

**SKITSOFRENIAA SAIRASTAVAN PUHEVIESTINTÄ
VANHEMPIEN NÄKÖKULMASTA**

Venla Kuuluvainen
Puheviestinnän pro gradu -tutkielma
Kevät 2009
Tampereen yliopisto
Humanistinen tiedekunta
Puheopin laitos

TAMPEREEN YLIOPISTO

Tiedekunta – Faculty Humanistinen tiedekunta	Laitos – Department Puheopin laitos
Tekijä – Author Venla Kuuluvainen	
Työn nimi – Title Skitsofreniaa sairastavan viestintä vanhempien näkökulmasta	
Oppiaine – Subject Puheviestintä	Työn laji – Level Pro gradu -tutkielma
Aika – Month and year Kesäkuu 2009	Sivumäärä – Number of pages 92 + liitteet
Tiivistelmä – Abstract <p>Skitsofrenia aiheuttaa monenlaisia toimintakyvyn häiriöitä jotka joko suoraan, tai epäsuorasti vaikuttavat potilaan interpersonaaliseen viestintään. Kun taidot ihmissuhteiden ylläpitoon ovat heikentyneet, on sairastuneiden sosiaalinen verkosto usein hyvin pieni. Erityisesti viestintätaidot, joita tarvittaisiin uusien ihmissuhteiden luomisessa ovat heikentyneet. Viestinnän vaikeudet haittaavat myös hoitotahon ja muiden virallisten tahojen kanssa vuorovaikutuksessa olemista. Myös työnsaanti ja harrastetoiminnot saattavat muodostua haasteiksi niidenkin vaatiessa hyviä viestintätaitoja.</p> <p>Pro gradu -tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella skitsofreniaa sairastavan aikuisen lapsen interpersonaalista viestintää tämän vanhemman näkökulmasta. Tutkimusongelmaa pyritään lähestymään neljän teema-alueen avulla, joista ensimmäinen käsittelee sairastuneen interpersonaalista viestintää verrattuna terveisiin ihmisiin ja sairastuneen viestintään ennen sairastumista. Toinen teema-alue käsittelee sairastuneen lapsen vanhempien viestinnän muutoksia reaktiona lapsen sairastumiselle. Kolmantena teemana on sairastuneen aikuisen lapsen ja hänen vanhempansa viestintäsuhde ja sairauden seuraukset sille. Neljännessä teema-alueessa pyritään selvittämään interpersonaalisen viestinnän ja sairastuneen hyvinvoinnin yhteenliittymiä.</p> <p>Tutkimuksen tulosten mukaan skitsofrenialla on suoria ja epäsuoria seurauksia sairastuneen viestinnälle. Leimaa antavaa sairastuneiden viestinnässä näyttäisi olevan sen iän mukainen kehittymättömyys. Viestinnän haasteet ovat myös erilaisia kotona ja kodin ulkopuolella. Ongelmana näyttäisi olevan erityisesti sosiaalisen verkoston pieneneminen ja viestintäarkeuden lisääntyminen. Kun viestintätaidot ovat heikentyneet, on perheen ulkopuolisten ihmissuhteiden luominen ja ylläpitäminen vaikeaa. Sairastuneiden vanhempien ollessa usein ainoita viestintäkumppaneita, aiheuttaa se omat haasteensa viestintäsuhteelle. Tuloksena on negatiivinen kehä, jossa niin sairastuneen kuin hänen vanhempiensakin hyvinvointi on vaarassa.</p>	
Asiasanat – Keywords skitsofrenia, interpersonaalinen viestintä, perheviestintä	
Säilytyspaikka – Depository Tampereen yliopiston pääkirjasto	
Muita tietoja – Additional information	

SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	5
2 TEOREETTINEN VIITEKEHYS.....	7
2.1 Skitsofrenian pääpiirteet.....	7
2.2 Klassisia näkemyksiä skitsofrenian ja viestinnän yhteyksistä.....	10
2.2.1 Ensimmäisiä viestinnällisiä näkökulmia skitsofreniaan.....	10
2.2.2 Varhaisia näkemyksiä perheviestinnän ja skitsofrenian yhteyksistä.....	11
2.2.3 Gregory Batesonin kaksoissidosteoria.....	13
2.3 Skitsofrenia ja puheviestintä.....	15
2.3.1 Teoreettisia näkökulmia skitsofreniaa sairastavien viestintään.....	15
2.3.2 Tutkimusta skitsofreniaa sairastavien viestinnästä.....	19
2.3.3 Skitsofrenia ja interpersonaalinen viestintä perheen ulkopuolella.....	22
2.4 Skitsofrenia ja perheviestintä.....	25
2.4.1 Viestinnän systeemiteoria tarkastelun lähtökohtana.....	25
2.4.2 Vanhempien ja aikuisten lasten välisen vuorovaikutuksen erityispiirteitä.....	29
2.5 Emotionaalinen viestintä ja Expressed Emotion -käsite.....	31
2.6 Interpersonaalinen viestintä ja skitsofreniaa sairastavan hyvinvointi.....	36
2.6.1 Viestintätaidot hyvinvoinnin rakentajana.....	36
2.6.2 Avoimen dialogin malli skitsofrenian hoidossa.....	39
2.6.3 Supporttiivinen viestintä ja hyvinvointi.....	41
3 METODI.....	44
3.1 Tutkimuksen tavoitteet.....	44
3.2 Tieteenfilosofiset lähtökohdat.....	46
3.3 Aineiston keruu ja analysointi.....	48
3.4 Eettiset kysymykset... ..	51
4 TULOKSET.....	52
4.1 Skitsofreniaa sairastavan viestintä.....	52
4.1.1 Psykoosin ja sairauden vaiheiden seuraukset viestinnälle.....	53
4.1.2 Skitsofrenian suorat ja epäsuorat seuraukset sairastuneen viestinnälle.....	55
4.1.3 Viestintä perheen kanssa ja sen ulkopuolella.....	58
4.2 Vanhempien viestintä sairastuneelle lapselle.....	61
4.2.1 Muutokset vanhempien viestinnässä suhteessa lapsen psykoosiin ja sairauden vaiheisiin.....	61
4.2.2 Vanhempien oman viestinnän kontrollointi.....	63

4.3 Sairastuneen lapsen ja vanhemman viestintäsuhde.....	66
4.3.1 Psykoosin ja sairauden vaiheiden seuraukset viestintäsuhteelle.....	66
4.3.2 Viestintäsuhteen epätasa-arvoisuus.....	69
4.4 Viestinnän merkitys sairastuneen hyvinvoinnille.....	71
5 POHDINTA.....	75
5.1 Viestinnän muuttumattomuus.....	75
5.2 Viestintä oman perheen ja vieraiden kanssa.....	77
5.3 Suorat ja epäsuorat seuraukset.....	78
5.4 Sairastuneen hyvinvointi.....	79
5.5 Tutkimuksen arviointi ja haasteita jatkotutkimukselle.....	81
6 LOPUKSI.....	82
KIRJALLISUUS.....	85
LIITTEET.....	93

1 JOHDANTO

Skitsofrenia aiheuttaa monenlaisia toimintakyvyn häiriöitä, jotka joko suoraan tai epäsuorasti vaikuttavat potilaan viestintään. Näin sairastuneen sosiaalinen verkosto on usein hyvin pieni, kun taidot ihmissuhteiden ylläpitoon ovat heikentyneet. Myös viestintätaidot, joita tarvittaisiin uusien ihmissuhteiden luomisessa, ovat heikentyneet. Viestinnän vaikeudet haittaavat myös hoitotahon ja muiden virallisten tahojen kanssa vuorovaikutuksessa olemista. Myös työnsaanti ja harrastetoimintoihin osallistuminen ovat usein vaikeutuneet niidenkin vaatiessa viestintätaitoja. Skitsofreniaa sairastavia syrjitäänkin Suomessa enemmän kuin muissa Euroopan maissa keskimäärin (Helsingin Sanomat 25.2.2009).

Suuri osa mielenterveyskuntoutujista ovat Suomessa avohoidon piirissä, jolloin pärjääminen erilaisissa sosiaalisissa tilanteissa vaatii viestintätaitoja. Nyt avohoitoa ollaan lisäämässä entisestään, jolloin yhä useampi mielenterveyskuntoutuja joutuu kamppailemaan heikentyneiden viestintätaitojen aiheuttamien ongelmien kanssa arkipäivän pärjäämisessä. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaa pohtinut työryhmä on ehdottanut psykiatristen sairaaloiden asteittaista alasajoa ja jäljellejäävien laitospaikkojen siirtämistä yleissairaaloihin (Helsingin Sanomat 11.2.2009). Suurin osa laitoshoidosta muutettaisiin kuitenkin nimenomaan avohoidoksi. Tämän seurauksena olisi yhä tärkeämpää kiinnittää huomiota skitsofreniaa sairastavien viestintätaitoihin ja interpersonaalisen viestinnän ongelmiin.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaa pohtineen työryhmän ehdotus aiheutti Helsingin sanomien mielipidesivuilla kovan keskustelun avohoidon psyykkisesti sairaitten omaisia kuormittavasta luonteesta. Koska kuntoutujan viestintä- ja ihmissuhdetaidot ovat heikentyneet, tarvitsee hän jatkuvaa tukea jokapäiväisten asioiden hoidossa. Avohoito ei nykymuodossaan näyttäisi myöskään tukevan sen potilaiden yhteiskuntaan integroimista. Viestintä- ja ihmissuhdetaidot eivät kehity itsestään avohoidossa, vaan aiheuttavat enemmänkin eristyneisyyttä. Avohoidon suurena ongelmana näyttäisikin olevan se, että mielenterveyskuntoutujat jäävät kotiuttamisen jälkeen hyvin yksin.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella skitsofreniaa sairastavan ihmisen interpersonaalista viestintää. Näkökulma on omaisten, eli skitsofreniaa sairastavien aikuisten lasten vanhempien, joita haastatteleamalla tutkimuksen aineisto on kerätty. Tutkimusongelmaan pyritään vastaamaan neljän tutkimuskysymyksen avulla, joista ensimmäinen käsittelee sairastuneen interpersonaalista viestintää verrattuna terveisiin ihmisiin ja sairastuneen viestintään ennen sairastumista. Toinen

tutkimuskysymys käsittelee sairastuneen lapsen vanhempien viestinnän muutoksia reaktiona lapsen sairastumiselle. Kolmas kysymys koskee sairastuneen aikuisen lapsen ja hänen vanhempansa viestintäsuhdetta ja sairauden seurauksia sille. Neljännessä tutkimuskysymyksessä pyritään selvittämään interpersonaalisen viestinnän ja sairastuneen hyvinvoinnin yhteyttä. Neljännessä tutkimuskysymyksessä tutkimusongelma kääntyy myös toisin päin sen pyrkiessä selvittämään, millaisia seurauksia interpersonaalisella viestinnällä on sairauden kehitykselle ja sairastuneen hyvinvoinnille.

Tutkimus on laadultaan kvalitatiivista ja sen aineisto kerättiin haastattelemalla 11 skitsofreniaa sairastavan aikuisen lapsen vanhempaa. Haastatteluaineisto analysoitiin teemoittelun avulla. Interpersonaalinen viestintä koskee tässä tutkimuksessa pitkälti perheviestintää ja erityisesti vanhemman ja aikuisen lapsen välistä viestintää, koska tutkimuksen aineisto koostuu sairastuneiden vanhempien haastatteluista. Myös perheen ulkopuolisia interpersonaalisia suhteita käsitellään.

Interpersonaalisen viestinnän tutkimus juontaa juurensa skitsofreniatutkimukseen. Interpersonaalisen viestinnän tutkimus sai osaltaan alkunsa Gregory Batesonin ja hänen kollegoidensa muodostamassa Palo Alto -ryhmässä, joka toimi mielenterveyden tutkimuskeskuksessa Kaliforniassa 1950 -luvulla. Palo Alto -ryhmä tutki skitsofrenian ja viestinnän yhteisvaikutuksia, mutta kehitti samalla myös viestintää yleisesti kuvaavaa teoriaa. Ryhmä julkaisi myös viestinnän alalla jo klassikon aseman saaneen teoksen *Pragmatics of Human Communication*. Teoksessa esitetään systeemiteoreettinen näkemys interpersonaalisesta viestinnästä. (Littlejohn 2002, 235.) Ryhmä kehitti myös viestinnällisen teorian skitsofreniasta, niin kutsutun kaksoissidosteorian.

Myös muut tutkijat ovat yrittäneet selvittää skitsofrenian ja sen aiheuttamien viestinnän ongelmien syitä. On jopa väitetty, että kaikissa skitsofrenian oireissa on pohjalla viestinnällinen funktio (Steingalss 1987, 58; Ruesch 1968, 79) tai että kaikki sairauden sisäiset oireet, kuten häiriintynyt ajattelu, voidaan päätellä potilaan viestinnästä (Firth 1997, 13).

Tutkielman tarkoituksena on siis selvittää, millaisia seurauksia skitsofrenialla on sairastuneen interpersonaaliselle viestinnälle ja miten seuraukset vaikuttavat sairastuneen hyvinvointiin. Lisäksi pyritään selvittämään, mitä puheviestinnän tutkimuksella voisi olla annettavanaan skitsofreniatutkimukselle. Tutkielmassa pyritään löytämään sellaisia puheviestinnän teorioita, jotka saattaisivat olla hyödyllisiä skitsofreniaa sairastavan puheviestintää tarkasteltaessa. Tarkoituksena

on myös pohtia, mitä käytännön hyötyä puheviestinnän tietämyksellä voisi mahdollisesti olla skitsofrenianpotilaiden viestintätaitojen kohentamiselle ja sitä kautta heidän hyvinvoinnilleen.

2 TEOREETTINEN VIITEKEHYS

2.1 Skitsofrenian pääpiirteet

Skitsofrenia on vakava, psykoosiksi luokiteltava mielenterveyden häiriö. Sairauden tausta on edelleen huonosti tunnettu, ja sen kehittymiseen vaikuttavia tekijöitä on todennäköisesti useita. Skitsofrenia puhkeaa yleensä nuorella aikuisiällä aiheuttaen häiriöitä ajattelun, emotionaalisten toimintojen ja käyttäytymisen alueella. Skitsofrenia on yleensä myös pitkäkestoinen häiriö. Potilaiden oireet saattavat vaihdella kovastikin potilaasta toiseen ja myös elämänkaaren eri vaiheiden mukaan. Skitsofreniaa on luonnehdittu aivojen tiedonohjauksen säätelyhäiriöksi, jolla on seurauksia monille keskeisille inhimillisille toiminnoille. (Isohanni, Honkonen, Vartiainen & Lönnqvist 2007, 73.) Yksi tällainen inhimillinen toiminto on sairastuneen viestintä.

Viestinnän ja muiden toimintojen häiriintymisellä on laaja-alaisia seurauksia monille sairastuneen elämänalueille. Sairauteen liittykin usein merkittävää työ- ja toimintakyvyn laskua. Sairaus aiheuttaa suuren psykologisen ja sosiaalisen painolastin niin potilaalle itselle kuin hänen omaisillekin. Isohannin et al. (2007, 73) mukaan sairaus on myös suuri taloudellinen ja yhteiskunnallinen rasite. Heidän mukaansa sairauden aiheuttama sosiaalisen toimintakyvyn lasku aiheuttaa riskin syrjäytymiselle. Viestintätaitojen häiriintyessä muun muassa sosiaalisten suhteiden, parisuhteen ja perheenmuodostus sekä ylläpito vaikeutuvat. Isohannin et al. (2007, 89) mukaan myös aikuistuminen ja itsenäistyminen ovat usein haasteita skitsofreniaa sairastaville. Potilaat saattavat välttää ympäristöjä, joissa on paljon ärsykeitä, tai suuria elämän muutoksia kuten kotoa pois muuttoa.

Skitsofrenian oireet jaetaan lääketieteen alalla usein positiivisiin ja negatiivisiin oireisiin. Positiivisilla oireilla tarkoitetaan normaalien psyykkisten toimintojen häiriintymistä kuten esimerkiksi aistiharhat, harhaluulot ja hajanainen puhe. Negatiivisilla oireilla tarkoitetaan taas normaalien psyykkisten toimintojen heikentymistä tai puuttumista, kuten puheen köyhtyminen, passiivisuus ja tunneilmaisun latistuminen. (Alanen 1993, 32.)

Isohanni et al. (2007, 78 - 81) kuvailevat skitsofrenian pääoireita yksityiskohtaisemmin. Aistiharhat ovat jollakin aistielimellä koettuja hallusinaatioita. Yleisimpiä harhoja ovat kuuloharhat, jolloin potilas kuulee yhden tai useamman äänen muodostamia sanoja, fraaseja tai puhetta. Kuuloharhat saattavat häiritä potilaan ajattelua ja käyttäytymistä. Harhaluulot taas käsittävät monenlaisia virheellisiä uskomuksia, jotka häiritsevät potilaan sosiaalisia suhteita ja käyttäytymistä. Tavallinen harhaluulo on esimerkiksi potilaan tunne siitä, että jokin ulkopuolinen voima kontrolloi hänen ajatuksiaan ja käyttäytymistään. Negatiivisiin oireisiin lukeutuu anhedonia eli kyvyttömyys kokea erilaisia tunnetiloja. Sairaudella on vaikutuksia myös muihin kognitiivisiin toimintoihin kuten muistiin, keskittymiseen, tarkkaavaisuuteen ja toiminnanohjaukseen. Tavallista on myös käsitteellisen ajattelun häiriintyminen ja sairauden tunnottomuus eli se, että potilas ei itse tiedosta omaa sairauttaan.

Viestinnän kannalta erityisen oleellisia oireita ovat erityisesti puheeseen liittyvät muutokset. Edellä mainitut ajattelun häiriöt myös yleensä havaitaan potilaan puheilmaisuuden kautta. Isohannin et al. (2007, 79) listaamat potilaiden puheviestintään vaikuttavat oireet voidaan myös jakaa positiivisiin ja negatiivisiin. Positiivisiin oireisiin lukeutuu hajanainen puhe, jolla tarkoitetaan puheen rönsyilyä ja raiteiltaan suistumista keskustelussa. Potilaan on ikään kuin vaikea pysyä aiheessa ja ajatusrakennelmat ovat häiriintyneitä ja vaikeasti seurattavia. Puhe on siis epäloogista ja joskus hyvinkin seikkaperäistä ja yksityiskohtiin takertuvaa. Joskus hajanaisuus saattaa koskea jopa yksittäisten lauseiden yhtenäisyyttä. Myös omien, uusien sanojen käyttö on tavallista. Skitsofreniasta kärsivä saattaa myös toistaa äsken kuulemaansa puhetta tai toistaa jotakin tarkoituksetonta ja epänormaalia ajatusta. Negatiivisiin oireisiin lasketaan taas spontaanin puheen vähäisyys tai puuttuminen. Vähäisyys saattaa liittyä niin puheen määrään kuin sisältöönkin. Sairastunut saattaa esimerkiksi vastailta kysymyksiin niukasti, yhdellä sanalla. Toisaalta puhetta saattaa olla paljonkin, mutta se on sisällöllisesti köyhää ja puheen sisältämä informaatio voi olla vähäistä.

Viestintään ja vuorovaikutukseen muiden ihmisten kanssa vaikuttava oire on myös yleinen käyttäytymisen häiriintyneisyys. Isohannin et al. (2007, 79 - 80) mukaan sairastuneen motorinen ja sosiaalinen toiminta saattaa olla niin hajanaista, että tehtävien ja suunnitelmien toteuttaminen on mahdotonta. Motorinen aktiivisuus voi olla joko kiihtynyttä tai vähentyneitä. Liikehdinnässä saattaa esiintyä myös kummallisia manereita, kuten ilmetä tai muiden ihmisten liikkeiden toistamista. Myös kaikenlaista muuta sosiaalisesti sopimattomana pidettyä käytöstä saattaa esiintyä, kuten itsekseen mumisemista ja outoa pukeutumista. Skitsofrenian oireena saattaa ilmetä myös tahdottomuutta, joka vaikeuttaa yksinkertaistenkin toimintojen suoritusta. Pahimmillaan

tahdottomuus saattaa ilmetä täydellisenä liikkumattomuutena (katatonia) ja puhumattomuutena (mutismi).

Tunteiden ilmaisun ongelmat ovat myös vuorovaikutuksen kannalta keskeisiä. Skitsofrenian negatiivisena oireena saattaa esiintyä kyvyttömyyttä ilmaista tunteitaan. Potilas ei silloin pysty eleillään, ilmeillään, äänensävyllään tai katseellaan viestimään erilaisia tunnetiloja. Ilmeet siis pysyvät samanlaisina muuttuivat keskustelun aiheet sitten iloisiksi tai surullisiksi. Toisaalta tunneilmaisu saattaa olla tilanteeseen nähden hyvinkin epäsovelia. Potilas saattaa esimerkiksi nauraa keskusteltaessa vakavasta ja surullisesta aiheesta. Tunnetilojen epävakaus saattaa myös ilmetä yhtäkkisenä nauruna, itkuna tai aggressiivisuutena. (Isohanni et al. 2007, 80.)

Skitsofrenian syitä on etsitty viimeisen sadan vuoden ajan ja erilaiset selitysmallit ovat olleet vallalla aina aikakaudesta riippuen. Skitsofrenian biolääketieteellinen selitysmalli pyrkii selittämään sairauden aivojen tautiprosessiksi (Alanen 1993, 40). Isohanni et al. (2007, 94 - 101) ovat koonneet tuoretta tutkimusta skitsofrenian lääketieteellisistä syistä, joista tutkijat ovat laajalti samaa mieltä. Kirjoittajat listaavat muun muassa perhetutkimuksissa tehdyn havainnon, jonka mukaan skitsofreniaan liittyy geneettisesti perinnöllinen alttius. Mitään yksittäistä altistavaa geeniä ei kuitenkaan ole pystytty vielä osoittamaan. Tutkimuksissa on myös havaittu, että skitsofreniaan myöhemmin sairastuvien raskauden tai synnytyksen aikana on ollut useimmin komplikaatioita kuin terveiden verrokkien kohdalla. Tutkijat ovat laajalti samaa mieltä myös siitä että, aivojen varhaiskehityksen, rakenteen ja toiminnan poikkeavuuksien on havaittu olevan joskus sairauden taustalla.

Fysiologisten tekijöiden lisäksi skitsofreniaa on pyritty selittämään monilla psykososiaalisilla tekijöillä. Alanen (1993, 40) listaakin vuorovaikutuspsykologisen ja sosiaalisen lähestymistavan skitsofreniaan lääketieteellisen lisäksi. Vuorovaikutuspsykologisen lähestymistavan mukaan skitsofrenia on syy-yhteydessä sairastuneen lähimmän vuorovaikutusverkoston ongelmiin. Sosiaalisen lähestymistavan mukaan sairastunutta pyritään tukemaan yhteisön jäsenenä ja kiinnittämään huomiota siihen ympäristöön, jossa sairastunut elää. Laajalti hyväksytyyn teorian mukaan tietyt ihmiset ovat alttiimpia sairastumaan skitsofreniaan stressaavien elämäntilanteiden seurauksena (Isohanni et al. 2007, 106). Psykososiaaliin selitysmalleihin sisältyvät myös myöhemmin esittelemäni kaksoissidosteoria ja Expressed Emotion -käsite.

2.2 Klassisia näkemyksiä skitsofrenian ja interpersonaalisen viestinnän yhteyksistä

2.2.1 Ensimmäisiä viestinnällisiä näkökulmia skitsofreniaan

Skitsofrenian ja viestinnän tutkimuksen historialla on kiinnostavia yhtymiä erityisesti 1950 - 1980-luvuilla. Itse asiassa skitsofrenian ja viestinnän tutkimus kulki tuolloin hyvinkin pitkälti yhtä matkaa. Psykiatriassa kiinnostuksen kohde siirtyi tuolloin yksilön sisäisten asioiden tarkastelusta interpersonaalisiin vaikuttimiin (Knapp, Daly, Albada & Miller 2002, 5). Viestinnän ja skitsofrenian nitoivat yhteen erityisesti psykiatri Harry Stack Sullivan ja antropologi Gregory Bateson, joiden tutkimuksilla ja teorioilla on ollut vaikutuksia viestinnän tutkimukselle myös suuremmassa mittakaavassa (ks. esim. Knapp et al. 2002, 5). Samoista asioista kiinnostuneita tuolloin olivat myös Theodore Lidz, Jurgen Ruesch ja Lyman Wynne. Suomessa skitsofreniaa ja perheviestintää tutki Yrjö Alanen. Tuohon aikaan viestinnän, erityisesti perheviestinnän ja skitsofrenian, vuorovaikutusta pidettiin tärkeimpänä tekijänä sairauden kehityksessä (Malm, Lundin & Ludz, 1996). Uraa uurtavaa tutkimusta perheen ja skitsofrenian yhteyksistä teki 1950 -luvulla erityisesti Gregory Batesonin luotsaama Palo Alto -ryhmä (ks. esim. Fitzpatrick & Caughlin 2002, 756). He tutkivat skitsofreniaa sairastavien viestintää systeemiteoreettisesta näkökulmasta, jota käsitellään tarkemmin skitsofreniaa ja perhettä koskevassa luvussa 2.4.

