu vieraan kesyttäminen kotoisaksi”  
(Jokinen 2005, 12, 28). Yhteiskunnalliset rakenteet konkretisoituvat  
tutkimukseni ihmisillä arjen elämisen ehdoiksi, palvelujärjestelmä aree-  
naksi, jossa ihmisen arki ja ammatilliset käytännöt kohtaavat. Professiona-  
aalinen toiminta tulee osaksi ihmisen arkea.

Elämäntilanteen kokonaisuus ja arki ovat käsitteinä moniulotteisia.  
Minna Salmi (1991, 24–26; 2004, 16) pitää arkielämän käsitettä pulmalisena,  
koska se kaiken kattaessaan menettää selitysvoimaansa. Arki on kuitenkin  
käypä käsite, kun ihmisten elämäntilannetta pyritään hahmotamaan  
kokonaisuutena sen sijaan, että jokapäiväinen elämä nähtäisiin  
erillisinä alueina. Minna Salmi (mt., 24) näkee arkielämän prosessina,  
joiden kuluessa ihmiset muokkaavat arkielämän mahdollisuuksia ja  
ehtoja eleyksi elämäksi. Masennuksesta kuntoutumista ei voida tarkas-  
tella irrallaan arjesta, ilman elämäntilanteen huomioon ottamista,

sillä masennus on kaikille elämäalueille ulottuva kokemus. Myös masennuksesta kuntoutuminen voi käynnistyä hyvinkin pieniltä tuntuvista arkisista asioista, jotka synnyttävät tunteen omasta hallinnasta ja pystyvyydestä. Usko oman toiminnan vaikuttavuuteen on toimijuuden perusta (Bandura 2001, 10).

Arki on paradoksaalinen ja sellaisena se näyttäytyi tässäkin tutkimuksessa. Arki oli masennuksen kannalta ristiriitaista. Arkeen sisältyvät asiat olivat sekä masennusta tuottavia että siitä kuntouttavia vieläpä niin, että sama asia oli usein niin kuntouttava kuin masentavakin. Arki oli samanaikaisesti keveää ja painavaa, välttämätöntä ja terrorisoivaa. Keveää se oli silloin, kun kaikki sujui. (Ks. Jokinen 2005, 10–11.) Painavaa siitä muodostui, kun arjen tekemättömät työt muistuttivat jaksamattomuudesta. Arjen sujuvuudessa piili myös tylsyyden ja turtumisen mahdollisuus. Ihminen saattoi lopulta kokea olevansa *robotti*. Liisan kokemuksessa tulee esiin niin keveys kuin painavuuskin. Koti voi muodostua kärsimyksen kasvualustaksi muistuttaessaan omasta jaksamattomuudesta.

*Liisa: Se oli jotenki kiva kuitenkin, että saa jotaki näkyvää aikaseksi. Toki mulla on monta asiaa, josta mä kärsin kotona. Että tiiän, että tuotakaan paikkaa ei oo vuosikausiin käyty läpi, ja semmosia asioita. Mua jotenki raivostuttaa, että mä palkkaan jonku joksiki aikaa.*

Arjen sujuvuus oli tutkimukseni ihmisillä eräänlainen mielialan ilmauspuntari. Masennukseen liittyvä jaksamattomuus näkyi nopeasti arjen askareiden vaikeutumisenä ja tekemättä jättämisenä. Pienimmätkin kodin tehtävät saattoivat tuntua mahdottomilta suoritettaviksi. Suoriutumattomuus arjen rutiineista havahdutti huomaamaan, ettei kaikki ole omassa itsessä kunnossa. Arkirutiinien tekeminen ja hoitaminen olivat puolestaan merkkejä siitä, *että nyt on parempi päivä, ku esimerkiksi silloin oli* (Taina). Tarttuminen arjen rutiineihin loi kokemuksia selviytymisestä. Kun käy vaikeassa tilanteessa, pienikin edistyminen on merkittävä.

*Liisa: Mä koin, että mä en jaksanu enää, että tuntu silleenki, että ruuan-  
anki laitto perheelle, seki tuntu, että se on aivan hirviän, että se on  
aivan kauhean iso työ.*

*Taina: Siinä kävi niin tosissaan surkeassa tilanteessa, ja oli se pakkohoitopäätös ja kaikki, niin tavallaan sen jälkeen, ko tuli pieniki joku semmonen valon pilkahdus, niin se alko tuntumaan, että no nythän tässä jo menee hyvin.*

Eeva Jokinen (2005, 11–16, 28) jäsentää arjen viiteen ulottuvuuteen: toistoon, kodin tuntuun, tavanmukaisuuteen, taipumukseen vahvistaa totunnaisia sukupuolitapoja ja kykyyn muuntaa ulkoisia pakkotahteja omilta tuntuviin rytmeihin. Pysähdyn seuraavassa tarkastelemaan lähemmin toistoa sekä kodin tuntuja, jotka omassa aineistossani osoittautuivat keskeisiksi. Marja-Liisa Honkasalo (2004, 57) kutsuu arjessa toistuvia käytäntöjä ”kiinnipitäväksi toimijuudeksi”, sillä niiden tarkoituksena on maailman pitäminen paikoillaan. Rutiinit helpottavat arkea, sillä kukapa jaksaisi alituisen pohtia tekojaan ja valintojaan. Myös Anthony Giddens (1991, 36–37) näkee rutiinien helpottavan arkea, mutta samalla vieraannuttavan ihmistä siitä, sillä toistuva toiminta uusintaa myös toimintansa rajat. Taina kertoi tarrautuneensa rutiineihinsa vaiheessa, jossa olisi pitänyt hakea tukea. Arjen rutiinit ovat toisin toimimisen esteenä, mutta Giddens (mt., 39) näkee rutiinit myös ontologisen turvallisuuden peruspilarina ja toteaa tapojen ja rutiinien olevan suoja huolia ja ahdistusta vastaan. Rutiinit auttavat luomaan maailmaan järjestystä ja erottamaan olemisen ei-olemisesta. Näin ollen rutiineilla ja toistamisella on toimijuuden kannalta perustava merkitys. (Honkasalo 2004, 80.) Rutiineiden sujumattomuus on kuitenkin kokemuksena pysäyttävä.

*Else: Sitä painaa vaan, ennen kun se seinä tulee vastaan.*

*Taina: Aika paljon aikasemmin olis ollu ihan tämmösen mielenterveysavun tarpeessa. Siihen masennukseen saanu jotain apua aikasemmin jo. Että mä oon viimeiseen saakka ollu aina semmonen, että saa tehtyä ja touhuttua.*

Jeja-Pekka Roos (1983, 10) kirjoittaa arjen terrorista, jolla hän viittaa rutiineihin, joiden keskelle joudutaan ja joista ei päästä eroon. Arki näyttäytyi myös tässä tutkimuksessa joidenkin kohdalla terrorisoivana. Mo-

net haastateltavistani kertoivat lakaisseensa omat toiveet ja tarpeet maton alle, kun syntyi kokemus mahdottomuudesta muuttaa arkeaan. Kokemus muuttamisen mahdottomuudesta liittyi rooleihin vanhempana, isovanhempana tai työntekijänä, sukupuoleen liittyviin tapoihin tai taloudelliseen niukkuuteen. Roolit perheessä eivät antaneet tilaa sairaan roolin ottamiseen erityisesti silloin, kun oli kyse lapsista huolehtimisesta. Ajan antaminen omalle toipumiselle ei mahdollistunut, koska lasten tarpeet menivät omien tarpeiden edelle. Tilanteen muodostuttua mahdottomaksi rutiineista ja arjesta haluttiin irrottautua kokonaan. Salmi (1991, 119) toteaa osuvasti rutiinien merkitsevän ajankäytön hallintaa silloin, kun ne ovat itse luotuja. Jos ajankäyttö muodostuu rutiininomaiseksi ulkoapäin, syntyy kokemus arjen hallitsemattomuudesta ja ehkä myös terrorista.

*Taina: Ei siinä oikeastaan ole varaa miettiä sitä, miten minä ite haluaisin tehdä, että mitä ite haluaisin täältä elämältä. Minä oon ehkä ajatellu sillä lailla, että siinä tilanteessa ja se on nyt niin, mulla ei oo siihen kauheasti mahdollisuuksia muuttaa sitä.*

*Vesa: Halusin oikeastaan niinko kotoa pois semmoseen paikkaan, missä saa olla rauhassa.*

Jukka Tontin (2008, 52–53) tutkimuksessa arjen rutiinit ja raataminen esiintyivät yhtenä keinona masennuksesta kuntoutumisessa. Salmi (1991, 29) muistuttaa, että arki ei ole pelkkää rutiinia ja ajatuksetonta toistoa, vaan jokapäiväinen elämä sisältää myös luovuutta, pohdintaa, ongelman määrittelyä ja eteen tulevien asioiden ratkaisua. Tässä aineistossa rutiinit ja raataminen näyttäytyivät myös pyrkimyksenä pitää masennus loitolla. Ne eivät olleet aineistossani pelkästään terrorisoivia ja kuristavia vaan myös helpottavia. Rutiinit olivat keino selviytyä masennuksen kanssa, sillä niiden suorittaminen esti asioiden liiallisen miettimisen. Ne pitivät yllä järjestystä, kun masennuksen vuoksi elämä mureni. Toisaalta rutiineihin tarrautuminen saattoi kääntyä lopulta uuvuttavaksi.

*Taina: Minä niinkun sitten suoritan ja suoritan ja teen ja teen ja en niinkun pysähdy. Et en pysähdy kattoon telkkaria, en pysähdy mihin-*

*kään, vaan minä niinkun... koko ajan pitää olla kauheasti tekemistä. Silloin ei tarvi niinko tavallaan ajatella. Mutta siinä on sitten se kään-  
töpuoli, että sitten siinä väsähtää kuitenkin jossain välissä.*

Jaksamattomuus arjen rutiinien suorittamiseen rikkoo arjen ajallisuuden. Arjen ajallisuus syntyy toistosta (Felski 2000, 18). Toistuvat toiminnot jäsentävät arkea, synnyttävät rakenteen, joka strukturoi ajankäyttöä ja antaa kokemuksen hallinnasta (Salmi 1991, 119). Päivittäiset toiminnot, kuten nukkuminen, syöminen ja työnteko luovat aikarakenteita ja toistuvia rytmejä. Näiden rytmien puuttuminen tai särkyminen osoittautuivat aineistoni valossa ahdistaviksi ja jaksamattomuus rutiinien ylläpitämiseen tuotti syyllisyyden tunteita. Marita Husso (2003, 198) toteaa tulevaisuuden suuntautumisen ja elämän suunnittelemisen olevan tyypillisiä kulttuureissa, joissa arvostetaan oman elämän hallintaa ja kontrollia. Ne ovat samalla itsekunnioituksen elementtejä. Rita Felski (2000, 19) näkee ajan rytmiikan erilaisena miesten ja naisten välillä. Kuitenkin omassa tutkimuksessa jaksamattomuus herätti syyllisyyden tunteita niin miehissä kuin naisissakin. Anni Vilkon (1998, 31) mukaan naiset hahmottavat kotiaan enemmän sen sisätilojen kautta, kun taas miehet kohdentavat huomion enemmän asumisen järjestämiseen. Näin oli myös tässä tutkimuksessa.

*Vesa: Kyllä sillain on, että just niinko tommonen niinko... että kotona autotalli ja varasto kesken. On se niinko vesikatossa. Mutta vois olettaa, että jos ois oikeen hyvissä fyysisessä ja psyykkisessä, varmaan sitä niinkö innoissaan tekis. Mutta miten sitä nyt tuntuu, että ei saa tehtyä. Se tuntuu aivan ylivoimaiselta. Se ei tietenkään meiän perhe-elämää oo parantanu.*

Agnes Heller (1984, 245) näkee arjen ajallisuuden rakenteellisissa yhteyksissään. Hänen mukaansa arkielämä sisältää monia asioita, joilla on oma aikansa. Aika on yhteiskunnallisten muutosten ja instituutioiden muovaamaa. Instituutioiden aikarakenteisiin liittyvät esimerkiksi koulunkäynnin, opiskelun, työn ja vapaa-ajan vuorottelu, eläkkeelle siirtyminen sekä erilaisten palveluiden saatavuus (Salmi 1991, 120). Masennuksen

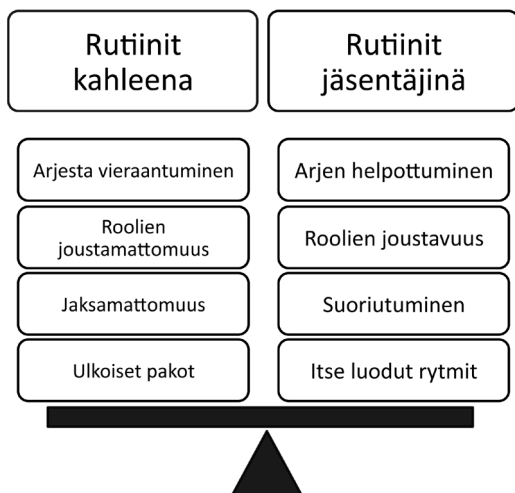


keskellä määräajat voivat olla ahdistavia. Jaksamattomuus huolehtia arkirutiineista saattoi pudottaa ihmisen ajattomuuteen ja ei-olemiseen, jossa tarina tyhjeni. Elämä tuntui lipuvan ohi, kun itse ei saanut kiinni mistään. Agnes Heller (1984, 244–245) korostaa oikean hetken havaitsemisen tärkeyttä. Jokapäiväinen elämä saattaa hankaloitua merkittävästi, ellei ihminen pidä kiinni sopimuksistaan ja aikatauluistaan tai pysy siinä rytmissä, joka ulkopuolelta määritellään. Näin kuitenkin masentuneen ihmisen kohdalla usein kävi.

*Taina: Sitte antaa mennä, että olkaa. Ei siinä vaiheessa oo mitään mahdollisuuksia lähteä hakemaan. Pankki sanoo, että mene verotoimistoon ja verotoimisto sanoo, että ei kyllä se pitää pankista tämä saaha. Niin. Että ne tehhään niin hankaliksi, että ei, jos on huonossa kunnossa, niin ei puhettakaan.*

*Jaakko: Oltiin monta vuotta, ettei haettu mitään [taloudellista tukea, M.R.]. Mitä se vaikutti. [--] Tyhjää rassata itteänsä. [--] Ei sitä jaksa punoa ja vääntää niitä lippuja ja lappuja. Sehän rasittaa ku mahoton. Se tulee niin, tiltaa kerta kaikkiaan.*

Arjen rytmikassa on kyse jatkumoista ja tasapainosta arjen ulottuvuuk-  
sien välillä (kuvio 5). Arjen rutiinien ja toistuvuuden on mahdollista muodostua suojaksi masennusta vastaan ja turvaksi ulkoisilta vaatimuk-  
silta, mutta rutiinit voivat toimia myös kahleena eristäen ihmisen osal-  
lisuudesta ja toisista ihmisistä. Arkiset työt tekemättöminä muistuttavat omasta jaksamattomuudesta ja kykenemättömyydestä, mutta niistä suo-  
riutumisen voimaannuttaa. Se, millaiseksi kokemus arjesta muodostuu, riippuu siitä, kuinka joustavia erilaiset roolit ovat, sekä siitä, onko ih-  
misen mahdollista tarvittaessa irtautua rooleistaan ja saada tukea niistä selviytymiseen. Arjen jäsentymistä ja ulkoisten pakkotahtien muutosta omiksi rytmeiksi on tarpeen kyetä refleктоimaan terapiakeskusteluissa.



KUVIO 5. Arjen toistuvuuden monimerkityksisyys.

Kodintuntu viittaa kotiin sekä konkreettisesti että vertauskuvallisesti. Siten arkea on myös kodin ulkopuolella. (Felski 2000; Jokinen 2005, 28; Vilkkö 1998, 28.) Riitta Granfelt (1998, 103–104) määrittelee kodin eletyksi ja koetuksi tilaksi, joka ei ole sidoksissa asuntoon ja johon suhde rakentuu aina henkilökohtaisesti. Koti voi masennuksen keskeellä muuttua myös ahdistavaksi paikaksi. Se voidaan ajatella tilaksi, joka muodostuu ihmisen ja hänelle tärkeän toiminnan välille. Vilkkö (1998, 28) käyttää käsitettä ”mielen koti”, jolla hän tarkoittaa kotia eksistentiaalisena suurena. Kodintuntu syntyy esimerkiksi tunteesta, että *pääsee pötkähtämään sohvalle niin, ettei kukaan oo mitään vailla* (Ilpo). Kotiin liittyy tällöin arvoja, yksilöllisiä kokemuksia, tunteita ja näihin kiteytyviä merkityksiä (Vilkkö mt., 28). Masennukseen liittyy usein tunne, jolloin ”mielen kotia” ei löydy, missään ei ole hyvä olla.

Topi: *Olin nykyin niin jumissa toista vuotta sitten, tai siitä on nyt vuosi aikaa, että ei enää niinku ihminen vapaalla ollessa voi missään niinku olla.*

Marjo: *Mitä sie sillä jumissa...*

Topi: *Tarkoitan henkisesti niin lopussa.*

Rita Felski (2000, 22) tarkastelee kodintuntua tilallisuuden käsitteen kautta. Koti sijaitsee keskiössä, josta on mahdollista suuntautua ympäristöön. Koti on paitsi paikka, myös metafora. Koti on paikka, josta lähdetään ja jonne palataan (Granfelt 1998, 103; Heller 1984, 239). Kodintuntu liittyy turvallisuuteen ja tilaan, johon kaikilla kuitenkin ei ole varaa ja mahdollisuuksia (Jokinen 2005, 28). Taloudellisella tilanteella on merkitystä kodintunnulle, sillä taloudellinen turvallisuus lisää valinnan mahdollisuuksia ja luo riippumattomuuden tunnetta. Taloudellinen niukkuus tuotti joillekin haastateltavilleni vaikeita arjen valintoja. Usein oli vain luovuttava monista asioista.

Jaakko: *Ku raha ei riitä mihinkään. Nehän on tulot niin pienet, että syönkö mie nyt vai pitääkö se maksaa vuokra vai maksanko mie sähkön vai olenko mie nälässä vai mitenkä mie nyt?*

Ilari: *Ainahan se, ku jobonki pitää lähteä, niin pitää aina miettiä, että mitenkä sitte rahan kans käy. Mie tykkään hiihtämisestä kovastikki, niin ei niihin [urheiluvälineet, M.R.] pysty sitten.*

Tutkimukseni ihmiset kokivat hyvän asumistilanteen resurssina, joka auttoi kuntoutumaan. Vastaavasti puutteet asumisessa olivat keskeisiä arkea hankaloittavia tekijöitä. Sakari Karvosen ja Taina Rintalan (2006, 302–303) tutkimuksen mukaan ihmisen kokemus asuinympäristöstään on sidoksissa hyvinvointiin. Kaupungeissa ja keskustoissa tyytyväisyyttä tuottavat erityisesti palveluiden läheisyys, kun taas lähiöiden ja maaseudun etuna pidetään luonnonympäristöä ja rauhallisuutta. Esteettiseksi ja turvalliseksi koettu ympäristö tuottaa hyvinvointia. Kohtuulliset asumiskustannukset ja asunnon varustetaso ovat sidoksissa koettuun terveydentilaan. Myös tässä tutkimuksessa asuinympäristön merkitys tuli esiin. Asuinympäristön rauhallisuudella ja joissakin tapauksissa levottomuudella oli merkitystä kodintuntuun. Puutteet asumisessa, kuten ahtaus tai naapureista kuuluvat riidat, tuottivat säröjä kodin tuntuun ja arjen sujumiseen. Arjen rytmeihin tulee vähemmän riitasointuja, kun kodissa on tilaa.

Taina: Täytyy kauheesti miettiä, että miten tämänki asian järjestelee, että tässä nyt sovitaan ja saahaan arki sujumaan. Kyllähän se välillä tieteenki tuo semmosta tietynlaista alakuloa.

Jaakko: *Ku siinä oli semmonen pariskunta siinä, niin se hakkas sitä vai-moan... se oli semmonen paikka sitte. [–] Ja se sitä pieksi sitte aivan raakasti... että aivan. Sitä me ollaan aina ihmetelty, että miksi ne aina tämmöset tapaukset kerätään niin ku yhteen paikkaan kaikki ongelmat. Täälläkinhän ne on siirretty kaikki tuohon nyt.*

Kodintunnun voi tavoittaa mistä tahansa paikasta, joka on ihmisen kan-nalta merkityksellinen. Marja-Liisa Honkasalo (2004, 60) toteaa, että paikka pitää kiinni. Paikka voi tarkoittaa esimerkiksi kotia, maisemaa tai kylää. Tutkimukseni ihmiset puhuivat luonnon parantavasta vaikutuk-sesta. Ihmiset kokivat luonnossa liikkumisen ja toisaalta vain maisemien katselemisen voimaannuttavana. Luontoon liittyi monilla harrastuksia tai jotkut kokivat sen paikkana, jossa voi miettiä tai vain rauhoittua. Esteettiset kokemukset irrottivat ajatukset masennuksesta, toivat ongel-mien kyllästämään kertomukseen uusia elementtejä. Kodintuntu syntyi myös itsen hemmottelemisesta, lomailusta ja rauhoittumisesta olemaan.

Ilari: *Meilläki on rauhallinen paikka. Siinä on kuitenkin oma piha. Saa paukutella henkseliä siinä ja kulkea mettillä tai siellä missä haluaa, tai joella. Kyllähän se on se oma rauha.*

Aune: *Kyllä mä tykkään olla marjassa. Ja tykkään olla semmosessa seka-metsässä, missä on kuusia ja mäntyjäkin ja ne tuoksuu hyvälle. Semmo-nen rinne, joka tuoksuu hyvälle, ja usein siinä on hyvin marjojakin tai sienä.*

Else: *Niin mä hain kirjastosta kirjan ja mä luin. [–] Mulla on kylpy-amme. Vaahtokylpyjä, kynttilöitä.*

Kodintuntu ja rutiinit eivät synny kuitenkaan helposti tai itseksään vaan ajan ja tilan muokkaamisen ja työstämisen tuloksena (Felski 2000, 24;

Jokinen 2005, 28). Koti ei ole yksityisaluetta, vaan sitä muokkaavat monet yhteiskunnalliset muutokset, instituutiot ja asenteet. Koti on niin sukupolvien kuin sukupuoltenkin välisten konfliktien näyttämö. (Felski 2000, 24.) Agnes Hellerin (1984, 236) mukaan arjen tilallisuudessa yhdistyy ihmisen käsitys omasta tilastaan sekä kokemus siitä. Arjessa käydään moninaisia neuvotteluja siitä, mikä kunkin perheenjäsenen aika ja tila on. Oma käsitys tilan tarpeesta ei välttämättä vastaa sitä, mikä todellisuudessa avautuu. Kodin rutiinien hoitamisesta käydään neuvotteluja perheenjäsenten kesken, sillä kodintuntu merkitsee perheenjäsenille eri asioita. Tavanmukaisuudet kohdistuvat eri sukupuoliin eri tavoin. Lapista ja kodista huolehtiminen näyttäytyivät aineistossani naisten työnä. Toisten tarpeiden laittaminen omien edelle tarkoitti sitä, ettei itselle jäänyt tilaa paljoakaan. Eeva Jokinen (2005, 14–15) toteaa arjen liittyvän sukupuolten väliseen työnjakoon ja arkisuuden toimintaan, joka tarkoittaa useimmiten naisten tekemistä.

*Taina: Kyllä mie niinkö viimeiseen saakka jaksoin huolehtia lapsille ruuat ja puhtaat vaatteet ja tämmöset. Mie sitä tekemistä kyllä harrastin. Mutta sitten muuten alko olla niin loppu, että ei ollu niinku yksinkertaisesti voimia enää.*

*Aune: Mää en ole saanut aikaiseksi oikein mitään. Mää en ole jaksanu kestitä vieraita, mää en saanut leivottua, enkä mää saanut oikein siivottuakaan kovin hyvin.*

Arjen asiat ovat arkisia ja harmaita, niiden merkitystä ei välttämättä ymmärretä, ennen kuin arki säröilee. Arjesta kuitenkin löytyvät myös kuntoutumisen voimavarat. Samat asiat, jotka ovat masennuksen värittämässä arjessa vaikeita, muuttuvat vastakohtikseen kuntoutumisen kertomuksissa.

*Taina: Täytyy yrittää antaa itselfe sitte armoa. Ja sitte ehkä seki, että on justiaa niistä huonoista päivistä tullu semmonen, että nyt jos on joku semmonen ikävä asia, joka saa mielen maahan, niin sitä silti osaa suhteuttaa sen, että ei tämä nyt niin kauhea, että huomenna on varmaan*

*parempi. Että siinä tulee tavallaan niinko just sanoki, että se kääntyy vielä voimaksi. Että ne kaikkein huonoimmat kokemukset. Ihme kyllä niin siinä käy.*

Tämän tekee käsitettäväksi Rauhalan ”ymmärtämisen horisontin” käsite. Kasaantuneet huonot kokemukset alkavat toimia ymmärtämisen yhteytenä uusille kokemuksille. Koetut ulkoiset pakot synnyttävät tunteen hallitsemattomuudesta, mikä puolestaan vahvistaa ihmisen käsitystä omasta kykenemättömyydestään. Oivallus esimerkiksi siitä, että itselleen voi olla armollinen, on vapauttava. Kun masennuksen värittämään ”ymmärtämisen horisonttiin” syntyy vähitellen toisenlaisia ajatuksia ja kokemuksia, käsitys itsestä ja arjen sujumisesta alkavat saada uudenlaisia merkityksiä. Ymmärtämisen horisontti saa hiljalleen erilaisia sävyjä.

Ole Dreier (2008, 94) kiteyttää tutkimuksensa pohjalta, että ollakseen vaikuttavaa terapiassa saatujen uusien näkökulmien ja ajattelumallien on oltava sovellettavissa ihmisten erilaisiin konteksteihin. Terapia ei toimi yksinään, vaan osana jotain muuta. Tällöin terapialla tulee olla kosketuspintaa ihmisen arkeen. Tutkimukseni osoitti arjen rytmien ja hallittavuuden olevan keskeisiä masennuksesta kuntoutumisessa. Arjen rytmien tuli olla kuitenkin sellaisia, joiden oli mahdollista joustaa tilanteittain, sillä toisin ajatteleminen tai tekeminen voi saada muutosten ketjun alkuun. Ihmisten tuli löytää itselleen aikaa ja tilaa sekä mahdollisuuksia saada onnistumisen ja selviytymisen kokemuksia. Pienetkin muutokset voivat olla joskus käännteentekeviä. Ihmiset tarvitsivat mahdollisuuksia sekä rytmeistä irtautumiseen että niihin tarrautumiseen. Terapiassa ja kuntoutuksessa on tarpeen nähdä, miten arki mahdollistaa muutoksen ja millaisia muutoksen ituja arki sisältää. On tarpeen myös nähdä, miten arkea on mahdollista muuttaa, jotta se avaisi uudenlaisia mahdollisuuksia.

## 6.2 Arjen reflektiivisyys

Ymmärrän reflektiivisyyden ihmisen oman toimintansa ja ajattelumalliansa kriittisenä tarkastelemisena. Ihminen ei ole Albert Banduran (2001, 10) mukaan vain toimija vaan myös oman toimijuuden reflektoi-

ja. Ihminen arvioi motiivejaan, arvojaan ja tavoitteitaan sekä omaa toimintaansa ja sen seurauksia. Reflektiivisyyden ja arjen välinen suhde on kiinnostava. Jokinen (2005, 11) toteaa arkisen toiminnan olevan toistavaa ja tavanmukaista, siis ei reflektiivistä. Tavanmukaisuus ei ole pelkästään negatiivista vaan ajoittain myös tarpeellista. Tavat pitävät ihmistä toisaalta vankina, mutta toisaalta niitä tarvitaan helpottamaan jokapäiväistä elämää. (Jokinen mt., 28–29.) Toisto ja tavanmukaisuus kuitenkin myös turruttavat, ne kutsuvat mukaan tylsyyden tuntemuksia. Arjen ”pyörimisen” ja arjen terrorin välinen raja näyttää olevan hiuksenhieno. Arki tavanmukaisuudessaan voi tukahduttaa mahdollisuuden reflektioon, jolloin toisin toimimisen mahdollisuus pakenee.

*Vesa: Kyllä se pyörii ihan normaalisti, mutta ei se, ei se niinkö mitenkään, sanotaan just tämmöstä tyydytystä. Taas niinkö verrattuna siihen niinko aikasempiin, kyllä mä oon nyt jaksanu niinko lasten harrastuksia ja muuta sillain, että paljon paremmin. Mutta se vain niinkö jokapäiväisen elämän semmonen elämän hauskuus, niin se on ihan pois.*

Arkeen yhdistetään usein epä-älyllisyys (Felski 2000; Jokinen 2005, 11). Ihminen toimii arjessaan tavanomaisesti ajattelematta toimintansa perusteita sen tarkemmin. Epä-älyllisyys käsitteenä kuitenkin tuo mielikuvan jostain negatiivisesta, sellaisesta, josta on hyvä pyrkiä eroon. Eeva Jokinen (2003, 5) kritisoi käsitystä, jonka mukaan ihminen ei arjessaan reflektoi, ei näe arkisen sumun läpi, kun taas tarkkaileva intellektuelli näkee. Arki asetetaan näin tavoiteltavien ja ylevien asioiden ”toiseksi”. Jokapäiväinen elämä muodostuu tavanmukaisuudessaan itsestäänselvydeksi, mikä on myös toivottavaa ja joskus jopa tavoite. Olisi mahdottomuus, että ihminen pohtisi kriittisesti jokaista ajatustaan ja tekoaan. Jotta asiat tulisi tehdyksi, tarvitaan rutiineja ja tavanmukaisuutta. (Felski 2000, 27; Heller 1984, 129.) Itsestäänselvydyt kuitenkin murenevat masennuksen myötä. Kun ihmiset joutuvat luopumaan tavanomaisiksi tulleista rytmeistään, he pyrkivät mahdollisuuksiensa rajoissa tavoittamaan ne uudelleen. Kun ihmisen arki nähdään refleктоimattomana, siis kyseenalaistamattomana, tavanmukaisena ja rutiininomaisena, monissa tutkimuksissa on pohdittu sitä, miten muutos on mahdollinen (Heller 1985; Jokinen 2003; 2005;

Salmi 1991). Ihmisten kertomukset masennuksen totaalisesta arjen rytmikan sumentamisesta saivat myös minut pohtimaan, miten muutos kuitenkin kävi mahdolliseksi.

*Topi: Mää olin välillä niin huonossa kunnossa, että keskittymiskyky esti hyvin paljon kaikkien tärkeittenkin harrastusten harrastamisen. Mää olin ennen tuonne työterveyshuoltoon hakeutumista, niin mulla oli keskittymiskyky niin huono, että mä en pystynyt sanomalehteäkään lukemaan. Kaikki tämmöset, mitä olen aina tehnyt käsillä hyvin paljon kaikenlaista, rakennuksia ja puusta ja metallista ja mistä vain. Niin kaikki semmoinen tietysti jäi, kun ei pystynyt keskittymään. [–] Oikeestaan siinä vaiheessa kun hoitoon hakeuduin, niin mieliala oli semmoinen, että niitä [positiivisia asioita, M.R.] ei ollut ja ei niitä enää jaksanut hakeakaan. Mutta sitten, kun pikkuhiljaa alkoi yrittää hakea positiivisia asioita, niin ei niitä löytynyt. Mutta kuitenkin jaksoi jo yrittää hakea. Ja oikeestaan nyt, kun niitä on ruvennu hakemaan, että mitä ne on, niin tosiaan niitä vanhoja asioita, jotka on ollu ennen niitä hyviä asioita.*

Reflektoimattomuudesta irtautuminen alkaa, kun ihminen kyseenalaistaa valmiin, eikä hyväksy sitä enää (Salmi 1991, 105). *Semmosta itsepuhdistelua tuli sitten, että ei tässä ole mitään mieltä* (Esa). Tämän tutkimuksen perusteella irtautuminen reflektoimattomuudesta tapahtui viimeistään silloin, kun arjesta itsestään tuli ongelma. Myös Rita Felski (2000, 27–28) toteaa, että huomio arkeen kiinnittyy vasta silloin, kun arjessa ilmenee ongelmia. Ritualisoitunut toiminta arjessa on olemisen peruselementti. Juuri arkielämän moniulotteisuudesta nousevat ne ristiriidat, jotka sysäävät ihmisen tietoiseen pohdintaan ja toimintaan (Salmi 1991, 113).

*Ilari: Että niinkö mullaki tuo hirvimettä ja muutenki tuo metästys ja kalastus on ollu aika lähellä. Tykkään kovasti siitä hommasta. Että niin tota, silloin aikasemmin ei milhään ois saanu ongella käyhmän, ei puhetakhan. Ja tuo sorsajahti tai tämmöshin näin, niin ei. En käyttänyt ees asetta käsissä enkä mihän. En ampunu ees hirvimerkkiä enkä mihän. Minua ei saanu mihinkhän sillain, että kaikki jäi. Silloin alko tuntumaan, että mikä tässä on, ko ei mikhän kiinnostaa.*



Reflektio ja arki myös haluttiin pitää toisistaan erillisinä tiloina. Ihmiset toimivat arjessa ja terapiassa erilaisissa rooleissa, ja juuri tästä syystä Liisan toive ja tavoite oli pitää tilat erillisinä, kuten seuraavasta sitaatista ilmenee. Hoito- ja kuntoutustilanteet voidaan ajatella institutionaalisina tilanteina, joihin liittyy tiettyjä odotuksia, taustatulkintoja ja kulttuurista tietoa sekä ihmisten kohtaamisen rituaaleja (Juhila 2006, 203). Se on myös erillinen tila reflektiolle. Vaikkakin kuntoutuminen tapahtuu arjessa ja terapiakeskustelut koskettavat arkea, vuorovaikutussuhteet ja toimijuus rakentuvat eri tavoin. Arjessa eletään tavallista elämää, josta terapiakeskustelut poikkeavat. Ole Dreierin (2008, 106) mukaan keskustelu on erilaista eri konteksteissa, sillä niissä vallitsevat erilaiset säännöt, roolit, rakenteet ja toimintamallit. Keskustelut mielenterveystoimistossa vapauttavat tilaa arjen muille toiminnoille, siis sille arkiselle rytmille, johon ihminen on tavastunut. Liisa halusi toimia arjessaan myös muissa rooleissa kuin sairaan roolissa, minkä terapia mahdollisti.

*Liisa: Tää ois se paikka, jossa nii purettais näitä sairastamisjuttuja, niin jos me sitte saatas vähän niinkö elää tuolla arjessa sitte silleen tavallaan niinkö vappaana siitä mun ainaisesta keskustelusta siitä mun olosta. Ko me käydään täällä näin, jos se vaan sitte lähentäis meitä, että me niinkö kotona pystyttäis enemmän elämään semmosta tavallista elämää.*

Muutokseen tarvitaan jokin impulssi. Muutos on sidoksissa Agnes Helerin (1984, 47) mukaan jokapäiväisen elämän ristiriitaisuuksiin. Tärkeä muutoksen ehto on, että sen pystyy kuvittelemaan mahdolliseksi (Jokinen 2003, 12; Peltomaa 2005). Kaaostarinasta irtautuminen alkaa, kun sitä kykenee refleктоimaan. Muutoksen on mahdollista Rauhalan holistisen ihmiskäsityksen perusteella lähteä liikkeelle miltä tahansa ihmisen olemispuolelta: kehollisesta, tajunnallisesta tai situationalisesta. Erilaiset situaatiot tarjoavat erilaisia aiheita tajunnallisuuteen ja kehollisuuteen. Seuraavassa aineistositaatissa toimivat kaikki olemispuolet. Lähtökohta on kuitenkin jonkinlainen irtaantuminen arjesta, uusien kokemusten löytäminen. Avaintekijä ihmisen toimijuuden kannalta on, että hän ottaa askeleita kohti asettamia tavoitteita (Bandura 2001, 6).

Meeri: *Mie ajattelin, että mie teen nyt sitä, mitä... ja oon semmostaki tehny, mitä... Esimerkiksi sukset ostin sitten. Minä en oo koskaan osannu hiihtää. Lapsena oon ollu aina se viimeinen. Ostin sitten ne suksetki, ja kävin kokeileen, enkä osannu hiihtää. Menin sitte hiihtokeskukseen ja otin sieltä oppitunnin ja mulle opetettiin hiihtämään luistelutyyllillä. Se oli tosiaan mukavaa. Ja kävin kasvohoidossa ja tein vaikka mitä. Pitää satsata itteen. Mie satsaan itteen.*

Arki ei esiintynyt tutkimukseni ihmisten kohdalla pelkästään reflektoimattomana. Ihmiset saattoivat oivaltaa elämäntilanteestaan jotakin sellaista, joka sai arjen liikahtamaan eri asentoon. Oivallus saattoi olla pieneltä tuntuva asia, joka arjessa sai suuren osan. Oivallukset voivat katkaista rytmien pakon, mikä voi muodostua emansipaation kasvualustaksi. Käänteentekevä oivallus oli esimerkiksi sellainen, että haastateltavani havahtui stressaantuvansa asioista, jotka eivät viime kädessä olleet hänen vastuullaan.

Markku: *Ei ko mä oon heittäny sen pois, tai oon tehny ittelle selväksi, että ku minä en oo firman omistaja, niin minun ei taritte kaikkia asioita huolehtia ja murehtia. Ko sen sain heitettyä pois, enkä tuo kotia ennä töitä enkä niitä stressaa turhaa, niin kaikki on helepottunu heti.*

Atte: *Minä olen tavallaan kylmettäny itteni sillälaililla, että minä kestäen kaikki ja minä jaksan kaikki. Ja sen minkä mä olen viimeisen kolmen kuukauden aikana oppinu sen asian, että mää en voi jatkuvasti vuodesta toiseen valehdella ittelleni. Mää olen sen kokemu, mitä valehtelemisestä seuraa, mää masennun. Ei voi, tälle ruumiille ei voi valehdella, se tulee julki sieltä.*

Else: *Mun yli ei kävellä.*

Eeva Jokisella (2003, 6) on arjen pienentämisen käsite. Tällä hän tarkoittaa sitä, että suurten asioiden ajatellaan olevan arjen ulkopuolella, ja kuitenkin arjen pienet asiat voivat olla juuri niitä ”suuria”. Monet haastattelemani ihmisistä kertoivat hoitoprosessin yhden keskeisen tulok-

sen olleen se, että he oppivat olemaan terveesti itsekkäitä. He oppivat ottamaan itselleen aikaa, tekemään itselle miellyttäviä asioita ja pitämään puoliaan. Terveen itsekkyyden opetteleminen oli monen tie masennuksesta ulos. Vilma Hänninen (2004, 287–288) näkee terveen itsekkyyden käsitteen nousseen julkisuuteen voimakkaasti viime vuosina. Terveen itsekkyyden käsite on kulttuurinen ilmiö, johon myös itsehoito-oppaissa opastetaan (Hautamäki 2006; Hänninen 2004, 288). Sysäys arjen tavanmukaisuuden muuttamiseen tarvitaan usein ulkopuolelta, sillä tavat kaaventavat toisin toimimisen mahdollisuuksia. Terapiatilanteessa annettu ohje toimi tässä tutkimuksessa liikkeellepanevana voimana.

*Ilari: Et ei ois osannu sillä lailla hellittää kaheksi viikoksi, jos joku ei ois sanonu, että nyt pitää.*

Masennus voi pakottaa refleктоimaan, pohtimaan omaa arkielämää ja sen mielekkyyttä. Reflektio oli toisinaan tarpeen ja rutiinit oli tarpeen kyseenalaistaa ainakin silloin, kun ne tuottivat ongelmia. Myös reflektio osoittautui kuitenkin tutkimuksessani moniulotteisena. Oman tilanteen pohtimisessa oli myös piste, jolloin ihmiset kokivat sen tuottavan enemmän stressiä kuin vähentävän sitä. Eräs haastateltavani koki arjen reflektion masennuksen kannalta kielteisenä. Asioista puhuminen oli vierasta, eikä terapiaepisodi tuonut arkeen muutosta tässä suhteessa.

*Antero: Paljon helpompi elää mulla nyt, kun minä en ajattele sitä asiaa. Että tuota, minä annan sen mennä. Minä tän tammikuun oon ja se on paljon niinko mukavampi. Se menee niin raskaaksi mulla.*

*Marjo: Onko tullu semmosia tilanteita, että oisit itte miettiny, että nyt tästä pitäis puhua, mutta ei tuu puhuttua?*

*Ilpo: On niitä tietenki joitaki tullu, mutta ko se kuluu jonku aikaa, niin se unohtuu sitten, jätetään sitten. Antaa mennä se ittestään ohi sitte.*

Toivo oli keskeinen tekijä kuntoutumisessa ja se löytyi uudelleen varsin monista arkisista asioista: lapsista, läheisistä ihmissuhteista, luonnosta, elämäkokemuksesta, itsen hemmotellemisesta, rentouttavista hetkistä.

Steven J. Onkenin ym. (2007, 11) mukaan toiveikkuus paremmasta tulevaisuudesta on kuntoutumisessa kriittinen tekijä, ja se voi syntyä vain vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa. Monet haastattelemani ihmisistä kertoivat säilyttäneensä uskonsa tilanteen kohenemiseen masennuksen kaikissa vaiheissa, jotkut taas säilyttivät toivonsa toisten tuella, mikä tarkoitti sitä, että toiset uskoivat selviytymiseen. Ihmiset kertoivat suhteuttaneensa asioitaan, miettineensä, miten ne voisivat olla vielä paljon huonomminkin. Ihmiset muistuttelivat myös itseään niistä asioista, jotka ovat hyvin. Arki on pienempien ja isompien ratkaisujen tekemistä ja ne edellyttävät eriasteista asioiden punnitsemista. Suuretkin muutokset voivat olla helpottavia, kun ne saadaan tehdyiksi ja arki palautetuksi uusiin uomiinsa.

*Marjo: Mitkä asiat on vaikuttanu sulla siihen, että se elämäntilanne on muuttunu parempaan?*

*Els: No ensinnäkin se, että tosiaan otin sieltä kamppeeni ja lähdin. [--] Sitten mä oon sanonu miehelle, että mä en tule takasi. [--] Ja sit semmonen, että mä oon saanu nukkua. Ja mä oon saanu... siis mulla oli ensimmäiset kaks viikkoa, että mä sain sen huushollin jotenki pystyyn.*

Tutkimukseni osoitti, että kaikessa tavanomaisuudessaan ja toistuvuudessaan arki sisältää myös reflektiota. Reflektio on tarpeen, että jokin voisi muuttua. Tutkimukseni ihmiset kertoivat kuntoutumisensa taustalla olleen sinnikkyyttä, asioiden työstämistä, niiden asioiden hyväksymistä, joita ei voinut muuttaa, luopumista, uuden suunnan hakemista sekä arvojen uudelleen pohtimista. Eero Riikonen (2008, 162–163) kirjoittaa mielikuvituksen kuntoutuksesta, joka tarkoittaa hyödyttömän ja tuottamattoman ajan arvostamista vastapainona työelämän hektisyydelle. Ihmisen tulisi löytää itsestään ja elämästään mielekkyyden ja arvokkuuden lähteitä. Kuntoutuminen tarkoittaa näin ollen oman elämäntilanteen merkitysten muuttumista ja uudenlaista suhdetta omaan situaatioon.

### 6.3 Sosiaaliset suhteet kuntoutumisen tukena

Sosiaalisten suhteiden merkityksestä hyvinvointiin on lukuisia tutkimuksia. Pienten sosiaalisten verkostojen, harvojen läheisten ihmissuhteiden ja sosiaalisen tuen riittämättömyyden kokemusten on todettu olevan yhteydessä masennukseen (Isometsä 2008, 180; Kawachi & Berkman 2001; Lin & Ensel 1999; Turner & Brown 2010). Sosiaalisten suhteiden ajatellaan toimivan puskurina stressiä vastaan. Verkostot auttavat ihmistä kohtaamaan ja käsittelemään erilaisia eteen tulevia kriisejään. On tärkeää muistaa, että suhteet verkoston jäseniin rakentuvat eri tavoin. Verkoston ihmisillä on erilaisia merkityksiä ja he ovat eri tavoin tärkeitä eri aikoina. (Seikkula 1994, 16–18.) Verkostot ovat erilaisia kooltaan, tiheydeltään ja rakenteiltaan, mutta masennuksen kannalta on erityisen merkityksellistä tunne siitä, että tukea on tarvittaessa saatavilla (Turner & Brown mt., 212). Elämänvaiheet ovat kukin omalla tavallaan kriittisiä sosiaalisen tuen kannalta.

Ihmiset tarvitsevat sosiaalisia suhteita, jaettuina merkityksiä ja instituutioita muuttaakseen omaa arkeaan. Arjen sosiaalisuus ei tarkoita yksin perhesuhteita, sillä myös yksin elävät ihmiset kohtaavat toisia. Toiset ihmiset tulevat arkeen perinteiden, pakkojen, tapojen ja sopimusten kautta. Ihmiset haluavat tulla kuulluksi, ymmärretyksi ja vakavasti otetuksi. (Jokinen 2003, 13–14.) Koti ja kodintuntu liittyvät suhteisiin perheenjäseniin sekä laajemmin sosiaaliseen verkostoon. Kokemukset ovat peräisin arkielämän olosuhteista ja mahdollisuuksista sekä vuorovaikutussuhteista. Vuorovaikutussuhteet ovat tässäkin tutkimuksessa osoittautuneet erittäin tärkeiksi masennuksesta kannalta. Ne ovat, kuten arki muutoinkin, myös sekä masennusta tuottavia että siitä kuntouttavia. Eeva Jokinen (2003, 14) näkee kuulluksi tulemisen ja vaientamisen sen vastakohtana olevan arjen sosiaalisuutta organisoivia ulottuvuuksia. Ymmärrän vaientamisen tässä yhteydessä yksin jäämiseksi, ei vain konkreettisesti, vaan myös yksin asioidensa ja ajatustensa kanssa.

*Taina: Ko mie yritin sanoa miehelle esimerkiksi vielä silloin lauantai-aamunaki, että mie en jaksa enää. Se ei ottanu mitään kantaa. Se vain käänsi kanavaa telkkarin kaukosäätimestä.*

Perheen merkitys oli tutkimukseni ihmisillä hyvin moninainen. Yhdellä ihmisellä perhe saattoi olla ainoa asia, jonka vuoksi kannatti elää. Toisella puolestaan eropäättös oli vapauttava ja antoi vauhtia itsestä huolehtimiseen ja kuntoutumiseen. Ristiriidat puolison kanssa olivat joissakin tapauksissa pääasiallinen syy hoitoon tuloon ja monilla perhetilanne oli merkittävä ongelmia arkeen tuottava tekijä. Perheristiriidat eivät kuitenkaan välttämättä olleet ainoa syy, jonka vuoksi ihmiset olivat lähteneet mielenterveystoimistoon. Ne vain lisäsivät ihmisen taakkaa. On myös tärkeä havaita, että perheen merkitys ei ollut pelkästään postiviivinen tai negatiivinen, vaan perhe eli erilaisia vaiheita. Tuen tarpeet olivat vaihtelevia, eikä toteutuva tuki aina vastannut ihmisen muuttuviin tarpeisiin.

Tutkimukseni ihmiset kokivat useimmin perheensä voimavarana, mutta ongelmat perheessä saattoivat olla myös masennuksen yhtenä tekijänä. Gareth Williams (1993, 96) toteaa, että riippuvuus toisista muistuttaa jatkuvasti omasta kyvyttömyydestä. Monet tutkimukseni ihmisistä kokivat olevansa rasisiteena läheisilleen. Ihmiset olivat huolissaan puolison ja lasten jaksamisesta ja kokivat syällisyyttä siitä, etteivät itse jaksaneet toimia puolisoina ja vanhempina entiseen tapaan. Joissakin tapauksissa puoliso todella ei jaksanutkaan, vaan vetäytyi tilanteesta. Juho näki oman sairastumisensa syynä perheen ongelmiin.

*Juho: Ja nyt minä sitten kysyin, että mikä se on se syy sitten, että miksi sä haluat erota. Niin syy on se, että hän ei jaksakaan enää. Se on niin monta vuotta ollu kantava voima siinä hommassa, että sillä loppu voimat sitten.*

*Liisa: Mutta oon aatellu, että ei hän jaksais, jos pitäis olla koko ajan vaan kotona ja siinä vahtia. Että olla siinä mua auttamassa.*

Bert N. Uchino (2009, 236–238) tarkastelee sosiaalista tukea elämäntilanteen näkökulmasta ja hän pitää tärkeänä erottaa sosiaalisen tuen merkitykset akuuteissa ja pitkäaikaissairauksissa. Monet sairaudet kehittyvät pitkän ajan kuluessa, jolloin sosiaalisen tuen tarve ja toteutuminen myös vaihtelevat. Masennus oli kehkeytynyt tutkimukseni ihmisten kohdalla jo useiden vuosien ajan. Puoliso oli joutunut vuoroin hoitajan, tukijan, sietäjän, aktivoijan ja kannattelijan rooleihin. Puoliso pyrki aistimaan

masentuneen puolisonsa tunnelmia, pyrki vuoroin aktivoimaan toimintaan, vuoroin saamaan keskustelemaan. Tutkimukseni ihmiset kertoivat vetäytyneensä tavanomaisista askareistaan, läheisistä ihmisistä ja parisuhteesta, mikä merkitsi sitä, että puoliso joutui ottamaan niitä rooleja, joista masentunut ihminen ei jaksanut huolehtia. Tunne taakkana olemisesta uhkasi suhteen vastavuoroisuutta (ks. Bury 2001, 275) ja näin ollen jatkuessaan muutti puolisoiden välisiä suhteita.

*Atte: Tietenkin siinä on hyvä, että siinä on semmonen joka kyllää. [--] Me lähetettiin niinku keväälläkin, me hiihettiin hirviän paljon. Mää en olis lähteny hiihtään, vaikka olis ollu kuinka hienoja ilmoja. Mutta kun vaimo painosti mua, ja sitten me lähetettiin. Ja mää olin aina hirveen onnellinen, että lähetettiin.*

*Ilari: Ko mie ruukaan olla sillai, että jos mulla on joku hankalasti tai ottaa päähän, niin mie olen hiljaa ja menen jonnekki ihan omiin hommiin. Sitte se [puoliso, M.R.] aikansa ko ei puhu mittään, muuta ku kävelen ohi vain ja touhuan omia asioita, niin se heti nappaa, että mikäs sulla on. [--] Se vähän niinkö arvaa. Sillä on semmonen kissan vaisto, että nyt ei ole kaikki kohallaan.*

*Timo: Emäntähän siinä isoimman taakan on kantanu, että se on ollu tämmösen kans. [--] Että kyllä seki on kovia joutunu käymään minun kans läpi. [--] Olin mie vähän semmonen mölliskö sitten. Oli siinä kestämistä sitte.*

Masennuksen myötä pelko asettui perheeseen. Pelko oli tutkimuksessani masentuneen ihmisen pelkoa siitä, miten läheiset jaksavat ja toisaalta läheisten pelkoa siitä, miten masentunut ihminen jaksaa. Muiden perheenjäsenten hyvinvointi oli tärkeää kuntoutumisen kannalta toisaalta siksi, että toisten vaikeudet eivät olisi lisänneet omaa taakkaa ja toisaalta siksi, että toisten hyvinvointi oli se voimavara, joka auttoi jaksamaan. Alla oleva aineistolainaus kertoo, että itsemurhasta ei juurikaan keskusteltu terapiakäyntien ulkopuolella, mutta se oli jollain tavalla arjessa läsnä. Erkki Isometsän (2008, 165–166) mukaan erikoissairaanhoidossa

hoidettavista masennus-diagnoosin saaneista ihmisistä 5–10 % päätyy itsemurhaan. Itsemurhariski on 20-kertainen masentuneilla verrattuna muuhun väestöön. Itsemurhariskiä lisääviä tekijöitä ovat miessukupuoli, monihäiriöisyys (masennuksen lisäksi jokin somaattinen sairaus, päihderiippuvuus), masennuksen vaikeusaste ja kesto, lähiomaisen itsemurha sekä toivottomuuden tunne. Itsemurha on aiheena tabu. Siitä on vaikea keskustella perheessä etenkin silloin, kun itsemurhariski koskee omaa perheenjäsentä.