Kuten johdannossa mainittiin, Jurgen Ruesch (1968, 79) esitti jopa, että psykopatologia on kokonaan kuvattavissa viestinnän termein. Hänen mukaansa kaikki psykiatrian termit, kuten ”vetäytyminen” tai ”ajatusten lento” ovat pohjimmiltaan viestintää. Rueschin näkökulman voisi sanoa olevan hyvin vuorovaikutuksellinen. Hänen näkemystään voisi verrata sosiaaliseen konstruktionismiin, jonka mukaan todellisuus rakentuu vuorovaikutuksessa. Myös potilaan ”sisäiset” oireet saavat merkityksensä vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa. Rueschin mukaan avain toipumiseen ja terapeuttiseen prosessiin löytyykin viestinnästä. Vuorovaikutustilannetta potilaan kanssa voitaisiin Rueschin (1968, 81 - 82) mukaan verrata myös vieraassa maassa turistina olemiseen, jossa on ensin opeteltava paikallinen kieli, jotta saadaan yhteys toiseen. Näkemys on kiinnostava ja herättää kysymyksen kulttuurin välisen viestinnän tarkasteluun käytettyjen teorioiden soveltuvuudesta skitsofrenian tarkastelussa. Skitsofrenian tarkasteluun parhaiten soveltuvat teoriat näyttäisivätkin olevan juuri paljon kulttuurien välisen viestinnän alalla käytettyjä teorioita. Muutamaa tällaista teoriaa käsitellään myöhemmin tarkemmin.

Myös H. S. Sullivan (1962, 28) näkee skitsofreniassa erityisen ongelmallisena viestinnän vaikeudet ja yhteisen kielen puuttumisen ympäristön kanssa. Sullivanin mukaan sanat ovat kaikkea muuta kuin yksinkertaisesti asioiden nimiä, joihin on liitettyä tietyt äänneet ja visuaalinen mielikuva asiasta. Sanat voivat olla enemmän tai vähemmän tarkkoja merkitykseltään. Ne järjestävät ajatuksiamme ja hahmottavat todellisuuttamme. Tietyt sanat merkitsevät tietyille ihmisille juuri tiettyjä asioita. Sullivanin mukaan sanat ja niiden symbolius muuttuvatkin ongelmallisiksi, kun niitä käytetään viestinnässä ja vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa. Silloin onkin tärkeää se, mitä sanat tarkoittavat viestinnän vastaanottajan todellisuudessa. Tämä tekee erityisesti psykoottisen ihmisen kanssa viestimisestä vaikeaa. On osattava käyttää potilaan termejä ja merkitysrakennelmia.

Myös Sullivanin näkemyksessä skitsofrenian oireet muuttuvat ongelmalliseksi siis silloin, kun vuorovaikutuksen osapuolten täytyisi päästä ikään kuin yhteisymmärrykseen todellisuuden rakentumisesta. Ongelmia syntyy siksi, että skitsofreniaa sairastava ei kykene rakentamaan sosiaalisia konstruktioita ympäröivästä maailmasta vuorovaikutuksessa muiden kanssa. Skitsofreniaa sairastavan todellisuuden muuttuminen ja viestinnän ongelmat liittyvät tällaisen näkemyksen mukaan tiiviisti yhteen. Kun sairastunut ei kykene rakentamaan yhteistä todellisuutta vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa, täytyy tällä olla seurauksia myös sairastuneen sisäiselle kokemusmaailmalle.

Sullivan (1964, 297, 321 - 323) kirjoittaa myöhemmässä teoksessaan myös mielenterveyden ongelmiin yleensä liittyvän ahdistuksen (anxiety) interpersonaalista luonteesta. Pelko on Sullivanin mukaan kaikille eläimille luonnollinen tunne, jolla on jokin kohde. Ahdistusta sen sijaan ilmenee vain ihmisillä, ja se liittyy interpersonaalisten suhteiden ja viestinnän ongelmallisuuteen. Ahdistus myös lisää entisestään viestintä- ja vuorovaikutustilanteiden välttämistä. Hänen mukaansa psykiatrien tulisi tarkastella siihen aikaan vallalla olleen unien tulkitsemisen ohella myös sairastuneiden ihmisten interpersonaalista viestintää ja ihmissuhteita. Näihin asioihin onkin ainakin psykiatrian, psykologian ja sosiaalitieteiden alalla kiinnitetty myöhemmin huomiota. Kyseistä tutkimusta esitellään puheviestintää ja skitsofreniaa käsittelevässä luvussa 2.3.

2.2.2 Varhaisia näkemyksiä perheviestinnän ja skitsofrenian yhteyksistä

Lidz, Fleck & Cornelison (1965, 149 - 150) ovat yhteistyössä muun muassa suomalaisen Yrjö Alasen kanssa luoneet klassista systeemiteoreettista mallia skitsofreniasta ja perheen vuorovaikutusmekanismeista. He esittävät teorian skitsofreniaa sairastavan perheen häiriintyneestä

viestinnästä. Teorian mukaan perheen jäsenet ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa toistensa kanssa, jolloin sen jäsenten käyttäytyminen aiheuttaa reaktioita ja vastareaktioita perheen muissa jäsenissä. Näin vuorovaikutus luo yhteisen, jaetun ympäristön ja todellisuuden, joka on tärkeämpää kuin mitkään perheen jäsenten yksilölliset piirteet. Tähän vuorovaikutukselliseen ympäristöön tuovat sen jäsenet oman historiansa ja aikaisemman vuorovaikutuksensa muiden, perheen ulkopuolisten ihmisten kanssa.

Viestinnän kannalta erityisen kiinnostavaa teoriassa on näkemys siitä, että skitsofreniaa sairastavan perhe olisi epäonnistunut opettamaan lapselle vallitsevan kulttuurin viestinnälliset työkalut ja tekniikat. Lidzin et al. (1965, 372 - 375) mukaan lapsi rakentaa kielen ja viestinnän ymmärryksen perusteet perheen sisällä. Hän oppii viestinnän tarkoituksen ja merkityksen sekä mahdollisen ristiriidan sanotun ja tarkoitetun välillä. Lapsi oppii myös sen, että viestintää voidaan käyttää valheen ja fantasian välineenä tai työkaluna itsestään selvien totuuksien peittelyssä. Tutkijoiden mukaan skitsofreniaa sairastavien perheessä käytetään häiriintyneen epämääräistä kieltä, jossa sanallinen ja sanaton viestintä eivät ole synkroniassa. Lidz ja kumppanit viittaavat koeoloissa järjestettyihin perheen keskusteluihin, joissa viestinnän on havaittu olevan epämääräistä ja epäjohdonmukaista, keskittyminen aiheeseen on ollut vaikeaa ja puheenvuorojen vaihtumisessa on ollut ongelmia. Tällaiset tutkimukset herättävät kuitenkin kysymyksen siitä, ovatko ongelmat perheviestinnässä kuitenkin enemmän seuraus kuin syy perheenjäsenen sairastumisesta. Sairastuminen ei voi olla aiheuttamatta stressiä ja väsymystä muissa perheenjäsenissä, millä varmasti on seurauksia myös perheen keskinäiselle viestinnälle. Myöhemmin esitellyissä uudemmissa tutkimuksissa ollaan onneksi otettu huomioon myös tällainen mahdollisuus.

Lidz ja kumppanit (1965, 136-145) esittävät kuitenkin erityisen teorian skitsofreniaa sairastavien lasten vanhempien häiriintyneestä keskinäisestä suhteesta. Heidän mukaansa vanhempien suhde on usein joko skismaattinen (schism) eli jakautunut, jolloin perheessä vallitsee suuri jännitystila ja epäsuhta, joka jakaa perheen toisilleen vihamielisiin leireihin. Suhde voi olla myös vinoutunut (skew), jolloin toinen osapuoli vanhemmista hallitsee epäsuhdasti koko perheympäristöä toisen ollessa passiivisempi.

Myös Stierlin, Wynne ja Wirsching (1983) ovat tarkastelleet toimittamassaan teoksessa skitsofrenian ja perheen yhtälöä. Goldsteinin (1983, 5, 13) mukaan perheen vuorovaikutusympäristö on oleellinen skitsofrenian syntymekanismien lisäksi myös taudin myöhemmälle kehitykselle. Hän näki skitsofreniaa sairastavan perheen vuorovaikutuksen tarkastelun erittäin tärkeäksi 1980 -luvulla, kun potilaita alettiin siirtää laitoshoidosta yhä enemmän avohoidon piiriin ja suurin osa potilaista

asui sairaalassaoloajan jälkeen kotona. Perheen viestinnän merkitystä taudin kehitykselle on mitattu useimmiten potilaan psykoosin uusiutumisella ja niin kutsutulla Expressed Emotion -käsitteellä (EE), jolla on mitattu perheiden tunneilmapiiriä. EE:n käsitettä tarkastellaan myöhemmin tarkemmin.

Suomessa kansainvälisestikin tunnettua tutkimusta skitsofreniaa sairastavien perheympäristöistä on tehnyt Yrjö Alanen. Hän pohjaa ajatuksiaan jo aiemmin mainitsemieni Lidzin ja kumppaneiden (1965) käsityksille skitsofreenikoiden perhesuhteista. Hän jakaa skitsofreenikoiden perheiden vuorovaikutustyyliä kaottisiin ja rigideihin. Kaottisille perheille on ominaista hajanaisuus ja jatkuvuuden puute, kun taas rigideissä perheissä vuorovaikutus on erittäin köyhää ja rajoittunutta. (Alanen 1970, 33.) Lidzin et al. (1956) ja Alasen (1970) mukaisia mustavalkoisia näkemyksiä skitsofreniaa sairastavien perhesuhteista ei kuitenkaan näy enää nykytutkimuksessa. Tällaiset tutkimukset ovat kuitenkin osaltaan kiinnittäneet huomion vuorovaikutuksen ja viestinnän kysymyksiin skitsofreniaa tarkasteltaessa.

2.2.3 Gregory Batesonin kaksoissidosteoria

Vuonna 1956 Gregory Bateson, Don Jackson, Jay Haley ja John Weakland julkaisivat historiallisen artikkelin *Toward a Theory of Schizophrenia*, jossa he esittelivät niin kutsutun kaksoissidoksen (double bind). Teoria käsittelee pääasiassa skitsofrenian syntymekanismia, mutta on kiinnostava myös taudin kehityksen kannalta. Tutkijoiden teoria skitsofreniasta pohjautuu viestinnän analysoinnille ja erityisesti perheviestinnän aiheuttamien viestinnällisten tilanteiden seurauksille.

Teorian lähtökohtana on teoria viestinnästä, jonka mukaan viestinnässä liikutaan abstraktion eri tasoilla, jolloin tietty käsiteluokka ei voi olla itsensä osa. Kaksoissidos syntyy kahden tai useamman ihmisen keskustellessa perheessä. Tapahtuman täytyy myös olla toistuva. Kaksoissidos syntyy, kun lapselle suunnatut viestit perheessä eivät ole yksiselitteisiä vaan paradoksaalisia. Tällaisessa tilanteessa lapsi joutuu tilanteeseen, jossa hänen valintansa tulkita viesti tietyllä tavalla automaattisesti kumoaa viestin muunlaisen ymmärtämisen. Lapsi ei voi myöskään paeta tilannetta ja välttää valinnan tekemistä. Tällaisten viestintäkaavojen toistuessa lapsi oppii hahmottamaan todellisuutta kaksoissidosten kautta, jolloin mikä tahansa ärsyke on omiaan aiheuttamaan paniikin tai raivon.

Kaksoissidostilanteessa siis viestitään samanaikaisesti kahta viestiä, joko sanallisen epäloogisuuden tai sanallisen ja sanattoman viestinnän yhteensopimattomuuden takia. Tällainen tilanne syntyy esimerkiksi silloin, kun äiti alkaa tuntea ärtymystä lastaan kohtaan ja sanoo: ”Mene nukkumaan, olet väsynyt ja haluan, että saat yöunesi”. Oikeasti äiti kuitenkin tarkoittaa: ”Häivy silmistäni, en jaksa katsella sinua!”, joka näkyy myös hänen nonverbaalisesta viestinnästään. Tällaisessa tilanteessa lapsi joutuu tilanteeseen, jossa hän ei voi voittaa. Lapsen valitessa ymmärtää äidin perimmäinen, sanaton viesti tarkoittasi se silloin äidin hylkäämistä ja torjuntaa, jolloin siis viestin oikeasta ymmärryksestä ikään kuin rangaistaisiin. Myös jos lapsi päättää ymmärtää äidin viestin kirjaimellisesti, säilyttäen tunteen äidin rakkaudesta ja huolesta, tarkoittaa se silloin, että lapsen on torjuttava itsensä ja oma fyysinen tunteensa väsymyksestä. Useimmiten lapsi valitsee jälkimmäisen vaihtoehdon tukeakseen äitiään petoksessa, jolloin hän torjuu sekä oman todellisen tuntemuksensa väsymyksestä ja viestin todellisen merkityksen. On siis syntynyt kaksoissidos. (Bateson et al. 1956, 253 - 254, 257 - 258.)

Teoriaa voisi kuitenkin kritisoida huomauttamalla, että ihmisten viestintä on usein ristiriitaista ja saattaa sisältää samanaikaisesti useita viestejä. Näkemystä kaksoissidoksista skitsofrenian syynä uskottavammalta kuulostaa niiden ongelmallisuus jo sairastuneille. Batesonin ja kumppaneiden (1956, 255) mukaan kaksoissidos aiheuttaa aikuisilla skitsofreenikoilla vaikeuksia ymmärtää vertauskuvallista kieltä. Tutkijoiden mukaan skitsofreniaa sairastavien raiteiltaan suistuva puhe ja kaikenlainen viestintä, jossa sairastuneen persoonallisuus ja ympäröivä todellisuus muuttuvat, ovat keinoja välttää vertauskuvallisen kielen aiheuttama kaksoissidos. Esimerkiksi vertauskuvan sisältävä viesti, joka oikein ymmärrettynä sisältää syytöksen, aiheuttaa sairastuneella kummallista puhetta. Outo puhe onkin yritys tehdä vastaanotetun viestin vertauskuvasta entistäkin fantastisempi, jolloin skitsofreenikon tarkoituksena on sivuuttaa viestin vertauskuvallinen merkitys eli syytös.

Parhaimmillaan kaksoissidos -teorian avulla voidaan siis paikantaa ja selittää skitsofreniaa sairastavan viestinnän ongelmia. Batesonin et al. (1956, 255 - 256) mukaan skitsofreenikon metaviestinnällinen, viestinnästä viestimisen, systeemi on siis hajonnut, jolloin sairastunut ei ymmärrä viestien laatua eli sitä, millaisia viestejä ne ovat. Skitsofreenikolla on siis kaksi mahdollisuutta. Hän voi joko epäillä kaikkien viestien todellisia vaikuttamia ja etsiä alituisesti taka-ajatuksia, koska ei pysty ymmärtämään nonverbaalista viestintää, kielikuvia ja kontekstia. Toinen vaihtoehto hänellä on ymmärtää kaikki viestit kirjaimellisesti ja lopettaa yrittämästä ymmärtää sanattoman viestinnän tai kontekstin ristiriitaisuutta. Hän saattaa esimerkiksi pitää kaikkia viestejä yhtä tarkoituksettomina ja nauraa sellaisille sanattomille tai muille viesteille joita hän ei ymmärrä.

2.3 Skitsofrenia ja puheviestintä

2.3.1 Teoreettisia näkökulmia skitsofreniaa sairastavien viestintään

Skitsofreniaa sairastavien puheviestinnän häiriöitä on teoretisoitu eri tavoin. Ensiksi lienee hyödyllistä havainnollistaa sairauden viestintään vaikuttavia piirteitä muutamien esimerkein. Christopher Firth (1997) antaa artikkelissaan kattavan kuvauksen skitsofrenian viestintään vaikuttavista oireista. Hän antaa hyvät esimerkit hajanaisesta ja köyhtyneestä viestinnästä, joita lainaan seuraavassa. Lainaukset ovat englanniksi, sillä niiden suomentaminen olisi vaikeaa ja harhaanjohtavaa.

Esimerkki 1 antaa hyvän kuvan epäloogisesta ja hajanaisesta puheesta, jossa sanojen välillä ei ole kunnollista yhtenäisyyttä. Esimerkki 2 taas kuvaa köyhtynyttä puhetta, jossa potilas vastailee kysymyksiin niukasti, eikä kertaakaan vapaaehtoisesti anna uutta informaatiota tai laajenna vastauksiaan.

Esimerkki 1. (Wykes & Leff 1982, Firthin 1997, 10 mukaan)

”Where did all this start could it possibly have started the possibility operates some of the time having the same decision as you and possibility that I must now reflect or wash out any doubts that that’s bothering me and one instant what’s bothering me an awful lot in my wisdom....”

Esimerkki 2. (Firth 1992, Firthin 1997, 11 mukaan)

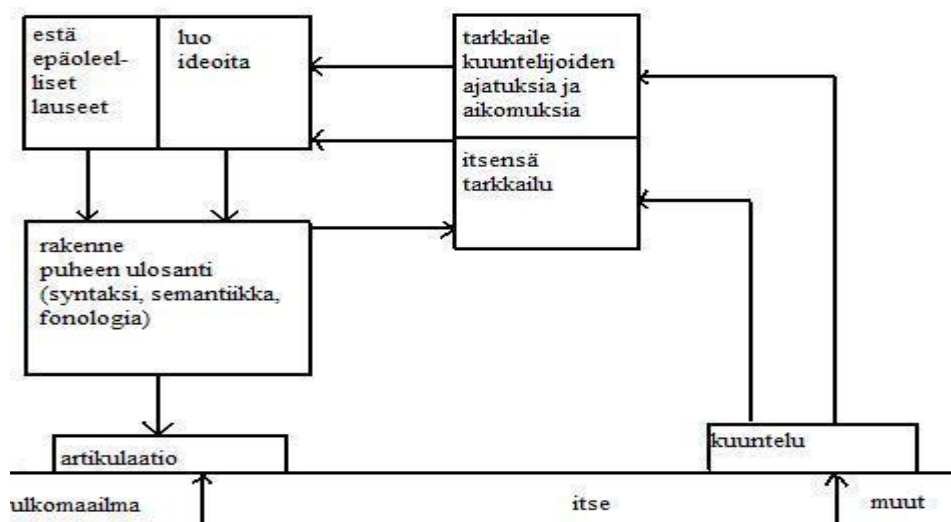
“ E: How’re you doing generally at the moment, Mr D?
 D: All right.
 E: You’re OK. How’re ...How’ve you been feeling in your spirits this past week?
 D: Not so bad.
 E: You’re feeling all right. Do you have any spells of feeling sad or miserable?
 D: No.....”

Firthin (1997, 12 - 13) mukaan skitsofreenisen puheen taustalla on ongelma erityisesti viestinnässä eikä niinkään puheessa ja kielessä. Hänen mukaansa ei tule etsiä poikkeavuuksia kielenkäytön eri tasoilta, joissa vallitsevat säännöt ja vastaavuudet, vaan viestinnästä, joka ei ole kasa sääntöjä ja kaavoja, vaan prosessi. Tässä prosessissa kaksi henkilöä vaihtavat tietoa ja uskomuksia mieltensä välillä. Hän viittaa tutkimuksiin, joiden mukaan skitsofrenian puheessa ilmenevät ongelmat voidaan paikantaa kielen ylemmille tasoille. Häiriöt syntaksissa, semantiikassa ja muissa alemman tason toiminnoissa johtuvat siis ensisijaisesti ylempien tasojen häiriintyneisyydestä. Tärkeää olisi siis

löytää ne kielen ylemmän tason ongelmat, jotka vaikeuttavat skitsofreniasta kärsivän viestintää. Ongelma ei siis ole kielessä itsessään vaan sen käytössä viestiessä muiden kanssa.

Firthin (1997, 12 - 13) näkemyksen mukaan ongelmia viestinnässä aiheuttaa erityisesti skitsofreniaa sairastavan vaikeus tehdä päätelmiä vuorovaikutuksen toisen osapuolen ajatuksista ja aikoimuksista ja siten ohjata ja suunnitella omaa viestintäänsä. Skitsofrenian oireet näkyvät hänen mukaansa siis ensisijaisesti viestinnässä. Esimerkiksi suunnitelmien kehittämisen vaikeus näkyy hänen mukaansa puheen köyhyytenä ja suunnitelmien kontrolloinnin vaikeus taas hajanaisena puheena. Viestinnän kannalta oleellisen itsensä tarkkailun häiriintyminen ilmenee erilaisina hallusinaatioina ja toisten tarkkailun ongelmat erilaisina harhaluuloina. Prosessi, jolle siis Firthin mukaan inhimillinen viestintä rakentuu, on myös skitsofrenian kaikkien oireiden taustalla. Skitsofrenian oireet ovat hänen mukaansa ennen kaikkea viestinnän ongelmia. Kuten skitsofrenian ja viestinnän klassisia teorioita käsittelevässä luvussa Ruescin (1968) näkemystä, voitaisiin myös Firthin (1997) teoriaa lähestyä sosiaalisten konstruktioiden valossa. Kun sairastuneen vuorovaikutuksen ja viestinnän prosessi on häiriintynyt, muuttuu myös hänen sisäinen kokemusmaailmansa.

Alla on vapaasti suomennettuna Firthin (1997) näkemys viestinnästä prosessina (kaavio 1). Mallin mukaan viestijän on samanaikaisesti kehitettävä ideoita ja valittava niistä ne, jotka hän haluaa jakaa muiden kanssa. Ideoiden ulosannin suunnittelussa viestijän on kuitenkin otettava huomioon kuuntelijoiden tietämys ja kokemukset. Viestijän on lisäksi monitoroitava omaa puhettaan ja korjattava siinä mahdollisesti esiintyvät virheet.



Kaavio 1. Viestinnän prosessi (Firth 1997, 12.)

Edellisen sivun Firthin mallin näkökulma on kuitenkin hyvin subjektiivinen. Mallissa tuntuu myös olevan unohdettu viestinnän vastavuoroinen luonne, ja se tuntuu kuvaavan enemmänkin puheen pitämistä hiljaisille kuuntelijoille. Muiden viestien ja vastausten ymmärrystä ei ole korostettu muuten kuin jonkinlaisen ulkomaailman ja muiden kuuntelun käsitteellä. Mallin mukaan häiriintynyt viestintä on siis seurausta häiriintyneestä ajattelu- ja havaintokyvystä. Malli voisi muistuttaa enemmän kehää, jossa myös häiriintynyt viestintä muuttaa sairastuneen havaitsemista ja ajattelua. Kuten Firth (1997) asian ilmaisee, voidaan skitsofreenisen henkilön viestinnän häiriöistä päätellä hänen kaikki oireensa.

Firthin (1997) mallia viestinnästä prosessina voisi verrata interpersonaalisen viestinnän taitojen näkökulmaan. Viestintätaitojen näkökulmasta viestinnällä on aina jokin tavoite. Mitä paremmat viestintätaidot henkilöllä on, sitä vähemmällä vaivalla, ajan käytöllä ja resursseilla hän pääsee tavoitteeseensa. Taitava viestijä on myös herkkä oman toimintansa aiheuttamille seurauksille ja osaa muokata omaa viestintäänsä tämän informaation valossa (Spitzbergh & Cupach 2002, 579). Firthin (1997) mallissa skitsofrenian voisi siis katsoa heikentävän nimenomaan viestintätaitoja. Mallissa viestinnän tavoitteiden ja suunnitelmien kehittäminen ja niiden käytännön toteutus on vaikeutunut. Tähän vaikuttavat sairastuneen vaikeus havainnoida ja tulkita omaa toimintaansa ja ympäristön antamaa palautetta korrektisti.

Viestintä vaatii siis tiettyjä taitoja ollakseen tehokasta ja tarkoituksen mukaista. Hargien ja Dicksonin (2004, 34, 37 - 40) esittelemä viestinnän taitonäkökulma muistuttaa Firthin (1997, 12) näkemystä viestinnän prosessista. Kuten Firthin mallissa esitetään, osaa normaalit viestintätaidot hallitseva henkilö luoda viestinnässään eritasoisia päämääriä ja alatavoitteita. Päämäärät voivat olla itsessään tavoittelemisen arvoisia tai olla osana jonkin suuremman tavoitteen saavuttamisessa. Tavoitteet voivat olla myös tietoisia ja ilmeisiä tai implisiittisiä ja tiedostamattomia. Tavoitteiden saavuttamiseksi tarvitaan siis erilaisia viestinnän taitoja. Nämä taidot käsittävät monia kognitiivisia prosesseja, kuten valintojen tekemistä ja tehdyissä valinnoissa pitäytymistä. Firthin mallissa valinnat koskevat muun muassa puheen rakennetta ja artikulaatiota. Kuten Firthin mallissa, on myös viestintätaitojen näkökulmasta viestinnän tavoitteiden saavuttamisprosessissa tärkeää osata mukauttaa omaa viestintäänsä ympäristön ja itsensä tarkkailun seurauksena. Ympäristöä tarkkailemalla saadaan esimerkiksi muiden tavoittelemista päämääristä tietoa, jota vuorostaan voidaan käyttää hyväksi omien viestinnällisten suunnitelmien tekemisessä.