*Liisa: Hän on niinkö oikeesti huolissaan siitä, että jos mä en jaksakaan. Että riittääkö mulla... Mulla aina sitten välillä, en mää tiiä, en mä usko, että mä tekisin niinkö itelleni mitään, mutta moon sen sanonu, että mä ymmärrän niitä jotka tekee. [–] Että se oli niinkö sitä täällä sanonu, että hän niinkö on tosiaan hirveen huolissaan siitä, että miten mä jaksan ja miten mää kestän. Että ilmeisesti hänki niitä miettii sitten itekseen.*

Sairastuminen asettaa ihmisen potilaan rooliin myös arjessa. Sosiaalisella tuella voi olla sekä positiivisia että negatiivisia vaikutuksia (Kawachi & Berkman 2001, 461; Uchino 2009, 237). Tuen vastaanottaminen voi lisätä riippuvuuden tunnetta, tunnetta siitä, ettei itse selviydy. Muut perheenjäsenet alkavat helposti tarkkailla masentunutta perheenjäsentä. Ajoittain tällainen rooli on tarpeen, mutta ajoittain se voi muodostua myös rasitteeksi. Eräs haastateltavani kertoi kyllästyneensä siihen, että hänen sairautensa tuli toistuvasti esiin perheen arjen valintoja ehdollistavana tekijänä. Bert N. Uchinon (2009, 245) mukaan sosiaalisen tuen merkitsevyyttä tarkasteltaessa on otettava huomioon myös koettu tuen tarve. Ylimoitettu sosiaalinen tuki voi olla ihmisen toimijuutta nihiloivaa.

*Liisa: Mutta kuitenkin ei mieskään enää jatkuvasti kysy, että miten sulla on tämä päivä menny. On se jotenki kuitenkin niinkö, kuitenkin mä en tiiä miks mua niin ärsyttää, vaikka se on huolenpitoa ja varmaan semmosta välittämistä, mutta sitä on jo niin kurkkua myöten täynnä.*



Sosiaalisen tuen merkitystä sairastavuuteen on tutkittu runsaasti. Sosiaaliset verkostot ovat ihmisen arjen voimavara monin eri tavoin. Nan Lin ja Walter M. Ensel (1999, 344–347) jakavat sosiaalisen tuen toiminnalliseen ja rakenteelliseen. Toiminnallisuus liittyy kolmeen ulottuvuuteen: millaista tukea ihminen odottaa ja mikä toteutuu, onko tuki välineellistä vai emotionaalista tukea ja onko tuki rutiininomaista vai kriisitilanteissa tarvittavaa tukea. Rakenteellisuus liittyy ihmisen kuulumiseen eri ryhmiiin ja yhteisöihin. Lisa Berkmanin ym. (2000, 848) mukaan sosiaalinen tuki on tunnetukea, tietotukea, instrumentaalista tukea, arvioivaa tukea ja tunnetta tuen saatavuudesta. Jäsennän sosiaalisen tuen muotoja tämän jaon pohjalta. Tuen eri muodot ovat vahvasti toisiinsa yhteydessä, tosin lisensiaatintutkimukseni (Peltomaa 2005) mukaan työntekijöiden antama sosiaalinen tuki oli merkityksellistä erityisesti elämän ymmärrettävyyden kannalta, kun taas läheisten antama sosiaalinen tuki liittyi vahvemmin elämän mielekkyyden kokemuksiin. Ihmiset luottavat ensisijaisesti omiin resursseihinsa, vasta sen jälkeen palveluihin (Bury 1997, 24–25).

Tässä tutkimuksessa tunnetuki liittyi siihen, että läheiset, niin omaiset kuin ystävätkin, kuuntelivat. Heidän kanssaan saattoi tuuletella ja purkaa tunteitaan. Läheisiä ja ystäviä tarvittiin myös rohkaisemaan hoitoon hakeutumiseen ja kannustamaan liikkeelle lähtemisessä sekä auttamaan arjesta irrottautumisessa.

*Aune: Kyllä me miehen kans pubutaan näistä asioista varmaan päivittäin, ja se sanoo kans kyllä oman mielipiteensä. Että se on varmaan kans ollu mulla semmonen turva siinä. Ja auttanut tosi paljon mua, että mä en ole tämän pahemmin tässä heilahtanu.*

*Meeri: Vatvottiin just näitä asioita ja tehtiin kaikkea muutaki. Tietenki vatvottiin ja haukuttiinki. Se kuuleman on aivan luvallista, että saa haukkua. Nauroin, että tämän on terapiaa, ko moitin näitä [työkaverita, M.R.].*

Arvioiva tuki on tukea päätösten tekemisessä ja palautteen antamista. Ihmiset pohtivat hyvin usein läheistensä kanssa tilannettaan ja toisaalta läheiset olivat henkilöitä, jotka huomasivat muutokset nopeasti niin

myönteiseen kuin kielteiseenkin suuntaan. Myönteisen palautteen saaminen ilahdutti ja auttoi jaksamaan, sillä liian lähellä elävät ihmiset eivät havainneet muutosta kuten ne, jotka tulivat käymään.

Marjo: *Omasta mielestä et ollu masentunu?*

Ilari: *En, mutta vaimo se kyllä tunnisti... se on niinko vikonu, että kaikki ei ole kohalla. Ajatusmaailma pätki sillä lailla, että ei niinko pysytynyt mittään junailemaan. Ei ollu semmosta niinko järjestelmällisyyttä.*

Aune: *Ne sanoi monet niistä, että mä olin paljon iloisempi nyt jouluna. Että ihan toisenlainen kuin mitä mä olin vielä kesällä. [–] Että tuomosek, jotka näkee sitten harvemmin, niin huomaa.*

Eräät tutkimukseni ihmisistä kokivat luotettavan ystäväpiirin vaihtoehdoksi mielenterveyspalveluille. Ystävyysuhteissa tuli heidän mielestään kuitenkin säilyä vastavuoroisuus, sillä ihmiset pelkäsivät muuttuvansa toisille vaivaksi. Oli myös tärkeää, että ihmiset voivat toimia erilaisissa rooleissa. Sairastuminen leimasi helposti kaikkea olemista, jolloin sairaus alkoi määrittää myös ystävyyttä. Ystävän rooli muuttuisi tällöin tukijan rooliksi, mikä monien haastateltavieni mielestä ei ollut toivottavaa.

Topi: *Tietenkin jollakin vois olla niin hyviä ystäviä tai niin hyvä ystäväpiiri ympärillä, mutta en mä usko, että semmonen ihminen, jolla olis niin hyvä ystäväpiiri, tulis tänne.*

Vesa: *Ystäväthän niinko oikeestaan niinko ei oo sitä varten, että niille niinkö tämmösiä kauheen, nehän on omasta mielestä niinkö isoja asioita tai vaikeita. Että, ettei niinkö oletta, että joku ystävä toimis niinkö terapeuttina tai ystävää lastais jollaki asialla. Koska se äkkiä voi käydä sen ystävyysuhteen kans niin, että jos siinä vaan itse saa, jossaki vaiheessa se voi päättää se kaveri, että no mee jonnekki muualle terapiaan, että älä tänne tuu.*

Uchino (2009, 237) pitää tärkeänä erottaa toisistaan tunteen tuen saatavuudesta ja tilanteittain toteutuvan sosiaalisen tuen. Tunne tuen saa-

tavuudesta liittyy luottamukseen ihmissuhteissa, kun taas toteutunut sosiaalinen tuki riippuu tilannekohtaisista tekijöistä. Arjessa tulee eteen lukuisia tilanteita, jotka helpottuisivat merkittävästi, jos ihmisellä olisi riittävästi tukea. Instrumentaalinen tuki oli tutkimuksessani esimerkiksi taloudellista tukea, palveluita tai tavaraa. Tutkimukseni ihmiset kokivat, että elämässä oli tilanteita, jolloin he olisivat tarvinneet ulkopuolista konkreettista apua, mutta eivät olleet sitä kuitenkaan hakeneet. Vaikeissa elämäntilanteissa pienikin tuki olisi ollut merkittävä. Toisaalta tuen vastaanottaminen ei kuitenkaan ollut yksiselitteistä.

*Els: Ois joku ollu lasten kans edes tunnin kaks, että oisin saanu mennä nukkumaan.*

*Taina: Ko pyykkiteline tulee kuuennen kerran alas seinästä ja sitä vaikka millä yrittää laittaa, niin sitten aina tulee mieleen, että kö olis joku, jonka vois saaha kaveriksi, että saatas tämmösiä näin. Ihan semmosia pieniä. Kyllä sitä aina välillä kaipaa semmosta.*

*Liisa: Se on varmaan ihan vaan mun luonteessa vika, että mä aattelen sen niin, että se on jotenki nöyryyttävää, että miten mä kehtaan. Kuitenki mä oon aika terveen näkönen. [–] Se voi olla, että mä vielä palkkaanki [siivoojan, M.R.]. Mulla on ollu tähän asti monta kertaa mielessä, mutta sitte aina tulee se, että on se nyt joteki vähän. [–] Monihan vaikka tervekki tekkee työpäivää ja väsy, niin pakkohan se on itteä niinkö säästää. Mä en oo koskaan säästäny itteä yhtään, että mä oon aivan liikaa... aina oon liikaa singuttanu itteä. Että sitä mä oon yrittäny tässä oppia, että pitäis, että en mää sillain.*

Liisan haastattelusitaatista käy ilmi, että tuen pyytäminen saattoi olla nöyryyttävää. Omaa kykenemättömyyttä ei ollut helppo tunnustaa. Tuen tarve oli jollain tapaa oikeutettava, esimerkiksi niin, että todisti yrittäneensä itse viimeiseen asti tai että muutkin ihmiset pyytävät apua. Albert Bandura (2001, 8–9) kirjoittaa moraalisesta toimijuudesta, joka on itseohjautuvuuden tärkeä ulottuvuus. Moraalinen toimijuus liittyy ihmisen

moraalikäsityksiin, jotka ohjaavat ihmisen toimintaa. Pärjäämisen eetos liittyy vahvasti myös arkeen.

Ystävillä ja läheisillä oli merkitystä myös tiedon kannalta. Heidän joukossaan saattoi olla mielenterveysalalla työskenteleviä tai ihmisiä, joilla oli samankaltaisia kokemuksia. Vaikeassa elämäntilanteessa verkostot tiivistyivät: verkoston jäsenet etsivät puolestaan voimavaroja omista verkostoistaan.

*Saara: Minun sisko on semmonen, en mie tiiä, neuvonantaja. Se itte kulkee paljon ja on semmosten ihmisten kans tekemisissä.*

Sosiaalisen tuen antaminen ei ole yksiselitteistä. Tuella on aikansa ja sillä on tapansa, miten sitä tulisi tarjota. Bert N. Uchino (2009, 242) näkee, että tuen antaja on usein epävarma siitä, mitä pitäisi tehdä ja miten. Ihmisten auttamisen tavat ovat peräisin sosiokulttuurisista malleista, mitä erilaisissa tilanteissa tulisi tehdä. Kehotus ”ottaa itseä niskasta kiinni” ei tutkimukseni ihmisten kohdalla auttanut. Merkitystä on Uchinon (mt., 243) mukaan myös sillä, mikä on tuen antajan ja tarvitsijan välinen suhde. Jay R. Turnerin ja Robyn Lewis Brownin (2010, 205) mukaan ihmisen tulee arvostaa ensin itseään edes hitusen kyetäkseen ottamaan vastaan toisten osoittamaa arvostusta. Jos suhde on ristiriitainen, tarjottu tuki ei välttämättä koidu tueksi. Tutkimukseni pohjalta näyttää myös siltä, että tuen tulisi olla paitsi oikein mitoitettua, myös oikein ajoitettua.

*Taina: Riippuu tiettenki siitä, että missä vaiheessa masennuksensa kans on. Että siinä tietyssä vaiheessa, niin ko on siellä syvimmällä, niin ei siinä jos joku muu, vaikka kuinka hyvää tarkoittaa, niin lähe nyt ulos tai tee sitä tai tätä, niin tavallaan se vaan vie huonompaan päin. Ko siinä tulee se, että minusta ei ole edes siihen. Minusta ei oo niinko yhtään mihinkään. Että sitten ko alkaa niinko olemaan paremmassa kunnossa, ja varmaan semmonen, että annetaan ainaki tietoa niistä mahdollisuuksista, niin on ihan hyvä. Mutta ei ehkä siinäkään vaiheessa vielä sitä, että pannaan joku pakko, että se on nyt pakko mennä tuonne.*

Liisa: *Tai sen mää tiiän niinkö ainaki, että ei niinkö auta yhtään semmonen, että joku niin ko toinen sanoo, että ota itteä niskasta kiinni, ja lopeta tuo höpötys. Että se ei niinkö auta, ainakaan mun mielestä se ei auta, eikä mun masennukseen ainakaan auta. Että mä en ainakaan ikinä sannoon kelleen silleen, että se on niinkö vaan ittestä kiinni.*

Monet haastateltavistani pyrkivät pitämään tilanteensa salassa lapsiltaan, mikä kuvaa masennuksen leimaavuutta. Rita Jähin (2003, 199) mukaan vanhemman sairaus näkyy lapsen arjessa monin tavoin. Vanhempi ei ehkä ole emotionaalisesti lapsen käytettävissä, hän voi olla ärtynyt, poissaoleva ja usein jaksamaton. Tutkimukseni ihmiset kertoivat lastensa huomanneen vanhemman toiminnassa tapahtuvat muutokset pienistäkin merkeistä. Lapsille tilanteen kertominen oli vaikeaa, mutta toisaalta lasten käyttäytymisestä saattoi nähdä, että he olivat vaistonneet vanhempansa vaikeudet, vaikka niitä yritettiinkin heiltä peittää. Perheen puhumattomat huolet näkyivät puolestaan lapsen sosiaalisessa ympäristössä, esimerkiksi koulussa ja kaveripiirissä. Toisaalta taas oma kuntoutuminen näkyi myös lapsen vapautumisena.

Saara: *Mutta mulla oli [murrosikäinen, M.R.] lapsi, niin se oli minusta vähän semmonen, kun se näki, että mulla oli joku. Aina kysyi, että miksi sie vain makaat ja miksi sie et tehe mitään. Mie vain aina sanoin, että kun mulla väsyttää. Mie en itte, mulla oli aina semmonen tunne, että miten mie voin sille kertoa, että se ei sais semmosta kuvaa, että mie olen jotenkin tämmönen, miten sen sanoisin, kuitenkin semmonen. Enkä mie koskaan sanonu niinku sille lapselle, että mie kuljen mielenterveystoimistossa. [--] Kun se sanoi mulle, että et sie ole, sulla häätty olla joku, kun en mie enää tehny mitään. Se alkoi monesti kotona niinku... miten mie sen sanoisin. [--] Tai lapsi vaistoaa, että sielä on jotakin, niin se on varma, että se ei ole kuin viikko, niin opettaja soittaa, että [mainitsee lapsen nimen, M.R.] riehuu taas koulussa.*

Meeri: *Mie alan itestä huolehtimaan. Ja siinä sivussa huomasin, että ko itteä hoian, niin [mainitsee lapsen nimen, M.R.] voi paremmin.*

Sosiaaliseen verkostoon tarvitaan erilaisia ihmissuhteita. Sosiaalisen verkoston eri ihmiset olivat kukin omalla erityisellä tavallaan merkityksellisiä tutkimukseni ihmisille. Hyvät naapuruussuhteet olivat voimavara, mutta merkitsivät lähinnä viihtyvyystekijää asumisessa, ei niinkään luotettavia ystäviä. Työtovereiden kanssa saattoi tuuletella työhön liittyviä kuormitustekijöitä ja parhaimmillaan myös henkilökohtaisia asioita. Erilaisiin sosiaalisiin verkostoihin osallistuminen mahdollistaa erilaisten näkökulmien omaksumisen ja sitä kautta rakentaa ihmisen mahdollisuuksia sisäiseen dialogiin (Seikkula 1994, 31). Käsite itsestä rakentuu sosiaalisissa konteksteissa sekä toisten ihmisten tuella että tekemällä arjessa uudenlaisia valintoja, näkemällä eteen tulevia arjen tilanteita uudella tavalla. Ihminen tarvitsee toisia ihmisiä voidakseen tehdä itse valintoja.

#### 6.4 Toiminnan merkitys kuntoutumisessa

Pauli Niemelän (2009, 219) mukaan ihminen toteuttaa toiminnassaan kulttuurista eetostaan, omaksumiaan tapoja ja perinteitä. Hän korostaa tekemisen merkitystä elämän mielekkyyden kannalta, sillä toiminnan puute voi johtaa ulkopuolisuuden ja osattomuuden kokemuksiin. Myös Ole Dreier (2008, 28–32) korostaa toiminnan merkitystä tarkasteltaessa ihmisen sidosta omaan ympäristöönsä. Käytännössä toiminta yhdistää ihmisen omaan ympäristöönsä ja sen sosiaalisiin rakenteisiin. Toiminta on siten osallistavaa: ihminen sijoittuu erilaisiin konteksteihin ja niiden vuorovaikutussuhteisiin. Kontekstit määrittävät osaltaan toimijuutta, sillä ne voivat olla rajoittavia, ongelmallisia tai mahdollistavia. Se, millaisiksi toiminta ja vuorovaikutussuhteet eri yhteyksissä muotoutuvat, on nähdäkseni masennuksen kannalta oleellista, toisin sanoen avaintekijä on se, millaiseksi muodostuu tajunnallisuuden ja situationaalisuuden välinen dynamiikka.

Arjen ”pyörittäminen” on tekemistä ja liikkumista sekä toimintaedellytysten ylläpitämistä. Agnes Hellerin (1984, 244) mukaan historiallisilla ja yhteiskunnallisilla muutoksilla on merkitystä ihmisten jokapäiväisen elämän rytmiin. Ihmisten on useimmiten mukautettava toimintaansa ulkoapäin tulevien muutospaineiden myötä. Yhteiskunnalliset ja globaa-

lit muutokset voidaan kokea perheissä uhkina ja pakkoina. Myös Ole Dreier (2008, 181–182) korostaa rakenteiden ja instituutioiden merkitystä ihmisten arkeen. Hänen mukaansa terapiassa on välttämätöntä ymmärtää, millaisissa konteksteissa ihmiset elävät ja mikä merkitys niillä on ihmisten toimintaan ja toiminnan mahdollisuuksiin. Omaa elämää koskevia valintoja on muutettava ulkoisten tahtien mukaan. Jokapäiväinen elämä muotoutuu aina tiettyjen reunaehtojen vallitessa. Tämä tulee aineistossani esiin erityisesti taloudellisten reunaehtojen muuttuessa.

*Veijo: Se pitää muuttaa. Sitä asennoituu tietenkin toisella lailla elämään. On tultava toimeen vähemmällä.*

Toiminnallisuus liittyi vahvasti masennukseen ja siitä kuntoutumiseen. Tutkimuksessani toiminnallisuuden väheneminen oli merkki sairastumisesta ja sen palautuminen kuntoutumisesta. Myös Jukka Tontin (2008, 51–54) tutkimuksessa, joka käsittelee masennuksesta kuntoutumisen arkireseptejä, toiminnallisuus ja sen myötä kehollisuus tulevat esiin. Hän kirjoittaa rutiineista ja raatamisesta yhtenä keinona masennuksesta irrottautumisessa. Rutiinit ja raataminen sisältävät työtä, säännöllisyyttä, itsekuria, päivärytmiä, itsen väsyttämistä ja liikuntaa. Näiden tarkoituksena on masennuksen taltuttaminen ja pois piekseminen. Leimallista ajattelussa on myös pärjäämisen eetos ja itsensä pakottaminen. Fyysinen väsymys koetaan helpommaksi hyväksyä kuin henkinen väsymys. Tämänkaltaisen itsensä väsyttämisen tuli esiin myös joidenkin tutkimukseni ihmisten kohdalla.

*Ilari: Ja tuohan se on yhenlaista terapiaa tuo kuntosali... siellä kö sitte joskus, ko on kunnossa ja ottaa päähän niin siellähän voi niitten rautojen kans kilistellä niin kauan, että alkaa tulhen seinä vastaan.*

Jukka Tontin (2008, 57–58) tutkimuksessa toinen keskeinen resepti masennuksen lievittämiseen on arjesta irrottautuminen ja työstäminen. Ne tarkoittavat etäisyyden ottamista arjesta, tekemättömyyttä, laiskottelua ja ongelmien samanaikaista työstämistä. Ahdistavasta olostaa tulee pyrkiä eroon tekemällä muuta, ajattelemalla toisin ja koettamalla unohtaa.

Myös irti päästäminen on osin toiminnallista, sillä oleellista on toisin tekeminen sekä sellaisen tekeminen, josta pitää. Tässä tutkimuksessa ihmiset puhuivat ei-toiminnallisuudesta, ”sohvalla makaamisesta”, jota ei kuitenkaan koettu hyväksyttävänä muulloin kuin silloin, kun ihmiset olivat saaneet siihen ohjeen terapeuteiltaan.

Masennuksen merkitys arkielämässä ja käsitykset siitä kuntoutumisesta heijastavat kärsimyksen kokemisen kulttuurisia jäsenystapoja (Hänninen 2004, 299). Itsehoito-oppaat opastavat lähtemään liikkeelle, katselemaan luontoa, kuuntelemaan musiikkia, harrastamaan liikuntaa, tarttumaan arkiaskareisiin, hakkaamaan halkoja ja hoitamaan puutarhaa (Hautamäki 2006, 219). Tässä tutkimuksessa arkireseptit liittyivät vahvasti toisaalta ammattiavun hakemiseen ja toisaalta toiminnallisuuteen. Kysyessäni mitä tutkimukseni ihmiset antaisivat ohjeeksi masentuneelle ihmiselle, useimmin mainittiin ammattiavun hakeminen, itsensä liikkeelle pakottaminen ja mikä tahansa tekeminen, joka tuntui miellyttävältä tai irrotti ajatukset masennuksesta. Monilla tutkimukseni ihmisistä harrastukset jäivät vähitellen, toisaalta toiset pakottivat itsensä jatkamaan, vaikka tekemisen ilo puuttuikin.

*Juho: Jos niistäkin [harrastuksista, M.R.] vielä luopuu, niinku minä luovuin jossakin vaiheessa, niin siitä ei hyvää seuraa. Siinä alkaa vaan miettiä ite sitä masennusta, se vaan siinä pyörii koko ajan päässä. Sitten itkeä tubherrettiin. Tämmöstäkö tämä sitten on tämä elämä.*

*Atte: Siinä vaiheessa pitää varmaan yrittää mahdollisimman nopeaa saada se kaveri pois sieltä pimeästä valoa kohti. Että sehän se tempu on, että saada se ihminen liikkeelle sieltä.*

*Ilari: Ja kyllä se loppujen lopuksi lähtee sieltä ittestä se homma. Että kyllä se on niinkö itte alettava miettimään niitä asioita uuesti, että mikä tuntuu mukavalta. Niin mulle sanottiin, että teet just sitä, mikä tuntuu mukavalta.*

Harrastukset ja mielekkään tekemisen löytäminen olivat tärkeitä tekijöitä kuntoutumisessa. On tosin muistettava, että masennuksen pahimmis-



sa vaiheissa voimavarat eivät riittäneet harrastuksiin tai ne eivät tuntuneet *plus-merkkisiltä*. Kuitenkin monet kertoivat, että itsensä pakottaminen liikkeelle oli tie ulos masennuksesta. Ihmiset kokivat liikkeelle lähdön välttämättömäksi, vaikka se ei aluksi tuntunutkaan hyvältä. Tontti (2008, 55) kirjoittaa osuvasti masennuksen hoidon ja masennuksen syyn paradoksaalisesta kohtaamisesta. On löydettävä itsekuri ja pakotettava itsensä liikkeelle, vaikka nämä on juuri niitä, joista usein luovutaan tai joihin voimien ei koeta riittävän.

*Ilari: Se pittää itte osata potkasta ittehään. Että kyllähän tätä saapi istua tässä vaikka lopun elämää, jos alkaa istumhan. Ja että ei tästä tule mitään. Sitte se helpottuu ja kyllä se sitte lähtee, vaikka se tuntuu, että se ei lähtis.*

Työelämä on keskeinen ihmisen arkea rytmittävä tekijä. Sen kiireet ja vaatimukset ruumiillistuvat yksilökohtaisiksi kokemuksi. Parhaimmillaan työ antaa mahdollisuuksia kasvuun ja kehittymiseen, lisää itsetuntoa sekä antaa kokemuksia yhteenkuuluvuudesta ja yhteistyöstä (Gould 2007, 60; Kivistö ym. 2008, 27). Nykyinen työelämä edellyttää ihmisiltä joustavuutta, monitaitoisuutta, jatkuvaa uuden oppimista. Epätasapaino työn vaatimusten ja hallinnan välillä, työstä johtuvat paineet, vähäiset vaikutusmahdollisuudet, riittämätön sosiaalinen tuki ja työn epävarmuus lisäävät tutkimusten mukaan mielenterveyden häiriöitä (Stansfield & Candy 2006, 443). Tässä tutkimuksessa työn kiireet, haasteet ja vaikeat ihmissuhteet tulivat ihmisten arkeen konkreettisella tavalla ja ruumiillisina kokemuksina. Ratkaisut saattoivat löytyä yön tunteina. Työhön liittyvät ongelmat näyttäytyivät usein fyysisinä oireina ja sairauksina. Toisaalta kaikkinaiset ihmisten arjessa kohtaamat ongelmat vaikuttivat myös työn tekemiseen ja työssä viihtymiseen ja jaksamiseen. Perheen ongelmat heijastuivat työssä, kun taas työpaineet näkyivät kotona.

*Meeri: No mie olen sen luontonen, että mie olen tykänny aina haasteista, ja ko olen tehny sitä työtä, että olen tosissaan mieltiny niitä asioita, että mitä mie teen. Ja tota, varmasti menen vähän liikaa siihen. Ajattelen niinko liikaaki. Kyllä mie sanon, että kotona työasioita miet-*

*tiä... mutta kyllä mulla parhaat ajatukset tulee illalla ja yöllä saattaa napsahtaa hyvätki ajatukset päähän, että mikä saattas olla hyvä ajatus tai toimintatapa. Kyllä ne kotona tulee, siellä tulee ne ideat päähän. Yleensä yöllä.*

*Aune: Oliko se stressi silloin siitä, kun mä jouduin jäämään [työstä, M.R.] pois, kun silloinhan se tuli. Nämä verenpaineet ja muut. Kyllä mulla stressas, mulla oli semmonen verenpaine koko ajan tässä lopussa.*

Työhyvinvointi koostuu ihmisen fyysisestä ja psyykkisestä olotilasta, joka perustuu työn, työympäristön ja vapaa-ajan mielekkääksi koettuun kokonaisuuteen (Gould 2007, 61; Kivistö ym. 2008, 21). Mark Tausig (2006, 255) toteaa työn olevan tärkeä identiteetin rakentamisessa. Työtilanne oli tutkimuksessani monissa tapauksissa keskeinen masennuksen syy, mutta myös tärkeä tekijä kuntoutumisessa. Työn kuntouttavat tekijät olivat työn mielekkyys, itsenäisyys ja sopiva haasteellisuus, vaikutusmahdollisuudet työssä, hyvä työyhteisö, kokemus työn osaamisesta, palkkaus ja esimiehen toimintaan liittyvät tekijät. Työ oli monille tutkimukseni ihmisille antoisaa ja mielenkiintoista. Se saattoi olla myös mahdollisuus päästä irti kodista.

*Aune: Mää tykkäsin tästä työstä. Jotenkin mulla oli ollu haasteita siinä työelämässä.*

*Topi: En hakenu lisää sairauslomaakaan, ja en mä jaksanu olla kotonakaan. Ja jos ei ollu hyvä olla kotonakaan, niin pääsi ainakin pakoon töihin.*

Ihminen toimii monissa rooleissa samanaikaisesti ja masennuksen tuottama selviytymättömyys jossakin roolissa ei välttämättä tarkoita selviytymättömyyttä muissa rooleissa. Hyvä työyhteisö ja työssä selviytyminen voivat olla tyydytyksen kenttä samaan aikaan, kun kodin roolit ahdistavat. Raija Gouldin ym. (2007, 60–61) mukaan sairauslomalta työhön paluuta edistäviä tekijöitä ovat työtoverit ja hyvä työilmapiiri, työn sisältö, oman osaamisen hyödyntäminen ja itsensä tarpeelliseksi kokeminen.

Sairaslomalla on Gouldin (mt., 64) mukaan arveltu olevan myös työkyvyttömyyttä vahvistava rooli.

Työ ja koti erotetaan usein toisistaan erillisiksi tiloiksi, työn ja perheen alueeksi, julkisen ja yksityisen, produktion ja reproduktion alueiksi. Näissä tiloissa tuotetaan myös erilaisia sosiaalisia suhteita. (Salmi 1991, 8, 12.) Erään haastateltavani kohdalla kuitenkin produktion ja reproduktion alueet näyttivät hetkellisesti vaihtaneen paikkaansa.

*Ilpo: Työssä oli kaikista parasta. Siellä oli hyvä olla. Siellä ei tarte paljon ajatella ko touhuta vaan. Ja siellä on hyvä jätkäporukka. Siellä ei tarte näytellä mittään, saa olla oma ittesä. Ja se työki on semmosta niin, että siellä osaa kaiken homman. Siellä ei oo mitään paineita.*

Tausig (2006, 255) korostaa, ettei työn merkitys mielenterveyteen liity pelkästään ihmisen kokemuksiin työn mielekkyydestä. Työhyvinvointi liittyy myös rakenteisiin, jotka säätelevät työn tekemisen reunaehdoja, kuten työn jatkuvuutta, järjestelyjä, työn luonnetta sekä ihmisen mahdollisuuksia sovittaa työroolinsa muiden rooliensa kanssa. Haastattelemini ihmisten vaikutusmahdollisuudet työssä edesauttoivat työstä selviytymistä. Monet eivät halunneet jäädä sairauslomalle työstään lainkaan. Ne, joilla oli mahdollisuuksia vaikuttaa työssä aikatauluihin, sovittaa työ omaan jaksamiseensa ja jotka joustavasti saivat vapaapäiviä, halusivat jatkaa työssä mahdollisimman nopeasti sairausloman jälkeen. Yksi henkilö palasi töihin, ennen kuin sairausloma päättyi ja kaksi muuta eivät halunneet sairauslomalle jatkoa, vaikka sitä tarjottiinkin.

*Ilari: Meillä on sillain aika hyvin se työ, että me pystytään ite junailemaan, miten tehään. Pomo vain näyttää, että tuo seuraavaksi.*

*Juho: Mulla oli oma homma ja mä pystyin istuallleen tekeen niin paljon kuin vaan mahdollista. Pystyin ite säätelemään sitä omaa työrytmiä, se oli oikein hyvä, se oli itsenäinen homma.*

*Saara: Se lääkäri kirjoitti mulle sitä vielä kuukauden sitä sairauslomaa. Niin miehän sitten vielä kävin täällä, niin se sanoi, että hän voi kirjoit-*

*taa vielä kuukauden lisää. Niin mie kaubistuun, että ei kai vielä. Niin mie, että en mie ota, mie lähen töihin. Kun mulla oli semmonen olo, että mie nyt haluan sinne töihin.*

Työpaikka tarjoaa erityyppisiä situaation komponentteja, niin konkreetteja kuin ideaalisiakin. Työpaikan osalta konkreettisia komponentteja ovat esimerkiksi työpaikka rakennuksena, sen tarjoamat ulkoiset puitteet ja toisaalta erityispiirteet, joilla on merkitystä ihmisen fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin, kuten melu ja saasteet, työmenetelmät, työergonomia sekä vuorovaikutusmuodot. Ideaalisia tekijöitä ovat esimerkiksi työpaikan arvot ja normit, ihmissuhteet ja työpaikan ilmapiiri. (Ks. Rauhala 2005a, 42.) Tässä tutkimuksessa keskeisimmät situationaaliset komponentit liittyivät työn määrään ja työtahtiin, työpaikan ihmissuhteisiin, vuorovaikutuksen tapoihin ja vaikutusmahdollisuuksiin. Ihmisen mahdollisuus muunnella situaationsa komponentteja helpotti selviytymistä työroolista. Situaatio komponenteilla on merkitystä ihmisen olemassaolon tapaan ja laatuun, sillä situaatio muodostuu tajunnallisten ja kehollisten tapahtumien ehdoksi. (Ks. Rauhala 2005a, 43; 2005b, 103.) Tässä aineistossa työn mielekkyyden kokemukset palautuvat työkyvyn tasapainomalliin (Järvikoski 1994, 62). Kun ihmisen omat pystyvyyden ja kompetenssin kokemukset olivat tasapainossa työn vaatimusten ja kanssa, syntyi kuntoutumista edesauttava perusta.

Työyhteisö koettiin voimaannuttavana silloin, kun työpaikan ihmissuhteet olivat mutkattomat. Työkaverit voivat olla voimavara. He parhaimmillaan toimivat monissa rooleissa, kuten ystävinä, tukijoina ja sijaisina. Esimieheltä saatu myönteinen palaute ja kannustaminen sekä esimiehen osoittama kiinnostus työntekijän vointia kohtaan olivat motivoivia tekijöitä. Pahimmillaan työpaikan ristiriitaiset ihmissuhteet johtivat työstä pois jäämiseen, vihan tunteisiin ja kokemuksiin kiusaamisesta.

*Saara: Mulla on ollu sen kuusi vuotta mitä olen ollu, niin se työkaveri, sen kanssa puhutaan kyllä aika paljon semmosia luottamuksellisia asioita. Silleen luotetaan toisiimme ja on helppo puhua.*

Kuntoutumisen kannalta on hyvin tärkeää, että ihmisellä on alueita, joilla hän voi kokea onnistumisia. Muuntelemalla tilanteen komponentteja, voidaan vaikuttaa myös ihmisen kehollisuuden ja tajunnallisuuden kokemuksiin. Arjesta on löydettävissä lukuisia pieniä asioita, jotka voivat synnyttää onnistumisen kokemuksia ja tarjoavat erilaisia situationaalisia todellisuuksia. Tällaisia olivat aineistossani esimerkiksi harrastukset, luonto, lemmikit, uusien taitojen oppiminen, vaihtoehtoishoidot sekä yhteydenpito ystäviin ja läheisiin. Toisin sanoen tarjoamalla ihmiselle sellaisia vaihtoehtoisia ympäristöjä, jotka suotuisuudellaan sävyttävät myös muita olemisen perusmuotoja, voidaan avata tietä ulos masennuksen kehästä. Onnistuminen jollakin elämänalueella voi saada aikaan myönteisen ketjun, jossa usko omaan mahdollisuuksiin vähitellen palautuu. Kuten Ilari toteaa: *Se aukeaa semmonen tietynlainen portti ja niinko hoksaa, että tästä pääsee tästä labyrintista ulos.* Narratiivisen terapian näkökulmasta juuri sellaisten elämänalueiden kautta, joilla ihminen kokee onnistumisia, on mahdollista etsiä vaihtoehtoisia kertomuksia ongelmien kyllästämiselle kertomuksille.

Arki on tutkimukseni perusteella monimerkityksinen. Sen merkitykset muuttuivat tilannekohtaisesti, sillä myös masennuksen kulut olivat moninaisia. Masennuksen merkitykset ihmisten olemiseen saattoivat vaihdella päivittäin: toisinaan syntyi kokemus tilanteen muuttumattomuudesta, toisinaan taas kierteen syvenemisestä, kunnes taas avautui mahdollisuus muutokseen. Masennuksen kulku merkitsi muutoksia suhteeseen ympäristöön ja omaan arkeen. Rutiinit olivat terrorisoivia, mutta toisaalta tuottivat arkeen takaisin sitä rytmiikkaa, jota masennus oli lamaannuttanut. Arki mahdollisti irtautumisen ulkoisista pakoista, mutta irtautuminen jatkuessaan saattoi merkitä eristäytymistä. Ihmiset tarvitsivat tuekseen sosiaalisia suhteitaan, vuoroin kannattelemaan, vuoroin kannustamaan, vuoroin helpottamaan arkea. Ihminen tarvitsi kuulluksi ja nähdyksi tulemisen kokemuksia myös arjessaan, niin kotona kuin työssäkin. Lisäksi arki oli tekemistä. Mielekäs ja tilannekohtaisesti sopiva tekeminen tuotti haasteita ja pystyvyyden kokemuksia sekä tuki ihmisten kuntoutumisen prosessia.

Arki oli myös reflektiota. Arki ei osoittautunut toistuvuudessaan epä-älylliseksi, vaan toistuvuus oli toisinaan tarpeen. Arki ja terapia

muodostuivat erilaisiksi tiloiksi, sillä arjen muotoutumiseen vaikuttivat ihmisten moninaiset roolit, sosiaalinen verkosto ja sen toimimisen tavat ja säännöt sekä yhteiskunnalliset rakenteet, jotka osaltaan ehdollistivat ihmisten arkea.

## 7 Masennuksesta kuntoutumisen kertomus

Tarkastelen tässä luvussa tutkimukseni ihmisten kertomuksia episodeina ja kokonaisuuksina. Analyysini on tarinallista analyysiä, jossa tavoitteenani on jäsentää kokemuksista juonellisia kokonaisuuksia (ks. Polkinghorne 1995, 15). Tarinallinen analyysi perustuu narratiiviseen ajatteluun, jossa yksittäisiä tapahtumia yhdistellään ja muotoillaan niistä juonen avulla kokonaisuuksia (Valkonen 2007, 64–65). Donald Polkinghornen (mt., 15) mukaan tutkija kysyy aineistoltaan, miten jokin tapahtui ja miksi jokin lopputulos syntyi. Narratiivisen analyysin tuloksena syntyy kertomuksia joko ihmisen elämästä, tietyistä elämänvaiheista tai episodeista. Tutkijan analyyttisenä tehtävänä on tällöin löytää juonenkulkuja, jotka yhdistävät yksittäiset elementit kertomukseksi. Tarkastelen tässä luvussa niitä ydinkokemuksia, jotka ovat olleet merkityksellisiä juonenkulkujen kannalta. Tarkastelen hoito- ja kuntoutusepisodeja kokonaisuuksina sekä sitä, mikä merkitys niillä on ollut ihmisten kuntoutumisessa.

Tavoitteenani ei ole esittää masennuksesta kuntoutumisesta yhdenlaista mallitarinaa, sillä se ei aineistoni perusteella ole mahdollista. Jokaisen haastatteleman ihmisen kertomus oli omanlaisensa. Kuulemani kertomukset masennuksesta kuntoutumisesta eivät olleet yksin masennuksen tai ongelmien kyllästämiä. Ne sisälsivät sen koko rikkauden ja kirjon, joka elämänkulkuun liittyy. Masennuksen rooli elämäntarinoissa näyttäytyi kolmen tyyppisenä. Masennus saattoi olla merkittävältä osin elämää värittävä kokemus, episodi elämässä tai elämän kriisitilanteeseen tai niiden kumuloitumiseen liittyvä ilmiö. Vaikka ihminen koki masennuksen sävyttäneen koko elämää, se ei tarkoittanut yhtäjaksoista masennusta. Pikemminkin niin, että masennuskaudet toistuivat ajoittain ja juonenkulut olivat monimuotoisia. Jokin kuitenkin sai ongelmat kärjistymään ja ihmiset hakeutuivat hoitoon.

Juonirakenneanalyysi on yksi tapa tarkastella kertomusten kulkuja ja käännteitä. Juonirakenteita voidaan useimmiten luonnehtia progressiivisiksi eli eteneviksi, staattisiksi eli vakaiksi ja regressiivisiksi eli taantuviksi. Ihmisten kertomat kertomukset ovat tyypillisesti yhdistelmä näistä

kaikista. (Gergen 1994, 195–197; Lieblich 1998, 16.) Eteneviä kertomuksia leimaa muutos ja eteenpäin vievä juoni. Niissä tapahtumat johtavat onnistumisten kautta haluttuun tavoitteeseen. Vakaissa kertomuksissa elämä kulkee eteenpäin tasaisesti, eivätkä tapahtumat tuota suuria säröjä elämänkulkuun. Taantuvat kertomukset puolestaan ovat tyyppillisesti kertomuksia epäonnistumisista. Elämäntapahtumat loitontavat ihmistä tavoitteestaan, ja kertomuksista muotoutuu ongelmien värittämiä. (Gergen mt., 195–197.)

Juonirakenneanalyysin tueksi rakensin jokaisesta haastattelusta juonitiivistelmän (Alasuutari 1999, 128). Vaikka keskustelut polveilivat eri teemoissa eivätkä edenneet aina haastattelurungon mukaisesti, haastatteluita oli konstruoitavissa juonellisia kertomuksia. Myös Matti Hyvärinen (2010, 92) toteaa, että kertomus kannustaa lukijaa rakentamaan ajallisesti järjestyneen kertomuksen, vaikka sitä ei kronologisessa järjestyksessä esitetäkään. Konstruoimani juonitiivistelmät etenivät kronologisesti masennuksen taustatekijöistä terapiaan tuloon ja sen merkityksiin, merkityksellisiin kokemuksiin terapiassa, mahdollisessa kuntoutuksessa sekä arjessa. Juonitiivistelmät auttoivat löytämään kertomusten välisiä yhtäläisyyksiä ja eroja. Lisäksi etsin jokaisesta kertomuksesta juonenkäänteitä ja ydintapahtumia eli kohtia, jotka ihmiset olivat kokeneet erityisen merkityksellisinä masennuksensa kulun kannalta. (Alasuutari 1999, 126–132.)

Masennuksen kehkeytymisen kertomukset olivat moninaisia. Tätä moninaisuutta olen kuvannut raportissani aikaisemmin. Ihmisten elämänkulut vaihtelivat suuresti sisältäen erilaisia käännekohtia ja suvantovaiheita. Yhteistä kertomuksille oli kuitenkin se, etteivät yksittäiset taustatekijät johtaneet masennukseen, vaan ongelmat kasaantuivat tavalla tai toisella. Yksittäinen tapahtuma saattoi sysätä liikkeelle prosessin, jossa uupumuksen tai hallitsemattomuuden kokemukset kumuloituivat. Ihmisten toimintakyky muuttui, pystyvyyden kokemukset murenivat vähitellen ja ajattelu tukkeutui. Masennuksesta tuli hiljalleen ymmärtämisen horisontti, joka merkitsi sitä, että ihminen arvioi elämäntapahtumiaan masennuksen kautta. Oleminen muuttui masennuksen värittäväksi. Juonenkulut olivat vaihdelleet ennen hoitoon tulemistä taantuvien, vakaiden ja etenevien välillä, kunnes taantuva juonirakenne oli vallannut alaa ja muuttunut vallitsevaksi. Tämä ongelmien kumuloitumisen vaihe



kesti lyhimmillään kaksi kuukautta ja enimmillään kymmenen vuotta. Tilanteet johtivat lopulta umpikujaan, joka sai ihmisen havahtumaan ja hakeutumaan hoitoon. Tätä havahtumista sekä sitä seurannutta hoitoon lähtemisen päätöstä useimmat tutkimukseni ihmiset kuvasivat käännekohdiksi.

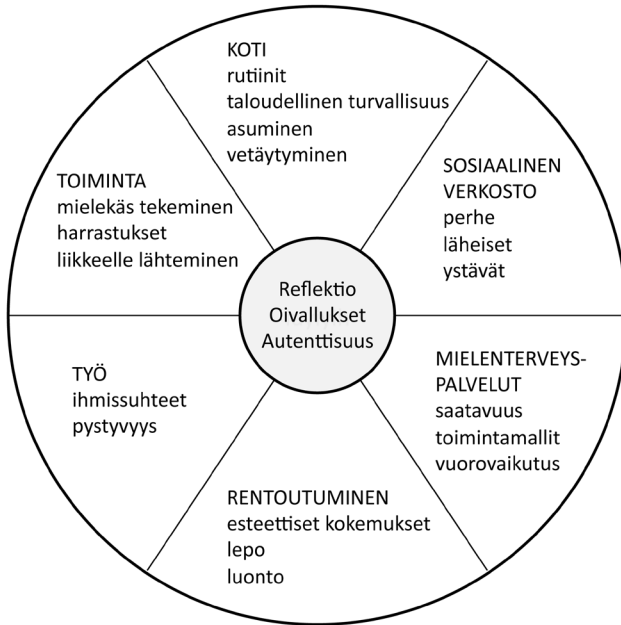
Ihmisten kuntoutumisen kertomukset olivat sarja onnistumisia ja epäonnistumisia, elämää kannattelevia asioita sekä takaiskuja. Äärimmillään ihmiset kertoivat täydellisestä toimijuuden luovuttamisesta toisille, kuoleman pelosta, pahasta olost ja itsemurhasta. Kertomukset sisälsivät myös vaiheita, joissa muutosta ei tuntunut tapahtuvan sekä vaiheita, jolloin ihmiset selviytyivät paremmin arjestaan. Kuten William Anthony ym. (2002, 100) toteavat, kuntoutuminen ei etene aina systemaattisesti ja suunnitellusti. Kertomuksille on tyypillistä myös se, että ne sisältävät niin irrallisia, toisiinsa suhteutumattomia tapahtumia ja yhtenäisiä kertomuksia kuin sopusointuja ja riitasointujakin (Ricoeur 1991, 22). Juonenkuluista ei syntynyt aina koherentteja, kun ihmiset eivät ymmärtäneet, mitä heille oli tapahtumassa ja minkä vuoksi. Yksittäiset tapahtumat eivät aina jäsenyneet ymmärrettäviksi juonellisiksi kertomuksiksi, sillä masennus sai ihmisten arjen säröilemään.

Kuntoutumisen kertomukset ovat kertomuksia, joita halutaan kertoa ja kuulla. Pärjäämistä, vahvuutta ja selviytymistä arvostetaan kulttuurissamme. Aktiivisen toimijuuden korostaminen merkitsee helposti avuttomuuden, neuvottomuuden ja käsittämättömyyden kokemusten ohittamista. Pysähtyneisyydellä on kuitenkin mielensä. Se voi olla suoja tilanteessa, joka on liian raskas kohdattavaksi. (Husso 2003, 181–211.) Myös tässä tutkimuksessa kävi ilmi pysähtyneisyyden kokemuksen kuulemisen tarve. Ilman ymmärrystä ihmisen tilanteesta ei syntynyt luottamuksellista asiakassuhdetta. Luottamuksellisen suhteen syntyminen oli ydinkokemus, joka mahdollisti yhteistyösuhteen syntymisen ja sitä kautta sitoutumisen terapiasuhteeseen. Luottavaisuuteen perustuva terapiasuhte merkitsi tutkimukseni ihmisille uusien mahdollisuuksien avautumista.

Tarkastelin aiemmin niitä arjessa sekä palveluissa esiintyneitä tekijöitä, jotka ihmiset kokivat merkityksellisiksi kuntoutumisensa kannalta. Donald Polkinghorne (1995, 8) muistuttaa, että syy-seuraussuhteet ha-

vaitaan usein vasta jälkeenpäin, kun tarkastellaan asioita lopputuloksen kannalta. Tapahtumahetkellä merkityksettömätkin asiat voivat osoittautua myöhemmin lopputuloksen kannalta oleellisiksi. Tapahtumahetkellä jäsentymätön juonenkulku voi muuttua myöhemmin ymmärrettäväksi, kun asiaa reflektoi jälkeenpäin. Näin ajattelen käyneen tässäkin tutkimuksessa. Haastatteluhetkellä mieleen palautuneet tekijät tuntuivat merkityksellisiltä lopputuloksen kannalta, vaikka ne eivät yksittäisinä kokemuksina välttämättä riittäneet muuttamaan juonenkulkua.

Arkeen ja mielenterveyspalveluihin sijoittuvat merkitykselliset tekijät saattoivat kuljettaa juonta joko etenevän, vakaan tai taantuvan tarinan suuntaan. Arjen muutostekijät voivat löytyä miltä tahansa elämänalueelta: kodista, työstä, vapaa-ajan toiminnoista, läheisistä, arkirutiineista irtautumisesta ja rentoutumisesta tai mielenterveyspalveluista (kuvio 6). Pienikin muutos saattoi olla alku uudelleenlaiseen juonenkulkuun. Muutos saattoi olla konkreettinen, *varma kuukausitulo* tai omien ajattelutapojen muutos. Kuten Atte asian ilmaisi: *Mää olen tämän elämän pannu silleen jollain lailla tiettyyn järjestyksiin, että mikä on tärkeää. Nyt kun esimerkiksi on kokenut sen, että liikkuminen ei ole enää sitä luokkaa, kuin se ennen oli. Että sekin on mulle paljon tärkeämpää, että mä pystyn lähtiä tuosta ovesta kävelemään, kuin että siinä olis uusi auto.* Muutos tapahtuu omassa ajattelussa, joka mahdollistaa muunlaisten askelten ottamisen. Yksittäiset tekijät eivät välttämättä muuta juonenkulkua, mutta avaavat uudenlaisia mahdollisuuksia.



KUVIO 6. Merkitykselliset tekijät masennuksesta kuntoutumisessa.

Muutos saattoi avautua niin kehollisen, tajunnallisen kuin situationaalisenkin olemispuolen kautta. Ihmiset kokivat masennuksen kehollisena kokemuksena. Kehollisuus liittyi kipuun, pahaan oloon, väsymykseen ja jaksamattomuuteen. Lääkitys oli monien kohdalla myös keskeinen tekijä. Sen merkitys oli joskus jaksamista tukeva, toisinaan taas jaksamista murentava. Jukka Tontin (2008, 52) tutkimuksessa liikunta ja itsen väsyttäminen olivat keskeisiä keinoja masennuksen taltuttamisessa. Myös tässä tutkimuksessa monet puhuivat liikunnan ja liikkeelle lähtemisen merkityksestä. He puhuivat eräänlaisesta toimijuuden pakosta, sinnikkyteen ja itsekkyyteen perustuvasta liikkeelle panevasta voimasta. Toimijuuden pakko syntyi sekä itsestä että ympäristön vaateena. Läheiset pyrkivät saamaan ihmisen liikkeelle. Henkiselle uupumukselle haettiin vastapainoa fyysisestä rasituksesta. Kuntosalilla *rautojen kilisteleminen* edusti aineistossani Jukka Tontin kuvaamaa masennuksen poispieksemistä. Kehollisuus liittyi myös muunlaiseen tekemiseen. Tekeminen saattoi

palauttaa kokemuksen hallinnasta ja pystyvyydestä, samalla kun se auttoi tarttumaan arjen rutiineihin.

Kehollisuus liittyi myös vaikenemiseen, joka muodostui fyysiseksi kokemukseksi. Puhumattomuus muuttui pahaksi oloksi ja paineeksi, joka puristi rinnassa ja oli jotenkin saatava purkautumaan. Käänteentekevä kokemus saattoi olla tilanne, jossa viimein oli mahdollista puhua. Mielen terveystoimiston terapiatilanne tarjosi monille areenan oman tilanteen pohtimiselle. Ihmisen tajunnallisuuden oli mahdollista tuulettua, saada uudenlaisia näkökulmia.

Tajunnallisuus tarkoitti oman elämäntilanteen refleктоimista. Ihmisten elämäntilanteiden tekijät saivat erilaisia merkityksiä eri elämänvaiheissa ja masennuksen eri vaiheissa. Edellä esitetyssä kuviossa ei niinkään ollut oleellista mainittujen tekijöiden kuuluminen ihmisen elämäntilanteeseen, vaan oleellista oli ihmisten suhde niihin. Esimerkiksi laaja sosiaalinen verkosto tai työpaikka eivät olleet yksin määrääviä tekijöitä, vaan oleellista oli myös se, minkä merkityksen ne saivat ihmisen tajunnallisuudessa. Lauri Rauhala (2005a, 33) kirjoittaa, että tilaatio on aina ainutkertainen. Eri ihmisten elämäntilanteessa voivat esiintyä samat yksittäiset tekijät, mutta ihmisten suhde niihin on omakohtainen. Esimerkiksi tulotaso ei ole itsessään määräävä, vaan oleellista on ihmisen kokemus siitä, mihin tulot riittävät ja mikä on mahdollista suhteessa siihen, mitä hän haluaa ja odottaa. On tärkeää pohtia, millaisia valintoja ihmisen on elämäntilanteessaan mahdollista tehdä ja mihin ne johtavat.