Skitsofreniaa sairastavan viestintää ulkomaailman kanssa voitaisiin verrata myös kahden eri kulttuurin edustajan viestintään. Voisi ajatella, että sairastunut viestii hyvin erilaisesta kulttuurista

käsin, jossa niin verbaalisilla kuin nonverbaalisillakin viesteillä on toisenlainen merkitys. Vieraiden ja eksoottisten kulttuurien tutkimisessa on kielen ja viestinnän tarkastelua pidetty keinona kulttuurin ymmärtämiseksi. Esimerkiksi Amerikan intiaanien kulttuureita tutkittaessa on havaittu, että jopa meille itsestään selvät viestinnän rakennuspalikat, kuten sanat ja lauseet, eivät rakenna kieltä tavalla, johon olemme tottuneet (Streeck 2002, 309). Jos siis kieli kuvastaa tapaamme hahmottaa todellisuutta, voisi ajatella, että intiaanien perustavanlaatuisesti toisenlainen kielen käyttö on osoituksena erilailla havaitusta maailmasta. Samalla tavalla voisi ajatella skitsofreniaa sairastavan viestinnän kuvaavan sitä todellisuutta, jossa hän elää. Häiriintynyt viestintä saattaa siis ”terveiden kulttuurista” käsin kuulostaa täysin merkityksettömältä, mutta sairastuneen kulttuurissa sen tarkoitusperät ja merkitys ovat aivan yhtä loogisia kuin oman kieleemme merkitys omassa kulttuurissamme. Skitsofreniaa sairastava siis epäonnistuu vallitsevan kontekstin ja kulttuurin huomioonottamisessa omassa viestinnässään.

Kaiken kaikkiaan monet kulttuurien välisen viestinnän tutkimuksessa käytetyt viestinnän teorit voisivat olla sovellettavissa myös skitsofreniaa sairastavan ja psykoottisen henkilön viestinnän tarkasteluun. Esimerkiksi CMM -teoria, epävarmuuden vähentämisen teoria ja sosiaalisen läpäisyn teoria, joita yleisesti käytetään kulttuurien välisen viestinnän tutkimuksessa (ks. esim. Gudykunst 2005), voisivat olla käyttökelpoisia myös skitsofreniaa sairastavien viestinnän ongelmien tarkastelussa. CMM -teoriaa käsitellään lyhyesti seuraavassa ja sosiaalisen läpäisyn ja epävarmuuden vähentämisen teoriaa perheen ulkopuolella tapahtuvaa interpersonaalista viestintää käsittelevässä osiossa 2.3.3.

Cronen, Pearcen ja Harrisin (1982) kehittämää The Coordinated Management of Meaning -teoriaa (CMM) on käytetty kulttuurien välisen viestinnän tutkimuksen lisäksi myös terapeuttisiin tarkoituksiin. Mallin avulla voidaan tarkastella vuorovaikutuksen eri osapuolten kulttuurin, tarkoitettiinpa sillä mitä hyvänsä, asettamien normien näkymistä viestinnässä. Teoria ei kuitenkaan keskity vain viestien tuottamiseen, vaan sen näkökulma on vuorovaikutuksellisempi. Teoria on omiaan tarkastelemaan tilannetta, joka syntyy kahden viestinnällisen sääntöjärjestelmän kohdatessa. Tällaisessa tilanteessa ihmisillä on sääntöjä, jotka määrittelevät miten viestit ja teot tulisi tilanteessa tulkita (definition rules) ja miten näihin viesteihin ja teoihin tulisi vastata ja reagoida (behavior rules). (Infante, Rancer & Womack 1990, 76 - 77.)

Terveen ja psykoottisen tai skitsofreniaa sairastavan henkilön kohtaamista voisi ajatella siis CMM-teorian termin. Kaksi ihmistä, joilla ei ole käsitystä toistensa kulttuurien määritelmä- ja käyttäytymissäännöistä, kohtaavat. Vaikka henkilöillä olisi jollekin toiminnolle tai viestille sama

määritelmä, saattaa heillä olla erilainen käsitys siitä kuinka siihen tulisi reagoida, mikä taas aiheuttaa väärinymmärrysten noidan kehän.

CMM -teoriaa on käytetty terapian apuna esimerkiksi perheissä, joissa esiintyy perheväkivaltaa. Teorian avulla terapeutti voi analysoida viestinnän ongelmien syitä ja kehittää tapoja päästä ongelmien yli. (Pearce 2005, 46.) Samalla tavalla CMM -teoriaa voitaisiin ehkä käyttää apuna skitsofreniapotilaiden ja heidän läheistensä viestinnän ongelmien paikantamiseen ja niiden yli pääsemiseen.

2.3.2 Tutkimusta skitsofreniaa sairastavien viestinnästä

Firthin (1997) mukaan skitsofreniasta kärsivän viestinnässä on ongelmia pääasiallisesti semantiikan ja erityisesti pragmatiikan alueilla. Kramer, Bryan ja Firth (1998a) ovat artikkelissaan pyrkineet luomaan suuntaviivoja skitsofreniaa sairastavien puheen diskurssianalyttiselle tutkimukselle. Heidän mukaansa esimerkiksi Gricen (1975) viestinnän maksiimit ovat käyttökelpoinen työkalu skitsofreniaa sairastavan kielen tarkastelulle. Maksiimeita on neljä: viestityn tiedon määrä, viestityn tiedon laatu (totuudenmukaisuus), viestin oleellisuus ja viestimisen tapa (Littlejohn 2002, 81). Kramerin et al. (1998a) näkemys skitsofrenian aiheuttamista viestinnän ongelmista on samantapainen kuin Firthin (1997). Ongelmallista viestinnässä on ymmärtää toisen näkökulma, aikomukset ja ajatukset.

Billow, Rossman, Lewis, Goldman ja Raps (1997) ovat myös tutkineet skitsofreniaa sairastavien häiriintyneen viestinnän merkitystä. He viittaavat muun muassa Batesonin ja Sullivanin näkemukseen, jonka mukaan skitsofreniaa sairastavat käyttävät kieltä tarkoituksella väärin päästäkseen interpersonaalisiin tavoitteisiin, kuten suojautuakseen tuskalliselta tiedolta. Psykoanalyttisen koulukunnan mukaan taas skitsofreniaa sairastavien häiriintynyt puhe on seurausta viestintää säätelevän tason epäonnistumisesta. Viestinnän ensisijainen prosessi sisältää mielikuvia ja fantasiaa, mutta toissijaisen prosessin tarkoitus on muokata tuosta mielikuvitusmaailmasta sosiaalisesti hyväksyttäviä ilmaisuja. Skitsofreniassa tuo toissijainen prosessi ei siis toimi. (Billow et al. 1997, 206 - 207.)

Kiistanalaista on siis se, onko skitsofreniaa sairastavan puhe tarkoituksellisesti kummallista vai tahdottoman kieltä muokkaavan prosessin pettämisen seurausta. Billow'n ja kumppaneiden (1997, 213 - 214) tutkimusten mukaan skitsofreniaa sairastavilla tuon ensimmäisen tason prosessin

mahdollistama kuvaavan kielen käytön ja ymmärryksen kyky säilyy, vaikka viestintä olisi muuten köyhää ja niukkaa. Myös näkemystä viestinnän säätelyn ja rajoittamisen ongelmista voitaisiin rinnastaa Firthin (1997) kaavioon. Tällaisen näkemyksen mukaan ongelmana on viestinnän ulosannin muokkaaminen siten, että vuorovaikutus muiden viestijöiden kanssa olisi mahdollista. Ongelmana skitsofreniassa on siis nimenomaan oman sisäisen kokemusmaailman jakaminen muiden kanssa vuorovaikutuksessa.

Kramer, Bryan ja Firth (1998b, 202-206) ovat tutkineet skitsofreniaa sairastavien kummallista ja hajanaista puhetta sekä epäloogista kertomistyyliä (confabulation). Heidän mukaansa tällaisessa kummallisessa puheessa oikeat, aikaisemmat muistot sekoittuvat ajallisesti ja nykyhetken kanssa, tai potilas kehittää vääriä muistoja ja käyttäytyy kuin ne olisivat totta. Tutkijat tarkastelivat tällaisen kummallisen puheen esiintymistä potilaiden kertoessa tarinaa. Tarinankerrontaa arvioitiin aiemmin esittelemieni Gricen (1975) maksimien avulla. Potilaiden tarinankerronnassa silmiinpistävää oli kontekstuaalisuuden katoaminen. Potilaat eivät siis ottaneet huomioon tarinankerronnassaan puhujan ja kuuntelijan jakamaa todellisuutta. Jakamaamme todellisuuteen kuuluvaa tarinan etenemisen normia ei myöskään noudatettu, mikä teki tarinan ymmärtämisestä vaikeaa. Se ei siis noudattanut tuntemiamme ”sääntöjä” tarinoiden kulusta. Kummallinen kerrontatyyli voi tutkijoiden mukaan olla seurausta skitsofreniaa sairastavien yleisestä vaikeudesta ottaa toisen ihmisen näkökulmaa huomioon viestinnässään.

Myös Kramerin et al. (1998b) havaintoa voidaan verrata Firthin (1997) kaavioon, jossa viestin suunnittelussa oleellista on muiden ihmisten tarkkailu ja huomioon ottaminen. Ongelma skitsofreniaa sairastavan viestinnässä olisi siis myös Kramerin ja kumppaneiden mukaan tällä tasolla. Viestinnän ongelma näyttäisi siis taas kerran olevan vuorovaikutuksessa ja interpersonaalisisa viestinnässä, eikä pelkässä puheessa ja artikulaatiossa. Sairastuneiden kyky luoda ja rakentaa todellisuutta vuorovaikutuksessa toisten ihmisten kanssa näyttäisi siis heikentyneen.

Meilijson, Kosher ja Elizur (2004) ovat myös tarkastelleet skitsofreniasta kärsivien viestintää pragmaattisella tasolla. He tutkivat viestintää diskurssianalyysin keinoin videoimalla skitsofreniaa sairastavien vuorovaikutustilanteita tuttujen ja tuntemattomien kanssa. Videoinnin avulla he pystyivät tarkastelemaan myös nonverbaalista viestintää. Tulosten mukaan dyadin toisen osapuolen viestinnällä oli vaikutusta sairastuneen viestintään. Kun keskustelukumppani oli tuntematon, esiintyi sairastuneella enemmän tarkoituksen mukaista nonverbaalista viestintää liittyen fyysisen kontaktin ottoon ja etäisyyden säilyttämiseen. Toisaalta taas tuntemattoman kanssa keskusteltaessa

oli sairastuneiden vaikeampi ottaa puheenvuoroja ja osallistua keskusteluun ja pysyä aiheessa. Tutkijoiden mukaan on mahdollista, että tuttu ja turvallinen keskustelukumppani kannustaa puheenvuorojen ottoon ja osallistumiseen. (Meilijson et al. 2004, 705 - 710.)

Mielen sairauksia, mukaan lukien skitsofreniaa, on tarkasteltu myös puhtaasti nonverbaalisen viestinnän näkökulmasta. Thirumalai (2007) pohtii artikkelissaan sitä, mitä tapahtuu nonverbaaliselle viestinnälle verbaalisen viestinnän häiriintyessä. Lapsi oppii ennen puhumista viestimään sanattomasti ja myös kaikilla eläinlajeilla on jonkinlaista nonverbaalista viestintää. Skitsofreniaa sairastaville on Thirumalain (2007, 1 - 7) mukaan tärkeää säilyttää tarpeeksi suuri henkilökohtainen tila. Sairastunut siis pakenee heti, jos hänen henkilökohtaista tilaansa loukataan. Myös katsekontaktin välttäminen liittyy Thirumalain mukaan eräänlaiseen oman tilan säilyttämiseen ja pakenemisen tapaan. Sairastunut ei myöskään osaa käyttää katsetta tai kosketusta itsensä ja tunteidensa ilmaisemisen apuna, vaikka ymmärtää niiden nonverbaalisen viestin ja tarkoituksen sekä osaa reagoida niihin. Henkilökohtaisen tilan pieneneminen ja katsekontaktin lisääntyminen ovat usein myös merkkejä sairauden hellittämisestä ja potilaan toipumisesta. Katsekontaktin erityisen suuri välttely taas saattaa kertoa pahenevista oireista ja ahdistuksesta.

Kasvojen ilmeiden yhteys muuhun viestintään on skitsofreniaa sairastavilla usein heikko. Tunteiden ilmaisulla ei myöskään ole niin selkeää viestinnällistä funktiota kuin normaalisti. Kasvojen ilmeet saattavat viestiä vain biologisista tarpeista, kuten kivun aiheuttama ilme. Esimerkiksi onnellisuuden viestiminen on usein vain ja ainoastaan sanallista. Skitsofreniaa sairastavilla on vaikeuksia myös ilmaista kasvoillaan sosiaalisen funktion sisältäviä tunteita, kuten hyväksymistä tai sarkasmia. Thirumalain mukaan mielen häiriöitä sairastavien on myös vaikeampi säädellä nonverbaalista viestintäänsä, esimerkiksi peittääkseen tunteensa, kuin terveiden. Liikehdintä saattaa skitsofreniassa olla joko täysin olematonta tai suorastaan hyperaktiivista. Sairastunut myös usein epäonnistuu käyttämään eleitä sanallisen viestinnän tukena. Erilaisten sairauden aiheuttamien kouristuksenomaisten eleiden on arveltu viestivän tarpeista. (Thirumalai 2007, 7 - 9.)

Nonverbaalisen viestinnän häiriintymisellä täytyy olla dramaattisia vaikutuksia henkilön viestinnän onnistumiseen ja sosiaalisissa tilanteissa pärjäämiseen. Burgoon & Hoobler (2002, 241 - 242) viittaavat tutkimuksiin, joiden mukaan taidokas nonverbaalinen viestintä ja myös kyky lukea muiden nonverbaalista viestintää ovat hyviä ennusteita sille, kuinka suosittu henkilö on. Myös ihmisen psykososiaalinen hyvinvointi ja se, kuinka viehättävänä häntä pidetään, on havaittu olevan suorassa yhteydessä nonverbaalisen viestinnän taitoihin. Nonverbaalisen viestinnän taidot helpottavat myös ihmisiä saamaan viestinsä perille ja vaikuttamaan muihin.

Nonverbaalinen viestintä on oleellisessa asemassa ihmissuhteiden muodostuksessa myös siksi, että se vaikuttaa siihen, millaisen vaikutelman tapaamastamme ihmisestä saamme. Nonverbaaliset viestit toimivat ensimmäisinä vihjeinä siitä, kuka tapaamamme henkilö on. Ihmiset tekevät nopeasti päätelmiä toistensa ominaisuuksista ja persoonallisuudesta nonverbaalisen viestinnän perusteella. Vaikka päätelmät ovat usein stereotyyppisiä ja jopa valheellisia, säilyvät ne pitkään värittäen mielikuviamme henkilöstä. Nonverbaaliset vihjeet toimivat myös interpersonaalisten odotusten muodostajina ja määrittävät pitkälti sitä, millaisia odotuksia viestinnän osapuolilla syntyy viestinnän jatkumisesta ja myöhemmästä kanssakäymisestä. (Burgoon & Hoobler 2002, 262.) Nonverbaalinen viestintä on siis ikään kuin interpersonaalisten suhteiden ja viestinnän ytimessä. Se muodostaa verbaalille viestinnälle perustan, jolle interpersonaalinen suhde voi rakentua. Nonverbaalinen viestintä on myös tärkeässä roolissa luodessa sanoille ja ilmaisulle merkityksiä ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa. Nonverbaalisessa viestinnässä piilee usein avain verbaalisen viestinnän merkityksen ymmärtämiselle. Jos siis joko kyky ymmärtää sanatonta viestintää tai käyttää sitä itsensä ilmaisun apuna on häiriintynyt, ovat lähtökohdat viestinnälle huonot.

2.3.3 Skitsofrenia ja interpersonaalinen viestintä perheen ulkopuolella

Tässä tutkielmassa interpersonaalista viestintää käsitellään pääosin perheviestinnän näkökulmasta. Interpersonaalisen viestinnän ja skitsofrenian yhteyksiä on kirjallisuudessa nimittäin tarkasteltu miltei yksin omaa perheen jäsenten välisen vuorovaikutuksen näkökulmasta. Seuraavassa kuitenkin hieman yleisempi katsaus skitsofrenian seurauksista interpersonaalille viestinnälle.

Nisenson, Berenbaum ja Good (2001, 111) lähtivät tutkimaan skitsofreniaa sairastavien interpersonaalisten suhteiden muodostusta kiinnostavalla tavalla. Heidän kolme tutkimusavustajaansa muodostivat kahden viikon pituisen interpersonaalisen suhteen skitsofreniaa sairastaviin potilaisiin. Vuorovaikutustilanteita videoitiin ja assistenttien tuntemuksia kirjattiin ylös. Tutkimuksen taustalla oli oletus, että vuorovaikutuksessa sairastuneen kanssa sen kummatkin osapuolet tuovat jotakin viestintään ja myötävaikuttavat mahdollisen negatiivisen vuorovaikutuskehän syntymiseen.

Tämän ainutlaatuisen tutkimuksen (Nisenson et al. 2001, 120) tarkoituksena oli myös osoittaa potilaiden viestinnässä tekijöitä, jotka tekivät vuorovaikutuksesta assistenttien mielestä miellyttävämpää. Lisäksi videoitu materiaali antoi tutkijoille mahdollisuuden tehdä suoria havaintoja vuorovaikutuksesta. Tulosten mukaan miellyttäväksi koetuille potilaille esimerkiksi

hymyiltiin enemmän ja puhuttiin positiivisempaan sävyyn. Tulokset viittaavat kuitenkin siihen, että vuorovaikutuksen lopputulokseen vaikuttivat sen kummatkin osapuolet. Tutkijoiden mukaan täytyisikin kiinnittää enemmän huomiota siihen vuorovaikutusprosessiin, johon vaikuttavat niin potilas kuin hänen kanssaan viestivät. He kritisoivat esimerkiksi Expressed Emotion -käsitettä siitä, että se kiinnittää liikaa huomiota vain potilaan läheisten vuorovaikutukseen. Expressed Emotion -käsitettä tarkastellaan luvussa 2.5.

Tärkeimpiä löydöksiä tutkimuksessa oli havainto siitä, että vuorovaikutuksella oli taipumus muuttua sävyltään negatiivisemmaksi ajan kuluessa. Tutkijat esittävät useita vaihtoehtoja syyksi tällaiselle kehityskululle. Yksi mahdollisuus on, että vuorovaikutus vain yksinkertaisesti muuttuu ajan kanssa, kun sen osapuolten persoonat alkavat näkyä yhä voimakkaammin. Syynä voi myös olla etteivät osapuolet jaksa enää olla kärsivällisiä ja siedä toistensa ärsyttäviä piirteitä, jolloin vuorovaikutus alkaa muuttua negatiivisemmaksi. Tulosten mukaan potilaiden puheen kummallisuus tai epämiellyttävä sisältö olivat erityisesti omiaan vaikuttamaan negatiivisesti interpersonaaliseen viestintään. Sen sijaan potilaiden hymyilyn määrällä ei ollut vaikutuksia osapuolten väliseen viestintään. (Nisenson et al. 2001, 122 - 123.)

Skitsofreniaa sairastavien interpersonaalista viestintää olisi Nisensonin et al. (2001, 122 - 123) mukaan tärkeää tutkia erityisesti siksi, että siihen vaikuttavat asiat eivät ole niin yksioikoisia kuin saatetaan olettaa. Tällaisten tutkimusten hyöty voidaan nähdä käytännössä siinä, että ne antavat neuvoja skitsofreniaa sairastavien kanssa vuorovaikutuksessa oleville. Potilaille voidaan myös opettaa interpersonaalisen viestinnän taitoja, jotka helpottavat heidän elämäänsä. Esimerkiksi tieto siitä, että positiivissävytteinen verbaalinen ja nonverbaalinen viestintä edesauttavat positiivisten vuorovaikutuskehien syntymistä, auttaa potilaita ja heidän läheisiään käytännössä viestimään paremmin. Tutkijoiden mukaan jatkossa olisi tärkeää tarkastella vuorovaikutuskehiä pidemmän ajan kuluessa ja myös luonnollisissa olosuhteissa.

Uusien interpersonaalisten suhteiden syntymistä voitaisiin tarkastella esimerkiksi Altmanin ja Taylorin (1973) kehittämän sosiaalisen läpäisyn teorian (social penetration theory) avulla. Teorian mukaan interpersonaaliset suhteet kehittyvät sitä mukaa, kun sen osapuolet jakavat toisilleen yhä enemmän ja enemmän tietoa itsestään. Tapahtuu siis sosiaalista läpäisyä. Suhteen muodostuminen ja sen syveneminen tapahtuu tiettyjen kehitysvaiheiden läpikäynnin kautta. (Littlejohn 2001, 250.) Skitsofreniaa sairastavan interpersonaalisten suhteiden kehityksen ongelmia voitaisiin tarkastella siis myös sosiaalisen läpäisyn teorian avulla. Mallin avulla voitaisiin yrittää paikantaa ne interpersonaalisen suhteen muodostuksen vaiheet, joissa ongelmia esiintyy. Ongelmien paikannus

saattaisi antaa käytännönläheistä tietoa siitä, millaisia viestintätaitoja skitsofreniaa sairastaville kannattaisi opettaa.

Myös epävarmuuden vähentämisen teorian (uncertainty management theory) mukaan interpersonaaliset suhteet kehittyvät tietyissä vaiheissa, joissa jaetun informaation määrä lisääntyy ja muuttuu henkilökohtaisemmaksi. Teorian mukaan toisilleen tuntemattomien henkilöiden kohdatessa tuntevat he epävarmuutta ja ahdistusta, koska eivät osaa ennustaa toistensa käytöstä ja viestintää. Siksi ihmiset pyrkivät vähentämään epämiellyttävää ennustamattomuuden tunnetta viestimällä toistensa kanssa. Näin osapuolet pyrkivät saamaan toisistaan mahdollisimman paljon tietoa, jotta ennustettavuus lisääntyisi ja epävarmuus vähenisi (Gudykunst 2005, 285 - 286).

Skitsofrenian oireisiin lukeutuvaa ahdistuneisuutta voitaisiinkin tarkastella myös epävarmuuden vähentämisen teorian näkökulmasta. Kun viestintätaidot ovat huonontuneet tai viestintäyhteys ympäröivään maailmaan kokonaan katkennut, ei sairastuneella ole keinoja vähentää viestintätilanteiden aiheuttamaa epävarmuutta ja ahdistusta. Myös sairastuneen kanssa viestivät eivät kykene vähentämään epävarmuutta tilanteessa, joka on omiaan aiheuttamaan jännitystä ja pelkoakin. Epävarmuus ja ahdistus eivät siis viestintätilanteissa hälvene, millä saattaa olla kauaskantoisempiakin seurauksia sairastuneen ihmissuhteille ja hyvinvoinnille. Myös skitsofreniaa sairastavan kanssa vuorovaikutuksessa olevat saattavat kokea viestintätilanteet epämiellyttäväiksi juuri siksi, että epävarmuus niissä on niin suurta.

Horan, Subotnik, Snyder & Nuechterlein (2006) ovat tarkastelleet skitsofreniaa sairastavien interpersonaalisia suhteita hieman laajemmassa mittakaavassa. Heidän kiinnostuksen kohteena olivat ensimmäisen psykoosin takia sairaalassa olleiden ja sieltä kotiutettujen potilaiden sosiaalisen verkoston koko ja laatu. Tulosten mukaan verkosto on usein pieni ja koostuu pääosin perheenjäsenistä. Tutkittujen potilaiden lähipiiri oli useimmiten hyvin suljettu ja koostui pääasiassa perheestä ja sukulaisista. Potilailla oli myös hyvin vähän yhteyksiä ulkomaailmaan. Tällainen suljettu lähipiiri ei kuitenkaan edesauta potilaan toipumista. Potilaiden sosiaalisen verkoston koolla oli myös suoria vaikutuksia potilaiden oireisiin. Pieni ja suljettu lähipiiri aiheutti potilailla esimerkiksi enemmän positiivisia oireita. (Horan et al. 2006, 123 - 124.) Vaikka yhä suosituimmassa avohoitomallissa potilaita ei enää eristetä yhteiskunnasta laitoksiin, saattaa elämä avohoidossa olla aivan yhtä eristäytynyttä.

Skitsofreniaa sairastavien perheen ulkopuolinen sosiaalinen verkosto on tärkeä myös siksi, että se vaikuttaa sairastuneen läheisiin perhesuhteisiin. Tutkimusten mukaan perhe ja laajemmat sosiaaliset

verkostot vaikuttavat toinen toisiinsa. Tarpeeksi isolla ja toimivalla sosiaalisella verkostolla on tutkimusten mukaan positiivisia vaikutuksia ainakin vanhempien keskinäiselle vuorovaikutukselle. Vanhempien sosiaalisella verkostolla on positiivinen vaikutus myös yleisemmin perheen toimintaan ja lasten hyvinvointiin. (Schmeeckle & Sprecher 2004, 359 - 361, 365.) Voisi myös ajatella, että sairastuneen aikuisen lapsen sosiaalisella verkostolla on vaikutuksia perhesuhteisiin ja sitä kautta hyvinvointiin ja sairauden kehitykseen. Myönteisten viestintäkokemusten saaminen, niin perheessä kuin sen ulkopuolellakin, vaikuttaisi siis varmasti positiivisesti myös sairastuneen muihin elämänalueisiin.

2.4 Skitsofrenia ja perheviestintä

2.4.1 Viestinnän systeemiteoria tarkastelun lähtökohtana

Aiemmin mainitut skitsofrenian ja viestinnän yhteyksistä ensimmäisiä teorioita muodostaneet Bateson, Wynne ja Lidz edustivat kaikki niin kutsuttua systeemiteoreettista lähestymistapaa viestintään. Häiriintynyttä viestintää tarkasteltaessa systeemiteoreettinen lähestymistapa asetti ensisijaiseksi tarkastelun kohteeksi perheen vuorovaikutuksen (Jacob 1987, 11). Systeemiteorioiden avulla voidaan tarkastella laajempien käsitteiden (esimerkiksi perhe) osien (perheen jäsenet) vuorovaikutusta keskenään.

Systeemi koostuu neljästä tekijästä. Ensimmäinen systeemi koostuu tietyistä elementeistä. Toiseksi systeemi pitää sisällään noiden elementtien ominaisuudet, ja kolmanneksi systeemi koostuu kyseisten elementtien systeemin sisällä tapahtuvasta vuorovaikutuksesta. Neljäs tekijä on ympäristön ja systeemin osien keskinäinen vuorovaikutus, joka muodostaa systeemille sen suuremman viitekehyksen. Systeemit voivat olla myös suljettuja tai avoimia. Suljetulla systeemillä ei ole vuorovaikutusta ympäristön kanssa, mikä johtaa lopulta sen kuolemaan. Avoin systeemi on taas jatkuvassa vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa. (Littlejohn 2001, 36 - 37.)

Perhettä voidaan tarkastella tällaisena avoimena systeeminä. Perhe on systeemi, joka muodostuu elementeistä eli perheenjäsenistä. Kaikilla perheenjäsenillä on omat ominaisuutensa ja piirteensä, ja kaikki perheenjäsenet vaikuttavat toisiinsa. Perhe ja sen jäsenet ovat myös osa laajempaa kulttuurista ja sosiaalista ympäristöä, jonka kanssa se on jatkuvassa vuorovaikutuksessa.

Systeemiteorioita on yleisesti käytetty tutkittaessa erilaisten psyykkisten sairauksien vaikutuksia perheviestintään. Batesonin luotsaaman Palo Alto -ryhmän kehittämä perheviestinnän teoria lähtee inhimillisen viestinnän perusteista eli syntaksista, semantiikasta ja pragmaattisuudesta. Kyseinen teoria löytyy myös kaksoissidosteorian taustalta. Perheessä syntaksi tarkoittaa esimerkiksi sitä, kuka kellekin puhuu ja mitä. Semantiikka tarkoittaa perheessä viestinnällisen eleen tarkoitusta ja tulkintaa. Kolmas peruste, pragmaattisuus, on mallin mukaan skitsofrenian kannalta oleellisin. Sillä viitataan siihen miten viestintä perheessä ilmenee: tapahtuuko se esimerkiksi yhteisen päämäärän hyväksi. Teorian mukaan termit käyttäytyminen ja viestintä ovat systeemisen lähestymistavan mukaisesti synonyymit. Kaikki käyttäytyminen, mikä on teorian kannalta oleellista, on siis viestintää. (Steinglass 1987, 55-56.)

Perheessä esiintyvä psykopatologia, kuten skitsofrenia, on myös siis täysin kuvattavissa viestinnän termin. Patologinen käytös on synonyymi patologiselle viestinnälle. Teorian mukaan mikään yksittäinen viestinnällinen ele ei ole itsessään häiriintynyt, vaan patologisuus ilmenee viestinnän vastavuoroisuudessa ja kaavoissa. Tällaista häiriintyneisyyttä voidaan kuvata esimerkiksi viestinnässä esiintyvän selkeyden tai sekaannuksen avulla (syntaksi, semantiikka). Häiriintyneisyys voi ilmetä myös viestinnän tarkoituksien kautta. Viestinnällä voidaan hyväksyä, torjua tai pahimmassa tapauksessa sivuuttaa (disqualifie) viestinnällinen ele (pragmattisuus). Sivuttaminen on ryhmän kehittämän teorian mukaan hyvin yleistä perheissä, joissa esiintyy joitain psykopatologisia piirteitä. Sivuttaminen tapahtuu keskustelussa aiheen vaihdoilla, ristiriitaisilla viesteillä ja systemaattisella väärinymmärtämisellä. Tällainen viestintä aiheuttaa paradokseja viestinnässä, mikä vuorostaan aiheuttaa psyykkisiä sairauksia. (Steinglass 1987, 57 - 58.) Näkemystä paradoksaalisista viesteistä voisikin verrata Batesonin kaksoissidoksen sisältäviin viesteihin.

Perheviestinnän tutkimusten mukaan perheessä ilmaistujen viestien tulkinnan ja ymmärryksen erot ovatkin useimmiten perheen konfliktien ja ongelmien taustalla. Tulkinta ja ymmärryserot ovat omiaan myös eskaloitumaan ja voimistumaan riidoissa ja konfliktitilanteissa. Kun riita tai konfliktitilanne laajenee, muuttuu myös havaitseminen ja tulkitseminen valikoivammaksi ja liioittelevaksi. (Sillars, Canary & Tafoya, 2004, 427.) Samantapaisen tapahtumaketjun voisi ajatella olevan tutkimuksissa havaitun häiriintyneen skitsofreniaperheiden viestinnän taustalla. Perheenjäsenen sairastuminen aiheuttaa koko perheelle, systeemille, ja sen jäsenille stressiä, jolla on oma seurauksensa perheen viestinnälle. Perheenviestinnän muuttuessa negatiivisemmaksi muuttuu myös perheenjäsenten näkemys todellisuudesta.

Palo Alto -ryhmän kehittämän teorian mukaan kaikki skitsofrenian oireet voidaan myös kuvata viestinnällisin termein. Kaikki oireet voidaan tulkita itsessään nonverbaaleiksi viesteiksi. Olipa oire sitten mikä tahansa ilmaisu sairastuneen sisäisestä tilasta, on sillä mallin mukaan aina myös viestinnällinen aspekti. Teorian mukaan jopa psykoosiin menemisen ajoitus olisi viestinnällinen ele, jolla systeemin osa varoittaa muuten tiedostamattomissa olevasta uhasta perheen, systeemin, yhtenäisyydelle. Tällainen näkemys on kuitenkin hyvin kiistanalainen, vaikkakin se osoittaa hyvin teorian läpituken viestinnällisyyden. (Steinglassin 1987, 58) Kuuluksa lausahdus ”one cannot not communicate” kuvaakin hyvin ryhmän teorian taustalla olevaa filosofiaa. Lausahdus juontaa juurensa Batesonin (1972) myöhemmin julkaistussa teoksessa esitetyistä toimivan viestinnän aksiomeista.

Goldstein ja Strachan (1987, 492) listaavat artikkelissaan liudan tutkimuksia, joiden tulosten perusteella skitsofreniaa sairastavien perheissä on laajemminkin havaittu tiettyjä ongelmia viestinnässä. Ongelmia on havaittu olevan esimerkiksi huomion keskittämisen keskustelussa, toisen asemaan asettumisessa ja tarkoitusten selvästi ja tarkasti viestimisen. Sen sijaan monissa muissa viestinnällisissä tekijöissä, kuten esimerkiksi rooleissa ja valtasuhteissa, ei ole havaittu poikkeavuuksia.

Sherblom ja Bayer (1985, 1, 10 - 12) ovat pyrkineet tarkkailemaan skitsofreniaa sairastavien perheiden viestintää ja osoittamaan sen erityispiirteitä verrokkiperheisiin nähden. Heidän mukaansa skitsofreniaa sairastavien perhe on 75 -prosenttisesti tunnistettavissa pelkästään perheen viestintätäytyliä tarkastelemalla. Oleellista heidän mukaansa on juuri interpersonaalisen viestinnän ja vuorovaikutuksen tarkastelu, eivätkä potilaiden tai heidän läheistensä yksilölliset viestintätäytylit. Systemiteorian mukaisesti voisi sanoa skitsofreniaa sairastavan perheen olevan kokonaisuudessaan sairastunut. Sairaus saa merkityksensä perheen vuorovaikutuksessa.

Blakar, Paulsen ja Solvberg (1980, 64 - 65) ovat tutkineet skitsofreniaa sairastavien perheiden viestinnän tehokkuutta suhteessa ympäristötekijöihin. Tulosten mukaan perheissä, joissa oli sairastunut henkilö, viestinnän tehokkuus laski erityisesti vaikeissa tilanteissa ja myös silloin, kun viestintätapaa täytyi jollakin tavoin muuttaa, jotta se olisi tarkoituksenmukaista. Tavallisissa ja vähän vaativissa vuorovaikutustilanteissa viestinnän tehokkuuden laskua ei kuitenkaan tapahtunut, ja tutkijat tekevätkin johtopäätöksen, että skitsofreniaperheissä viestinnän tehokkuuden lasku riippuu täysin vuorovaikutustilanteen luonteesta. Tutkijat kiinnittävät huomiota sosiaalisen ja kulttuurisen ympäristön vaikutuksista perhesysteemiin ja erityisesti siihen, millaista viestintää

pidämme normaalina tai häiriintyneenä. Heidän mukaansa häiriintyneelle perheviestinnälle pitäisi kehittää jonkinlainen standardi, jotta tutkimukset olisivat luotettavasti vertailtavissa.

Samansuuntaisia tuloksia ovat saaneet Mossige, Pettersen ja Blakar (1980) tutkiessaan skitsofreniaperheiden viestintää. Heidän saamiensa tulosten valossa näyttäisi siltä, että skitsofreniaa sairastavien viestintä perheessä olisi todella tehottomampaa. Tähän näyttäisi kuitenkin vaikuttavan heikentävästi perheenjäsenten odotukset ja asenteet suhteessa sairastuneen viestintään. Tutkimuksessa havaittiin myös, että kun viestintätilanteessa on dyadin asemasta kolme osapuolta, vaikeutuu viestintätilanne dramaattisesti. Tutkimuksen mukaan viestinnän tekee tehottomaksi erityisesti viestinnän egosentrisyys, joka näkyy keskustelussa toisen asemaan asettumisen vaikeutena. Tutkijat antavat esimerkin keskustelusta, jossa skitsofreniaa sairastava tytär ja hänen isänsä keskustelevat kartalla olevasta reitistä. Heidän on mahdotonta päästä yhteisymmärrykseen, sillä he eivät pysty eläytymään toistensa perspektiiveihin kartasta ja sen suunnista, eivätkä he tunnu ottavan huomioon toistensa näkökulmia. Heidän mukaansa perhe, jossa on skitsofreniaa sairastava henkilö, onkin itse asiassa suljettu systeemi johtuen juuri sen jäsenten egosentrisyydestä. Näin he eivät voi antaa ulkopuolisten näkemyserojen vaikuttaa viestintäänsä, vaan pitävät kiinni vanhoista viestintäkaavoistaan viimeiseen asti. (Mossige et al. 1980, 114, 120 - 121.)

On itsestään selvää, että skitsofrenia asettaa perheelle ja sen jäsenille suuren painolastin, jolla on vaikutuksia kaikkiin perheenjäseniin. Jungbauer ja Angermayer (2005) ovat tutkineet erityisesti skitsofrenian vaikutuksia sairastuneen läheisiin (vanhempiin ja kumppaneihin) perheessä. Tulosten mukaan läheisten kokema taakka oli suuri ja hyvin riippuvainen potilaan sairauden aaltoilusta (Jungbauer & Angermayer 2005, 113). Tällainen taakka ei voi olla vaikuttamatta perheen sisäiseen viestintään olipa sen mekanismi mikä hyvänsä. Viestinnän muuttuessa negatiivisemmaksi kasvaa taakka taas entisestään. Stressin sävyttämä vuorovaikutus perheessä on omiaan myös huonontamaan sairastuneen vointia, joka osaltaan myös lisää perheen jäsenten taakkaa.

Perheviestinnän häiriintyneitä vuorovaikutustapoja on siis pyritty erittelemään monin tavoin. Yleisesti ottaen ollaan kuitenkin samaa mieltä siitä, että perheviestintä ja mielenterveys ovat läheisessä suhteessa ja vaikuttavat toinen toisiinsa. Gardner ja Cutrona (2004, 495 - 496) raportoivat lukuisista tutkimuksista, joissa on havaittu supportiivisen viestinnän mielenterveyttä edistävä vaikutus. Erityisesti vanhempien viestinnällinen tuki lapsilleen edesauttaa lasten stressinsietoa ja mielenterveyttä. Vanhemmat ovat myös ensisijaisia supportiivisen viestinnän lähteitä lapsille verrattuna esimerkiksi lasten kavereihin. Skitsofreniaa sairastaville, joskin jo usein aikuisille lapsille, on perheen ja vanhempien supportiivinen viestintä ja tuki varmasti korvaamatonta.

Supporttiivinen viestintä on lohduttamista, rohkaisemista, välittämistä ja ongelman ratkaisussa apuna olemista. Cutronan ja Suhrin (1994) mukaan tukea voidaan antaa viestinnässä eri tavoin. Tuki voi olla emotionaalista eli välittämisen ja sympatian osoittamista. Tuki voi olla myös itsetunnon vahvistamiseen pyrkivää tai sosiaaliseen ryhmään kuulumisen tunnetta vahvistavaa. Tuen viestimisen tarkoitus voi myös olla neuvojen ja muun tiedon antaminen, tai se voi olla materiaalista, kuten rahan antamista. (Gardner & Cutrona 2004, 499 - 500.) Supporttiivista viestintää käsitellään tarkemmin viestintää ja skitsofreniaa sairastavan hyvinvointia käsittelevässä luvussa.

Perheviestinnän tutkija Segrin (2006, 1, 18) pyrkii artikkelissaan luomaan integraatiota erilaisten perheviestintää ja mielenterveyttä koskevien teorioiden kentällä. Hänen näkemyksensä on, että perheviestinnällä on suuri merkitys mielenterveydelle ja mielenterveydellä on vastavuoroisesti huomattava vaikutus perheviestinnälle. Siksi hänen mukaansa olisi tärkeää, että tieteenaloilla, joilla perheviestinnän ja mielenterveyden yhteyksiä on tutkittu, tehtäisiin yhteistyötä ja kehitettäisiin yhteisiä malleja viestinnästä. Samaan johtopäätökseen voidaan päätyä myös tämän kirjallisuuskatsauksen pohjalta. Perheviestinnän teoriat näyttäisivät toimivan erittäin hyvin vakavien mielenterveyden ongelmien tarkastelussa.

2.4.2 Vanhempien ja aikuisten lasten välisen vuorovaikutuksen erityispiirteitä

Tämän tutkielman aineisto on kerätty tutkimalla skitsofreniaa sairastavien aikuisten lasten vanhempia. Siksi lienee tarpeellista käsitellä hieman tarkemmin aikuisten lasten ja heidän vanhempiensa viestintää yleisesti. Nuoruuden ja aikuisuuden raja ei ole kuitenkaan tarkka ja skitsofrenia vaikuttaisi hämärtävän tuota rajaa entisestään. Sairastuneet lapset eivät aikuistuuessaan kykene itsenäistymään ja ottamaan vastuuta niin kuin heidän iän puolesta kuuluisi. Koska sairastuneet näyttäisivät usein tarvitsevan vielä aikuisenakin vanhempien tukea ja ohjausta, muistuttaa heidän välinen suhteensa ehkä enemmän nuoren ja vanhemman suhdetta. Siksi tässä käsitellään myös nuorten ja heidän vanhempiensa viestintää normaalissa kehityskulussa. Skitsofrenia myös puhkeaa useimmiten nuoruudessa tai varhaisella aikuisiällä (Isohanni et al. 2007, 85).

Lasten ja heidän vanhempiensa suhteissa tapahtuu suuria muutoksia lasten aikuistumisen kynnyksellä. Tämä suhteen muutos aiheuttaa myös suuren haasteen lasten ja vanhempien väliselle vuorovaikutukselle. Lasten aikuistuminen aiheuttaa vanhemmille ja lapsille tarpeen neuvotella läheisyyden ja itsenäisyyden rajoista. Nämä neuvottelut aiheuttavat usein kapinointia ja riitoja,

mutta konfliktien myrskyisyydessä on paljon vaihtelevuutta (Fitzpatrick & Caughlin 2002, 753). Aikuistuvan lapsen ja vanhemman viestinnässä pinnalle nousee myös vuorovaikutuksen jatkuvuuden kysymys. Jatkuvuudella tarkoitetaan muutosta viestinnän sisällössä, siihen käytetyssä ajassa ja siinä merkityksessä, joka vuorovaikutukselle annetaan. (Laursen & Collins 2004, 337.)

Myös läheisyys vanhempien ja aikuiseksi kasvavien lasten välillä muuttuu. Golishin (2000, 91 - 94) tutkimuksen mukaan aikuisten lasten ja heidän vanhempien läheisyyteen eniten vaikuttava tekijä on fyysinen etäisyys. Kotoa muuttamisella on siis suuri merkitys vanhemman ja lapsen vuorovaikutukselle. Tämä käännekohta koettelee tutkimuksen mukaan erityisesti äitien ja aikuisten lasten suhdetta. Tärkeää läheisyyden säilytyksessä näyttäisi olevan avoimen ja luottamuksellisen viestintäyhteyden säilyttäminen. Golishin tutkimuksesta voisi päätellä, että sairastumisen aiheuttama tuen tarpeen jatkuminen edesauttaa ehkä sairastuneiden lasten ja heidän vanhempiansa kokemaan läheisyyden tunnetta. Vaikka vanhempiin tukeutuminen aiheuttaa stressiä niin vanhemmille kuin lapsellekin, pitää se yllä myös sellaista läheisyyttä, joka normaalioloissa väistyisi lasten rajumman itsenäistymisprosessin seurauksena.

Caughlinin ja Malisin (2004, 60) mukaan aikuisten lasten ja vanhempien suhteeseen vaikuttaa myös siinä esiintyvien konfliktien määrä. Konflikteilla on seurauksia erityisesti suhteen koettuun laatuun ja aikuisten lasten ja vanhempien hyvinvointiin. Tutkimukset ovat antaneet viitteitä siitä, että vanhempien ja lasten konfliktitilanteissa toinen osapuoli ottaa vaativan ja painostavan roolin toisen yrittäessä välttää vuorovaikutustilannetta (demand/withdraw). Tällaisella asetelmalla on havaittu olevan myös haitallisia seurauksia nuorten aikuisten itsetunnolle ja esimerkiksi päihdekäyttäjyymiselle. Voisi siis ajatella, että vaikka fyysinen kontakti aikuisten skitsofreniaa sairastavien lasten ja heidän vanhempiansa välillä on omiaan lisäämään läheisyyttä suhteessa, vaikuttavat konfliktit vastavuoroisesti negatiivisesti suhteeseen ja sen koettuun laatuun. Sairastuneen ja hänen vanhempiansa stressaantuneisuus ja kuormittuneisuus aiheuttavat varmasti helposti riitoja ja erimielisyyksiä. Myös suhteeseen osaltaan positiivisesti vaikuttavan suuren fyysisen kontaktin kääntöpuolena on suhteen osapuolten kuormittuminen ja kyllästyminen.

Nuoren aikuisen kasvaessa vanhempien ja lasten suhde normaalitilanteessa kuitenkin vähitellen muuttuu vähemmän epätasa-arvoiseksi ja epäsymmetriseksi. Aikuisten lasten ja heidän vanhempiansa suhde alkaa normaalissa kehityskulussa muistuttamaan yhä enemmänkin tasavertaista ystävyyssuhdetta kuin vanhemman ja lapsen välistä suhdetta. (ks. esim. Crotevant & Cooper 1985.) Segrinin ja Floran (2005, 202) mukaan aikuiseksi kasvaneet lapset voidaankin laskea vanhempien ”suurperheeseen” (extended family), johon myös muu suku lukeutuu. Tällainen

kehitysvaihe sairastuneiden lasten ja heidän vanhempiansa suhteessa muodostuu monella varmasti haasteeksi.

Segrinin & Floran (2005, 202) tutkimuksen mukaan lasten aikuistuesssa on vanhempien ja lasten suhteen havaittu normaalioloissa paranevan, koska aikuiset lapset ottavat yhä enemmän niitä rooleja, jotka ovat aikaisemmin kuuluneet vain heidän vanhemmilleen. Toisaalta aikuisten lasten tuleminen itse vanhemmiksi puolestaan heikentää aikuisten lasten ja vanhempien suhdetta. Myös Segrinin ja Floran tutkimuksen mukaan aikuisten lasten ja heidän vanhempiansa suhteessa oleellista näyttäisi olevan kontaktin ylläpito ja tapaamisten tiheys. Kontaktia usein lisää vanhempien vanheneminen tai mahdollinen sairastuminen, jolloin lapset usein ottavat huolehtijan roolin. Koska suuri osa avohoidossa olevista skitsofreniaa sairastavista näyttäisi olevan hyvinkin riippuvaisia omista vanhemmistaan, jää kysymykseksi millaisen käänteen heidän elämänsä saa, kun heidän vanhempansa eivät kykene enää auttamaan ja tukemaan heitä.

2.5 Emotionaalinen viestintä ja Expressed Emotion -käsite

Tunteiden epäsopiva tai asiaankuulumaton ilmaisu on yksi skitsofreniaa luonnehtivista piirteistä. Tutkijat ovat olleet sitä mieltä, että koska tunteiden kokeminen on itsessään häiriintynyttä, aiheuttaa se myös vääristyneen tunteen ilmaisun ja sitä kautta vaikuttaa interpersonaaliseen viestintään. Näin myös tärkeät ja intiimit ihmissuhteet ovat vaarassa. Läheisten ihmissuhteiden heikkenemisen on vuorostaan havaittu pahentavan skitsofrenian oireita. (Buck, Sheehan, Cartwright-Mills, Ray & Ross 2003, 2.)

Tunteita voidaan jaotella niiden kokemisen ja ilmaisemisen perusteella. Tunnekokemus on useimmiten joko miellyttävä tai epämiellyttävä ja siihen liittyy fyysisiä tuntemuksia. Tunteiden ilmaiseminen taas on erityisesti interpersonaalisen viestinnän ilmiö. Vaikkakin tunteita voi myös olla ilmaisematta, useimmiten niihin kuitenkin liittyy interpersonaalinen ilmaisu eli tunnetta viestitään jollekin. Tunteiden ilmaisu voi olla spontaania tai hyvinkin laskelmoitua ja käyttää hyväkseen kulttuurimme luomia sääntöjä tunteiden ilmaisulle. Tunteiden viestimisestä voidaan myös erottaa sanallinen ja sanaton puoli. (Guerrero, Anderssen & Trost 1998, 9 - 10.) Metts ja Planalp (2002, 348) kritisoivatkin termiä tunteiden ilmaisu (emotion expression) koska se ei sisällä tunteiden ensisijaisesti vuorovaikutuksellista funktiota. Heidän mukaansa tunteiden viestiminen (emotional communication) olisi parempi termi, sillä se nostaisi tunteiden viestinnällisen puolen ansaitsemaansa asemaan. Jatkossa termejä käytetään kuitenkin siten kuin ne on lähteissä mainittu.

Tunteiden käsittäminen ensisijaisesti vuorovaikutukselliseksi ilmiöksi sopii aiemmin esiteltyyn näkemykseen (ks. esim. Ruesch 1968) skitsofrenian oireiden viestinnällisyydestä. Niin ilmaistut tunteet kuin sairastuneen muutkin tuntemukset, eli sairauden oireet, voidaan siis käsittää viestinnäksi sen sijaan, että ne nähtäisiin vain henkilön sisäisten olotilojen luonnolliseksi ilmiöksi.

Anderssen ja Guerrero (1998, 50 - 51) listaavat yhdeksi tunteiden viestimisen komponenteiksi myös sopivan tunneilmaisun ryhmään sopeutumista edesauttavan roolin. Tunteiden ilmaisun perimmäinen tarkoitus saattaakin olla yhteenkuuluvuuden tunteen lisääminen ja torjunnan minimointi sosiaalisissa tilanteissa. Sopiva tunteiden viestintä on siis evolutiivisesti selviämisen kannalta tärkeää. Ryhmän jäsenten tunteiden ilmaisemisen ja tulkitsemisen taidot ovat tärkeitä ryhmän koheesiolle ja säilymiselle. Skitsofreniaa sairastavan epäsopeivan tunneilmaisun voisi siis ajatella olevan uhka sosiaalisille ryhmille ja aiheuttaa siten torjuntaa. Ryhmään kuulumisen taas on evolutiivisesti tärkeää pärjäämisen ja selviämisen kannalta (Anderssen & Guerrero 1998, 51), ja ryhmästä ulos sulkeminen on omiaan aiheuttamaan stressiä. Stressin taas on havaittu pahentavan skitsofrenian oireita (ks. esim. Cutting & Docherty 2000, 270). Näistä tekijöistä voisi ajatella syntyvän kehän, jossa epäsopeivan tunteiden viestimisen ja muiden oireiden pahetessa sosiaalinen torjunta vahvistuu, joka vuorostaan taas voimistaa sairastuneen oireita.