Kun eksistentiaalinen ajattelu näkee ihmisen maailmaan heitettyinä, se konkreettisesti tarkoittaa sitä, että ihminen ymmärtää itseään tiettyjen mahdollisuuksien maailmassa (Heidegger 2007, 229). Tuula Gordon (2005, 119–120) kirjoittaa toimijuuden tunnusta, käsityksestä oman elämän subjektiudesta, joka voi olla ohut ja jännitteinen, välillä vahva, välillä heikko ja välillä kadoksissa. Toimijuuden mahdollisuudet vaihtelevat. Gordon (mt., 129) toteaa, että toimijuus on ymmärrettävissä sosiaalisen järjestyksen kautta. Eri konteksteissa ihmisiltä odotetaan erilaista toimijuutta, ja toimijuuden liikkumatila vaihtelee. Kulttuurinen ja sosiaalinen eriarvoisuus, samoin kuin ihmisten käytettävissä olevat resurssit ehdollistavat toimijuuden tuntua. Kuntoutumisen esteet ja mahdollisuudet ovat

paitsi ihmisten mielissä, myös yhteiskunnassa puuttuvina tai mahdollistavina rakenteina sekä asenteina.

Ihminen reflektoi suhdettaan ympäristöönsä, esimerkiksi läheisiin, työhön ja mielenterveyspalveluihin. Tasapaino ihmisen kokemien vaatimusten, odotusten ja voimavarojen välillä edisti masennuksesta kuntoutumista. Toiminnan ja rentoutumisen välille oli hyvä löytää mielekäs tasapaino. Mutkattomat suhteet läheisiin edistivät kuntoutumista, kun taas kokemus vaivaksi olemisesta, ristiriidat, läheisten vaatimukset tai tuen riittämättömyys tuottivat masennusta. Oivallukset toivat elämäntilanteeseen jotakin sellaista uutta, joka suotuisuudellaan väritti muuttakin olemista. Oivallukset saattoivat liittyä mille tahansa edellä esitetyssä kuviossa mainitulle alueelle. Esimerkiksi oivallus siitä, että mielenterveystoimiston työntekijät voivat olla ainoastaan tukena prosessissa, jossa itsellä on keskeinen merkitys, vei tilannetta eteenpäin. Myös työhön tai kotiin liittyvät oivallukset olivat vapauttavia. Oman roolin selkeytyminen läheisverkostossa tai työyhteisön jäsenenä vapautti voimavaroja muuhun olemiseen. Kertomusten juonenkulku muuttui, kun ihminen löysi tasapainon itsensä ja ympäristön välillä.

Juonenkäänteitä tuottavia tilanteita liittyi myös situaatioiden muuntelemiseen. Ihmiset lähtivät liikkeelle, löysivät uudenlaisia kokemuksia uudenlaisista ympäristöistä tai jokin ympäristöön liittyvä ongelmatilanne ratkesi. Myös sattumilla oli oma merkityksensä: esimies vaihtui, itselle tai läheiselle tapahtui odottamatta jotain miellyttävää. Merkitykselliset tekijät saattoivat olla sellaisia, jotka vahvistivat osaltaan kuntoutumisen prosessia, mutta myös jokin yksittäinen tekijä saattoi olla käänteen alulle sysäävä. Se avasi ongelman kyllästäämään kertomukseen uudenlaisen juonen. Juonenkäänteet edellytti oman tilanteen reflektoimista ja oivaltamista uudella tavalla sekä omien mieltymysten ja toiveiden mukaisten valintojen tekemistä.

Situationaalisuuteen liittyy myös ihmisen tietoisuus mahdollisista situaatioista. Kun elämäntilanne masennuksen vuoksi muuttuu, ihminen tarvitsee tietoa ja uudenlaisia resursseja saadakseen tilanteensa hallintaan. Toimijuuden tuntu edellyttää valinnanmahdollisuuksia (Ronkainen 2006, 532) ja valinnanmahdollisuudet edellyttävät tietoa siitä, mitä olisi valittavana sekä usein myös sosiaalista tukea, jotta rohkenisi kokeilla. Masennus

tuottaa tilanteen, jossa ihminen joutuu pohtimaan suhdettaan työhön, harrastuksiin, vapaa-aikaan ja läheisiin. Suvi Ronkainen (mt., 531–532) toteaa, että toimijuudessa on kyse oikeuksista, vastuista ja odotuksista. Se on suhde ihmiselle mahdollisen, toteutuneen ja odotetun toiminnan välillä. Mahdolliset tilanteet konkretisoituivat tutkimuksessani tiedon kautta sekä vertaisten antamien esimerkkien ja kokemusten kautta.

Ihmiset puhuivat itsetietoisuuden ja terveen itsekkyyden lisääntymisestä. Arthur Frankin (1993, 43–44) mukaan sairastumisen tarinoille on yhteistä se, että sairastuminen muuttaa kertojaa ihmisenä. Sairaus näytätty usein käänteenä entistä autenttisempaan elämään. Autenttisuus tarkoittaa ihmisen pyrkimystä tavoittaa hyvä elämä kuuntelemalla omia tunteitaan, omia käsityksiään oikeasta ja väärästä. Aidon ja ehjän ihmisyyden perusta on kyky kuunnella omia moraalitunteita. Jokaisella ihmisellä on oma olemisen tapansa, joka on mahdollista löytää vain olemalla itselleen rehellinen ja löytämällä oman sisäisen äänensä toisten keskellä. Autenttisuus ei ole itsekeskeisyyttä, vaan ihmissuhteet ovat tärkeä osa sen rakentumista. Ihmissuhteet ovat itsensä löytämisen keskeinen arena, sillä autenttisuus on itsensä määrittämistä dialogisissa suhteissa. Ihminen löytää sen, millä merkitsevällä tavalla eroaa muista ihmisistä. (Taylor 1995, 56–73.) Autenttisuudella tässä tutkimuksessa tarkoitan oman suhteen löytämistä työhön, läheisiin ja vapaa-aikaan ilman ulkoisia pakkoja. Ilarille itsensä kuunteleminen oli käsitteenä tuttu, mutta kokemuksesta vieras. Hän totesi, että *mie oon pitäny aina vähän höpönä niitä, jos tv:ssäki on ja lehissäki on, että oppia kuuntelemaan ommaa kehoa. Että mistä sitä... miten sitäki voi kuunnella. Mutta aika paljon sitä pystyy*. Masennuksesta kuntoutumisen myötä itsensä kuuntelemisesta tuli hänelle kuitenkin omakohtaisesti koettua.

Mielenterveyspalvelut tulivat eriasteisesti osaksi tutkimukseni ihmisten kertomuksia. Joidenkin kohdalla palvelut merkitsivät vain ohimenevää vaihetta elämäntilanteessa, mutta taas toisten kohdalla mielen-terveystoimiston työntekijät tulivat useiksi kuukausiksi osaksi ihmisten elämismaailmaa. On muistettava, että ihmiset voivat kuntoutua masennuksesta ilman professionaalista apuakin. Tutkimusten mukaan jopa 40 % häiriöistä voisi parantua spontaanisti. Tähän vaikuttavat sairauden vaikeusaste ja kesto, diagnoosi, samanaikaiset muut sairaudet sekä sosiaa-

linen tuki. Tämä tarkoittaa sitä, että myös terapian tuloksellisuuteen vaikuttavat merkittävästi ihmisen muun elämäntilanteen tekijät. (Lambert & Barley 2002, 18–19.) Tämän tutkimuksen perusteella sekä terapeutinen yhteistyösuhde että ihmisen arjen kokonaisuus auttavat masenuksesta kuntoutumisessa. Niiden välinen suhde vaihtelee eri ihmisten elämässä. Lisäksi on muistettava, että yhteiskunnalliset rakenteet joko ehdollistavat tai mahdollistavat kuntoutumista. Ne määrittävät ihmisten arjen ehtoja ja ne rakenteistavat mielenterveyspalveluita.

Palveluiden merkitystä tutkimukseni ihmisten elämässä voidaan tarkastella Kenneth Gergenin (1994, 195) vakaan, taantuvan tai etenevän juonirakenteen kautta. Tarkastelin terapian merkitystä kuntoutumiseen näiden juonirakenteiden pohjalta ja tavoitin eteneviä ja vakaita juonirakenteita, mutta en taantuvia. Osa ihmisistä koki palvelut hyödyllisiksi ja heidän toimijuuttaan tukevaksi. Palveluissa saattoi olla yksittäisiä negatiivisia piirteitä, mutta kokonaisuutena käynnit mielenterveystoimistossa olivat kuntoutumista tukevia. Tällöin oli kyseessä etenevä juonirakenne. Joissain tapauksissa taas ihmiset pettyivät saamiinsa palveluihin, eikä palveluista ollut sanottavaa hyötyä. Ihmiset irrottautuivat hoitosuhteesta, ja elämä jatkui entiseen tapaan. Ajattelen tämän noudattavan vakaata juonirakennetta. Vakaus ei siis kuvaa ihmisen elämäntilanteen vakautta vaan sitä, ettei palvelu tuottanut ihmisen elämäntilanteeseen toivottua muutosta. Elsen tapauksessa palveluiden merkityksen voisi ajatella olevan taannuttava, sillä mieleen jäi kokemus ohitetuksi tulemisesta. Keskusteluissa ei kuitenkaan tullut esiin, että terapia olisi vienyt tilannetta huonompaan, vaan hän löysi cheyttäviä tekijöitä omasta arjestaan. Kuviossa 7 tarkastelen palveluiden merkitystä ihmisten elämässä kahdella ulottuvuudella, merkittävänä tai heikkona. Terapian merkitykseen vaikutti samanaikaisesti myös se, kuinka vahva odotus ihmisellä oli terapeutteja ja terapiasuhdetta kohtaan.

|                   |            | Terapiasuhteen merkitys   |                        |
|-------------------|------------|---------------------------|------------------------|
|                   |            | merkittävä                | vähäinen               |
| Terapian merkitys | merkittävä | muutosta kannatteleva (5) | muutokseen sysäävä (6) |
|                   | vähäinen   | toteutumaton toive (6)    | arkeen sopimaton (2)   |

KUVIO 7. Terapian merkitys kuntoutumisessa.

Kun terapia oli ihmisen elämänmuutosta ja kuntoutumista kannatteleva, terapeutin yhteistyösuhde oli vahva. Terapiatyöntekijät olivat rinnalla kulkijoita, joille ihmiset saattoivat kertoa elämäntapahtumistaan sekä reflektoida muutosprosessiaan. Cheryl Mattingly (1998, 81) toteaa, että muutosta tuottavia tapahtumia tarvitaan koko terapiaprosessin ajan. Näiden elementtien esiintymiseen kulminoituu terapian hyödyllisyys. Jotta terapia olisi muutosta kannatteleva, ihmisten tuli terapiassa kokea tulleen kuulluksi ja arvostetuksi. Terapiatilanne merkitsi heille mahdollisuutta puhumiseen ja jakamiseen. Heillä oli myös tukeva sosiaalinen verkosto, ja he kaikki puhuivat oman toimijuuden merkityksestä: sinnikkyydestä, omasta asioiden työstämisestä ja liikkeelle lähtemisestä. Näissä kertomuksissa kuului myös Arhur Frankin (1995, 77–79) palautumistarinaksi nimeämä kertomuksen tyyppi. Ihmiset luottivat terapeutin asiantuntijuuteen ja lääketieteen tarjoamiin keinoihin, joilla sairaus kyettäisiin parantamaan.

Terapia voi toimia myös muutokseen sysäävänä tekijänä. Terapia toimii tällöin eräänlaisena muutoksen katalysaattorina (Mattingly 1998, 82). Näissä tilanteissa ihmisillä ei ollut terapiaa kohtaan suuria odotuksia. Heidän tilanteensa oli kärjistynyt ja he kokivat, että jotain on tehtävä. He lähtivät katsomaan, mitä tuleman pitää. Ilpo kuvaa ajatelleensa,



*että siitä nyt ei varmaan ole mitään hyötyä. Mutta se kärjisty se tilanne siihen, ettei siinä nyt mitään häviäkään.* Ihmiset tarvitsivat työntekijöitä suunnannäyttäjiksi. He saivat omat kykynsä käyttöön, ja ongelma saatiin ikään kuin pois päiväjärjestyksestä. Masennus oli jäänyt elämässä episodiksi, joka oli seurausta kuormittavasta elämäntilanteesta tai kuormittumista aiheuttavien tekijöiden tai tilanteiden kasautumisesta. Terapiassa oli ollut esimerkiksi mahdollista puhua vaietuista asioista tai löytää uudenlaista ymmärrystä elämäntilanteeseen. Terapeutit eivät olleet yhtä merkittävässä roolissa kuin muutosta kannattelevassa suhteessa, vaan ihmiset löysivät oman toimijuutensa kohtuullisen nopeasti ja kokivat, ettei terapiaa tarvinnut jatkaa kovin pitkään.

Kun terapia jäi toteutumattomaksi toiveeksi, ihmisten terapialle asetamat tavoitteet ja odotukset eivät täyttyneet. Ihmisillä oli vahva tarve muutokseen, tarve löytää kertomukselleen kuuntelija ja reflektioija, mutta käyntien harvalukuisuuden tai ihmisten ja terapeuttien välisen vuorovaikutuksen kankeuden vuoksi käynneistä ei muodostunut sellaista areenaa, jossa muutos olisi mahdollistunut. Terapia saattoi myös toteutua erimuotoisena kuin ihmiset olivat odottaneet. Ihmiset puhuivat kohtaamattomuuden kokemuksista työntekijän kanssa ja siitä, ettei terapia tuonut mitään uutta. Terapiakontakti hiipui, ihmiset jättivät menemättä sovituille ajoille tai jäivät tilanteeseen, jossa oli sovittu yhteydenotosta tarvittaessa.

Terapia saattoi olla ihmisen arjen kokonaisuuteen sopimaton. Ihmiset puhuivat vahvasta itse pärjäämisen pakosta. Pauli totesi, että *ei kaitäsä voi perkele voivotella. Se on Sakarin tanssittava ko soitetaan. Ei siinä ole muuta vaihtoehtoa.* Ymmärsin Paulin puheen niin, etteivät asiat hänen mielestään puhumalla parane, vaan niiden kanssa on vain selvitävä. Hän kuitenkin tuli mielenterveystoimistoon, vaikkakin ohjattuna, mutta käynneistä tuli enemmän rasite omaan arkeen. Käynneillä mielenterveystoimistossa saattoi olla pikemminkin välineellinen arvo, kuten lääkityksen tai lääkärin lausunnon saaminen. Ihmiset selviytyivät oman verkostonsa tuella, eivätkä odottaneet sanottavaa muutosta tapahtuvaksi, vaikkakin kokivat muutoksen tarpeelliseksi.

Cheryl Mattingly (1998, 157) kirjoittaa terapeuttisesta juonentamisesta. Terapeuttinen juoni on eteenpäin suuntautuva tarina, joka sisältää

ajatuksia siitä, mitä ihmisen mielessä pitäisi tapahtua. Myös Mattingly toteaa tutkimuksessaan, etteivät terapeutit ja hänen asiakkaansa aina ole mukana samassa tarinassa. Molemmilla on odotuksia toisistaan ja siitä, kuinka prosessin tulisi edetä. Terapeuttinen juoni ei aina etene todellisuudessa kuten on ajateltu, vaan terapiassa syntyy myös tarkoitamattomia seurauksia. Osapuolten tarinat erkanevat, kun syntyy kokemuksia kohtaamattomuudesta tai sitoutumattomuudesta. Palveluiden toimintamalleihin liittyvät epäkohdat koetaan henkilökohtaisella tasolla. Palveluihin jonottaminen ruumiillistuu ihmisten arjessa, ja riittävien henkilöstöresurssien puute ja puhe niistä voi tuottaa hylkäämisen kokemuksia.

Masennuksesta kuntoutuminen oli usein sankaritarina. Ilka Kankaan (1999, 347) mukaan ihmisten esittämissä sairaus- ja terveystulkinnoissa rakennetaan samalla ihmisen autonomiaa. Mike Bury (2001, 272) toteaa, että ihmiset pyrkivät selviytymään sairastumisestaan luomalla itsestään uudenlaisen käsityksen. Ihmiset tavoittelevat sellaisen julkisen minäkuvan luomista, jossa he kertovat itsestään selviytyjänä. Selviytymisen tarinan kertominen itsessään on pyrkimystä selviytyä. Ihmiset kertoivat sinnikkyudesta ja uudenlaisten ajattelu- ja toimintatapojen opettelemisesta. Kun masennus jähmettyi muutoksettomaksi tilaksi, pienikin edistysaskel muuttui merkittäväksi. Selviytyminen on oman itsen ja omien tarpeiden löytämistä, toisinaan taas selviytymistä masennuksen kanssa.

*Topi: Ensimmäiset muutokset, mitä itässä huomasin, niin ei ne ollu sitä, että mää olisin tuntenu hyviä hetkiä, jotka oli uupunut kokonaan. Mutta se, että se koko ajan ihan maan alla oleminen, se ei ollu ihan niin raskasta. Pikkuhiljaa alkoi saamaan jotakin tehdyksi, jotakin tehdyksi itsellekin.*

Kuntoutuminen masennuksesta oli toisille vaivalloisempaa kuin toisille. Kaikilta se edellytti kärsivällisyyttä ja toivoa paremmasta. Ihmiset tarvitsivat tuekseen toisia ihmisiä, mahdollisuuksia pohtia tilannettaan ja mahdollisuuksia löytää uusia juonenkulkuja kertomukseensa. Kysyin lopuksi tutkimukseni ihmisiltä, millainen rooli masennuksella oli ollut heidän elämäntarinassaan. Saamani vastaukset kertovat, että ihmisistä löytyivät tarvittavat voimavarat, vaikka ne ajoittain olivat osittain tai täy-

sin kadoksissa. Elämä ei ollut pelkkää masennusta, vaan siihen kuului monenlaisia vaihteita. Vaikeat elämäkokemukset kääntyivät voimavaroiksi, ja selviytyminen vahvisti uskoa omasta pystyvyydestä.

*Atte: Oikeestaan se saa minusta, jos ajatellaan tässä juuri oman elämän kaaressa, niin minusta se saa aika ison osan loppujen lopuksi. Koska jos sanotaan näin, että lähes 55 vuotta on eläny, ja sitten kokee tämän näin. Ja sitten periaatteessa se on opettanu hirviän paljon tähän mennessä jo. Ja sanotaanko näin, että jos olis osannu itteään lukia aikasemmin, niin ehkä olis voinu tämänkin homman välttää. Mutta mää uskoisin näin, että kun tästä toipuu, niin mää uskon, että en varmasti itteäni aja toista kertaa samaan tilanteeseen. Sen verran olen oppinu tästä, että tämä on tavallaan hirveen opettavaista. Sanotaanko näin, että on oppinu senkin, että kun tietyt asiat ne menee tiettyyn pisteeseen, niin mää olen niihin asioihin tehny tietyn homman. Ei tarvi ittelle tavallaan olla vihainen, että kun en saanu tuota asiaa hoidettua. Että silleen on kans menny, että en ole enää niin kunnianhimoinen, että mun on pakko saada tuo asia onnistumaan. Jos ne ei mene silleen, niin ne ei mene. Mun on pakko hyväksyä se ja se kuuluu tähän elämäntilanteeseen.*

*Taina: No se on varmaan semmonen taipumus semmoseen alakulosuuteen ja masennukseen hyväksyttävä osaksi elämää. Mulla on taipumus siihen ja et se kuuluu siihen mun elämään. Toisaalta sitä on ehkä vähän semmonen, että ajattelee, että sillain vähän selkeesti, että no... ettei minun elämään niinko mitään hyvää kuulukaan, että siihen kuuluu kaikkea mahollista semmosta ikävää. Mutta, että joissaki asioissa se sitten tosiaan kääntyy voimaksi se, että on käyny oikeen pohjalla. Sitä taustaa vasten sitten pystyy tekemään asioita. En sitä sano, että suosittelisin kenellekään, et se pitää käydä läpi ennen ku... mutta että kyllä mä oon sen kans... että mulla on taipumus.*

*Timo: Se on voimavara ja piste.*

Masennuksesta kuntoutumisen tarinat kertovat ihmisen yhteyksistä toisiin ihmisiin ja yhteiskuntaan (Hänninen & Timonen 2004, 215; Kangas

1999). Masennusta määritellään kulttuurisesti. Ihmisen vuorovaikutussuhteet oman sosiaalisen verkostonsa kanssa tai laajemmin ympäristön kanssa ovat usein masennuksen taustalla. Vuorovaikutussuhteet ovat myös se kantava tekijä, jonka varassa ihminen rakentaa toimijuuttaan. Ihmisen toimijuus on aina suhteessa ympäristöön. Suvi Ronkainen (2006, 532) näkee toimijuuden liittyvän materiaalsiin mahdollisuuksiin, yhteiskunnalliseen asemaan, arvottamiseen ja ihmiseen kohdistuviin odotuksiin. Ihminen kykenee toimimaan jossakin ympäristössä, kun taas toisessa ei. Kykeneminen on myös ajassa muuttuva, sillä masennuksen syntyessä tai lieventyessä ihmisen ympäristösuhde muuttuu. Toimijuuden vahvistuessa, ei ainoastaan sosiaalisen verkoston ihmisten, vaan myös ympäristön tulisi kyetä vastaamaan ihmisen muuttuviin tarpeisiin. On tärkeää arvioida, aukeaako kuntoutumisen myötä aidosti ”toisia mahdollisuuksia”.

## 8 Lopuksi

Arvioin lopuksi tutkimukselleni asettamien tavoitteiden toteutumista sekä tutkimukseni luotettavuutta. Tutkimukseni käsittelee sitä, millaisia merkityksiä mielenterveyspalveluilla on masennuksesta kuntoutumisessa ja mitkä ihmisen elämäntilanteen tekijät ovat merkityksellisiä masennuksesta kuntoutumisen kannalta.

Tavoittelin tutkimuksellani kokonaisvaltaista kuvaa masennuksesta ja siitä kuntoutumisesta. Tutkimukseni mukaan sekä masennukseen sairastuminen että siitä kuntoutuminen ovat monesti useiden vuosien pituisia prosesseja. Vuosien mittaan masentumisen ja kuntoutumisen prosesseihin vaikuttavat lukuisat elämäntilanteisiin ja ympäristöön liittyvät tekijät. Kokemukset muodostuvat merkityksellisiksi aina suhteessa senhetkiseen elämäntilanteeseen. Samat tekijät voivat tuottaa jossakin elämäntilanteessa iloa, toisessa taas stressiä. Esimerkiksi työ voi tukea ihmisen pystyvyyden kokemuksia, jossakin toisessa vaiheessa taas murentaa niitä. Positiivisiksi yleisesti ajatellut elämänvaiheet voivat muuttua vastakohtikseen sattuessaan tilanteeseen, jossa ihmisellä on muutoin kuormittavia asioita elämässään. Tutkimuksellisesti tämän kokonaisuuden haltuun ottaminen on haasteellista. Elämäntilanteiden faktisuus toteutuu aina yksilöllisellä ja ainutkertaisella tavalla kunkin ihmisen elämässä. Näin ollen olen pyrkinyt kuvaamaan pikemminkin kokemusten moninaisuutta kuin hakemaan tyypillistä kuntoutumisen kertomusta. Tavoitteenani on tavoittaa fragmentaarista eroavuuksista ja yhtäläisyyksistä koostuva kuva masennuksesta kuntoutumisesta (ks. Granfelt 1998, 18).

Masennuksen ja elämäntilanteiden välinen monipolvinen vuorovaikutus edellyttää terapialta ja kuntoutukselta tilannekohtaista harkintaa ja joustavuutta, pysähtymistä kunkin ihmisen tilanteeseen. Terapia tarjoaa parhaimmillaan ihmisille areenan, jolla on mahdollista reflektoida omaa tilannettaan. Reflektio kuitenkin edellyttää sellaisen vuorovaikutussuhteen muodostumista, jossa ihminen kokee tulevansa kuulluksi ja ymmärretyksi (ks. Haarakangas 2009; Horvath & Bedi 2002, 41; Lambert & Barley 2002, 26; Mackrill 2011; Norcross 2002; Valkonen 2007,

29). Vuorovaikutuksen onnistuminen perustuu työntekijän ja ihmisen persoonallisuuksien väliseen dynamiikkaan, työntekijän kykyyn edistää dialogisuutta niin terapiasuhteissa kuin ihmisen ja hänen sosiaalisen verkostonsa välisissä suhteissa. Kauko Haarakankaan (2009) mukaan työntekijän kiireetön läsnäolo, keskittyvä kuunteleminen ja kiinnostus luovat edellytyksiä onnistuneelle terapiaprosessille. Hän kirjoittaa vahvasta läsnäolosta, joka tarkoittaa kytkeytymistä siihen, mitä tapahtuu, osallistumista, ajatusten vaihtamista, kosketuksissa ja yhteistoiminnassa olemista. Se tarkoittaa myös aktiivista kohtaamista sekä uskallusta astua toista ihmistä kohti. Vahvan läsnäolon merkitys tulee myös tässä tutkimuksessa selkeästi esille.

Kokemus kuulluksi tulemisesta liittyy tutkimukseni perusteella myös kokemukseen empaattisesta kohtaamisesta ja aitoudesta. Erityisen merkityksellisiä ovat ne auttamissuhteet, joissa ihmiselle syntyy tunnetason kokemus siitä, että työntekijä on ymmärtänyt hänen kokemustaan ja välittää siitä, miten hänen tilanteensa etenee. Empaattisessa kohtaamisessa on kyse emotionaalisesta kosketetuksi tulemisesta, erillisyyden säilyttämisestä ja erilaisuuden kunnioittamisesta, asioiden jakamisesta ja yhteisyyden kokemuksista (Granfelt 1998, 24). Yhteisyyden tunne työntekijän kanssa syntyy siitä, että työntekijä antaa asiantuntemuksensa ihmisen käyttöön ja kumpikin osapuoli sitoutuu yhteiseen työskentelemiseen sekä uudenlaisen ymmärryksen ja mahdollisuuksien löytämiseen. Riitta Granfeltin (mt., 25–29) mukaan empaattinen työntekijä on avoin ihmisen kerronnalle. Empatia mahdollistaa uusien näkökulmien löytämisen ja asioiden näkemisen uudella tavalla. Se elää ja syntyy vuorovaikutussuhteissa, ja se on ajattelun ja tunteiden dialogia.