Buck et al. (2003, 1, 15) huomasivat tutkimuksessaan, että skitsofreniaa sairastavilla tunteen subjektiivinen kokeminen oli vain hieman normaalista poikkeavaa, mutta tunteiden spontaani viestiminen oli erityisen häiriintynyttä. Tutkijoiden mukaan ongelmallista skitsofrenian ja tunteiden yhtälössä onkin nimen omaa niiden asiaankuuluva ilmaisu ja viestiminen. Erityisesti pelon ja yllättyneisyyden viestiminen oli skitsofreniaa sairastaville vaikeaa. Pelkoa ei itse asiassa tutkimuksessa viestitty ollenkaan. Myös tämä tutkimus viittaa siis siihen, että viestinnällä on suuri rooli kaikissa skitsofrenian oireissa. Skitsofreniaa sairastavat tuntevat varmasti paljon nimenomaan pelkoa. Jos työkalut kyseisen tunteen muille viestimiseksi kuitenkin puuttuvat, täytyy maailman olla hyvin kaoottinen.

Buck et al. (2003, 15) viittaavatkin Buckin (1989) aikaisempaan teoriaan, jonka mukaan emotionaalinen ja interpersonaalinen viestintä toimivat kehon toimintojen säätelijöinä ja vaikuttavat siten sairauden oireisiin (bioregulation). Teorian mukaan terveissä intiimeissä ihmissuhteissa opitaan tunteiden viestiminen siten, että viestinnän osapuolet voivat sopivan tunneilmaisun havaitsemisen avulla myös ennustaa vastapuolen reaktioita. Tämä taas vähentää stressiä, kun osapuolet oppivat tunnistamaan vastapuolen tunteita ja ilmaisemaan omiaan. Myös tällainen näkemys nostaa viestinnän skitsofrenian oireiden kannalta tärkeään asemaan. Bioregulaatiolla

voitaisiin perustella jo aiemminkin tehty johtopäätös viestinnän vaikutuksista sairastuneen oireisiin. Myös sairauden sisäisesti koetut oireet rakentuvat vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa. Sairastuneen kanssa vuorovaikutuksessa ollessa tunteiden ilmaisemisen ennustamattomuus lisää kummankin osapuolen epävarmuutta. Aiemmin käsitellyn epävarmuuden vähentämisen teorian (ks. esim. Gudykunst 2005) mukaan suhteessa koettu epävarmuus taas on negatiivinen tunnetila, jota osapuolet pyrkivät vähentämään.

Anderssen ja Guerrero (1998, 82) listaavat yhdeksi tunteiden perustekijäksi niiden vuorovaikutusketjuja ja uusia tunteita synnyttävän luonteen. Suhteessa koettujen tunteiden intensiteetti ja merkitys muodostuvat sen osapuolten keskinäisen riippuvuuden ja korkeampien tavoitteiden ristipaineessa. Vuorovaikutuksessa tunteet siis vaikuttavat osapuolten tunteisiin, ajatuksiin ja käyttäytymiseen.

Buck et al. (2003, 15) esittävät myös mahdollisuuden, että joskus suhteeseen syntyy sellainen normi, että toinen osapuoli oppii tiettyjen tunteiden ilmaisun johtavan rangaistukseen. Tämä taas johtaa tunteiden vääristyneeseen kokemiseen ja viestimiseen. Näkemys muistuttaa pitkälti Batesonin kaksoissidosteorian paradoksaalisia viestejä. Buck et al. ovatkin sitä mieltä, että aiemmin esittelemäni Gregory Batesonin kaksoissidosteoria vaikuttaa skitsofreniaan juurikin emotionaalisten ja interpersonaalisten suhteiden seurauksina kehon toiminnoille. Sairauden oireet olisivat siis seurausta kehon reagoimisesta ongelmallisiin interpersonaalisiin suhteisiin. Samojen asioiden jäljillä ollaan myös Expressed Emotion -käsitteessä, jota esitellään seuraavassa.

Expressed Emotion (EE) on mittari, jonka on luotettavasti havaittu ennustavan muun muassa skitsofreniaa, masennusta tai somaattisia sairauksia sairastavien taudin kehitystä. Termistä on kirjallisuudessa käytetty esimerkiksi suomennosta ”vallitseva tunneilmapiiri” (Malm et al. 1996). Pääsääntöisesti termistä käytetään kuitenkin lyhennystä EE, kuten myös tässä tutkielmassa. Termillä tarkoitetaan potilaan ja hänen perheensä vuorovaikutusta ja läheisyyttä. Erityisesti termi viittaa perheen yleiseen ilmapiiriin ja tapaan viestiä ajatuksia ja tunteita. Potilaan perhe voi mittarin mukaan viestiä tunteita ”paljon” (high EE, HEE) tai ”vähän” (low EE, LEE). Tunteiden viestimisellä tarkoitetaan siis erityisesti negatiivisten tunteiden viestimistä. Mitä korkeammalla mittarin mukaan perhe tunteiden viestimisessä on, sitä enemmän perheessä viestitään kriittisesti (critical comments). Perheessä ilmaistaan ärtymystä ja tyytymättömyyttä potilaan persoonallisuutta tai käyttäytymistä kohtaan. Tällainen kriittinen viestintä tapahtuu yleensä myös ikävällä äänensävyllä. Korkean EE:n perheissä on havaittu myös emotionaalista ”liioittelua” (emotional overinvolvement) ja ylisuojelevaa käytöstä. Liioitteluun kuuluu yleinen liiallinen huolestuneisuus,

ylisuojelevuus ja uhrautuva viestintä potilasta kohtaan. EE:n on havaittu olevan luotettava mittari potilaan taudin kulkua ennustaessa siten, että korkean EE:n perheissä psykoosin uusiutuminen on tavallisempaa kuin matalan EE:n perheissä. (Hahlweg 2005, 131, 133 - 134.)

Hahlweg (2005) on artikkelissaan kartoittanut EE:n kautta skitsofrenian ja potilaiden sosiaalisen ympäristön yhteyksistä tehtyjä tutkimuksia. Hän raportoi tutkimuksista, joissa on tarkasteltu esimerkiksi skitsofreniaa sairastavan läheisten interpersonaalista viestintää ja sen vaikutuksia EE:hen. Artikkelissa viitataan Hahlwegin et al. (1989) aikaisemmassa tutkimuksessa tehtyyn havaintoon, jonka mukaan kriittisissä korkean EE:n perheissä interpersonaalisisessa viestinnässä oli paljon negatiivista nonverbaalista viestintää ja enemmän kritiikkiä sekä negatiivisia ratkaisuehdotuksia kuin liioitteluun taipuvaisissa korkean EE:n perheissä tai matalan EE:n perheissä, kun keskustelun aiheena oli tunteita herättävä aihe (Hahlweg 2005, 136). Perheen korkean EE:n on havaittu myös myötävaikuttavan potilaan psykoosin uusiutumiseen. Kirjoittaja huomauttaa kuitenkin Hatfieldin et al. (1987) ja Mintzin et al. (1987) tekemiin tutkimuksiin, joiden mukaan perheen EE:n tasosta ja mahdollisesta psykoosin uusimisesta ei voida syyttää pelkästään sairastuneen läheisiä, vaan pikemminkin potilaan omaa vaikutusta perheen positiiviseen tai negatiiviseen tunneilmapiiriin (Hahlweg 2005, 138).

EE:tä skitsofreniaa aiheuttavana tekijänä on kritisoinut myös King (1999, 74 - 75). Hänen tutkimuksensa mukaan korkea EE on pikemminkin seuraus kuin syy perheessä, jossa on skitsofreniaa sairastava henkilö. Kingin tutkimuksessa yritettiin selvittää skitsofreniaa sairastavien potilaiden ja heidän äitiensä vuorovaikutuksessa syntyviä mekanismeja, jotka vaikuttavat EE:n määrään. Keskeisiin tuloksiin tutkimuksessa lukeutui äidin korkean EE:n määrän indikaattoreina pidetyn kriittisyyden ja emotionaalisen ylisuojelevuuden yhteys potilaan oireiden vakavuuteen. Äidin korkeaan EE:hen liittyvät viestintätavat lisäsivät siis potilaan vakavimpia oireita. Erityisesti pitkään vaikean ja yhteistyöhaluttoman potilaan kanssa eläminen aiheutti äideissä korkean EE:n viestintää.

Myös Peterson ja Docherty (2004) ovat tutkineet EE:tä skitsofreniaa sairastavien omaisten näkökulmasta. He tutkivat vanhempien kriittistä tai kontrolloivaa ja ylisuojelevaa tai liioittelevaa viestintää suhteessa siihen, millä he selittivät lapsensa sairastumista. Petersonin ja Dochertyn (2004, 204 - 205) tutkimuksen tulosten mukaan ylisuojelevasti viestivät vanhemmat usein myös syytivät itseään lapsensa sairastumisesta. He myös käyttivät eniten kontrolloimiseen pyrkiviä kommentteja vuorovaikutuksessa sairastuneen kanssa. Tutkijoiden mukaan on myös mahdollista, kuten edellä esittelemässäni tutkimuksessa havaittiin, että tietyt potilaan oireet ja niiden vaikeus

myötävaikuttavat ylisuojelemaan ja kontrolloivaan viestintään. Tutkimuksessa pantiin myös merkille, että ylisuojelevasti ja kontrolloivasti viestivät vanhemmat olivat kaikki naisia. Tämä voi tutkijoiden mukaan johtua yhteiskuntamme normista nähdä tunteiden viestiminen sopivampana naisille kuin miehille. Myös perheestä huolehtiminen ja hoivaaminen on perinteisesti kuulunut naisille, ja naiset ovat perheissä aikaisemmin viettäneet lastensa kanssa enemmän aikaa kuin miehet. Tässä tutkimuksessa kriittisen ja kontrolloivan viestinnän välillä ei havaittu yhteyttä. Tutkijoiden mukaan tämä voi johtua siitä, että kriittiset kommentit saattavat toimia itsessään kontrollin ylläpitämisenä.

Cutting ja Docherty (2000) ovat tutkineet skitsofreniaa sairastavien perheiden vuorovaikutusta EE:n avulla itse sairastuneiden näkökulmasta. Myös potilaiden kokemukset perheen vuorovaikutuksesta ja viestintätavoista tukevat yleistä käsitystä korkean EE:n sairauden oireita pahentavasta vaikutuksesta. Potilaat kokivat korkean EE:n vanhempien kanssa vuorovaikutuksen stressaavaksi ja negatiiviseksi. Puheviestinnän kannalta erityisen kiinnostava oli havainto potilaiden puheen ja viestinnän häiriöistä heidän kertoessaan negatiivisista ja stressaavista vuorovaikutustilanteista vanhempiensa kanssa (Cutting & Docherty 2000, 270). Jos siis pelkästään tilanteista kertominen aiheuttaa viestinnällisiä vaikeuksia on vähintäänkin todennäköistä, että itse stressaavat tilanteet pahentavat erityisesti viestintään liittyviä sairauden oireita.

Edellä esiteltyjen tutkimusten perusteella voisi tehdä johtopäätöksen, että skitsofrenia kuormittaa huomattavasti perheen sisäistä vuorovaikutusta. Voisi kuitenkin ajatella, että korkean EE:n mukainen vuorovaikutus saattaisi olla seurausta mistä tahansa perheen kokemasta stressistä. Erityisesti vanhempien huoli lapsista on varmasti omiaan aiheuttamaan suojelevaa ja kontrollointiin tähtäävää viestintää. Kun suuri EE:n määrän taas pahentaa sairastuneen viestinnässä näkyviä oireita, huolestuvat vanhemmat entisestään ja viestivät sen mukaisesti. Miura, Mizuno, Yamashita, Watanabe, Murakami ja Kashima (2004) huomasivat tutkimuksessaan, että erityisesti omaisten näkemys potilaan heikenneistä viestintätaidoista aiheutti korkean EE:n mukaista viestintää.

Miuran et al. (2004, 473) tutkimuksessa ei havaittu EE:n mittarin mukaan korkealla tai matalalla olevien perheiden välillä eroja potilaiden oireiden vakavuudessa muilta osin kuin juuri sosiaalisen toimintakyvyn näkökulmasta. Korkean EE:n perheissä sairastuneilla oli siis vakavia ongelmia erityisesti esimerkiksi interpersonallisessa toimintakyvyssä. Tutkijat epäilevätkin, että korkean EE:n perheissä esiintyy usein potilaan vetäytymistä ja sulkeutumista, joiden seurauksena potilaan ja omaisten mahdollisuudet ja aika rajoittavat keskinäistä viestintää. Viestinnän ollessa minimaalista johtaa se omaisten negatiivisiin arvioihin potilaan viestintätaidoista ja sosiaalisesta toimintakyvystä

Perhe on siis systeemi, jossa kaikki vaikuttaa kaikkeen ja tunteiden viestiminen aiheuttaa reaktioita niin sairastuneessa kuin hänen läheisissäänkin. Anderssen ja Guerrero (1998, 84 - 85) viittaavat viestinnän alalla tehtyyn havaintoon, että läheisten ihmisten tunteet ikään kuin tarttuvat viestinnän välityksellä. Tällainen tunteiden yhteensovittaminen tapahtuu tutkimusten mukaan juurikin viestinnän mekanismien avulla. Samasta asiasta on kyse myös viestinnän mukauttamisen teoriassa, jonka mukaan kaksi läheisessä vuorovaikutuksessa olevaa ihmistä alkavat mukautua toistensa olemuksiin ja tapoihin. Tällaisen tunteisiin eläytymisen on havaittu tapahtuvan ainakin depressiota sairastavien ja heidän läheistensä interpersonallisessa viestinnässä, aiheuttaen näin myös sairastuneen läheisissä masennusoireita (Segrin 1998, 217). Samanlaista tunteiden tarttumista voisi kuvitella tapahtuvan myös perheissä, joissa on skitsofreniaa sairastava jäsen. Esimerkiksi potilaan ahdistuneisuus tai aggressiivisuus tarttuvat myös sairastuneen läheisiin. Samalla tavalla potilaan läheisten kuormittuneisuuden aiheuttama mahdollinen ärtyneisyys ja masentuneisuus tarttuvat sairastuneeseen. Näin kummankin osapuolen negatiiviset tunnetilat voimistuvat vuorovaikutuksessa. Toisaalta samanlainen vuorovaikutuskehä saattaa syntyä myös positiivisten tunteiden tarttumisesta ihmiseltä toiselle.

2.6 Interpersonaalinen viestintä ja skitsofreniaa sairastavan hyvinvointi

2.6.1 Viestintätaidot hyvinvoinnin rakentajana

Kirjallisuuden perusteella näyttäisi siis siltä, että interpersonallisella viestinnällä ja erityisesti viestintätaidoilla on suuri rooli skitsofreniaa sairastavien sairauden kehityksessä ja sitä kautta elämänlaadun rakentumisessa. Kuten Horan et al. (2006) tutkimuksessaan havaitsivat, kutistuu skitsofreniaa sairastavan interpersonaalisten suhteiden verkosto usein hyvin pieneksi ja sisältää vain perheenjäseniä ja sukulaisia. Psykiatristen potilaiden sosiaalisten verkostojen ylläpitoon suunnatut interventiot ovat usein, niiden hyötyä väheksymättä, hyvin yleisluontoisia ja teorian tasolla pysytteleviä. Esimerkiksi Pinton (2006, 91) kuvaama skitsofreniaa sairastavan naisen sosiaalisen verkoston kehittämisohjelma sisältää tavoitteita kuten ”potilaan uusien ihmisten tapaamismahdollisuuksien lisääminen” ja ”uusien siteiden rakentaminen ja vanhojen vahvistus”. Tällainen näkökulma on ollut erilaisten sosiaalitieteiden panos mielenterveysongelmien hoitoon. Viestinnän näkökulmasta tuollaisiin interventioihin voitaisiin kuitenkin liittää käytännön interpersonaalisen viestinnän taitojen näkökulman, joilla noihin tavoitteisiin voitaisiin päästä.

Nisenson et al. (2001) löysivät tutkimuksessaan potilaiden interpersonaalisisessa viestinnässä tekijöitä, joilla oli negatiivinen vaikutus suhteen muodostukseen ja toimivan viestinnän ylläpitoon. He huomauttavatkin, että skitsofreniaa sairastavien ystävyysuhteiden luomisen ja ylläpitämisen, työn saannin ja asioiden hoidon kannalta voisi tiettyjen interpersonaalisen viestinnän taitojen opettaminen potilaille olla ensiarvoisen tärkeää (Nisenson et al. 2001, 124). Tällaisella yksinkertaisella interpersonaalisen viestinnän taitojen harjoittelulla voisi olla kumuloituessaan suuria positiivisia vaikutuksia potilaiden sairauden kehitykselle. Erityisesti nyt, kun psykiatrinen hoito on siirtymässä entistä enemmän avohoidon piiriin, olisi erittäin tärkeää antaa potilaille mahdollisimman hyvät eväät yhteiskunnassa toimimiseen.

Taidokasta interpersonaalista viestintää on määritelty monella tavalla. Hargien ja Dicksonin (2004, 5) mukaan taidokas interpersonaalinen viestintä voidaan nähdä prosessina. Prosessissa viestijä kehittää itselleen päämääriä ja toimintasuunnitelmia, suorittaa näitä suunnitelmia, tarkkailee käyttäytymisensä vaikutuksia ja muokkaa, mukauttaa ja hylkää päämääriä aikaansaatuisten tulosten pohjalta. Taitava viestijä myös ottaa huomioon muut ihmiset ja sen ympäristön, jossa vuorovaikutustapahtuu. Interpersonaalisen viestinnän taidot kuuluvat myös ihmisten hyvinvointia rakentaviin elintärkeisiin perustuksiin, koska niiden avulla luodaan ja ylläpidetään ihmissuhteita (Spitzperg & Cupach 2002, 567). Kuten aiemmin todettiin, skitsofrenian ja sen aiheuttamien viestinnän ongelmien suhdetta tuntuu mielekkäältä katsella juurikin viestintätaitojen näkökulmasta. Taidokas interpersonaalinen viestintä lienee kuitenkin se mittapuu, jolla määritämme, minkälainen viestintä on normaalia tai poikkeavaa. Tällaiseen ”normaaliin” viestintätyyliin tähtääviä hoitotapoja ja periaatteita on kehitetty skitsofreniaa sairastaville erilaisia. Pyrkimyksenä kaikissa hoitotavoissa on ollut helpottaa potilaiden elämää ja lisätä heidän hyvinvointiaan

Page ja Copeland raportoivat vuonna 1972 julkaistussa artikkelissaan yrityksestään opettaa skitsofreniaa sairastaville ja muille psykiatrisille potilaille keskustelutaitoja ”skinneriläisellä” ehdollistamisopetuksella. He pyrkivät siis vahvistamaan ja heikentämään potilaiden viestinnässä ilmeneviä piirteitä eräänlaisilla palkinnoilla ja rangaistuksilla. Pagen ja Copelandin (1972, 354) tulosten mukaan potilaiden viestintätaidot kyllä paranivatkin, mutta niiden potilaita hyödyttävästä funktiosta voidaan olla montaa mieltä. Sen sijaan laitoksessa asuville potilaille se, että joku jaksoi hetken jutella heidän kanssaan oli erittäin tervetullutta, ja tutkijat esittävät mahdollisuuden, että tutkimuksen tuloksiin vaikuttaisi myös potilaiden tarve sympaattiselle kuuntelijalle. Tällaisella ehdollistamismenetelmällä tuskin enää yritetään interpersonaalisen viestinnän taitoja opettaa, mutta tutkimus osoittaa potilaiden suuren tarpeen toimivalle vuorovaikutukselle ja kuulluksi tulemisen tunteelle.

Kramer, Bryan & Firth (2001) tekivät tarkan analyysin kahden skitsofreniaa sairastavan potilaan viestinnästä ja kehittivät sen pohjalta heille räätälöidyn terapiaohjelman interpersonaalisen viestinnän kehittämiseksi. Terapiassa potilaat terapeutin avulla monitoroivat omaa viestintäänsä (tarinan kerronnan avulla) ja pohtivat, miten sitä tulisi muokata sopivampaan muotoon ihmisten kanssa vuorovaikutuksessa oltaessa. Kummatkin potilaat hyötyivät terapiasta ja oppivat muokkaamaan viestintäänsä helpommin ymmärrettävään muotoon. Kramer et al. (2001, 136 - 137) raportoivat tuloksista joiden mukaan potilaat oppivat liittämään kertomuksiinsa kehykset ja kontekstin, jolloin se oli helpommin vuorovaikutuksen toisen osapuolen ymmärrettävissä. Terapiasta oli hyötyä myös potilaiden arkipäivän interpersonaaliseen viestintään. Toinen kertoi ihmisten kanssa vuorovaikutuksessa olemisen helpottuneen, koska hän tiesi nyt ”mitä sanoa”. Toinen potilas taas pystyi pitkän tauon jälkeen puhumaan serkkunsa kanssa puhelimesta. Hän oli myös oppinut, että kun vuorovaikutuksen toinen osapuoli sanoo ”kyllä”, se ei tarkoita, että hän pyytäisi potilasta kertomaan jotakin lisää, kuten hän oli aikaisemmin luullut. Potilas kertoi tämän taidon käyttämisestä olevan hänellä suurta käytännön hyötyä erilaisissa vuorovaikutustilanteissa.

Myös Clegg, Brumfitt, Parks & Woodruff (2007) ovat tarkastelleet viestintätaitojen opetusta ja sen vaikutuksia skitsofreniaa sairastaville potilaille. Heidän metodinaan oli altistaa potilaat yhä useammin interpersonaalille viestintätilanteille ja vähentää sitä kautta potilaiden ahdistusta viestintätilanteissa. Cleggin et al. (2007, 93, 95) kehittämän terapian tuloksena potilaiden uskomisiin viestintätaitoihinsa kasvoi, ja sitä kautta viestintätilanteiden aiheuttama ahdistus ja niiden välttäminen vähenivät. Viestintätaitojen paranemisesta taas oli monenlaista hyötyä potilaiden elämässä, esimerkiksi hoitohenkilökunnan kanssa tapahtuvissa vuorovaikutustilanteissa. Tutkijoiden mukaan olisi tärkeää tarkastella tarkemmin, minkälaisia muutoksia viestinnässä tarkkaan ottaen tapahtuu, kun potilaiden vuorovaikutustaidot kehittyvät. Tällaisten muutosten tarkastelun metodiksi tutkijat ehdottavat keskusteluanalyysiä.

Käytännössä skitsofreniaa sairastavien potilaiden interpersonaalisen viestinnän huomioon ottavat interventiot ovat perheinterventioita. Interventioiden ja terapioiden taustalla on usein systeemiteoreettinen näkemys perheestä ja sen vuorovaikutuksesta (esim. Stierlin 1983; Anderson 1983). Suomessa tällaiset hoitomallit pohjautuvat pääasiassa Expressed Emotion -käsitteeseen, ja niiden tarkoituksena on parantaa perheen tunneilmapiiriä ja sitä kautta vähentää potilaan stressiä. Tämä tunneilmapiirin parannus tapahtuu opettamalla erilaisia viestintätaitoja perheen jäsenille. Viestintätaitojen parantamiseen tähtäävillä perheinterventioilla on havaittu olevan positiivisia vaikutuksia niin korkean kuin matalankin EE:n perheisiin. (Isohanni et al. 2007, 115.)

Vuorovaikutustaitojen kehittymisellä on siis positiivisia seurauksia niin sairastuneen kuin hänen läheistensäkin hyvinvoinnille. Kun viestintätaidot kehittyvät, vähentyy myös viestintäarkuus ja epävarmuus vuorovaikutustilanteissa. Näin myös viestintäkokemukset karttuvat ja kynnys vuorovaikutustilanteille altistumiselle laskee entisestään. Vuorovaikutus ihmisten kanssa taas mahdollistaa niin uusien ihmissuhteiden solmimisen kuin vanhojen ylläpidonkin. Puheviestinnän tutkimuksella olisi varmasti paljon annettavanaan suunniteltaessa tapoja opettaa vuorovaikutustaitoja skitsofreniaa sairastaville.

2.6.2 Avoimen dialogin malli skitsofrenian hoidossa

Seikkula, Alakare ja Aaltonen (2001a) ovat kehittäneet Suomessa uraauurtavan hoitomallin psykoosien hoidolle. Tämä niin kutsuttu avoimen dialogin malli (Open Dialogue) pohjaa psykologian alalla poikkeuksellisesti sosiaalisen konstruktionismin käsitykseen ja on siksi viestinnän näkökulmasta kiinnostava. Mallin ytimenä on ajatus dialogin luomisesta potilaan ja hänen hoitonsa kannalta oleellisten henkilöiden kanssa.