Lähestyin kokonaisvaltaisuutta myös arjen käsitteen kautta. Ollakseen vaikuttavaa, terapiassa saavutettavien uudenlaisten ajattelumallien ja oivallusten tulee olla sovellettavissa ihmisten arkeen. Ole Dreierin (2009, 205) mukaan soveltaminen ei kuitenkaan ole aina sellaisenaan mahdollista, sillä ihmiset ovat osallisena erilaisissa konteksteissa, joissa vallitsevat erilaiset vuorovaikutuksen ja toimimisen säännöt. Aikataulutetut terapiaistunnot ja keskustelemaan pysähtyminen voivat muodostaa arjesta poikkeavan kontekstin ja ihmiset toimivat terapiassa mahdollisesti eri tavoin kuin arjessaan. Myös tässä tutkimuksessa pysähtyminen kes-

kustelemaan vaikeista asioista ei ollut kaikille haastattemilleni ihmisille tavanomaista ja toiset jättäytyivät pois terapiasta. Kontekstien erilaisuus ja erilaiset toimimisen tavat voivat olla mahdollisuus uuteen, mutta toisaalta liian erilainen tapa toimia voi muodostua esteeksi uusien toimintamallien arkeen siirtymiselle.

Elämäntilanteeseen kaivattavat muutokset eivät Dreierin (mt., 206) mukaan synny yksin terapiassa. Ihmisen elämässä tapahtuu samanaikaisesti monia asioita ja hän on osallisena erilaisissa yhteisöissä ja verkostoissa. Muiden elämäntapahtumien ja osallisuuksien tulisi tukea muutosta niin, että ihminen voisi tapaamisten välillä muuttaa arkeaan ja toimintaansa. Muu arjen rytmiikka saattaa kuitenkin kuljettaa ihmistä niin, ettei terapiassa saaduille oivalluksille ole sijaa. Tästä syystä terapeutin on otettava huomioon myös se, missä kaikessa ihminen on osallisena, millaisissa rooleissa ja millä tavoin niissä toimitaan. Ihmiset tulee nähdä paitsi subjekteina, myös osallistujina. Kuten Eeva Jokinen (2005, 12) asian ilmaisee, ”arjen on kesytettävä vieras kotoisaksi”. Se tarkoittaa uudenlaisten rytmien muokkaamista omaan arkeen sopivaksi. Ole Dreierin (mt., 199) mukaan arjen järjestys syntyy vuorovaikutuksessa, joka koostuu yhtäältä arjen rutiineista ja tottumuksista ja toisaalta tapahtumista, jotka ovat riittävän merkityksellisiä muuttaakseen arjen usein turvalliseksi koettuja rytmejä.

Muutoksessa on kyse myös tavoitteista. Thomas Mackrillin (2011, 26–33) mukaan elämää koskevat tavoitteet ovat oleellisia arvioitaessa terapian merkitystä arkeen. Ihmisen tavoitteellisuus on hyvinvointiin keskeisesti vaikuttava tekijä ja siitä syystä se on tärkeä myös terapiassa. Hänen mukaansa terapeutin tulee olla tietoinen, mitkä ovat ihmisen tavoitteet jokapäiväisessä elämässään ja mitkä ovat hänen terapialleen asettamat tavoitteet. Ihminen mahdollisesti kokee muutoksen tarpeelliseksi, mutta ei tiedä, mitä muutos voisi sisältää. Tavoitteet voivat olla myös ristiriitaisia, ihminen kykenee mahdollisesti ilmaisemaan sen, mitä ei halua tai tavoitteet voivat olla mahdottomia saavutettavaksi. Mackrillin mukaan on tärkeää, että tavoitteet tai niiden mahdollinen selkiintymätömyys muodostavat lähtökohdan terapeuttisille tavoitteille. Tavoitteiden selkiintyminen ja kokemus niiden saavuttamisen mahdollisuudesta ovat terapian tuloksen kannalta keskeisiä. Tavoitteet liittyvät useimmiten

ihmisen arjen sujumiseen ja on tärkeää, ettei terapeutti pyri ohjaamaan ihmistä omien tavoitteidensa ja professionaalisten käsitystensä mukaisesti silloinkaan, kun ihmisen omat tavoitteet eivät ole selkiintyneet.

Tutkimukseni tavoitteena oli myös jäsentää hoidon ja kuntoutuksen lähtökohtia ja näiden konkretisoitumista toiminnaksi. Kuntoutustoitmenpiteiden osuus jäi haastattelemieni ihmisten kokemuksissa melko vähäiseksi, mikä kuvaa myös yleisempää Suomessa näyttäytyvää ilmiötä mielenterveyskuntoutuksen vähäisyydestä (Gould ym. 2007; Harjajärvi ym. 2006; Koskisuus 2003; Näkökulmia mielenterveyskuntoutukseen 2002; Wahlbeck 2007). Monet haastattelemistani ihmisistä eivät edes tienneet, mitä kuntoutus olisi. Olen jäsentänyt hoidon ja kuntoutuksen välistä eroa ensin kirjallisuuden pohjalta ja sen jälkeen myös aineistoni pohjalta. Tässä aineistossa hoidon ja kuntoutuksen välinen ero näyttäytyy selkeimmin vertaisuuden ja toiminnallisuuden kautta, sillä kuntoutuskokemukset perustuivat ryhmämuotoiseen kuntoutukseen. Kun terapian tuloksellisuuden lähtökohtana oli luottamuksellinen yhteistyösuhde, näyttää yhteistyö muotoutuvan helpommin vertaisten välille. Ihmiset löytävät peilipinnan yhteisistä kokemuksista ja niiden jaetuista merkityksistä. Ryhmämuotoisessa kuntoutuksessa on tärkeää yhdessä toimiminen ja toiminnallisuuden lisääminen omassa arjessa. Pauli Niemelä (2009, 218–220) korostaa toiminnallisuuden merkitsevän usein yhdessä toisten kanssa tekemistä, itsensä toteuttamista, onnistumisen kokemuksia ja tavoitteiden saavuttamista. Nämä ulottuvuudet ovat läsnä myös tutkimukseni ihmisten kuntoutuskokemuksissa. Niemelän (mt., 216–219) mukaan toiminnallisuus on keskeinen hyvinvointia ja elämän mielekkyyttä lisäävä tekijä. Se määrittää ihmisen olemassaoloa ja tarpeiden tyydyttämistä.

Kuntoutuksen näkökulman on mahdollista toteuttaa osin terapia-prosessin sisällä. Käytin tästä kuntouttavan työotteen käsitettä, jota tosin käytetään laajasti sosiaali- ja terveystalveissa tarkoittamaan ihmisen oman subjektiivisuuden, itsenäisyyden ja toimintakyvyn kunnioittamista (Järvikoski & Härkäpää 2004, 22). Tarkoitan kuntouttavalla työotteella mielenterveyspalveluiden yhteydessä toimintatapaa, jossa ihmisen kuntoutumisen mahdollisuuksia hahmotetaan ja häntä tuetaan omien elämänprojektiensa suunnittelemisessa. Kuntouttavan työotteen avulla pyritään jäsentämään ja selkeyttämään Mackrillin (2011) korostamaa ta-



voitteellisuutta. Tämän tueksi ihmiset tarvitsevat tietoa masennuksesta, sen kulusta sekä hoidon ja kuntoutuksen mahdollisuuksista, tilaisuuksia oman elämän reflektointiin sekä rohkaisemista kokeilemaan omia rajojaan ja omaa jaksamistaan. Kuntouttava työote tarkoittaa näin ollen kuntoutuksen ja kuntoutumisen mahdollisuuksien avaamista ja pohtimista.

Kuntoutus suunnitelmallisena ja monialaisena toimintana puuttui aineistostani. Paavo Rissanen (2008, 676–677) näkee mielenterveyskuntoutuksen olevan kokonaisvaltaista niin, että siinä otetaan huomioon persoonallisuus ja elämäntilanne, sosiaalinen verkosto, taloudellinen tilanne sekä ammatillinen selviytyminen. Lähtökohtana tällöin ei ole pelkästään sairaus, vaan ihminen kaikkine tarpeineen, rajoituksineen ja voimavaroineen. Kokonaisvaltainen ihmiskäsitys edellyttää moniammatillisuutta sekä sitä, että moninaisuudesta muodostuu koordinoitusti toimiva kokonaisuus. Ihmisen kuntoutuessa ja elämäntilanteen muuttuessa myös palveluiden pitäisi kyetä vastaamaan muuttuviin tarpeisiin.

Tutkimukseni lähtökohtana oli tarkastella masennusta sosiaalisena ilmiönä. Narratiivinen tutkimus antoi siihen mahdollisuuden, sillä kertomukset kertoivat myös niistä sosiaalisista konteksteista, joissa ihmiset elivät. Kuten Johanna Ruusuvoori ym. (2010, 28) toteavat, ihmisten jäsenystävät ovat aina jossakin määrin kulttuurisesti jaettuina, jolloin ne kertovat kulttuurista myös yleisemmin. Tavoitin sosiaalisen kolmella ulottuvuudella. Sosiaalinen liittyi masennuksen määrittelyyn ja sen vuorovaikutuksellisuuteen. Toiseksi se liittyi ihmisen vuorovaikutussuhteisiin sekä hänen sosiaaliseen tilanteeseensa, ja kolmanneksi ihmisen elinympäristöön ja yhteiskunnallisiin rakenteisiin.

Masennuksen määrittelyminen on sidoksissa aikaan ja paikkaan. Ihmisen elämään kuuluu ainakin ajoittain jaksoja, jolloin hän on masentunut tai ahdistunut. Eksistentiaalinen ihmiskäsitys näkee sen kuuluvaksi ihmisen olemukseen. On sopimuksenvaraista, milloin elämään kuuluva ahdistus ja masennus määritellään sairaudeksi. Tutkimukseni mukaan ihminen saattoi yllättyä hänelle annetusta diagnoosista, vaikka hän oli tullut mielenterveystoimistoon. Ihmiset lähtivät mielenterveystoimistoon hakemaan helpotusta vaikeaan elämäntilanteeseensa tai ahdistavaan oloonsa, mutta eivät itse välttämättä olleet määritelleet tilaansa masennukseksi. Jukka Tontti (2008, 117–118) nimeää masennuksen elämän-

taudiksi, joka koskettaa ihmisen koko elämänkenttää. Tällöin otetaan huomioon sekä ihmisen vastuu elämästään että se sosiaalisen vuorovaikutuksen kenttä, jossa masennus määrittyy ja kehkeytyy.

Kulttuurinen tarinavaranto sisältää masennusta, masentuneita ihmisiä sekä mielenterveyspalveluita koskevia käsityksiä, jotka ovat edelleenkin leimaavia ja vaikuttavat siihen, miten ihmiset näkevät itsensä. Masennus ja häpeä ovat tutkimukseni mukaan ihmisten kokemuksissa lähellä toisiaan. Häpeä rajoittaa ihmisen mahdollisuuksia osallisuuteen. Se vaikeuttaa niin ihmissuhteita kuin työmarkkinoille pääsyäkin ja asenteet sisäistyvät ihmisten negatiivisiksi käsityksiksi itsestään. (ks. Onken ym. 2007, 17.) Masennuksen määrittelemisen tapahtuu enimmäkseen lääketieteellisessä ja psykologisessa diskurssissa, mutta osaksi myös yhteiskunnallisissa diskurssissa. Lääketieteelliset ja psykologiset määritykset tarkoittavat aineistossani masennuksen syiden näkemistä itsessä, omassa toiminnassa ja elämäkulussa. Yhteiskunnallisissa diskursseissa syyt paikantuvat yhteiskunnallisiin rakenteisiin, työelämän vaatimusten kiristymiseen ja yhteiskunnassa vallitsevaan pärjäämisen eetokseen.

Tutkimukseni osoittaa, että masennus on vahvasti vuorovaikutuksellinen ilmiö. Palveluissa syntyvällä vuorovaikutuksella on keskeinen merkitys masennuksesta kuntoutumisessa. Vuorovaikutussuhteen säröillä ihminen saattaa jättäytyä palveluista pois, kun taas suhteen toimivuus on ihmistä voimaannuttava kokemus. Masennus määritellään vuorovaikutuksellisissa tilanteissa, ja se näyttäytyy ihmisen vuorovaikutussuhteissa läheistensä kanssa. Vuorovaikutussuhteet kietoutuvat masennukseen niin, että syitä ja seurauksia on vaikea erottaa toisistaan. Masennuksen taustalla on usein ihmissuhdeongelmia, ja masennus puolestaan vaikuttaa ihmissuhteisiin. Ihmiset eristäytyvät läheisistään, mutta tarvitsevat heitä kuntoutumisessaan. Ihminen saattaa kokea sosiaaliset roolinsa vaativina, ja masennus vaikeuttaa niistä selviytymistä. Myös muilla sosiaalisilla tilanteilla on keskeinen merkitys masennukseen. Erityisesti taloudelliset vaikeudet ja työhön liittyvät paineet tuottavat ja syventävät masennusta. Elämäntilanteen tekijät, kuten asumiseen liittyvät pulmat, yksinäisyys ja elämänkulun siirtymävaiheet ovat tekijöitä, jotka kasaantuessaan tuottavat ahdistusta ja särkevät arjen rytmiikan.

Masennus näyttäytyy myös ihmisen suhteessa ympäristöönsä ja yh-

teiskuntaan. Yhteiskunnalliset olosuhteet ja rakenteet ehdollistavat ja mahdollistavat selviytymistä omassa elinympäristössään. Sosiaalilainsäädäntö ja sosiaaliturva ruumiillistuvat ihmisten kokemuksissa jokapäiväisestä arjesta selviytymiseksi. Palveluiden toimintamallit ovat sekä inklusiivisia että eksklusiivisia, eikä pääsy palveluiden piiriin ole aina itsestään selvää. Masentunut ihminen vetäytyy helposti ja kokee itsensä kykenemättömäksi. Näen kykenemättömyyden aina suhteessa ympäristöön. Ihminen voi olla jossakin ympäristössä kykenemätön toimimaan, kun taas jossain toisessa ympäristössä hän voi toimia. Tämä tulee esiin myös tutkimuksessani. Ihminen saattoi kyetä toimimaan työssään, mutta koki kotona olemisensa ahdistavaksi. Kuntoutumisen myötä siteet ja yhteydet ympäristöön palautuvat, mutta eivät aina samanlaisiksi kuin aikaisemmin.

Tutkimukseni tarkoitus oli tavoittaa haastattelemieni ihmisten kokemukset masennuksesta ja siitä kuntoutumisesta. Narratiivisuus metodologisena taustateorianä on mahdollistanut heidän äänensä saamisen kuuluville ja heidän kokemustensa nostamisen tutkimuksen keskiöön. Narratiivisuus merkitsee myös sitä, että analyysin kohteeksi asetuvat retrospektiivisesti rakentuvat kertomukset (Valkonen 2007, 263). Hannu L. T. Heikkinen, Rauno Huttunen ja Leena Syrjälä (2007, 9–13) pitävät narratiivisen tutkimuksen yhtenä laadun kriteerinä sitä, kuinka aitoja kertomusten päähenkilöt ovat. He näkevät tärkeänä myös tuoda esiin erilaisia tulkintoja käsiteltäviin aiheisiin. Narratiivinen tutkimusote kuljetti minut lähelle ihmisten arkea ja kokemusmaailmaa sekä sitä sosiaalista todellisuutta, jossa he elivät. Runsaat aineistolainaukset, paitsi tuovat tutkimukseni ihmiset läsnä oleviksi tutkimusraporttiini, myös mahdollistavat tulkintojeni arvioimisen sekä tuovat esiin näkemysten ja kokemusten moninaisuuden.

Narratiivisessa tutkimuksessa on keskeistä kysymys siitä, kuinka kertomukset vastaavat todellisuutta. Catherine Kohler Riessman (2001, 704–705) näkee, etteivät kertomukset ole kuvauksia todellisuudesta, vaan kertominen on merkitysten antamista. Lisäksi kertomukset ovat aina sidoksissa aikaan ja paikkaan, mutta niissä on kuitenkin myös jatkuvuutta. Ihmisen kertomus kuntoutumisestaan ei ole joka päivä täysin uusi, mutta siihen tulee jatkuvasti uusia elementtejä. Ihmiset ovat kertoneet

minulle sellaisen kertomuksen, joka sillä hetkellä oli heille mahdollista. Kuten Riessman (mt., 705) toteaa, kertomusten merkitys ei ole siinä, kuinka tarkasti ne kuvaavat todellisuuden tapahtumia. Niiden merkitys on siinä, millä tavalla ne sitovat yhteen menneen, nykyisyyden ja tulevan. Omassa tutkimuksessani oleellista on se, millaisia merkityksiä palveluissa saaduilla kokemuksilla ja arjen ulottuvuuksilla oli kuntoutumisen kannalta, mihin suuntaan kokemukset kuljettivat ihmisen prosessia.

Tutkimukseni kohdentuu reflektiivisesti rakentuneisiin kokemuksiin, minkä Juha Perttula (2008, 139) toteaa olevan keskeinen tutkimuskohde narratiivisessa tutkimuksessa. Ihmiset pohtivat elämänkulkuaan masennuksen näkökulmasta. Kokemukset ovat, kuten Perttula (mt., 137) kirjoittaa, tietoa, tunteita, intuitioita ja uskoa sekä näiden yhdistelmiä. Voisi perustellusti kysyä, olisivatko kertomukset täsmentyneet tai muuttuneet, jos olisin tavannut tutkimukseni ihmiset useammin kuin kerran. Olisiko intuitio tai uskominen muuttunut tiedoksi? Epäilemättä toinen haastattelukerta olisi tuonut kertomuksiin lisää ulottuvuuksia. Osa haastateltavistani oli jäsennellyt jo aiemmin masennusta, sen syitä ja merkityksiä, mutta osa ihmisistä pohti asiaa ensimmäistä kertaa haastattelutilanteessa – ainakin niistä näkökulmista, joista minä kysymykseni asetin. Ihmiset ovat kuitenkin kertoneet elämästään merkityksellisiä kokemuksia masennuksesta kuntoutumisen kannalta ja ajattelen, etteivät aiemmat kokemukset menetä merkitystään, vaikka niiden jälkeen tulee uudenlaisia kokemuksia. Myös Jukka Valkonen (2007, 268) toteaa tutkimuksensa pohjalta, ettei ihmisten kertomissa sisäisissä tarinoissa tapahtunut merkityksellisiä muutoksia eri haastattelukertojen välillä. Näen aineistoni yhdenkin haastattelukerran jälkeen rikkaana ja kokemukseni on, että haastattelutilanteissa vuorovaikutus minun ja tutkimukseni ihmisten välillä onnistui hyvin.

Tutkimuksen luotettavuuden kriteeri on sen reflektiivisyys, joka tar koittaa tutkimuksen lähtökohtaolettamusten läpinäkyvyyttä (Heikkinen ym. 2007, 11). Olen pohtinut omaa paikkaani tutkijana ja pyrkinyt kuvaamaan raportissani tutkimuksen teoreettisia ja metodologisia lähtökohtia sekä käsitystäni masennuksesta. Näillä tekijöillä on ollut merkitystä vuorovaikutustilanteiden muotoutumiseen. Perttula (2008, 157) puhuu narratiiviselle tutkimukselle tyypillisestä subjektiivisesta ymmär-

tämisestä, joka tarkoittaa tutkimuskohteen ymmärtämistä omasta tutkijapositionista lähtien. Tutkimuksen luotettavuuden kriteeri tällöin on tuon position näkyväksi tekeminen sekä sen reflektointi. Koska tutkimukseni ihmisten kertomukset sisälsivät hyvin tunnepitoisia ja intiimejä kokemuksia, olen pyrkinyt lähestymään aihettani sensitiivisesti reflektoiden sen eettisyyttä tutkimusprosessin eri vaiheissa.

Ruusuvuori ym. (2010, 27) pitävät yhtenä luotettavuuden kriteerinä analyysin systemaattisuutta, joka tarkoittaa, että tutkimusprosessin aikana tehdyt valinnat, rajaukset ja analyysin tekemistä ohjaavat periaatteet avataan. Näin olen pyrkinyt toimimaan. Luotettavuuden kannalta on hyvä arvioida myös aineiston rajoituksia. Ihmiset valikoituivat tähän tutkimukseen osana laajempaa *Narratiiviset ja dialogiset prosessit masennuksen pari- ja perheterapioissa* -tutkimushanketta. Tutkimukseen otettiin parisuhteessa eläviä ihmisiä, jotka eivät olleet käyttäneet mielenterveyspalveluita edeltävien kahden vuoden aikana. Käytännössä tutkimukseni ihmisistä kolmella oli aiempaa kokemusta mielenterveyspalveluista useiden vuosien takaa. Haastattelujen ulkopuolelle jäivät siis yksin elävät ihmiset, sekä sellaiset, jotka ovat olleet mielenterveystoimiston asiakkaana jo pidempään. On täysin mahdollista, että yksin elävillä ihmisillä mielenterveyspalveluiden merkitys korostuisi. Kiinnostavaa olisi myös haastatella ihmisiä, jolla asiakkuus on ollut pitkäaikaista. Palveluiden merkityksen kannalta olisi tärkeää pohtia, liittyykö pitkäaikaiseksi muodostuva asiakkuus palvelujen toimintakäytäntöihin, ongelmien vaikeusasteeseen vai siihen, etteivät palvelut tuota muutosta? Voiko mielenterveyspalveluista tulla osa ihmisen arkirutiineja? Näihin kysymyksiin aineistoni ei anna vastauksia, mutta ne ovat kiinnostavia ja tärkeitä kysymyksiä tutkittavaksi jatkossa.

Tutkimukseeni valikoitui miehiä enemmän kuin naisia. Jakauma on sinällään kiinnostava, sillä naisten osuus masentuneista on tutkimusten mukaan kaksinkertainen miesten osuuteen verrattuna (Gould ym. 2007, 26). Sukupuolen merkitystä en ole analyysissäni kuitenkaan avannut. Sukupuolen näkökulma ei ollut mielessäni lähtiessäni haastattelemaan ihmisiä, eikä se myöskään tullut haastattelutilanteissa kovin usein esiin. Kahden ihmisen kohdalla sukupuolen merkitys kuitenkin tuli kiinnostavalla tavalla keskusteluun. He pohtivat, olisiko syy vuorovaikutuksen

toimimattomuuteen ollut terapeutin sukupuolella. Molemmissa tapauksissa mies oli kohdannut miesterapeutin. Haastateltavani pohtivat, olisiko keskustelu ollut luontevampaa naisterapeutin kanssa. Teema on sinällään kiinnostava, sillä toimintatapana kyseisessä tutkimuskeskuksessa on työkokemukseni mukaan ollut, että miesasiakkaalle järjestetään mahdollisuuksien mukaan miestyöntekijä. Aineistoni ei kuitenkaan anna mahdollisuuksia tämän teeman syventämiseen.

Tutkimustani voidaan arvioida myös sen käytännöllisyyden kannalta: kuinka onnistun tutkimuksessani kehittämään toimivia käytäntöjä ja millaisia keskusteluja tutkimukseni herättää (Heikkinen ym. mt., 9). Vaikka tutkimukseni problemaattisuus liittyy pyrkimykseen kokonaisvaltaisuuden tavoittamisesta, näen sen merkityksen käytännön kannalta liittyvän samaan. Olen lähestynyt masennusta ihmisen olemassaoloa kokonaisvaltaisesti määrittävänä tekijänä. Toisaalta kokonaisvaltaisuus tulee tutkimuksessani esiin niissä moninaisissa tekijöissä, joilla on merkitystä masennuksen syvenemisessä ja siitä kuntoutumisessa. Tutkimukseni perusteella totean, että liian yksipuoliset toimenpiteet eivät tuota tulosta, jos ihmisten ongelmat ovat monilla elämänalueilla. Masennusta ei tule nähdä pelkästään sairautena, vaan ihmisen elämäntilanteen kokonaisuus tulee ottaa huomioon. Elämäntilanteesta löytyvät myös ne voimavarat, joita ihmiset tarvitsevat kuntoutumisessaan. Toivon tutkimukseni herättävän keskustelua sosiaalityön asemasta mielenterveyspalveluissa, sillä lähtökohtaisesti terveydenhuollon sosiaalityössä tavoitellaan ihmisten elämäntilanteiden kokonaisvaltaiseen tuntemiseen perustuvaa sosiaalisen asiantuntijuutta (Juhila 2008, 33). Anna Metterin (1996, 145) mukaan kokonaisvaltaisuus tarkoittaa elämäntilanteiden tarkastelemista niin, että otetaan huomioon myös niiden moniulotteiset yhteydet. Ihminen nähdään sosiaalisissa verkostoissaan, rooleissaan ja konteksteissaan. Juhila (mt., 34) toteaa, että mielenterveydentilan arvioimisessa asiantuntijuus on ensisijaisesti lääkäreillä ja toissijaisesti myös psykologeilla. Näkemykseni on, että se voisi olla lisäksi myös sosiaalityöntekijöillä, sillä masennus on vahvasti kiinnittynyt sosiaaliseen ja tällä on merkitystä masennuskokemuksissa, masennukseen sairastumisessa sekä siitä kuntoutumisessa.

Ihmisten kokemukset rakentuivat kertomuksiksi, joista jokaista voisi kuvata selviytymistarinaksi. Selviytyminen tarkoitti osan kohdalla sairau-

desta kuntoutumisen kertomusta, jossa ihminen oli saanut masennuksesta otteen, koki toipuneensa tai ainakin olevansa toipumassa. Usein ihmiset kokivat masennuksen opettaneen heille uudenlaisen suhteen elämään. He olivat oppineet kuuntelemaan itseään, vahvistuneet, löytäneet keinoja ja voimavaroja itsestään sekä ympäristöstään. Näiden he uskoivat kantavan jatkossakin. Toisten kohdalla selviytyminen puolestaan tarkoitti masennuksen kanssa pärjäämistä ja arjesta selviytymistä. Masennus saattoi ottaa hetkeksi vallan, mutta ihmiset olivat oppineet elämään sen kanssa. He selviytyivät arjen haasteista kukin omalla tavallaan. Ihmisten selviytymisen keinot olivat moninaisia. Niitä löytyi niin palveluista kuin ihmisten arjesta. Tutkimuksen pohjalta voi perustellusti väittää, että masennus, samoin kuin kuntoutuminen ovat ihmisen elämää kokonaisvaltaisesti koskettavia prosesseja. Masennus on myös suhde-käsite. Se viittaa ihmisen suhteeseen omaan ympäristöönsä, joka masennuksen syvetessä, samoin kuin masennuksesta toivuttaessa, muuttuu.

# Lähteet

- Abma, Tineke A. 1999: Powerful Stories. The Role of Stories in Sustaining and Transforming Professional Practice within a Mental Hospital. Teoksessa Josselson, Ruthellen & Lieblich, Amia (toim.): Making Meaning of Narratives. The Narrative Study of Lives. Vol 6. Sage Publications. Thousand Oaks. London. New Delhi, 169–195.
- Alasuutari, Pertti 1999: Laadullinen tutkimus. 3. uudistettu painos. Vastapaino. Tampere.
- Aneshensel, Carol S. & Phelan, Jo C. 2006: The Sociology of Mental Health. Surveying the Field. Teoksessa Aneshensel, Carol S. & Phelan, Jo C. (toim.): Handbook of the Sociology of Mental Health. Springer. New York, 3–17.
- Angus, Lynne E. & McLeod, John 2004: Toward an Integrative Framework for Understanding the Role of Narrative in the Psychotherapy Process. Teoksessa Angus, Lynne E. & McLeod, John (toim.): The Handbook of Narrative and Psychotherapy. Practice, Theory and Research. Sage Publications. Thousand Oaks, 367–374.
- Anthony, William & Cohen, Mikal & Farkas, Marianne & Gagne, Cheryl 2002: Psychiatric Rehabilitation. 2nd Edition. Boston University. Center for Psychiatric Rehabilitation. Boston.
- Arnkil, Tom Erik & Seikkula, Jaakko 2004: Kuntoutusta, ymmärrystä, dialogia sosiaalisissa verkostoissa. Teoksessa Karjalainen, Vappu & Vilkkumaa, Ilpo (toim.): Kuntoutus kanssamme. Ihmisen toimijuuden tukeminen. Stakes. Helsinki, 192–207.
- Bandura, Albert 2001: Social Cognitive Theory: An Agentic Perspective. Annual Reviews Psychology 52, 1–26.
- Beck, Aaron T. 1976: Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. A Meridian Book. New American Library. New York.
- Beresford, Peter 2008: Esipuhe suomenkieliseen laitokseen. Suom. Markku Salo ja Eeva Varner. Teoksessa Beresford, Peter & Salo, Markku: Kokemuksen muodonmuutos. Mielenterveyden keskusliitto. Helsinki, 9–14.
- Berkman, Lisa F. & Glass, Thomas & Brisette, Ian & Seeman, Teresa E. 2000: From Social Integration to Health: Durkheim in the New Millennium. Social Science & Medicine 51 (6), 843–857.
- Bruner, Jerome 1986: Actual Minds, Possible Worlds. Harvard University Press. Cambridge.
- Bruner, Jerome 1987: Life as Narrative. Social Research 54 (1), 11–32.
- Bruner, Jerome 2004: The Narrative Creation of Self. Teoksessa Angus, Lynne E. & McLeod, John (toim.): The Handbook of Narrative and Psychotherapy. Practice, Theory and Research. Sage Publications. Thousand Oaks, 3–14.



- Bury, Michael 1997: *Health and Illness in a Changing Society*. Routledge. London and New York.
- Bury, Mike 2001: Illness Narratives: Fact or Fiction? *Sociology of Health and Illness* 23 (3), 263–285.
- Chase, Susan E. 2008: *Narrative Inquiry. Multiple Lenses, Approaches, Voices*. Teoksessa Denzin, Norman K. & Lincoln Yvonna S. (toim.): *Collecting and Interpreting Qualitative Materials*. 3. Edition. Sage Publications. Los Angeles, 57–94.
- Coatsworth-Puspoky, R & Forchuck, C. & Ward-Griffin C. 2006: Peer Support Relationships: an Unexplored Interpersonal Process in Mental Health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 13 (5), 490–497.
- Crossley, Michele L. 2000a: *Introducing Narrative Psychology. Self, Trauma and Construction of Meaning*. Open University Press. Buckingham.
- Crossley, Michele L. 2000b: *Rethinking Health Psychology*. Open University Press. Buckingham.
- Crowley Jack, Dana 1999: *Silencing the Self: Inner Dialogues and Outer Realities*. Teoksessa Joiner, Thomas & Coyne, James C. (toim.): *The Interactional Nature of Depression*. American Psychological Association. Washington, 221–246.
- Davidson, Larry & Strauss, John S. 2001: Sense of Self in Recovery from Severe Mental Illness. Teoksessa Spaniol, Leroy & Gagne, Cheryl & Koehler, Martin (toim.): *Psychological and Social Aspects of Psychiatric Disability*. Center for Psychiatric Rehabilitation. Sargent College of Health and Rehabilitation Sciences. Boston University. Boston, 25–39.
- Deegan, Patricia 1992: The Independent Living Movement and People with Psychiatric Disabilities: Taking back Control over Our Own Lives. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 15 (3), 3–19.
- Deegan, Patricia 2001: *Recovery: The Lived Experience of Rehabilitation*. Teoksessa Spaniol, Leroy & Gagne, Cheryl & Koehler, Martin (toim.): *Psychological and Social Aspects of Psychiatric Disability*. Center for Psychiatric Rehabilitation. Sargent College of Health and Rehabilitation Sciences. Boston University. Boston, 92–98.
- Dennis, Cindy-Lee 2003: Peer Support within a Health Care Context: a Concept Analysis. *International Journal of Nursing Studies* 40 (3), 321–332.
- Denzin, Norman K. 2003: *The Cinematic Society and the Reflexive Interview*. Teoksessa Gubrium, Jaber F. & Holstein, James A. (toim.): *Postmodern Interviewing*. Sage Publications. Thousand Oaks. California, 141–155.
- Depressio. Käypä hoito 21.10.2010. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Psykoatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50023>. Viitattu 30.5.2011.
- Dreier, Ole 2008: *Psychotherapy in Everyday Life*. Cambridge University Press. New York.
- Dreier, Ole 2009: Persons in Structures of Social Practice. *Theory & Psychology* 19 (2), 193–212.

- Elliott, Jane 2005: *Using Narrative in Social Research. Qualitative and Quantitative Approaches*. Sage Publications. London.
- Ensing, Josephine 2003: Ethical Issues in Qualitative Health Research with Homeless Youths. *Journal of Advanced Nursing* 43 (1), 43–50.
- Enäkoski, Marianne 2002: ”Kun elämä satuttaa”. Kokemuksia masennuksesta ja masennuslääkkeistä. *Kuopion yliopiston julkaisuja A. Farmaseuttiset tieteet* 57. Kuopion yliopisto. Kuopio.
- Eriksson, Ulla-Britt & Starrin, Bengt & Janson, Staffan 2008: Long-Term Sickness Absence to Burnout: Absentees’ Experiences. *Qualitative Health Research* 18 (5), 620–632.
- Erkkilä, Raija 2008: Narratiivinen kokemuksen tutkimus: koettu paikka, tarina ja kuvaus. Teoksessa Perttula, Juha & Lomaa, Timo (toim.): *Kokemuksen tutkimus. Merkitys – tulkinta – ymmärtäminen*. Lapin yliopistokustannus. Rovaniemi, 195–226.
- Felski, Rita 2000: *The Invention of Everyday Life. New Formations* 39, 15–31.
- Fontana, Andrea & Frey, James H. 1998: *Interviewing. The Art of Science*. Teoksessa Denzin, Norman K. & Lincoln, Yvonna S. (toim.): *Collecting and Interpreting Qualitative Materials*. Sage Publications. Thousand Oaks. London. New Delhi, 47–78.
- Frank, Arthur 1993: *The Rhetoric of Self-change: Illness Experience as Narrative*. *Sociological Quarterly* 34 (1), 39–52.
- Frank, Arthur W. 1995: *The Wounded Storyteller. Body, Illness and Ethics*. The University of Chicago Press. Chicago and London.
- Freedman, Alfred M. 1995: *The Biopsychosocial Paradigm and the Future of Psychiatry*. *Comprehensive Psychiatry* 36 (6), 397–406.
- Gergen, Kenneth 1994: *Realities and relationships. Soundings in Social Construction*. Harvard University Press. Cambridge.
- Gergen, Mary 1994: *The Social Construction of Personal Histories: Gendered Lives in Popular Autobiographies*. Teoksessa Sarbin, Theodore R. & Kitsuse, John I. (toim.): *Constructing the Social*. Sage Publications. London, 19–44.
- Giddens, Anthony 1990: *Consequences of Modernity*. Stanford University Press. Stanford.
- Giddens, Anthony 1991: *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age*. Polity Press. Cambridge.
- Gordon, Tuula 2005: *Toimijuuden käsitteen dilemmoja*. Teoksessa Meurman-Solin, Anneli & Pyysiäinen, Ilkka (toim.): *Ihmistieteet tänään*. Gaudeamus. Helsinki, 114–130.
- Gould, Raija & Grönlund, Harri & Korpiluoma, Riitta & Nyman, Heidi & Tuominen, Kitiina 2007: *Miksi masennus vie eläkkeelle? Eläketurvakeskuksen raportteja 1*. Helsinki.
- Granfelt, Riitta 1998: *Kertomuksia naisten kodittomuudesta*. Suomalaisen kirjallisuuden seura. Helsinki.

- Haarakangas, Kauko 2002a: Perhe ja sairaala yhteistyökumppaneiksi: Keroputaan sairaalan 40 vuotta. Teoksessa Haarakangas, Kauko (toim.): *Mielisairaala muuttuu*. Keroputaan sairaalan kokemuksia psykiatrisen hoidon kehittämisessä: avoimen dialogin hoitomalli. Suomen Kuntaliitto. Helsinki, 16–37
- Haarakangas, Kauko 2002b: Keroputaan malli: avoimen dialogin avulla, perheen ja verkoston kanssa. Teoksessa Haarakangas, Kauko (toim.): *Mielisairaala muuttuu*. Keroputaan sairaalan kokemuksia psykiatrisen hoidon kehittämisessä: avoimen dialogin hoitomalli. Suomen Kuntaliitto. Helsinki, 64–76.
- Haarakangas, Kauko 2008: Parantava puhe. Dialogisuus ihmissuhteissa, mielenterveystyössä ja psykiatrisessa hoidossa. Magentum Oy. Helsinki.
- Haarakangas, Kauko 2009: Läsnaoleva oleminen, kuulluksi tuleminen ja tasa-arvoisuus perheterapiassa. [http://www.dialogic.fi/pdf/pt\\_julkaisut/Haarakangas2009.pdf](http://www.dialogic.fi/pdf/pt_julkaisut/Haarakangas2009.pdf). Viitattu 22.5.2011.
- Harjajärvi, Minna & Pirkola, Sami & Wahlbeck, Kristian 2006: Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. Suomen Kuntaliitto. Acta 187. Helsinki.
- Hatch, Amos J. & Wisniewski Richard 1995: *Life History and Narrative: Questions, Issues and Exemplary Works*. Teoksessa Hatch, Amos J. & Wisniewski (toim.): *Life Story and Narrative*. Qualitative Studies Series 1. RoutledgeFalmer. London, 113–135.
- Hatzidimitriadou, Eleni 2002: Political Ideology, Helping Mechanisms and Empowerment of Mental Health Self-help/Mutual Aid Groups. *Journal of Community & Applied Social Psychology* 12, 271–285.
- Hautamäki, Lotta 2006: Mahdollinen masennus: tunnistamisen ja tarkkailun välineitä. Teoksessa Komulainen, Katri & Rätty, Hannu & Silvonen, Jussi: *Hulluudesta itsehallintaan*. Uuden historian näkökulmia psyykkisiin ilmiöihin ja ammattikäytäntöihin. Joensuun yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Psykologian tutkimuksia nro 25. Joensuu, 207–225.
- Heidegger, Martin 2007: *Olemisen aika*. Alkuperäinen teos *Sein und Zeit*. Suom. Reijo Kupiainen. 3. painos. Vastapaino. Tampere.
- Heikkinen, Hannu L. T. 2007: Narratiivinen tutkimus – todellisuus kertomuksena. Teoksessa Aaltola, Juhani & Valli, Raine (toim.): *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II*. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. PS-kustannus. Jyväskylä, 142–158.
- Heikkinen, Hannu L. T. & Huttunen, Rauno & Syrjälä, Leena 2007: *Action Research as Narrative: Five Principles for Validation*. *Educational Action Research* 15 (1), 5–19.
- Heinämaa, Sara 2000: *Ihmetys ja rakkaus*. Esseitä ruumiin ja sukupuolen fenomenologiasta. Nemo. Helsinki.
- Heller, Agnes 1984: *Everyday Life*. Routledge & Kegan Paul. London and New York.
- Heller, Agnes 1985: *The Power of Shame. A Rational Perspective*. Routledge & Kegan Paul. London.

- Holstein, James A. & Gubrium, Jaber F. 1995: *The Active Interview. Qualitative Research Methods*. Vol 37. Sage Publications. Thousand Oaks.
- Holstein, James A. & Gubrium Jaber F. 2003: *Active Interviewing*. Teoksessa Gubrium Jaber F. & Holstein James A. (toim.): *Postmodern Interviewing*. Sage Publications. London, 67–80.
- Honkasalo, Marja-Liisa 2004: ”Elämä on ahasta täällä”. *Orteita maailmasta joka ei pidä kiinni*. Teoksessa Honkasalo, Marja-Liisa & Utriainen Terhi & Leppo, Anna (toim.): *Arki satuttaa. Kärsimyksiä suomalaisessa nykypäivässä*. Vastapaino. Tampere, 51–81.
- Horvath, Adam O. & Bedi, Robinder P. 2002: *Alliance*. Teoksessa Norcross John C. (toim.): *Psychotherapy Relationships That Work. Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. Oxford University Press. Oxford, 37–69.
- Husso, Marita 2003: *Parisuhdeväkivalta. Lyötyjen aika ja tila*. Vastapaino. Tampere.
- Huttunen, Rauno 1995: *Dialogiopetuksen filosofia. Tiedepolitiikka* 3, 5–14.
- Hydén, Lars-Christer & Brockmeier, Jens 2008: *Introduction*. Teoksessa Hydén, Lars-Christer & Brockmeier, Jens (toim.): *Health, Illness and Culture. Broken Narratives*. Routledge. New York, 1–15.
- Hyvärinen, Matti 1998: *Lukemisen neljä käännettä*. Teoksessa Hyvärinen, Matti & Peltonen, Eeva & Vilkkö, Anni (toim.): *Liikkuvat erot: sukupuoli elämäntutkimuksessa*. Vastapaino. Tampere, 311–335.
- Hyvärinen Matti 2006: *Kerronnallinen tutkimus*. [http://www.hyvarinen.info/material/Hyvarinen-Kerronnallinen\\_tutkimus.pdf](http://www.hyvarinen.info/material/Hyvarinen-Kerronnallinen_tutkimus.pdf). Viitattu 5.4.2009.
- Hyvärinen, Matti 2010: *Haastattelukertomuksen analyysi*. Teoksessa Ruusuvoori, Johanna & Nikander, Pirjo & Hyvärinen, Matti (toim.): *Haastattelun analyysi*. Vastapaino. Tampere, 90–118.
- Hyvärinen, Matti & Löyttyniemi Varpu 2005: *Kerronnallinen haastattelu*. Teoksessa Ruusuvoori, Johanna & Tiittula, Liisa (toim.): *Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus*. Vastapaino. Tampere, 189–222.
- Hänninen, Vilma 1996: *Tarinallisuus ja terveystutkimus. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 33, 109–118.
- Hänninen Vilma 2003: *Sisäinen tarina, elämä ja muutos*. 8. painos. *Acta Universitas Tampereensis* 696. Tampereen yliopisto. Tampere.
- Hänninen, Vilma 2004: *Miten masennus muuttaa ihmistä?* Teoksessa Hänninen, Vilma & Ylijoki Oili-Helena (toim.): *Muuttuuko ihminen?* Tampereen yliopistopaino. Tampere, 277–306.
- Hänninen, Vilma & Timonen, Senni 2004: ”Huoli” ja ”masennus”. *Kärsimyksiä ennen ja nyt*. Teoksessa Honkasalo, Marja-Liisa & Leppo Anna (toim.): *Arki satuttaa. Kärsimyksiä suomalaisessa nykypäivässä*. Vastapaino. Tampere, 193–225.
- Hänninen, Vilma & Valkonen, Jukka 1998: *Tarinat, sairaudet ja kuntoutuminen*. Teoksessa Hänninen, Vilma & Valkonen, Jukka (toim.): *Kunnon tarinoita. Tarinallinen näkökulma kuntoutukseen*. Tutkimuksia 59/98. Kuntoutussäätiö. Helsinki, 3–20.

- Härkäpää, Kristiina & Järvikoski, Aila 1995: Psykkinen sopeutuminen, selviytyminen ja hallinta. Teoksessa Suikkanen, Asko & Härkäpää, Kristiina & Järvikoski, Aila & Kallanranta, Tapani & Piirainen, Keijo & Repo, Marjatta & Wikström, Juhani (toim.): Kuntoutuksen ulottuvuudet. WSOY. Juva, 128 – 160.
- Isometsä, Erkki 2008: Masennushäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, Jouko & Heikkinen, Martti & Henriksson, Markus & Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (toim.): Psykiatria. Duodecim. Helsinki, 157–195.
- Joiner, Thomas & Coyne C. James & Blalock, Janice 1999: On the Interpersonal Nature of Depression: Overview and Synthesis. Teoksessa Joiner, Thomas & Coyne, James C. (toim.): The Interactional Nature of Depression. American Psychological Association. Washington, 3–19.
- Jokinen, Eeva 2003: Arjen kyseenalaisuus. Naistutkimus 1, 4–17.
- Jokinen, Eeva 2005: Aikuisten arki. Gaudeamus. Helsinki.
- Juhila, Kirsi 2006: Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina. Sosiaalityön yhteiskunnalliset tehtävät ja paikat. Vastapaino. Tampere.
- Juhila, Kirsi 2008: Aikuisten parissa tehtävän sosiaalityön areenat. Teoksessa Jokinen, Arja & Juhila, Kirsi (toim.): Sosiaalityön aikuisten parissa. Vastapaino. Tampere, 14–47.
- Julkunen, Raija 2004: Sosiaalipolitiikan ruumis. Teoksessa Jokinen, Eeva & Kasikisaari, Marja & Husso, Marita (toim.): Ruumis töihin. Vastapaino. Tampere, 17–40.
- Jähi, Rita 2003: Elämää vanhemman psykkinen sairauden varjossa. Teoksessa Honkasalo, Marja-Liisa & Kangas, Ilka & Seppälä, Ullamaija (toim.): Sairas, potilas, omainen – näkökulmia sairauden kokemiseen. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura. Helsinki, 192–224.
- Järvikoski, Aila 1994: Vajaakuntoisuudesta elämänhallintaan. Kuntoutuksen viitekehysten ja toimintamallien tarkastelu. Kuntoutussäätiö. Tutkimuksia 46. Helsinki.
- Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina 1995: Mitä kuntoutus on? Teoksessa Suikkanen, Asko & Härkäpää, Kristiina & Järvikoski, Aila & Kallanranta, Tapani & Piirainen, Keijo & Repo, Marjatta & Wikström, Juhani (toim.): Kuntoutuksen ulottuvuudet. WSOY. Juva, 12–28.
- Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina 2004: Kuntoutuksen perusteet. WSOY. Helsinki.
- Järvikoski, Aila & Karjalainen, Vappu 2008: Kuntoutus monitieteisenä ja -alaisena prosessina. Teoksessa Rissanen, Paavo & Kallanranta, Tapani & Suikkanen, Asko (toim.): Kuntoutus. Duodecim. Keuruu, 80–93.
- Kaltiala-Heino, Riittakerttu & Poutanen, Outi & Välimäki, Maritta 2001: Sairauden häpeällinen leima. Duodecim 117, 563–570.
- Kangas, Ilka 1999: Maallikoiden masennuskertomukset ja -käsitykset. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 36, 345–356.
- Kangas, Ilka 2003: Sairaalan asiantuntijuus – tieto ja kokemus sairastamisen arjessa. Teoksessa Honkasalo, Marja-Liisa & Kangas, Ilka & Seppälä, Ullamaija (toim.):

- Sairas, potilas, omainen – näkökulmia sairauden kokemiseen. Suomalaisen Kirjallisuuden Seura. Helsinki, 73–95.
- Kansaneläkelaitos 2011: Kuntoutuspsykoterapia. <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/261110144239HL?OpenDocument>. Viitattu 9.5.2011.
- Kantola, Heli 2009: Vakavan sairastamisen merkitys elämänculussa. Esimerkkinä SLE. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 180. Kuopion yliopisto.
- Karila, Irma 2001: Masennushäiriöt. Teoksessa Kähkönen, Seppo & Karila, Irma & Holmberg, Nils (toim.): Kognitiivinen psykoterapia. Duodecim. Helsinki, 71–96.
- Karp, David 1996: Speaking of Sadness. Depression, Disconnections and the Meanings of Illness. Oxford University Press. Oxford.
- Karvinen, Synnöve 1996: Metodisuus sosiaalityön ammatillisuuden perustana. 2. painos. Teoksessa Granfelt, Riitta & Jokiranta, Harri & Karvinen, Synnöve & Matthies, Aila-Leena & Pohjola, Anneli (toim.): Monisärmäinen sosiaalityö. Sosiaaliturvan Keskusliitto. Helsinki, 133–173.
- Karvonen, Sakari & Rintala, Taina 2006: Asuinympäristö hyvinvoinnin määrittäjänä. Teoksessa Kautto, Mikko (toim.): Suomalaisen hyvinvointi 2006. Stakes. Helsinki, 285–305.
- Kawachi, Ichiro & Berkman, Lisa F. 2001: Social Ties and Mental Health. Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine 78 (3), 458–467.
- King, Robert & Lloyd, Chris & Meehan, Tom 2007: Handbook of Psychosocial Rehabilitation. Blackwell Publishing. Oxford.
- Kivistö, Sirkku & Kallio, Eila & Turunen, Greta 2008: Työ, henkinen hyvinvointi ja mielenterveys. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 33. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työterveyslaitos. Helsinki.
- Kleffbeck, Johan & Hultkrantz-Jeppson, Astrid & Marklund, Kerstin & Bergerhed, Eva & Forsberg, Gunnar 1988: Verkostoterapia – Ruotsin malli. Suom. Linnala, Anna-Liisa. Perheterapia 4 (1), 3–12.
- Koffert, Tarja & Kuusi, Katriina 2002: Depressiokoulu. Opi masennuksen ehkäisy- ja hoitotaitoja. Työkirja. Suomalainen selviytyjä -julkaisusarja. Mielenterveyden koulutuskeskuksen julkaisuja. Vantaa.
- Konsensuslausuma 18.10.2006. Psykoterapia. Suomalainen lääkärisseura Duodecim ja Suomen Akatemia 2007. Duodecim 123, 112–120.
- Kortteinen, Matti 1992: Kunnian kenttä: suomalainen palkkatyö kulttuurisena muotona. Hanki ja jää. Helsinki.
- Koskisuu, Jari 2002: Mielenterveyskuntoutus – kuntoutuja oman elämänsä asiantuntijaksi: Kokemuksia Väylä-mallista. Teoksessa Haarakangas, Kauko (toim.): Mielisairaala muuttuu. Suomen kuntaliitto. Helsinki, 144–158.
- Koskisuu, Jari 2003: Oman elämänsä puolesta. Mielenterveyskuntoutujan työkirja. Edita. Helsinki.
- Koukkari, Marja 2010: Tavoitteena kuntoutuminen. Kuntoutujien käsityksiä kokonaisvaltaisesta kuntoutuksesta ja kuntoutumisesta. Acta Universitatis Lapponiensis 179. Lapin yliopistokustannus. Rovaniemi.

- Kristeva, Julia 1998: Musta aurinko. Masennus ja melankolia. Suom. Mika Siimes. Nemo. Helsinki.
- Kuula, Arja 2006: Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Vastapaino. Tampere.
- Laine, Timo 2001: Miten kokemuksta voidaan tutkia? Fenomenologinen näkökulma. Teoksessa Aaltola, Juhani & Valli Raine (toim.): Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. PS-kustannus. Jyväskylä, 28–45.
- Laitinen, Merja 2004: Häväistyt ruumiit, rikotut mielet. Vastapaino. Tampere.
- Laitinen, Merja 2007: Sensitiivisiä prosesseja. Teoksessa Laitinen, Merja & Virokangas, Elina & Juhila, Kirsi & Julkunen, Ilse & Karisto, Antti (toim.): Suunniteltua ja sattumaa. Väitöskirjojen synty sosiaalityön tutkijakouluryhmässä. Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja B. Tutkimusraportteja ja selvityksiä 57. Lapin yliopisto. Rovaniemi, 65–90.
- Laitinen, Merja & Uusitalo, Tuula 2007: Sensitiivisen haastattelututkimuksen eettiset haasteet. *Janus* 15 (4), 316–332.
- Laitinen, Merja & Uusitalo, Tuula 2008: Narratiivinen lähestymistapa traumaattisten elämänkokemusten tutkimisessa. Teoksessa Kaasila, Raimo & Rajala, Raimo & Nurmi, Kari E. (toim.): Narratiivikirja: Menetelmiä ja esimerkkejä. Lapin yliopistokustannus. Rovaniemi, 106–150.
- Lambert, Michael J. & Barley, Dean E. Barley 2002: Research Summary on the Therapeutic Relationship and Psychotherapy Outcome. Teoksessa Norcross John C. (toim.): *Psychotherapy Relationships That Work. Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. Oxford University Press. Oxford, 17–32.
- Lauri, Kaisa 2004: Pienin askelin. Tutkimus kuntoutujälhtöisestä mielenterveyskuntoutuksesta. Pro gradu -tutkielma. Lapin yliopisto. Rovaniemi.
- Lehtonen, Johannes & Lönnqvist, Jouko 2009: Mitä mielenterveys on? Teoksessa Lönnqvist, Jouko & Heikkinen, Martti & Henriksson, Markus & Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (toim.): *Psykiatria*. Duodecim. Helsinki, 26–32.
- Leventhal, Howard & Nerenz, David R. & Steele, David J. 1984: *Illness Representations and Coping With Health Threats*. Teoksessa Baum, Andrew & Taylor, Shelley E. & Singer, Jerome E. (toim.): *Handbook of Psychology and Health*. Lawrence Erlbaum Associates. Hillsdale. New Jersey, 219–252.
- Lieblich, Amia & Tuval-Mashiach, Rivka & Zilber, Tamar 1998: *Narrative Research. Reading, Analysis and Interpretation*. Applied Social Research Methods Series. Volume 47. Sage Publications. Thousand Oaks. California.
- Lin, Nan & Ensel, Walter M. 1999: Social Support and Depressed Mood: A Structural Analysis. *Journal of Health and Social Behavior* 40, 344–359.
- Lindén, Mirja 1999: Terveystuhoon sosiaalityö moniammatillisessa toimintaympäristössä. Stakes. Raportteja 234. Helsinki.