Avoimen dialogin mallin juuret ovat Suomessa 1980-luvulla aloitetussa kansallisessa skitsofreniaprojektissa, jonka päämääränä oli parantaa vakavista mielenterveysongelmista kärsivien hoitoa. Mallin tarkoituksena on parantaa psykoosipotilaiden, heidän läheistensä, hoitohenkilökunnan, sosiaaliviranomaisten ja kaikkien hoidossa mukana olevien tahojen keskinäistä viestintää. Kun psykoottinen potilas toimitetaan ensimmäisen kerran sairaalaan, tulisi mallin mukaan 24 tunnin sisällä saada potilas ja kaikki hoitoon osallistuvat tahot ja henkilöt yhteiseen tapaamiseen. Tässä tapaamisessa muodostetaan siis tiimi, joka on mukana potilaan hoidossa alusta loppuun asti. (Seikkula et al. 2001a, 247 - 249.)

Malli pohjautuu seuraaville periaatteille: Ensimmäinen tapaamisen täytyy tapahtua heti. Potilaan läsnäolo tapaamisessa on myös tärkeää, olipa hänen psykoottinen oireilunsa kuinka vakavaa tahansa. Toiseksi tapaamisessa on oltava kaikki potilaan sosiaalisen verkoston jäsenet. Kolmanneksi hoitokeinojen täytyy olla joustavia ja potilaan yksilöllisiin tarpeisiin mukautuvia. Neljänneksi vastuu ensimmäisen tapaamisen järjestämisestä on sillä, joka on ensimmäisenä ollut potilaan perheeseen yhteydessä. Kokouksessa koko tiimi ottaa vastuun hoitoprosessista. Viidenneksi koottu tiimi sitoutuu hoitoprosessiin loppuun asti, jolloin hoidolle saadaan jatkuvuutta. Potilaan ympärillä olevat ihmiset siis pyritään pitämään samoina. Kuudentena pyritään lievittämään epävarmuuden tunnetta luottamuksen herättämisellä. Esimerkiksi hoitotapaamisissa sovitaan aina seuraavan

tapaamisen ajankohta jo valmiiksi. Seitsemäs periaate sisältää mallin tärkeimmän tavoitteen eli dialogin lisäämisen. Keskustelun aikaansaaminen lisää yksittäisten ihmisten vaikutusmahdollisuuksia ja ymmärrystä eri ihmisten ja tahojen kesken. (Seikkula et al. 2001a, 249 - 250.)

Hoitotapaamisissa pyritään osoittamaan skitsofreniaan sairastuneen potilaan perheen tapa puhua asioista ja heidän yhteinen kielensä tapahtuneelle. Sosiaalisen konstruktionismin mukaisesti malli lähtee siitä, että perhe rakentaa keskustelussa todellisuutta potilaan tilasta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Myös potilaan oma, harhainen ja psykoottinenkin puhe otetaan vuorovaikutuksessa huomioon tasavertaisena muiden osapuolten kanssa. Taustalla on ajatus siitä, että sekava ja harhainen puhe on usein potilaan ainut keino yrittää kertoa pelottavista ja kauhua herättävistä kokemuksista. Psykoosi voidaan siis nähdä potilaan tapana kertoa, eräänlaisia vertauskuvia käyttäen, itselleen ja muille jostakin traumaattisesta kokemuksesta. Avoimen dialogin mallissa pyritäänkin löytämään yhteinen kieli ja tapa viestiä potilaalle ja muille tiimin jäsenille. (Seikkula et al. 2001a, 251 - 254.)

Näin sairastunutta ei myöskään jätetä yksin ja eristyksiin omaan muuttuneeseen todellisuuteensa. Jonkinlaisen viestintäyhteyden säilyttämisen on varmasti tärkeää niin potilaalle itselle kuin hänen läheisillekin. Dialogin ylläpitäminen alusta asti luo myös pohjaa potilaan, hänen läheistensä ja hoitohenkilökunnan väliselle myöhemmälle vuorovaikutukselle. Avoimen dialogin malliakin voitaisiin ymmärtää CMM -teorian (ks. esim. Infante et al. 1990) avulla. Potilaan, hänen läheistensä, hoitohenkilöiden ja muiden tapaamisissa pyritään siis ymmärtämään, mitä kukin tietyillä viestinnän tavoillaan tarkoittaa ja millaisia käsityksiä heillä on tiettyihin viesteihin reagoimisesta. Tämän pohjalta pyritään sopimaan yhteiset merkitykset verbaaleille ja nonverbaaleille viesteille ja löytämään yhteisymmärrys siitä, miten tällaisiin viesteihin on asianmukaista vastata.

Seikkula et al. (2001b, 280 - 281) ovat tarkastelleet avoimen dialogin mallin tuloksia potilaiden hyvinvoinnin kannalta. Tulosten mukaan mallin mukaisella hoidolla oli erittäin positiivisia vaikutuksia silloin kun rinnalla ei oltu käytetty minkäänlaisia neuroleptisiä lääkkeitä. Tutkijoiden mukaan avoimen dialogin mallia noudattaessa voidaan neuroleptien käyttöä vähentää huomattavasti, toipumisprosessia vaarantamatta. Heidän mukaansa neuroleptisellä lääkityksellä voi olla usein jopa negatiivinen vaikutus potilaan sosiaalisen toimintakyvyn kannalta. Avainasemassa hoidon onnistumisessa vaikutti olevan juuri sujuvan vuorovaikutuksen luominen. Seikkulan et al. (2001b) mukaan tärkeää olisikin tarkastella mitkä interpersonaalisen viestinnän elementit tekevät

hoitotiimin vuorovaikutuksesta paranemista edistävää. Siinä voitaisiinkin nähdä haaste erityisesti viestinnän tutkijoille ja ammattilaisille.

Seikkula ja Trimble (2005) ovat artikkelissaan pyrkineet hieman hahmottamaan keskustelun terapeuttisia ja parantavia vaikutuksia. Heidän mukaansa keskustelussa luodaan yhteisymmärrystä ihmisten välille. Keskustelu ei ole monologia vaan dialogia, jossa rakennetaan yhdessä merkityksiä maailmasta. Keskustelussa jaetaan myös tunteita ja niiden merkityksiä rauhassa ja ymmärtävässä ilmapiirissä. Tutkijat ovat listanneet interpersonaalisen viestinnän taitoja, jotka erityisesti edesauttavat toipumista edistävän vuorovaikutuksen aikaansaamisessa. Tällaisia taitoja ovat muiden muassa uuden tiedon pyytäminen siten, että se tekee vuorovaikutuksen osapuolille omien mielipiteidensä ja tarinoidensa kertomisesta helppoa. Myös empaattinen kuuntelu on tärkeää hyvän vuorovaikutuksen syntymiseksi. Ryhmäterapiassa ryhmän jäsenet pyritään saamaan kommentoimaan omia ja toistensa ajatuksia. (Seikkula & Trimble 2005, 465 - 467, 471.) Ryhmäterapiassa hyödynnetään siis dialogia luomalla suoraan vuorovaikutuksen todellisuutta rakentavaa luonnetta. Mahdollisuus parantavalle vuorovaikutukselle piilee kuitenkin varmasti myös monissa arkipäivän vuorovaikutustilanteissa.

2.6.3 Supporttiivinen viestintä ja hyvinvointi

Vuorovaikutuksen parantava vaikutus voidaan ainakin osaltaan paikantaa siihen usein sisältyviin tuen antamisen muotoihin. Interpersonaalisen viestinnän tutkimuskentällä onkin viestinnän ja hyvinvoinnin suhdetta tarkasteltu erityisesti supporttiivisen viestinnän käsitteen kautta. Burleson & Macgeorg (2002, 385) viittaavat tutkimuksiin, joiden mukaan viestinnän ja hyvinvoinnin välillä on suora yhteys. Supporttiivisen viestinnän ensisijainen tarkoitus onkin lisätä ongelmallisessa tai tunteita herättävässä tilanteessa olevan henkilön hyvinvointia ja pärjäämistä. Gardner ja Cutrona (2004, 499) viittaavat Furmanin ja Buhrmesterin (1985) tekemään tutkimukseen, jonka mukaan vanhemmat ovat usein lapsilleen ensisijaisia supporttiivisen viestinnän lähteitä. Vanhempien antama tuki voi olla emotionaalista ja materiaalista, neuvojen antamista tai lapsen itsetunnon ja arvon vahvistamiseen pyrkivää. Vanhemmat ovat myös aina valmiina lohduttamaan ja tukemaan lapsiaan.

Supporttiivisella viestinnällä ja ihmisten hyvinvoinnilla on siis kiistaton yhteys. Tutkijat ovat kuitenkin erimielisiä siitä, mitkä tekijät supporttiivisessä viestinnässä lisäävät ihmisten hyvinvointia. Kaikella supporttiivisellä viestinnällä ei nimittäin ole ihmisten hyvinvointia lisäävää vaikutusta. Yhteenvedon voidaan kuitenkin osoittaa tiettyjä piirteitä, jotka vaikuttavat supporttiivisen

viestinnän tehokkuuteen ja toimivuuteen. Ensinnäkin supporttiivisen viestinnän täytyy olla intentionaalista. Oleellista on, että viestinnän supporttiivisen luonteen tarkoituksellisuus on myös selvästi havaittavissa. Toiseksi sen tehokkuuteen vaikuttaa tuen antajan kohteliaisuus ja pyrkimys tuen saajan kasvojen säilyttämiseen. Kolmanneksi tuen vaikuttavuuteen liittyy viestinnän sisältö eli se, millaista tietoa se sisältää. Viestintä voi pitää sisällään mielipiteen, havainnon tai uutta informaatiota. Neljänneksi supporttiivisen viestinnän on myös oltava henkilökeskeistä, eli sen tulee keskittyä kyseisen henkilön subjektiiviseen kokemukseen ja tuntemuksiin. (Burleson & MacGeorge 2002, 387, 399).

Skitsofreniaa sairastaville eri tahoilta saatu tuki on erittäin tärkeää. Varsinkin avohoidossa kuntoutuvan potilaan pärjäämiselle läheisten ja muiden tahojen antama tuki on välttämätöntä. Läheiset ovat varmasti monelle sairastuneelle kuitenkin se ensisijainen tuen lähde. Barbeen, Rowattin & Cunninghamin (1998, 293 - 234.) mukaan onnistuneella supporttiivisella viestinnällä onkin välittömiä seurauksia tuen saajan mielialaan ja tunnekokemukseen. Oleellista tässä on tuensaajan odotusten ja tuenantajan viestinnän kohtaaminen. Tuen antamisella saattaa olla myös päinvastainen vaikutus tuensaajaan. Jos häpeissään olevalle ihmiselle annetaan voimakkaita neuvoja, saattaa hän tuntea olonsa entistä huonommaksi näennäisen tuen antamisen jälkeen. Tärkeää on myös tuensaajan oma sanallinen tai sanaton reaktio vastaanotettuun supporttiiviseen viestintään. Tuensaajan reagointi määrittää myös pitkälti vuorovaikutuksen lopullisen suunnan.

Tuen etsiminen ja tuen tarpeen viestiminen on myös monimutkainen prosessi, joka ei aina saa aikaan toivottua tulosta. Trees (2005, 331 - 333) on tarkastellut tutkimuksessaan aikuisten lasten ja heidän äitiensä tuen etsimistä ja antamista. Hänen mukaansa tuenantamisprosessissa nonverbaaliset ja verbaaliset viestit toimivat monimutkaisella tavalla vihjeinä osapuolten tarpeista. Tutkimuksessa havaittiin, että tuen etsiminen saattaa olla etsijän kannalta tietoista ja tarkoituksenmukaista, mutta myös tiedostamatonta. Vaikka tuen tarvitsija ei siis tietoisesti viesti tuen tarpeestaan, saattaa sen tarve välittyä varsinkin nonverbaalisen viestinnän välityksellä tuenantajalle, kyseisessä tutkimuksessa äidille. Äidit tulkitsivat esimerkiksi aikuisten lasten vähäisen nonverbaalisen viestinnän ja kovemman puheäänän viesteiksi lapsen kykenemättömyydestä käsitellä ongelmaa ja siksi tuen tarpeesta.

Vaikka supporttiivisella viestinnällä on yleensä selkeä suunta, eli joku antaa sitä jollekin, vaikuttaa se niin tuen saajaan kuin antajaankin. Herkkien vuorovaikutussysteemien teorian eli SIST-teorian (sensitive interaction systems theory) mukaan myös tuen antajan ja saajan sisäiset tunnetilat ja erityisesti ristiriitaiset ja konfliktissa olevat tunteet välittyvät tuenantamistilanteessa

vuorovaikutukseen. Oleellista on nimenomaan tuensaajan reaktio havaittuun tukeen. Tuensaaja voi vastata saamansa tukeen positiivisesti verbaalisella viestinnällä, tai nonverbaalisesti esimerkiksi hymyillen tai rentoutuen. Tuen vastaanottaja voi myös sanallisesti tyrmätä tuen tai sanattomasti osoittaa, että tarjottu tuki ei ole tervetullutta. Reaktiolla on suuri merkitys vuorovaikutusprosessin vaikutuksiin sen kummallekin osapuolille. (Barbee et al. 1998, 282, 294.)

Jos skitsofreniaa sairastavan viestintätaidot ovat heikentyneet, ei tuen tarpeen viestiminen mahdollisesti aina välity läheisille. Läheiset saattavat myös tulkita väärin sairastuneen viestintää. Sairastuneen verbaalisen ja nonverbaalisen viestinnän muuttuessa saattaa myös hänen reagointinsa saatuun tukeen olla poikkeava, mikä saattaa aiheuttaa negatiivisen vuorovaikutusketjun. Myös näin esimerkiksi perheen sisäinen viestintä on alttiina kuormittuneisuudelle.

Tällaisilla tuen antamisen ja siihen reagoinnin aiheuttamilla vuorovaikutusprosesseilla on vaikutuksia ihmisten välisiin suhteisiin myös pidemmällä aikavälillä. Erityisesti äiti-lapsisuhteen on väitetty rakentuvan pitkälti näiden vuorovaikutuskehien tuloksena. SIST-teorian mukaan jopa lapsen kiintymyssuhde riippuu tuen antamisen aiheuttamien vuorovaikutuskehien lopputuloksesta. Kiintymyssuhteella tarkoitetaan lapsen kiintymystä ja luottamista ensin äitiinsä ja myöhemmin myös muihin ihmisiin. (Barbee et al. 1998, 294 - 295.)

Kuten sanottu, on interpersonaalisen viestinnän alalla tarkasteltu vuorovaikutuksen hyvinvointia lisääviä tekijöitä pitkälti tuen viestimisen näkökulmasta. Mielenkiintoista olisi tarkastella myös mahdollisia muita mekanismeja, jotka toimivat hyvän mielenterveyden ja hyvinvoinnin edistäjänä ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa.

3 METODI

3.1 Tutkimuksen tavoitteet

Tämän tutkimuksen tavoitteena on tarkastella skitsofrenian seurauksia sairastuneen interpersonaaliseen viestintään. Tutkimusongelmaan liittyy kuitenkin kiinteästi myös sen kääntöpuoli eli kysymys interpersonaalisen viestinnän seurauksista sairaudelle. Tähän keskitytään erityisesti neljännessä tutkimuskysymyksessä. Tarkastelu tapahtuu sairastuneiden vanhempien näkökulmasta. Interpersonaalisen viestinnän tarkoitetaan tässä pääasiassa vanhempien ja lasten välistä vuorovaikutusta, mutta myös vanhempien näkemystä lapsen interpersonalisesta viestinnästä muiden ihmisten kanssa. Tässä vaiheessa lienee myös tarpeellista tähdentää, että termeillä ”terve” tai ”normaali” tarkoitetaan tässä tutkimuksessa yksinkertaisesti skitsofreniaa sairastamatonta henkilöä. Tutkielman tutkimusongelma on seuraava:

Millaisia seurauksia skitsofrenialla on sairastuneen interpersonaaliseen viestintään vanhemman näkökulmasta?

Tutkimuskysymyksiä on neljä ja ne tarkastelevat tutkimusongelmaa hieman eri näkökulmista. Ensimmäinen tutkimuskysymys koskee skitsofrenian seurauksia sairastuneen interpersonaaliseen viestintään. Tarkastelun kohteena on siis sairastuneen verbaalinen ja nonverbaalinen viestintä vanhemman näkökulmasta. Ensimmäinen tutkimuskysymys keskittyy siihen, millä tavalla viestinnän piirteet ovat ominaisia skitsofreniaa sairastavan henkilön viestinnässä. Kysymystä tarkastellaan siitä näkökulmasta, millaisia muutoksia sairaus on aiheuttanut henkilön viestinnässä verrattuna aikaan ennen sairastumista. Myös sairauden kehitys ja sen vaiheiden seuraukset viestintään ovat tarkastelun kohteena. Vanhemmat ovat usein ainoita, joilla on mahdollisuus erityisesti verrata sairastuneen viestintää aikaan ennen sairastumista. Tällaisten muutosten tutkimisessa vanhempien näkemykset ovat siis avainasemassa. Ensimmäinen tutkimuskysymys kuuluu:

1. Miten skitsofreniaa sairastavan interpersonaalinen viestintä poikkeaa terveiden interpersonalisesta viestinnästä?

Toinen tutkimuskysymys keskittyy vanhempien viestintään suhteessa sairastuneen muuttuneeseen interpersonaaliseen viestintään. Se pyrkii selvittämään sitä, onko vanhempien viestintätyyli sairastuneen suhteen muuttunut. Kiinnostuksen kohteena ovat vanhempien havainnot tietoisista tai

luonnollisista muutoksista omassa viestinnässä. Myös haastateltavien havainnot siitä, minkälainen viestintä on ollut kannattavaa muuttuneessa viestintätilanteessa tai minkälaista viestintää on täytynyt yrittää välttää, ovat toisen tutkimuskysymyksen fokuksessa. Sairauden kehityksen ja sen vaiheiden seuraukset vanhempien viestinnälle ovat myös kiinnostuksen kohteena. Toinen tutkimuskysymys kuuluu:

2. Millaisia seurauksia sairastuneen lapsen muuttuneella interpersonallisella viestinnällä on vanhempien interpersonaaliseen viestintään heidän ollessaan vuorovaikutuksessa sairastuneen kanssa?

Kolmas tutkimuskysymys yhdistää ensimmäisen ja toisen tutkimuskysymyksen ja koskee sairauden seurauksia vanhemman ja lapsen viestintäsuhteelle. Tarkastelun kohteena on siis sairastuneen lapsen ja vanhemman ihmissuhde, johon sisältyy myös viestintäsuhte. Kolmas tutkimuskysymys pyrkii selvittämään sitä syntynyttä tilannetta ja tapaa, jolla aikuinen lapsi ja hänen vanhempansa viestivät muuttuneessa tilanteessa. Kysymyksessä tarkastellaan viestintäsuhteen toimivuutta ja niitä mahdollisia rasituksia, joita sairaus sille asettaa. Viestintäsuhdetta tarkastellaan myös suhteessa aikaan ennen lapsen sairastumista, ja myös sairauden kehityksen näkökulmasta. Kolmas tutkimuskysymys kuuluu:

3. Millaisia seurauksia sairaudella on vanhemman ja sairastuneen viestintäsuhteelle?

Neljäs tutkimuskysymys kiteyttää oikeastaan koko tutkimuksen pohjimmaisen tarkoituksen. Neljännen tutkimuskysymyksen keskiössä on interpersonaalisen viestinnän merkitys sairastuneen hyvinvoinnille. Neljäs tutkimuskysymys myös kiinnittää huomion siihen, millaisia seurauksia interpersonallisella viestinnällä on sairauden kehitykselle ja sairastuneen voinnille. Neljän tutkimuskysymys ottaa huomioon kaikki kolme edellistä tutkimuskysymystä selvittäessään minkälaiset interpersonaalisen viestinnän tekijät vaikuttavat sairastuneen hyvin- tai pahoinvointiin. Kysymyksessä ovat siis sujuvan ja sujumattoman interpersonaalisen viestinnän seuraukset sairastuneelle vanhemman näkökulmasta. Tässä kysymyksessä korostuu erityisesti vanhempien subjektiivinen näkemys ja kokemus sairastuneen hyvinvoinnista. Neljäs tutkimuskysymys kuuluu:

4. Miten vanhemmat näkevät interpersonaalisen viestinnän seuraukset sairastuneen hyvinvoinnille?

Näiden neljän tutkimuskysymyksen avulla pyritään siis selvittämään kysymystä skitsofrenian seurauksista sairastuneen interpersonaaliseen viestintään vanhemman näkökulmasta. Ensimmäinen tutkimuskysymys tarkastelee sairastuneen muuttunutta viestintää suhteessa terveiden henkilöiden viestintään ja sairastuneen viestintään ennen sairauden puhkeamista. Toinen tutkimuskysymys keskittyy läheisen muuttuneeseen interpersonaaliseen viestintään reaktiona sairastuneen lapsen muuttuneeseen viestintään. Kolmas tutkimuskysymys selvittää vanhemman ja aikuisen sairastuneen lapsen viestintäsuhdetta, ja sairauden seurauksia tälle suhteelle. Neljäs tutkimuskysymys yhdistää kolme aikaisempaa ja kääntää kysymyksenasettelun toisinpäin sekä kiinnittää huomion siihen, millaisia seurauksia interpersonaalisella viestinnällä on sairastuneen hyvinvoinnille.

3.2 Tieteenfilosofiset lähtökohdat

Tutkielman tieteenfilosofiset juuret ovat fenomenologiassa ja sosiaalisessa konstruktionismissa. Fenomenologinen lähestymistapa koskee erityisesti tutkielman menetelmän valintaa. Fenomenologiassa ovat tarkastelun kohteena ihmisen kokemukset (Virtanen 2006, 152). Graigin (1999, 138) mukaan fenomenologian näkemys viestinnästä on pyrkimystä ymmärtää toisen ihmisen näkökulmia ja kokemuksia. Fenomenologian mukaan viestijän, subjektin, on ymmärrettävä olevansa viestinnän toisen osapuolen näkökulmasta myös objekti (Graig 1999, 138). Menetelmänä teemahaastattelu noudattaa fenomenologisen suuntauksen mukaisesti haastateltavien henkilökohtaisten kokemusten selvittämistä.

Tutkielman syvemmät todellisuuden ja tiedon rakentumista koskevat perusteet ovat kuitenkin sosiaalisessa konstruktionismissa. Tutkielman tieteenfilosofinen lähtökohta määrittää siis sen, miten tutkielmassa suhtaudutaan haastattelumenetelmällä kerättyyn aineistoon. Sosiaalisen konstruktionismin mukaan todellisuus rakentuu ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa. Mitään objektiivista, ihmisistä ja heidän keskinäisestä vuorovaikutuksesta riippumatonta todellisuutta ei siis ole olemassa. Ihmiset, ryhmät ja kulttuurit rakentavat todellisuutta jatkuvasti puheessaan ja viestinnässään. (Littlejohn 2002, 163.) Tällainen näkemys todellisuudesta viitoittaa tutkimuksessa suhtautumista haastateltavien kuvauksiin ja kertomuksiin vuorovaikutuksesta. Haastateltavat rakentavat todellisuuttaan jatkuvasti vuorovaikutuksessa sairastuneiden lastensa kanssa. He siis yhdessä jatkuvasti nimeävät ja antavat merkityksiä asioille ollessaan vuorovaikutuksessa toistensa kanssa. Tätä todellisuutta haastateltavat ovat haastatteluissa yrittäneet haastattelijalle välittää. Rakentunut todellisuus ilmenee haastatteluissa fenomenologian mukaisesti haastateltavien

subjektiivisina kokemuksina tapahtumista. Haastattelutilanne on kuitenkin myös itsessään vuorovaikutustilanne, jossa haastattelija ja haastateltava rakentavat uutta jaettua todellisuutta.

Sosiaalinen konstruktionismi ei ole täysin yhtenäinen tieteenfilosofinen suuntaus, vaan siitä on olemassa erilaisia muotoja. Suuntauksen peruslähtökohdat ovat kuitenkin kaikissa suuntauksissa suhteellisen samanlaiset. Ensinnäkin sosiaalisen konstruktionismin mukaan viestintä on vapaaehtoista ja viestijä tekee jatkuvasti valintoja. Viestintää sääntelevät kuitenkin erilaiset kulttuuriset säännöt ja normit. Tieto on jotakin, jota saavutetaan katsontakannan mukaan vuorovaikutuksessa ihmisten kanssa, tietyssä paikassa tiettyyn aikaan. Kielellä ja sen käytöllä on suuri merkitys tiedon rakentumisessa. Tieto on kontekstuaalista ja merkityksemme tapahtumille syntyvät senhetkisen ajan ja paikan luomassa kontekstissa. Erilaiset teoriat ja mallit eivät ole objektiivisia välineitä todellisuuden kuvaamisessa, vaan ne ovat osana ja apuna tiedon saavuttamisessa ja rakentumisessa. Tiede ja tieteen tekeminen itsessään on sosiaalista toimintaa, jolla on vaikutus siihen, mitä tutkitaan ja miten sitä tulkitaan. Tutkimustuloksiin vaikuttavat siis aina siihen käytettyjen menetelmien arvot ja olettamukset. (Penman 1992, Littlejohnin 2002, 164 - 165 mukaan.) Sosiaalisen konstruktionismin mukaan esimerkiksi tunteet, joita usein pidämme hyvin henkilökohtaisina, ovat myös sosiaalisia konstruktioita. Lähestymistavan mukaan tunteet koostuvat ihmisten sisäistämistä sosiaalisista normeista ja säännöistä. Nämä säännöt pitävät sisällään sen, miten suhtautua ja määrittää tuntemuksiamme. (Littlejohn 2002, 168.)

Tällaisista lähtökohdista tarkasteltuna haastateltavien kuvaamia vuorovaikutustilanteita voisi tarkastella seuraavalla tavalla. Haastateltavat vanhemmat ja heidän sairastuneet lapsensa tekevät viestinnällisiä valintoja ympäristössä, jossa vallitsevat tietyt kulttuuriset normit ja säännöt. He rakentavat tietoa ja todellisuutta ja nimeävät asioita vuorovaikutuksessa toistensa kanssa. Tästä näkökulmasta tutkielmassa tarkastellaan myös sairautta, skitsofreniaa. Sosiaalisen konstruktionismin mukaisesti sairaus on myös sosiaalinen konstruktio, jonka merkitystä sairastuneet itse ja heidän läheisensä rakentavat jatkuvasti viestinnässään. Tähän vuorovaikutukseen vaikuttaa se tilanne ja ne olosuhteet, jossa vuorovaikutus tapahtuu. Myös psykoosia voidaan tarkastella sosiaalisen konstruktionismin lähtökohdista (ks. Seikkula, Alakare & Aaltonen 2001a). Myös sille luodaan oma merkityksensä vuorovaikutuksessa. Haastatteluiden muodostamasta aineistosta tehdyt päätelmät ja teoriat taas rakentavat osaltaan tietoa ja todellisuutta sekä ovat osa aiheen ympärillä vallitsevaa diskurssia. Tähän tiedonrakentumiseen ovat vaikuttaneet tutkijan tekemät menetelmä- ja arvovalinnat.

Tutkielmassa lähdetään siis sosiaalisen konstruktionismin mukaisesti siitä, että minkäänlaista yhtä ja absoluuttista totuutta ei voida saavuttaa. Sen sijaan aineisto ja itse tutkielmakin voidaan nähdä osana todellisuuden rakentumista tietyssä kontekstissa. Se syntyy tulkitsemisen ja ymmärtämisen prosessien ristipaineessa. Eskolan ja Suorannan (1999, 141) mukaan onkin siirryttävä todellisesta ”mahdolliseen”. Tutkielmassa etsitään erilaisia totuuksia ja mahdollisia merkityksiä.

3.3 Aineiston keruu ja analysointi

Tässä tutkielmassa Eskolan ja Suorannan (1999, 141) kuvaamia mahdollisia merkityksiä pyritään selvittämään laadullisen tutkimuksen keinoin. Laadullista tutkimusta voidaan pitää perusteltuna, kun pyritään tutkimaan kohdetta mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Laadullinen tutkimus pyrkii tutkimaan monimuotoisesti todellista elämää ja siihen sisältyy ajatus todellisuuden moninaisuudesta ja kokonaisvaltaisesta luonteesta. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ollaan myös erittäin tietoisia tutkimuksen arvolähtökohdista ja tiedostetaan tutkimuskohteen ja tutkijan erottamattomuus. Näistä arvolähtökohdista pyritään ymmärtämään tutkittavaa kohdetta. Laadullinen tutkimus pyrkii paljastamaan jotakin odottamatonta sen sijaan, että pyrkisi testaamaan jotakin ennalta määrättyä hypoteesia. Tutkimuksen kohdejoukko on myös valittu tarkoituksenmukaisesti, ja siinä näkyvät myös tutkijan arvot ja asenteet. Tutkimusaineistoon suhtaudutaan joustavasti ja sitä pidetään ainutlaatuisena. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 161, 165.)

Tutkimuksen aineistonkeruumenetelmänä käytetään teemahaastattelua. Läheisten haastattelu lienee tässä tapauksessa myös ainut realistinen keino selvittää tutkielman kiinnostuksen kohteena olevia asioita. Haastatella voisi tietysti myös sairastuneita itseään, mutta silloin pitäisi jo valmiiksi ymmärtää sairastuneen kokemia todellisuutta ja viestinnällisiä lähtökohtia. Oman viestinnän analysointi saattaisi myös olla haasteellista. Lisäksi ongelmaksi voisi tulla sairastuneen ihmisen kykenemättömyys osallistua haastatteluun. Läheisen kanssa haastattelija jakaa ainakin jokseenkin samanlaisen diskurssin todellisuudesta ja sen systeemeistä. Läheinen on siis sairastuneen itsensä lisäksi usein ainoa, jolla on ensikäden tietoa sairauden vaikutuksista aidoissa arkipäivän tilanteissa tapahtuvaan puhe- ja interpersonaalliseen viestintään.

Hirsjärven ja Hurmeen (2001, 35) mukaan teemahaastattelu sopii aineistonkeruumenetelmäksi, kun halutaan antaa ihmiselle tutkimustilanteessa mahdollisuus kertoa kokemuksistaan mahdollisimman vapaasti. Ihminen on siis aktiivinen merkityksiä luova subjekti. Teemahaastattelu sopii menetelmäksi myös silloin, kun kyseessä on vähän tutkittu ja kartoittamaton alue. Menetelmä on

sopiva myös silloin, kun tutkitaan arkoja ja vaikeita asioita ja kun tiedetään, että aihe tuottaa monenlaisia erilaisia vastauksia. Näistä syistä teemahaastattelu sopii erinomaisesti tämän tutkimuksen tavoitteisiin.

Aineiston keruu aloitettiin ottamalla syksyllä 2008 yhteyttä Omaiset mielenterveystyön tukena Uudenmaan yhdistys ry:hyn. Kyseisen järjestön kautta sovittiin 11 skitsofreniaa sairastavan aikuisen lapsen vanhemman kanssa haastattelusta. Haastatteluista sovittiin puhelimitse ja ne suoritettiin kaikki talvella 2008. Ennen varsinaisia haastatteluja suoritettiin kuitenkin esihaastattelu, jonka tarkoituksena oli testata haastattelurungon toimivuutta. Esihaastattelun jälkeen haastattelurunkoon tehtiin pieniä korjauksia, mutta tarvetta suuremmille muutoksille ei ilmennyt.

Haastateltavat ovat kaikki 50 - 70-vuotiaita skitsofreniaa sairastavan lapsen vanhempia. Haastateltavat ovat yhtä isää lukuun ottamatta kaikki naisia eli äitejä. Osa haastateltavista on edelleen työelämässä ja osa jäänyt eläkkeelle. Kaikki haastateltavat asuivat haastatteluhetkellä Uudellamaalla. Haastateltavien sairastuneet lapset olivat 15 - 45 vuotiaita ja asuivat haastatteluhetkellä joko omassa asunnossaan tai jossakin kuntoutuskodissa tai laitoksessa. Sairastuminen oli tapahtunut noin 4 - 20 vuotta sitten. Sairastumisajankohdan tarkka määrittäminen oli tosin osassa tapauksia vaikeaa, koska oikean diagnoosin saamisessa oli saattanut mennä vuosiakin.

Haastattelut toteutettiin pääsääntöisesti haastateltavien kotona. Osa haastatteluista toteutettiin myös haastateltavan työpaikalla, haastattelijan kotona ja Omaiset mielenterveystyön tukena ry:n tiloissa Meilahdessa. Haastattelupaikkaa valittaessa oleellista oli valita paikka, jossa olisi mahdollista puhua rauhassa aroistakin aiheista. Haastattelut kestivät noin 25 minuutista 1,5 tuntiin. Haastatteluiden alussa haastateltavaa muistutettiin haastatteluiden luottamuksellisuudesta ja siitä, mihin haastattelua tullaan käyttämään. Myös mahdollisuus haastattelun keskeyttämiselle tuotiin esiin. Haastattelut tallennettiin digitaalisella nauhurilla, joka asetettiin haastattelun alussa sopivan paikkaan ja myös kerrottiin nauhurin tarkoituksesta.

Haastatteluissa haastattelijalla oli mukanaan tutkimuskysymysten pohjalta mukailtu haastattelurunko (liite 1). Haastattelurungon teema-alueet ohjasivat haastattelua siten, että kaikki teema-alueet tulivat käsiteltyä. Haastatteluissa pyrittiin myös käyttämään sellaista kieltä ja terminologiaa, joka oli haastateltaville tuttua. Hirsjärven ja Hurmeen (2001, 66 - 67) mukaan teema-alueet toimivat haastattelutilanteessa haastattelijan muistilistana ja punaisena lankana keskustelussa. Tärkeää haastattelutilanteessa onkin teema-alueiden tarkentaminen spesifeillä jatkokysymyksillä haastattelun aikana. Heidän mukaansa haastattelun teema-alueiden tulee olla niin väljiä, että se

monimuotoinen ilmiö, jota pyritään selvittämään, tulisi mahdollisimman hyvin esille. Haastattelut olivatkin luonteeltaan hyvin joustavia ja mahdollistivat myös haastattelurungosta poikkeamisen.

Tallennetut haastattelut litteroitiin noudattaen sanatarkkuutta. Niin haastattelijan kuin haastateltavankin puheenvuorot litteroitiin. Tuloksena oli 61 sivua litteroituja haastatteluita, jotka muodostavat tutkimuksen aineiston.

Teemahaastatteluiden avulla kerätty aineisto analysoitiin teemoittelun avulla. Eskolan ja Suorannan (1999, 175 - 176) mukaan teemoittelu antaa tutkijalle mahdollisuuden etsiä aineistosta juuri tutkimuskysymyksiä valaisevia teemoja. Näin voidaan vertailla teemojen esiintymistä aineistossa. Aineistoa siis lähestytään tutkimuskysymysten näkökulmasta ja pyritään löytämään näihin vastaavia aineiston kohtia. Teemoittelu vaatii Eskolan ja Suorannan mukaan kuitenkin vankkaa teorian ja empirian vuorovaikutusta. Sitaatteja haastateltavien puheesta voidaan käyttää esimerkiksi havainnollistamaan tiettyä aihealuetta tai perustelemaan tutkijan tekemää tulkintaa aineistosta (Savolainen 1991, 454 Eskolan ja Suorannan 1999, 165 mukaan).

Aineiston analysointi aloitettiin lukemalla haastatteluaineistoa kokonaisuudessaan, intuitiivisesti huomioita ja muistiinpanoja tehden. Tällaisen yleisen lukemisen ja aineistoon tutustumisen jälkeen aineistoa luettiin tarkemmin tietty teema-alue mielessä. Litteroituun tekstiin merkittiin tekstinkohdat, joissa käsitellään tiettyä teema-aluetta. Samassa tekstin kohdassa saatettiin käsitellä myös yhtä aikaa kahta tai kaikkia neljääkin teema-aluetta, jolloin tämä merkittiin tekstiin. Kun koko aineisto oli käsitelty näin, kerättiin kaikki yhtä teema-aluetta koskevat tekstin kohdat yhteen. Kaikkiin tekstinkohtiin merkittiin haastateltavan tunnistetiedot ja haastattelun pätkän sivunumero. Näin pystyttiin säilyttämään haastatteluiden ajallisen etenemisen mahdollinen vaikutus käsiteltäviin aihe-alueisiin.

Tässä vaiheessa aineistosta oli saatu erotettua neljään teema-alueeseen liittyvät tekstinpätkät ja lisäksi haastateltavien taustatiedoista ja yleisistä asioista kertovat kohdat. Tiettyä teema-aluetta käsitteleviä tekstinkohtia lähestyttiin myös aluksi kokonaisvaltaisella lukemisella, muistiinpanoja tehden. Tämän jälkeen teema-aluetta koskevaa aineistoa luettiin systemaattisemmin, luokitellen ja yhdistellen. Hirsjärven ja Hurmeen (2001, 143) mukaan aineiston käsittely on samalla sekä analyysiä että synteisiä. Aineistoa pyritään siis samanaikaisesti sekä erittelemään ja luokittelemaan, mutta myös yhdistelemään ja luomaan kokonaisuuksia. Uusien näkökulmien luominen aineistoon on myös tärkeää. Tässä tutkimuksessa synteisiä pyritään luomaan erityisesti kaikkien teema-alueiden yli, etsimällä kaikissa neljässä teema-alueessa toistuvia aiheita.

3.4 Eettiset kysymykset

Ihmisiä tutkittaessa nousee esiin aina eettisiä kysymyksiä, joita on syytä pohtia. Perustavaa laatua oleva eettinen ongelma tässä tutkimuksessa on se, että tutkittavia asioita ei kysytä suoraan asianosaisilta eli sairastuneilta. Tärkeää on siis pitää mielessä, että tutkimuksen tulokset ovat sairastuneiden vanhempien näkemyksiä sairastuneiden interpersonallisesta viestinnästä. Tutkimuksen haastateltavien valinta aiheuttaa eettisen kysymyksen siitä, miksi tutkittavia asioita ei kysytä tutkimuskohteelta itseltään. Sairastuneiden vanhempien valitsemista haastateltaviksi voidaan kuitenkin perustella monella tapaa. Ensinnäkin tutkimuskysymykset ovat sen laatuaisia, että sairastuneen saattaisi olla itse vaikeaa vastata niihin. Sairastuneille itselleen saattaisi esimerkiksi olla vaikeaa reflektoida sairauden kehityksen seurauksia omalle viestinnälleen. Vanhempien haastattelu on perusteltua myös siksi, että viestinnällä tarkoitetaan tässä työssä pääasiassa ulkoisesti havaittavaa toimintaa ja käyttäytymistä, joka saa oman merkityksensä toisen osapuolen (vanhemman) tulkinnoissa. Tarkoituksena ei siis ole pääasiallisesti selvittää sairastuneiden sisäisiä tiloja ja tuntemuksia.

Vanhempien haastattelemineen on perusteltua myös, kun ottaa huomioon tutkimuksen laadun ja laajuuden. Jos tutkimuksessa olisi lähdetty haastattelemaan sairastuneita itseään, olisi se vaatinut haastattelijalta erityistä asiantuntijuutta ja kokemusta sairaudesta ja sairastuneista. Sairastuneiden haastattelu olisi nostanut myös monia eettisiä kysymyksiä esimerkiksi haastattelutilanteen stressaavuudesta ja itse sairauden vaikutuksesta vuorovaikutustilanteeseen.

Sairastuneiden vanhempienkin haastattelu nostaa esiin tiettyjä eettisiä kysymyksiä. Eskolan ja Suorannan (1999, 56 - 57) mukaan arkaluonteisia tietoja kootessa tärkeää on haastateltavan ymmärrys tutkimuksen luonteesta ja sen vapaaehtoisuudesta. Tietojen käsittelyssä oleellista ovat luottamuksellisuus ja anonymiteetti. Aineiston tallentamisessa ja sen raportoinnissa onkin pyritty varmistamaan haastateltavien tunnistamattomuus. Haastattelun alussa haastateltavalle myös kerrattiin, missä haastattelua tullaan käyttämään.

Tutkimuksen aihe on yksityiselämää koskeva ja monelle haastateltavalle arka asia. Wibergin (1991, 220) mukaan haastattelussa on otettava huomioon haastattelutilanteesta johtuvan mahdollisen stressin, masennuksen tai riittämättömyyden tunteen aiheutuminen haastateltavalle. Suurin ongelma Wibergin mukaan on kuitenkin haastateltavan mahdollinen tunne itsekontrollin menetyksestä. Tunne voi syntyä esimerkiksi silloin, kun haastateltava tuntee olevansa painostettuna vastaamaan johonkin kysymykseen, johon ei haluaisi vastata. Haastattelutilanteissa pyrittiinkin rentoutuneen ja

positiivisen ilmapiirin luomiseen. Haastattelut pyrittiin esimerkiksi aloittamaan pehmeästi, vähitellen aihetta lähestyen. Myös haastattelutilanteen lopussa pyrittiin ikään kuin sulkemaan käsitellyt aihealueet ja päättämään haastattelutilanne positiivisen ilmapiirin vallitessa.

Haastattelu on myös suuremmassa mittakaavassa viestintätilanne, jossa kaksi henkilöä ovat vuorovaikutuksessa toistensa kanssa. Johannesenin (1990, 1) mukaan interpersonaalinen viestintä mahdollistaa aina toiseen ihmiseen vaikuttamisen, mikä aiheuttaa eettisiä kysymyksiä. Tällaisen vaikutuksen aiheuttamisen mahdollisuus nousee erityisesti silloin, kun viestinnällä on jokin määrätty tarkoitus ja päämäärä, ja kun sen oikeellisuutta voidaan arvioida väärän ja oikean termin.

4 TULOKSET

Aineisto on raportoitu haastatteluiden tema-alueiden mukaisesti. Haastateltavien sitaateista on poistettu tai muutettu kaikki mahdolliset tunnistetiedot, kuten henkilöiden ja paikkojen nimet. Sitaaatteja on tämän aineiston raportoinnissa käytetty pääasiassa tietyn aihealueen havainnollistamiseen. Sitaaattien sisällä esiintyvät välimerkit ovat myös tutkijan lisäämiä.

4.1 Skitsofreniaa sairastavan viestintä

Haastateltavien arviota viestinnän poikkeavuudesta normaalitilanteeseen verrattuna vaikeutti erityisesti vertailukohdan puutos, kun sairastuminen oli tapahtunut jo parikin kymmentä vuotta sitten. Saman henkilön murrosiän viestintää ei voi pitää vertailukohtana aikuisen sairastuneen viestinnälle. Aineistossa sairastuneiden puheviestintä ja sen laatu riippui kuntoutumisen asteesta. Haastateltavien vastausten mukaan sairastuneiden kunto ja sitä kautta viestintä voitaisiin jakaa kahteen luokkaa: niihin, joiden viestintätyyli on palautunut lähes ennalleen, ja niihin, joiden viestinnässä sairaus on edelleen nähtävissä. Sairauden eri vaiheet aiheuttavat myös muutoksia viestintätyylissä.

4.1.1 Psykoosin ja sairauden vaiheiden seuraukset viestinnälle

Haastateltavien mukaan sairauden puhkeaminen on näkynyt viestinnässä joko täydellisen äkillisenä käyttäytymisen muutoksena tai useimmiten niin, että nuori on oirehtinut aikansa ennen ensimmäisen psykoosin ilmaantumista. Kaikkien haastateltavien kertomuksissa, niidenkin joiden lapsen viestintä on myöhemmin palautunut miltei normaaliksi, psykoosivaiheilla on ollut seurauksia sairastuneiden viestinnälle. Viestintäyhteys on saattanut kokonaan katketa, sairastuneen viestinnän sisältö on muuttunut tai se on ollut erittäin sekavaa. Viestintä on usein heijastellut sairauden muita oireita kuten harhaluuloja ja harhoja. Eräs haastateltava kuvasi tyttärensä sairastumista seuraavasti:

”Tyttö muuttu yhdessä päivässä aivan toiseksi tytöksi, kielenkäyttöä ja kaikkea myöten ja umpioitu, sulkeutui sillä lailla että sen jälkeen meidän kommunikaatio katkesi aika tyysti.”
(Haastateltava 4)

Toinen haastateltava taas kertoi lapsensa pystyneen ja halunneen psykoosissa puhua vain kuulemistaan äänistä ja harhaluuloistaan:

”Et mitä halusi puhua oli just nämä henget ja mitä kaikkea sitten, et hän oli sit joutunut sellaiseen hankalaan tilanteeseen ja oli siellä jossakin maailmassa, pirullisessa rakosessa.”
(Haastateltava 5)

Psykoosivaiheen jälkeen skitsofrenian huonompien ja parempien jaksojen aaltoilevuus (ks. esim. Isohanni et al. 2007, 86) näkyi myös haastateltavien tarinoissa. Myös viestinnän muutokset ovat mukailleet oireiden vakavuutta ja sairauden aaltoilevuutta. Lääkitys on näytellyt suurta roolia sairastuneiden viestinnän näkökulmasta. Useimmiten oikean lääkitymisen löytymisellä on ollut sinänsä positiivisia vaikutuksia potilaiden viestintään oireiden helpottuessa. Lääkityksen suurimpana ongelmana sen sijaan näyttäisi olevan sen passivoiva ja tylsistyttävä vaikutus, ”kemiallinen pakkopaita” kuten eräs haastateltava (5) asian ilmaisi. Osa haastateltavista näkee sen sairastuneen viestintään vaikuttavana tekijänä. Toinen haastateltava kuvasi lääkkeiden vaikutusta sairastuneen lapsensa viestintään seuraavasti:

”Nyt hänellä on aika paljon sitä lääkitystä vähennetty ja selvästi tulee tätä vastaanpanemista, onneksi vähän enemmän, ja oman tahtotilan ilmaisua. Mut sillon ku ne lääkitykset on täysillä päällä ni kyllä ne vie ihmisen semmoseen tokkuraan, että ei sieltä paljon mitään innostuksen piikkejä nouse.” (Haastateltava 6)

Lääke- ja laitoshoidolla on ollut suuria vaikutuksia potilaiden voinnille ja sitä kautta myös interpersonaaliseen viestinnälle. Sairauden vakavimpien vaiheiden ja psykoottisten jaksojen jälkeen

kaikki haastateltavat tuntuivat saaneen ainakin jonkinlaisen viestinnällisen yhteyden lapseensa. Sairastuneiden persoonallisen viestintätyylin ja viestintätaitojen ”palautumista” tasolle ennen sairastumista voisi jaotella kolmeen ryhmään. Osalla viestintätyyli ja viestintätaidot ovat palautuneet oikeastaan täysin samalle tasolle kuin ennen sairastumista. Osalla viestintätyyli on jokseenkin palautunut, mutta viestintätaidot eivät niinkään ja monilla esiintyy viestintäaarkuutta. Kolmannessa ryhmässä viestintätyyli ja sitä kautta myös taidot ovat pysyvästi muuttuneet ainakin tietynlaisissa tilanteissa. Haastateltava kuvasi sairauden erilaisten vaiheiden vaikutuksia lapsensa viestintään:

”Lääkitykset varmaan helpottaa kun löyty sopivat lääkkeet mut et kyl se sairauden, että sehän on välillä pahempi että on silloin eristyvämpi eikä saa sitä kontaktia sillä lailla, että kyllä se tietysti vaikuttaa että sitten kun on helpompi vaihe niin on helppo kommunikoida.”
(Haastateltava 8)

Sairastuneen aikuisen lapsen viestinnässä on saattanut tapahtua muutoksia myös pidemmällä aikavälillä. Yksi haastateltava kertoi pitkään sairastaneen lapsensa viestinnässä hiljattain tapahtunutta muutosta parempaan:

”Siellä hän hoitokokouksessa puhui jo ihan semmosia asioista että mä ajattelin että hyvänen aika. Että siellä hoitaja sano et Minna on nyt aikuistunut ihan selvästi, hoitaja joka oli tavannut hänet aikaisemmin.”
(Haastateltava 4)

Aineiston perusteella ongelmallisinta viestinnässä näyttäisi kuitenkin olevan se, että viestintä on nimenomaan palautunut sairauden puhkeamista edeltävälle tasolle, josta saattaa olla kulunut jopa kaksikymmentä vuotta. Puheenaiheet ja vuorovaikutuksen laatu ovat usein samanlaisia kuin murrosikäisen lapsen kanssa, vaikka lapsen ikä hipoo neljäkymmentä. Suurin ongelma lasten viestinnässä näyttäisi aineiston perusteella siis olevan se, että viestintä ei ole muuttunut ja kehittynyt normaalisti. Osa sairauden aiheuttamista viestinnän muutoksista ovatkin nimenomaan viestinnän muuttumattomuutta ja kehittymättömyyttä. Eräs haastateltava kuvasi lapsensa puheenaiheita:

”Se kontakti ja tämä tämmöinen keskustelu että jos hyväksyy sen että ne aiheet on vähän, että ei kuvittelisi yli kolmekymppisen tämmöistä puhuvan.”
(Haastateltava 5)

Viestinnän kehityksen ”pysähtymisestä” tai muuttumattomuudesta johtuen haastateltavien oli välillä vaikea myös arvioida, mitkä piirteet viestinnässä ovat persoonallisia ominaisuuksia ja mitkä

sairauden aiheuttamia. On vaikea pohtia millaiseksi henkilön viestintätyyli olisi kehittynyt ilman sairastumista. Haastateltava esitti ongelman seuraavasti:

”On tietysti ongelmana aina se, että puuttuu se vertailukohta, että jos meillä olisi sama henkilö toisen tien käyneenä. Että se on pelkkää arvailua ja epäilyä että olisiko tämän tapainen kehitys tapahtunut muutenkin.”
(Haastateltava 5)