- Lähteenlahti, Yrjö 2001: Vaikeat mielenterveyshäiriöt. Teoksessa Kallanranta, Tapani & Rissanen, Paavo & Vilkkumaa, Ilpo (toim.): Kuntoutus. Duodecim. Helsinki, 173–185.
- Lähteenlahti, Yrjö 2008: Psykoosit. Teoksessa Rissanen, Paavo & Kallanranta, Tapani & Suikkanen, Asko (toim.): Kuntoutus. Duodecim. Helsinki, 191–209.
- Mackrill, Thomas 2011: Differentiating Life Goals and Therapeutic Goals: Expanding our Understanding of the Working Alliance. *British Journal of Guidance & Counselling* 39 (1), 25–39.
- Mattila, Antti 2002: Masennus pysähtymisenä elämän tienhaaraan. Teoksessa Ketola, Kimmo & Knuuttilla, Seppo & Mattila, Antti & Vesala, Kari Mikko (toim.): Puuttuvat viestit. Nonkommunikaatio inhimillisessä vuorovaikutuksessa. Gaudeamus. Helsinki, 103–118.
- Mattingly, Cheryl 1998: *Healing Dramas and Clinical Plots. The Narrative Structure of Experience.* Cambridge University Press. Cambridge.
- Mattingly, Cheryl 2008: *Stories That are Ready to Break.* Teoksessa Hydén, Lars-Christer & Brockmeier, Jens (toim.): *Health, Illness and Culture. Broken Narratives.* Routledge. New York, 73–98.
- McAdams, Dan P. & Janis, Lisa 2004: *Narrative Identity and Narrative Therapy.* Teoksessa Angus, Lynne E. & McLeod, John (toim.): *The Handbook of Narrative and Psychotherapy. Practice, Theory and Research.* Sage Publications. Thousand Oaks, 159–173.
- McLeod, John 2006: *Qualitative Research in Counselling and Psychotherapy.* Sage. London.
- Mead, Shery & Hilton, David & Curtis, Laurie 2001: Peer Support: A Theoretical Perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 25 (2), 134–141.
- Metteri, Anna 1996: Arjen tieto ja sosiaalityö terveydenhuollon moniammatillisessa työryhmässä – tietojen yhteensovitus. Teoksessa Metteri, Anna (toim.): *Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Sosiaalityöntekijäin liitto r.y. Edita.* Helsinki, 143–157.
- Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009. *Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015.* Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 3. Helsinki.
- Mielenterveyspalveluiden laatusuositus 2001. Sosiaali- ja terveysministeriö. Oppaita 9. Helsinki.
- Mishler, Elliot G. 1986: *Research Interviewing. Context and Narrative.* Harvard University Press. Cambridge.
- Mönkkönen, Kaarina 2001: Kun kumpikaan ei tiedä. Yhteistoiminnallisuus ja dialogisuus auttamistarinoiden retoriikassa. *Yhteiskuntapolitiikka* 66 (5), 432–446.
- Mönkkönen, Kaarina 2002: Dialogisuus kommunikaationa ja suhteena: vastaamisen, vallan ja vastuun merkitys sosiaalialan asiakastyön vuorovaikutuksessa. *Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet* 94. Kuopio.



- Niemelä, Pauli 2009: Ihmisen toiminnallisuus ja hyvinvointi sosiaalityön teoreettisen ymmärryksen perustana. Teoksessa Mäntysaari, Mikko & Pohjola, Anneli & Pösö, Tarja (toim.): Sosiaalityö ja teoria. PS-kustannus. Jyväskylä, 209–236.
- Niskanen, Sirkka 2008: Hermeneuttisen psykologian tieteenfilosofinen traditio. Teoksessa Perttula, Juha & Latomaa, Timo (toim.): Kokemuksen tutkimus. Merkitys – tulkinta – ymmärtäminen. Lapin yliopistokustannus. Rovaniemi, 89–114.
- Norcross, John C. 2002: Empirically Supported Therapy Relationships. Teoksessa Norcross, John C. (toim.): Psychotherapy Relationships That Work. Therapist Contributions and Responsiveness to Patients. Oxford University Press. Oxford, 3–16.
- Näkökulmia mielenterveyskuntoutukseen 2002. <http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/mieltervskuntoutus/tiivis.htm>. Viitattu 23.10.2010.
- Onken, Steven J. & Craig, Catherine M. & Ridgway, Priscilla & Ralph, Ruth O. & Cook, Judith A. 2007: An Analysis of the Definition and Elements of Recovery: a Review of the Literature. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 31 (1), 9–22.
- Peltomaa, Marjo 2005: Kuntoutumisvalmius tarpeenmukaisen mielenterveyskuntoutuksen suunnittelun perustana. Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja B. Tutkimusraportteja ja selvityksiä. Lapin yliopisto. Rovaniemi.
- Perttula, Juha 2002: Yksilön ja yhteisön vaikea suhde. Teoksessa Laitinen, Merja & Hurtig, Johanna (toim.): Pahan kosketus. PS-kustannus. Jyväskylä, 142–167.
- Perttula, Juha 2008: Kokemus ja kokemuksen tutkimus: fenomenologisen erityistieteen tietenteoria. 3. painos. Teoksessa Perttula, Juha & Latomaa, Timo (toim.): Kokemuksen tutkimus. Merkitys – tulkinta – ymmärtäminen. Lapin yliopistokustannus. Rovaniemi, 115–162.
- Pohjola, Anneli 1994: Näemme köyhyyden, mutta emme köyhiä. Teoksessa Heikkilä, Matti & Vähätalo, Kari (toim.): Huono-osaisuus ja hyvinvointivaltion muutos. Gaudeamus. Helsinki, 191–211.
- Pohjola, Anneli 2003: Tutkijan eettiset sitoumukset. Teoksessa Pohjola, Anneli (toim.): Eettisesti kestävä sosiaalitutkimus. Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja C. Työpapereita 47. Rovaniemi, 53–67.
- Polkinghorne, Donald E. 1988: Narrative Knowing and the Human Sciences. State University of New York Press. New York.
- Polkinghorne, Donald E. 1995: Narrative Configuration in Qualitative Analysis. Teoksessa Hatch, J. Amos & Wisniewski, Richard (toim.): Life History and Narrative. Routledge Falmer. London, 5–23.
- Polkinghorne, Donald E. 2004: Narrative Therapy and Postmodernism. Teoksessa Angus, Lynne E. & McLeod, John (toim.): The Handbook of Narrative and Psychotherapy. Practice, Theory and Research. Sage Publications. Thousand Oaks, 53–67.
- Pylkkänen, Kari & Moilanen, Irma 2008: Muut kuin psykoottiset häiriöt. Teoksessa Rissanen Paavo & Kallanranta, Tapani & Suikkanen, Asko (toim.): Kuntoutus. Duodecim. Helsinki, 167–182.

- Radley, Alan & Billig, Michael 1996: Accounts of Health and Illness: Dilemmas and representations. *Sociology of Health & Illness* 18 (2), 220–240.
- Rantala, Irma 2000: Terapiatanssi. Teoksessa Kuusela, Pekka & Saastamoinen, Mikko (toim.): Ruumis, minä ja yhteisö. Sosiaalisen konstruktionismin näkökulma. Kuopion yliopiston selvityksiä E. Yhteiskuntatieteet 21. Kuopio, 91–132.
- Rauhala, Lauri 2005a: Ihmiskäsitys ihmistyössä. Julkaistu ensimmäisen kerran 1983. Yliopistopaino. Helsinki.
- Rauhala, Lauri 2005b: Hermeneuttisen tieteenfilosofian analyysseja ja sovelluksia. Julkaistu ensimmäisen kerran 1993. Yliopistopaino. Helsinki.
- Rauhala, Lauri 2005c: Tajunnan itsepuolustus. 3. muuttamaton painos. Yliopistopaino. Helsinki.
- Rauhala, Lauri 2009: Henkinen ihminen. Julkaistu ensimmäisen kerran 1992. Gaudemus. Helsinki.
- Rautiainen, Eija-Liisa 2007: Kokemuksia masennuksen pariterapiasta. Pariskuntien ja perheterapeuttien yhteistoiminnallinen haastattelu. *Perheterapia* 4, 18–27.
- Rautiainen, Eija-Liisa 2010: Co-construction and Collaboration in Couple Therapy for Depression. *Jyväskylän Yliopisto, Psychology and Social Research* 396. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä
- Rautiainen, Eija-Liisa & Seikkula, Jaakko 2007: Narratiivisia ja dialogisia näkökulmia masennuksen pari- ja perheterapiaan. Teoksessa Niskanen, Helena (toim.): Perheterapia keskellä elämää. Suomen perheterapiayhdistys r.y. Vantaa, 211–220.
- Rautiainen, Eija-Liisa & Seikkula, Jaakko 2009: Clients as Co-researchers: How Do Couples Evaluate Couple Therapy for Depression? *Journal of Systemic Therapies* 28, 41–60.
- Reinikainen, Marjo-Riitta 2004: Vammaisuuden ja sukupuolen käytäntöjen jäljillä. Teoksessa Jokinen, Eeva & Kaskisaari, Marja & Husso, Marjita (toim.): Ruumis töihin. Käsite ja käytäntö. Vastapaino. Tampere, 176–198.
- Ricoeur, Paul 1984: *Time and Narrative*. Vol 1. Translated by Kathleen McLaughlin and David Pellauer. University of Chicago Press. Chicago.
- Ricoeur, Paul 1991: *Life in Quest of Narrative*. Teoksessa Wood, David (toim.): On Paul Ricoeur. Narrative and Interpretation. Routledge. London and New York, 20–33.
- Riessman, Catherine Kohler 2001a: Personal Troubles as Social Issues: A Narrative of Infertility in Context. Teoksessa Shaw, Ian & Gould, Nick (toim.): *Qualitative Research in Social Work*. Sage Publications. London, 73–82.
- Riessman, Catherine Kohler 2001b: Analysis of Personal Narratives. Teoksessa Gubrium, Jaber F. & Holstein, James A. (toim.): *Handbook of Interview Research. Context & Method*. Sage Publications. Thousand Oaks. London. New Delhi, 695–710.
- Riessman, Catherine Kohler 2008: *Narrative Methods for the Human Sciences*. Sage Publications. California.

- Riikonen, Eero 2008: Mielenterveysongelmat. Teoksessa Rissanen, Paavo & Kallanranta, Tapani & Suikkanen, Asko (toim.): Kuntoutus. Duodecim. Helsinki, 158–166.
- Riikonen, Eero & Järvikoski, Aila 2001: Mielenterveysongelmat. Teoksessa Kallanranta, Tapani & Rissanen, Paavo & Vilkkumaa, Ilpo (toim.): Kuntoutus. Gummerus. Jyväskylä, 162–172.
- Riikonen, Eero & Nummelin, Tarja & Järvikoski, Aila 1996: Mielenterveyskuntoutuksen kehitystarpeet. Stakes. Aiheita 16. Helsinki.
- Rissanen, Paavo 2008: Terapiaa vai kuntoutusta? Teoksessa Rissanen, Paavo & Kallanranta, Tapani & Suikkanen, Asko (toim.): Kuntoutus. Duodecim. Helsinki, 673–682.
- Romanoff, Bronna D. 2005: Research as Therapy: The Power of Narrative to Effect Change. Teoksessa Neimeyer, Robert A. (toim.): Meaning Reconstruction & the Experience of Loss. American Psychological Association. Washington DC, 245–257.
- Ronkainen, Suvi 2006: Haavoittunut kansakunta ja väkivallan toimijuus. Teoksessa Lohiniva-Kerkelä, Mirva (toim.): Väkivalta, seuraamukset ja haavoittuvuus. Talentum. Helsinki, 531–550.
- Roos, Jeja-Pekka 1983: Yhteiskunnan muutos ja arkielämä. Tiede & Edistys 3, 7–15.
- Rosenthal, Gabriele 2003: The Healing Effects of Storytelling: On the Conditions of Curative Storytelling in the Context of Research and Counseling. Qualitative Inquiry 9 (6), 915–933.
- Rowling, Louise 1999: Being in, Being out, Being with: Affect and the Role of the Qualitative Researcher in Loss and Grief Research. Mortality 4 (2), 167–181.
- Russel, Shona & Carey, Maggie 2006: Narratiivisen terapian peruskysymyksiä. Suom. Mähönen, Katriina. Kuva ja Mieli. Porvoo.
- Ruusuvuori, Johanna & Nikander, Pirjo & Hyvärinen, Matti 2010: Haastattelun analyysin vaiheet. Teoksessa Ruusuvuori, Johanna & Nikander, Pirjo & Hyvärinen, Matti (toim.): Haastattelun analyysi. Vastapaino. Tampere, 9–36.
- Räty, Hannu 1986: Maailma ilman mielisairautta. Tutkimus mielisairauden sosiaalisesta representaatiosta. Joensuun yliopisto, Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Psykologian tutkimuksia 5. Joensuu.
- Saastamoinen, Mikko 1999: Narratiivinen sosiaalipsykologia – teoriaa ja menetelmiä. Teoksessa Eskola, Jari (toim.): Hegelistä Harréen, narratiivista Nudistiin. Kuopion yliopistollisia selvityksiä E. Yhteiskuntatieteet 10, 165–192.
- Saastamoinen, Mikko 2000: Identiteetin hybridisoituminen ja sosiaalinen konstruktionismi. Teoksessa Kuusela, Pekka & Saastamoinen, Mikko (toim.): Ruumis, minä ja yhteisö. Sosiaalisen konstruktionismin näkökulma. Kuopion yliopiston selvityksiä E. Yhteiskuntatieteet 21. Kuopio, 257–300.
- Salmi, Minna 1991: Ansiotyö kotona – toiveuni vai painajainen? Kotiansiotyö Suomessa työntekijän arkipäivän kannalta. Helsingin yliopiston sosiologian laitoksen tutkimuksia 225. Yliopistopaino. Helsinki.

- Salmi, Minna 2004: Arkielämä kokoaa yhteen työn ja perheen. Teoksessa Salmi, Minna & Lammi-Taskula, Johanna (toim.): Puhelin, mummo vai joustava työaika. Työn ja perheen yhdistämisen arkea. Stakes. Helsinki, 11–28.
- Salo, Markku 1996: Sietämisestä solidaarisuuteen. Mielisairaalaareformit Italiassa ja Suomessa. Vastapaino. Tampere.
- Saresma, Tuija 2007: Omaelämäkerran rajapinnoilla. Kuolema ja kirjoitus. Nykyluktuurin tutkimuskeskuksen julkaisuja 92. Jyväskylän yliopisto. Vaajakoski.
- Scheyett, Anna M. & McCarthy, Erin 2006: Women and Men with Mental Illnesses. Voicing Different Service Needs. *Affilia* 21 (4), 407–418.
- Seikkula, Jaakko 1994: Sosiaaliset verkostot. Ammattiauttajan voimavara kriiseissä. Kirjayhtymä Hygieia. Helsinki.
- Seikkula, Jaakko 2005: Narratiiviset ja dialogiset prosessit masennuksen pari- ja heterapioissa. Tutkimussuunnitelma 6.6.2005. Moniste.
- Seikkula, Jaakko & Trimble, David 2005: Healing Elements of Therapeutic Conversation: Dialogue as an Embodiment of Love. *Family Process* 44 (4), 461–475.
- Seligman, Adam 2001: Luottamuksen ongelma. Teoksessa Ilmonen, Kaj (toim.): Sosiaalinen pääoma ja luottamus. *SoPhi* 42. Jyväskylä, 39–54.
- Sheets, John L. 1997: Psychiatric Rehabilitation: An Aid to the Vision of Recovery. Prepared for the Central Association of Mental Health of Finland. Luentomoniste.
- Shotter, John 1997: The Social Construction of our Inner Selves. *Journal of Constructivist Psychology* 10 (1), 7–24.
- Sipilä, Jorma 1989: Sosiaalityön jäljillä. Tammi. Helsinki.
- Spaniol, LeRoy 2001: Recovery from Psychiatric Disability: Implications for Rehabilitation Counseling Education. *Rehabilitation Education* 15 (2), 167–175.
- Stansfield, Stephen & Candy, Bridget 2006: Psychosocial Work Environment and Mental Health. Meta-Analytic Review. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 32 (6), 443–462.
- Suikkanen, Asko & Lindh, Jari 2001: Kuntoutus kehossa – keho kuntoutuksessa. Teoksessa Kallanranta, Tapani & Rissanen, Paavo & Vilkkumaa, Ilpo (toim.): Kuntoutus. Duodecim. Helsinki, 42–54.
- Suoninen, Eero 2000: 'Tanssilajit ja -tyylit' asiakkaan kohtaamisessa. Teoksessa Joensuu, Arja & Suoninen, Eero (toim.): Auttamistyö keskusteluna. Tutkimuksia sosiaali- ja terapiatyön arjesta. Vastapaino. Tampere, 67–104.
- Talo, Seija & Wikström, Juhani & Metteri, Anna 2001: Kuntoutuminen monitieteisenä ja -tasoisena prosessina. Teoksessa Kallanranta, Tapani & Rissanen, Paavo & Vilkkumaa, Ilpo (toim.): Kuntoutus. Gummerus. Jyväskylä, 55–71.
- Tausig, Mark 2006: Work and Mental Health. Teoksessa Aneshensel, Carol S. & Phelan, Jo C. (toim.): Handbook of the Sociology of Mental Health. Springer. New York, 255–274.
- Taylor, Charles 1995: Autenttisuuden etiikka. Suom. Timo Soukola. Gaudeamus. Helsinki.

- THL, Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet 2005 – 2011. <http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu/hakusivu?group=199>. Poimittu 30.3.2011.
- Terveyssozialityön nimikkeistö 2007. Holma, Tupu (toim.) Suomen Kuntaliitto. Helsinki.
- Tontti, Jukka 2000: Masennuksen arkea. Selityksiä surusta ilman syytä. Sosiaalipsykologisia tutkimuksia 3. Helsingin yliopiston sosiaalipsykologian laitos. Edita Oy. Helsinki.
- Tontti, Jukka 2005: Masennus yhteiskunnallisena ja kulttuurisena ilmiönä. Teoksessa Pirttilä-Backman, Anna-Maija & Ahokas, Marja & Myrsky, Liisa & Lähteenoja, Susanna (toim.): Arvot, moraalit ja yhteiskunta. Sosiaalipsykologisia näkökulmia yhteiskunnan muutokseen. Gaudeamus. Helsinki, 385–398.
- Tontti, Jukka 2008: Monimielinen masennus. Arjen reseptejä elämäntaudin hoitoon. Vastapaino. Tampere.
- Turner, Jay R. & Brown, Robyn Lewis 2010: Social Support and Mental Health. Teoksessa Scheid, Teresa L. & Brown, Tony N. (toim.): A Handbook for the Study of Mental Health. Social Contexts, Theories and Systems. 2nd Edition. Cambridge University Press. New York, 200–212.
- Törrönen, Jukka 2006: Toisen ääni, näkökulma ja kohteena oleminen. Teoksessa Hänninen, Sakari & Karjalainen, Jouko & Lahti, Tuukka (toim.): Toinen tieto. Kirjoituksia huono-osaisuuden tunnistamisesta. Stakes. Helsinki, 15–37.
- Törrönen Maritta 2000: Lapset arjen subjekteina. Teoksessa Karvinen, Synnöve & Pösö, Tarja & Satka, Mirja (toim.): Sosiaalityön tutkimus. Metodologisia suunnitelmia. SoPhi. Jyväskylä, 146–167.
- Uchino, Bert N. 2009: Understanding the Links between Social Support and Physical Health. A Life-Span Perspective with Emphasis on the Separability of Perceived and Received Support. *Perspectives on Psychological Science* 4 (3), 236–255.
- Uusitalo, Tuula 2006: Miten päästä yli mahdollittoman? Narratiivinen tutkimus itsemurhamenetyksistä. *Acta Universitatis Lapponiensis* 105. Lapin yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta. Rovaniemi.
- Wahlbeck, Kristian 2007: Mielenterveyspalvelut. Teoksessa Heikkilä, Matti & Lahti, Tuukka (toim.): Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2007. Stakes. Helsinki, 87–101.
- Wahlström, Jarl 1999: Psykoterapia keskusteluna ja kertomusten kudelmina. Teoksessa Ihanus, Juhani (toim.): Kulttuuri ja psykologia. Yliopistopaino. Helsinki University Press. Helsinki, 217–238.
- Valkonen, Jukka 2002: Kuntoutus, tarinat ja soveltava sosiaalipsykologia. Kuntoutussäätiö. Tutkimuksia 70. Helsinki.
- Valkonen, Jukka 2007: Psykoterapia, masennus ja sisäinen tarina. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 77. Helsinki.
- Valle, Ronald S. & King, Mark & Halling, Steen 1989: An Introduction to Existential-Phenomenological Thought in Psychology. Teoksessa Valle, Ronald S. &

- Halling, Steen (toim.): *Existential-Phenomenological Perspectives in Psychology. Exploring the Breadth of Human Experience*. Plenum Press. New York, 3–16.
- Wax, Murray L. 1995: *Knowledge, Power and Ethics in Qualitative Social Research*. *The American Sociologist*. Summer, 22–34.
- Weingarten, Kaethe 2001: *Making Sense of Illness Narratives: Bracing Theory, Practice and the Embodied life*. <http://www.dulwichcentre.com.au/illness-narratives.html>. Viitattu 22.9.2010.
- White, Michael & Epston, David 1990: *Narrative Means to Therapeutic Ends*. W.W. Norton & Company. New York.
- Vilkko, Anni 1998: *Kodiksi kutsuttu paikka. Tapausanalyysi naisen ja miehen omaelämäkertoista*. Teoksessa Hyvärinen, Matti & Peltonen, Eeva & Vilkko, Anni (toim.): *Liikkuvat erot: sukupuoli elämäkertatutkimuksessa*. Vastapaino. Tampere, 27–72.
- Williams, Gareth 1984: *The Genesis of Chronic Illness: Narrative Re-construction*. *Sociology of Health and Illness* 6 (2), 175–200.
- Williams, Gareth 1993: *Chronic Illness and the Pursuit of Virtue in Everyday Life*. Teoksessa Radley, Alan (toim.): *Worlds of Illness*. Routledge. London, 92–108.
- Virokangas, Elina 2007: *Sattumukset ja tutkimusprosessi*. Teoksessa Laitinen, Merja & Virokangas, Elina & Juhila, Kirsi & Julkunen, Ilse & Karisto, Antti (toim.): *Suunniteltua ja sattumaa. Väitöskirjojen synty sosiaalityön tutkijakouluryhmässä*. Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja B. Tutkimusraportteja ja selvityksiä 57. Lapin yliopisto. Rovaniemi, 41–63.
- Väyrynen, Sanna 2007: *Usvametsän neidot. Tutkimus nuorten naisten elämästä huumekuvioissa*. *Acta Universitatis Lapponiensis* 118. Lapin yliopisto. Rovaniemi.
- Young, Sharon L. & Ensing, David S. 1999: *Exploring Recovery from Perspective of People with Psychiatric Disabilities*. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 22 (3), 219–231.

# Liite

## HAASTATTELURUNKO

### YHTEYDENOTTO MTT:OON

- hakeutuminen mtt:oon
- ajatukset mtt:oon tulemisesta, odotukset
- mikä merkitys masennuksella tulotilanteessa

### ALKUTILANNE

- elämäntilanne
- masennuksen taustatekijät
- ongelman määrittely: kuka määrittelee, yhteneväiset näkemykset
- sopimus tapaamisista
- keitä kutsutaan mukaan

### KOHTAAMINEN MTT:SSA

- kokemus kohtaamisesta
- onko pystynyt puhumaan, ilmapiiri
- asiantuntijuus, arvostus
- puhuttiinko oleellisia asioita (suhteessa elämäntilanteeseen)
- mikä keskusteluissa oli erityisen hyödyllistä, tärkeitä teemoja
- jäikö joitain keskeisiä alueita puhumatta, vähälle huomiolle
- mitä sellaisia kokemuksia olet saanut, joita et olisi saanut, jos et olisi tullut mielenterveystoimistoon
- mitä eroa, jos olisi puhunut samoista asioista ystävien kanssa

### KUNTOOUTUSNÄKÖKULMA

- mitä sana kuntoutus tuo mieleen
- onko hoitoprosessin aikana puhuttu kuntoutuksesta
- mitä kuntoutusta ollut, mitä tarvitsee
- mikä kuntoutuksessa ollut hyödyllistä / merkityksetöntä / haitallista

### ARKI

- arjen sujuminen
- asuminen, naapurusto, taloudellinen tilanne
- mahdolliset muut palvelut / palveluiden tarve
- työtilanne, työn merkitys

## YHTEENVETO

- jos ajattelet elämäntarinaasi, mikä merkitys masennuksella on ollut siinä, mitä sairastuminen merkitsi, mitä kuntoutuminen
- mikä merkitys terapialla oli kuntoutumisessasi, mikä oli erityisen hyödyllistä, mikä vei taaksepäin, mikä oli merkityksetöntä

## LOPETTAMINEN

- millainen tunne haastattelun päättyessä, onko puhuttu kipeitä asioita, joista olisi hyvä jatkaa jossain yhteydessä
- millainen tunnelma tällä hetkellä