4.1.2 Skitsofrenian suorat ja epäsuorat seuraukset sairastuneen viestinnälle

Aineiston perusteella skitsofrenian seuraukset sairastuneiden viestinnälle ovat olleet joko suoria tai epäsuoria ja muista oireista johtuvia. Suurimmalla osalla sairastuminen on aiheuttanut suoria seurauksia viestintään. Suorat seuraukset voisi jakaa kahteen luokkaan sen mukaan, millaisia muutoksia ne ovat saaneet aikaan. Osalla sairastuminen on aiheuttanut sulkeutuneisuutta ja interpersonaalisen viestinnän vaikeutumista, jotka ovat näkyneet myös sairauden akuuttivaiheen väistyttyä. Sulkeutuneisuus ja interpersonaalisen viestinnän vaikeutuminen näyttäisivät näkyvän pääsääntöisesti sosiaalisissa tilanteissa vetäytymisenä ja ujoutena, stressaamisena, erilaisten viestintätilanteiden välttämisenä sekä niissä huonosti pärjäämisinä. Tämän seurauksena sairastuneiden sosiaalinen verkosto on usein kutistunut ja käsittää vain omat vanhemmat ja sisarukset. Yksi haastateltava kuvasi lapsensa viestintätyyliä muiden kuin oman perheen kesken seuraavasti:

”Hän on hyvin hiljainen oikeestaan, arka ja hiljainen. Et semmonen ku hän oli semmonen maailman vallottaja ni nyt hän on arka ja hiljanen ja alistuvainen.”
(Haastateltava 6)

Myös toinen haastateltava kuvasi lapsensa sairauden seurauksia viestintätilanteissa pärjäämiselle:

”Uudet tilanteet, et sil menee koko energia ku se miettii et missä ne kädet on ja jalat hyvin.”
(Haastateltava 3)

Aineistosta nousevat kuvaukset sairastuneiden viestintätyylistä voisi jakaa kolmeen ryhmään. Osalla puhetyyliä voisi kuvata määrällisesti niukaksi mutta kielellisesti rikkaaksi. Sairastunut siis puhuu harvoin, mutta käyttää puhuessaan huoliteltua ja rikasta kieltä. Toisaalta viestintätapa saattaa olla vain niukkaa ja suorastaan töksähtelevää. Osalla taas viestinnän vaikeutuminen näyttäisi olevan

viestinnän hallinnan vaikeuden seurausta. Eräs haastateltava kuvasi viestintätilanteiden vaikeutumista seurauksena lapsensa vaikeutena hallita omaa viestintäänsä:

”Jos hän jännittää niin silloin hän rupeaa puhumaan nopeasti ja sekavasti, et jos meille tulee veljiäkin kylään ni se pulppuaa se puhe koko ajan, et hän ei saa niinku lopetettua ja sit se katkee se ajatus ja ei saa niinku oikee mitään selvää tai tolkkua.”
(Haastateltava 9)

Aineistosta välittyi usein myös sairastuneiden herkkyys, joka näkyy myös viestinnässä. Herkkyys näkyy haastateltavien kertomuksissa usein sairastuneiden erityisen tarkkana kykyä aistia ja havainnoida muiden viestintää ja sen ristiriitaisuuksia. Tämä herkkyys näkyy sairastuneiden vuorovaikutuksessa eri tavoin. Sairastunut saattaa olla erittäin epäluuloinen kaikkea kuulemaansa kohtaan ja epäillä viestinnän tarkoitusperiä. Tämä johtaa usein väärinymmärryksiin vuorovaikutuksessa. Toisaalta sairastunut saattaa imeä itseensä vuorovaikutuskumppaneidensa tunne- ja olotiloja. Sairastuneen viestinnällinen herkkyys saattaa näkyä myös normaalia tarkempaa kykyä havaita petosta tai viestinnän peiteltyjä tarkoitusperiä. Haastateltava kertoi lapsensa herkkyydestä:

”On just tavallista herkempää että lukee kaikki ilmeet ja eleet ja että onko sulla nyt jotain hän saattaa sanoa, että painaako jokin, että lukee jo sitte ulkonäöstä.”
(Haastateltava 8)

Myös toinen haastateltava kuvaili sairastuneen lapsensa erityislaatuista herkkyyttä viestinnässä:

”Aistii hirveen herkästi ja siinä on semmonen, että tämmönen skitsofreenikko voi niinku imuroida ne kaikki, että jos joku sanoo hieman epämääräisesti jonkun asian niin hän voi niinku ajatella sen omalla tavallaan niinku se on joku negatiivinen asia hänelle.”
(Haastateltava 1)

Osalla sairastuneista herkkyys liittyy myös huumorintajuun ja huumorin käyttämiseen viestinnässä. Huumori näyttelee osassa näistä kuvauksista erityistä kipukohtaa viestinnässä. Sairastuneen saattaa olla erityisen vaikea ymmärtää huumoria ja ironiaa. Toisaalta huumorin ja komiikan taju ja käyttäminen on osalla säilynyt ennallaan jopa silloin, kun muu viestintä on vaikeutunut. Nämä sairastuneet näyttävät käyttävän herkkyyttään havainnoida viestintää apuna nokkelan ja tilanteeseen sopivan huumorin viljelylle. Eräs haastateltava kuvasi lapsensa huumorintajua:

”Älykästä, tilannekomiikkaa aika paljon, sanaleikkejä.”
(Haastateltava 6)

Aineistoa voisi jaotella myös sen perusteella, onko sairaus vaikuttanut haastateltavien sairastuneiden lasten kykyyn tai haluun puhua omista tunteistaan. Enemmistöllä juuri tunteista puhuminen ja niiden ilmaiseminen on erityisen vaikeutunutta ja estynyttä. Tunneilmaisu saattaa olla myös hyvin yksipuolista ja usein negatiivissävytteistä. Tunteiden viestiminen tapahtuu usein nonverbaalisen viestinnän ja tekojen kautta sen sijaan, että sairastunut osaisi sanallisesti kertoa tunteistaan. Osalla tunteista keskustelu on palannut ennalleen tai on vaikea sanoa, johtuuko sen niukkuus sairaudesta vai yleisestä persoonallisuuden piirteestä. Haastateltava kertoi lapsensa tunneilmaisusta:

”Vetäytyy tai menee maate sängylle eikä puhu mitää (...) Et tekemisillään se sitte näyttää sen sijaan et sanoisi voi harmi.”
(Haastateltava 3)

Sairastuneiden viestintään epäsuorasti vaikuttivat monet muut oireet. Aineistosta nousee kysymys skitsofrenian vaikutuksista kognitiivisiin toimintoihin, kuten ajatteluun, keskittymiskykyyn ja muistiin, jotka osaltaan vaikeuttavat viestintää. Keskustelemisen vaikeudet heijastelevat siis usein sairauden tällaisia oireita. Eräillä myös äänien kuuleminen vaikeuttaa keskusteluun ja viestintätilanteeseen keskittymistä. Eräs haastateltava (7) kertoi lapsensa esimerkiksi kertoneen, että ei pidä puhelimesta puhumisesta ja haastateltava epäileekin, että tällä voisi olla jotakin tekemistä äänien kuulemisen kanssa. Puhelimesta puhuttaessahan viestintä tapahtuu ilman nonverbaalista puolta. Epäsuoriin oireisiin lukeutuvat myös esimerkiksi lääkityksen aiheuttamat viestintätilanteita vaikeuttavat sivuvaikutukset. Lääkkeet saattavat esimerkiksi aiheuttaa pidätyskyvyn vaikeuksia, jotka osaltaan lisäävät vuorovaikutustilanteiden välttelyä ja niissä jännittämistä.

Nonverbaalinen viestintä on myös osalla muuttunut suoraan sairauden tai epäsuorasti lääkityksen seurauksena. Monella kehon kieli on jäykempää ja eleettömämpää kuin aikaisemmin. Nonverbaaliseen viestintään on sairauden vaikeimmissa vaiheissa saattanut tulla myös kummallisia piirteitä, kuten eräs haastateltava kuvaili:

”Tän sairauden alkuaikoina hänellä oli semmonen kummallinen tuijotus, et siihen kiinnitti huomiota (...) Ja olemus ei kokonaisuudessaan oo siinä (viestinnässä) niinku mukana.”
(Haastateltava 7)

Myös toinen haastateltava kertoi lapsensa nonverbaalisesta viestinnästä sairauden vaikeimpina aikoina:

”Jos katseet voisivat tappaa niin mä olisin varmaan kuollut jo tuhansia kertoja.”
(Haastateltava 4)

4.1.3 Viestintä perheen kanssa ja sen ulkopuolella

Aineiston perusteella sairastuneiden viestintä ja sen ongelmat voitaisiin jakaa kahteen ryhmään sen mukaan, tapahtuuko se oman perheen kesken, arkipäiväisissä tilanteissa vai perheen ulkopuolisissa sosiaalisissa tilanteissa. Arkipäivän viestintä ja asioiden ilmaisu eivät aineiston perusteella aiheuta sairastuneille sen suurempia ongelmia kotioloissa. Vaikeaa saattaa sen sijaan olla kielen vaikeimmilla tasoilla liikuttaessa kuten eräs haastateltava kuvailee:

”Jokapäiväisessä toiminnoissa ei kyllä havaitse, että kyllä se on enemmänkin niinku abstraktisen viestinnän, että se on sillä tasolla se ongelma. Et ei niinku pysty pukemaan sanoiksi että toinen ymmärtäisi.”
(Haastateltava 7)

Sairastuneiden viestintä on aineiston perusteella myös muuten erilaista oman perheen kesken kuin vieraampien henkilöiden kanssa. Oman perheen kesken sairastuneet osaavat usein rentoutua, ja vuorovaikutuksessa on tuttuuden tuomaa turvaa. Vieraampien henkilöiden kanssa viestimistä vaikeuttaa jännittäminen ja sulkeutuneisuus. Osa sairastuneista saattaa puhua hyvinkin eri tavoin vanhemmilleen kuin ulkopuolisille henkilöille kuten kavereille, lääkäreille tai sosiaalivirkailijoille. Luottamus viestintäkumppaniin vaikuttaisi olevan myös oleellisessa asemassa viestinnän sujumisen kannalta. Yksi haastateltava kertoi lapsensa puheen muuttuvan usein sekavaksi vieraiden läsnä ollessa, jolloin tilanne on stressaava. Perheen kanssa viestimistä hän kuvasi seuraavasti:

”Sitten kun hän on ihan rauhallisesti meidän kanssa keskenään ja puhuu niinku tälle pojalle, niin silloin hän puhuu ihan niinku järkeviä.”
(Haastateltava 9)

Toinen haastateltava kuvasi lapsensa viestintätyylin vaihtelua oman perheen ja kavereiden välillä:

”Jos mä kysyn että miten sun siellä työpaikassa on mennyt, että ihan ok. Sitten kun yrittää kysyä että jos pikkasen laajentas, ni ihan ok. Mutta sitten ku kaverit soittaa, ne muutamat jotka soittaa niin siitä tulee semmonen vähän niinku laajempi, mutta se on hirveen hermostunut kun sille soitetaan että se niinku kävelee ja puhuu (...) Et se niinku jännittää sitä puhetilannetta.”
(Haastateltava 3)

Sama haastateltava kertoi myös lapsensa olevan paljon rennompia ja luonnollisempia vuorovaikutuksessa pienten lasten kanssa, vaikka muuten jännittääkin aikuisten kanssa tapahtuvia

viestintätilanteita. Eräs haastateltava (9) kertoo taas lapsensa olleen paljon vuorovaikutuksessa ulkomaalaisten kanssa sairauden alkuvaiheilla. Hän epäileekin, että vierasta kieltä puhuvien kanssa viestiminen on ollut helpompaa, sillä sairaus ei siten ole näkynyt niin selkeästi puheessa ja vuorovaikutuksessa. Ulkomaalaisten kanssa keskusteltaessa ongelmat viestinnässä voidaan laittaa helpommin vieraan kielen ja tapojen piikkiin.

Oman perheen seurassa sairastuneet ovat useimmiten siis rentoutuneempia ja viestintä on yleisesti helpompaa ja sujuvampaa. Vanhemmat juttelevat sairastuneiden kanssa kaikenlaisista asioista. Sairastuneet usein purkavat myös pahaa oloaan vanhempiensa niskaan muiden viestintäkontaktien ollessa vähäisiä. Yleisesti ottaen keskustelujen sisällöt koskevat kaikkia arkipäiväisiä ”kevyitä” aiheita. Osa haastateltavista juttelee sairastuneen kanssa myös sairauteen liittyvistä asioista, kun taas osa lapsista ei nimenomaan pysty omaa sairauttaan koskevista asioista puhumaan. Edelliseen liittyy oleellisesti myös sairauden tunnon taso eli se, kuinka tietoinen sairastunut on omasta sairaudestaan ja sen oireista. Aineiston perusteella näyttäisi myöskin usein olevan oleellista puhua asioista, jotka erityisesti kiinnostavat sairastunutta. Osalla sairauden puhkeaminen varhaisessa iässä näyttäisi vaikuttavan myös puheenaiheisiin. Haastateltava kuvasi interpersonaalisen viestinnän sisältöä lapsensa kanssa:

”Että ne puheen aiheet on ihan niinku laidasta laitaaan ihan niinku normaalisti ihmisen kanssa puhutaan. Ja sitte niinku välillä meillä tapahtuu tämmösiä katkoksia kun me ollaan puhuttu jotain ja sitte mä saatan mennä toiseen aiheeseen ja saatan sitten kysyä jotain siihen liittyen tai muuta niin häntä ei enää kiinnostanutkaan. Että se on semmosta hakusta välillä että mistä se syntyy.”

(Haastateltava 7)

Eräs haastateltava kertoi keskustelun aiheista lapsensa kanssa:

”Tietty mä oisin halunnu ku lapset kehitty ja ne tulee aikuiseks niin niiden jutut muuttuu ja meil on niinku aikuisten juttuja että sitä ei löydy. Et hän ei oo kiinnostunut uutisista tai mistään tämmösisistä aikuisten asioista et se on Salatut elämät ja Idols ja tämmösiä juttuja.”

(Haastateltava 10)

Aineiston perusteella näyttäisi siltä, että matkapuhelin ja sillä soittaminen on tärkeässä roolissa sairastuneiden ja heidän vanhempiensa viestinnän ylläpidossa. Osa haastateltavista on lapsiinsa yhteyksissä puhelimen välityksellä päivittäin ja soittaminen on muodostunut myös sairastuneille tärkeäksi kontaktivälineeksi. Kännyköiden mahdollistama tavoitettavissa oleminen aiheuttaa osalle myös ongelmia. Sairastunut saattaa soittaa vanhemmalleen kymmeniä kertoja päivässä ja hermostua välittömästi, jos puhelimeen ei vastata. Jatkuva soittaminen on taas raskasta ja

stressaavaa vanhemmille. Sairastuneille näyttäisi olevan tärkeää saada nopeasti yhteys johonkin, kun on jotakin asiaa tai tarve puhumiselle tulee.

Aiemmin mainitut tunteiden viestimisen muutokset näkyvät usein haastateltavien kertomuksissa silloin, kun vuorovaikutuksessa ajaututaan jonkinlaiseen ristiriitaan tai konfliktitilanteeseen. Lääkityksellä on kuitenkin ollut vaikutuksia myös tällaisiin tilanteisiin reagoinnissa. Kertomukset voisi jakaa karkeasti kolmeen luokkaan. Joko reaktio ristiriitaan tai epämiellyttävään asiaan on suora ja ytimekäs tyrmäys, jolloin kenellekään ei jää epäselväksi että tästä asiasta ei enää keskustella. Ennen sopivan lääkityksen löytymistä reaktio on saattanut olla myös suuttuminen tai raivokohtauskin. Reaktio konfliktitilanteessa saattaa olla myös vetäytyminen tai tilanteesta poistuminen ja puhumattomaksi meneminen. Eräs haastateltava kuvasi lapsensa reagointia keskustelun mennessä ristiriitaisille vesille:

”...sitten hän vaan sanoo että aha nyt tultiin tähän aiheeseen kiitos riittää...”
(Haastateltava 6)

Toinen haastateltava kertoi lapsensa laitosten ja lääkityksen vaikutuksista konfliktitilanteisiin reagoimiselle:

”Ei hänellä semmosta suuttumista, niinkun mä sanoin niin häneltä on se oma tahto kyllä otettu pois, et ei synny sillä tavalla törmäyksiä, koska hän on aina et anteeks.”
(Haastateltava 5)

Aineiston perusteella skitsofrenia on vaikuttanut haastateltavien lasten viestintään joko suoraan tai epäsuorasti, muiden oireiden seurauksena. Sairastuneiden lasten viestinnän muutokset ovat suurimalla osalla tarkoittaneet sulkeutuneisuutta ja viestintäarkuutta ja osalla viestinnän hallinnan vaikeutta. Viestintätyyliin näyttäisi vaikuttavan sairastuneen herkkyyys, joka ilmenee vuorovaikutuksessa monella tavalla. Sairastuneiden viestintätyyliin vaikuttaa myös se, tapahtuuko se oman perheen kesken vai vieraampien läsnäollessa. Myös sairastuneiden kyky viestiä tunteitaan on osalla vaikeutunut. Viestintätyyli on muuttunut sairauden mukana, ja siihen ovat vaikuttaneet niin lääkitys kuin sairaalassaolojaksotkin. Ongelmallisinta aineiston perusteella näyttäisi kuitenkin olevan viestinnän jämähtäminen sairautta edeltävälle tasolle.

4.2 Vanhempien viestintä sairastuneelle lapselle

4.2.1 Muutokset vanhempien viestinnässä suhteessa lapsen psykoosiin ja sairauden vaiheisiin

Aineiston perusteella näyttäisi siltä, että myös vanhempien tapa viestiä sairastuneelle lapselleen on muuttunut sairauden myötä. Viestintätyyliä on täytynyt muuttaa ja mukauttaa lapsen sairauden vaiheiden vakavuuden mukaan. Osa haastateltavista on muuttanut omaa viestintäänsä tietoisesti, osalla viestinnän muuttuminen ja mukautuminen on ollut enemmänkin luonnollinen reaktio uudessa tilanteessa.

Psykoosivaiheiden aikana vanhempien viestintätaidot ovat olleet erityisen kovilla. Erityisesti haastateltavilla, joiden lapsi on sairastunut murrosiän aikoihin ja asunut vielä kotona tai ollut vielä hyvin riippuvainen vanhemmistaan, on toimivan viestinnän löytyminen ollut usein haasteellista. Vanhemmat ovat joutuneet etsimään keinoja saadakseen jonkinlaisen kontaktin katkenneen viestintäyhteyden tilalle.

Eräs haastateltava kertoi myöhemmin tajunneensa, että oli puhunut psykoosissa olleelle tyttärelleen kuin pienelle lapselle lässyttäen. Toinen haastateltava taas kertoi, että heille oli neuvottu, että lapsen harhoja käsitteleviin juttuihin ei saisi mennä mukaan. Hän oppikin keskustelemaan psykoosissa olevan ja ääniä kuulevan lapsensa kanssa seuraavasti:

”Niitä saatto silloin ohjailla silleen että minä taas puhuin siitä että oletko sä varma että ne on pahoja henkiä, että entä jos ne onkin ystävällisiä, että jos sä voitkin vaan keskustella.”

(Haastateltava 5)

Näin haastateltava kertoi myös onnistuneensa pitämään jonkinlaisen yhteyden sairastuneeseen lapseensa. Psykoosivaiheen jälkeen vanhempien suhtautumistapoja lapsen muuttuneeseen viestintään voisi jakaa kahteen ryhmään. Osan viestintätyyli on huolehtivainen ja holhoava tai joskus kontrolloivakin. Osa vanhemmista taas pyrkii viestintätyylillään, omasta huolestuneisuudesta huolimatta, viestintätilanteissa tasavertaisuuteen ja vuorovaikutuksen rakentumiseen sairastuneen ehdoilla. Vanhempien ongelmana näyttäisikin olevan jatkuva tasapainoilu huolehtimisen ja sairastuneen oman tilan kunnioittamisen välillä. Vanhempien viestintätyyli ja suhtautuminen sairastuneeseen lapseen on myös vaihdellut olosuhteiden ja sairauden kehityksen mukana. Eräs haastateltava kertoi suhtautuneensa lapseensa sairauden alkuvuosina erittäin huolehtivasti, mutta joutunut opettelemaan antamaan lapselleen hänen tarvitsemansa tilan ja tasa-arvon:

”Niin mä oon varmasti kohdellu mun poikaa siellä sairauden alkuvuosina niinku pientä lasta että mulla alko tämmönen uus äitiys (...) Mun poikani on antanut palautetta ja osaa sillä tavalla vetää sen viivan et ehkä me ollaan opittu kommunikoidaan vuosien varrella sillä tavalla että kyllä hän hyvin osaa niinku pitää sen oman tilansa.”
(Haastateltava 7)

Vuorovaikutus sairastuneen kanssa näyttäisi kuitenkin tapahtuvan yleensä heidän ehdoilla. Keskustelussa pyritään myötäilemään sairastuneen kiinnostuksen kohteita ja puheenaiheita, kannustamaan ja innostamaan. Vuorovaikutustilanteissa yritetään mennä myös sairastuneen jaksamisen ja haluamisen mukaan. Tämä tuntuu olevan myös jonkinlainen ehto vuorovaikutukselle, sillä painostaminen, inttäminen tai kysely eivät johda mihinkään. Yksi haastateltava kertoi:

”Mä oon huomannut sen, että ei kannata lähteä kiistelemään eikä kinaamaan, eikä liikaa neuvomaankaan, että mä yritän vaan niinku kannustaa häntä jos hän itse keksii jotain. Ja pyydän häneltä mielipiteitä että ei tule semmosta että tee näin tai noin, että musta olisi parempi että hän tavallaan itse löytäisi niitä asioita.”
(Haastateltava 1)

Vuorovaikutus sairastuneen kanssa on luonnollisesti elänyt sairauden ja sen oireiden vaiheiden mukaan. Huonompina kausina viestintään on joutunut kiinnittämään enemmän huomiota tai se on luonnollisesti muuttunut, ja parempina kausina vuorovaikutus on palautunut pitkälti normaaliin uomiinsa. Osalla haastateltavista suurimmat muutokset omassa viestinnässä ovat liittyneet juuri lyhyiden psykoosivaiheiden ja terveempien kausien eroihin. Muutoksia vanhempien viestinnässä on myös saattanut tapahtua pitempienkin aikojen saatossa. Yksi haastateltava kertoi lapsessaan tapahtuneesta muutoksesta ja sen seurauksista haastateltavan omalle viestinnälle:

”Mä en oikeen tiedä vielä, että miten mä tämän aikuisen tyttären kanssa kun tätä on kestänyt niin lyhyen aikaa tai onhan tää jo useamman kuukauden ollut mutta se 20 vuotta oli sitä että tuntuu että oli aina niinku varpaillaan (...) Kokoajan oli semmonen että mitä mä uskallan sanoa ja mitä ei.”
(Haastateltava 4)

Aineistosta käykin ilmi vanhempien taipumus olla vuorovaikutustilanteissa koko ajan hieman varpaillaan ja valppaina kaikille mahdollisille muutoksille sairastuneen äänensävyssä tai puheenaiheissa. Vanhemmat etsivät jatkuvasti tietoa sairastuneen tilasta ja merkkejä sen mahdollisesta huononemisesta. Eräs haastateltava (7) sanoi sairastuneen tarkkailun vuorovaikutustilanteissa olevan myös tärkeää siksi, että siten pystyy säätelemään omia puheenvuorojaan ja viestintäänsä sairastuneen viestintään sopivaksi. Hänen mukaansa keskustelu sairastuneen kanssa tapahtuu ikään kuin viiveellä, jolloin on oltava tarkkana, että osaa mukauttaa oman viestintänsä sairastuneen ryhtiin. Eräs haastateltava kertoi:

”Tää sairaus on tietty sitä että sä oot sen kanssa aina sillä tavalla tuntosarvet ulkona, että sä niinku kuuntelet äänensävyä tai sitten justiin sanoja mitä tulee, että onko tässä jotakin, että sä et koskaan pääse semmoseen rentoutuneeseen tilaan.”
(Haastateltava 10)

Sairastuneen tarkkailu kumpuaa haastateltavien jatkuvasta huolesta ja pelosta sairauden pahenemisesta ja uudesta psykoosista. Huoli saattaa näkyä myös esimerkiksi vanhempien tapana yrittää kyselemällä ja tenttaamalla saada tietoa sairastuneen mielentilasta ja olost. Osalle haastateltavista tulee ikään kuin tarve saada mahdollisimman paljon tietoa, etenkin jos jonkinlaisia muutoksia on ollut havaittavissa. Yksi haastateltava kuvaili tilannetta seuraavasti:

”Kyllä se näkyy kun mä olen huolissani, ja sitten semmonen kyseleminen, että mä varmaan kyselen hirveen paljon että jollain tavalla tulee semmonen voimakas tarve saada tietoa siitä hänen olostaan ja sitte juuri se että se kontakti ei pelaa ihan kunnolla.”
(Haastateltava 7)

Vaikka vanhemmat yrittävät pitää vuorovaikutustilanteet neutraaleina ja tunteita herättämättöminä, niin konflikteita aiheuttavia suutahduksia tapahtuu aika-ajoin. Eräs haastateltava kertoi hermostuvansa helposti, kun asiat sujuvat sairastuneen kanssa hitaasti ja vaikeasti. Välillä on vaikea pitää mielessä aikuisen lapsen sairaus ja sen aiheuttamat vaikeudet arkipäivässä. Erityisesti vaikeimpina aikoina ovat vanhemmat ajautuneet konfliktitilanteisiin lapsensa kanssa viestiessä. Eräs haastateltava kertoi omien voimien loppumisesta keskustelussa sairastuneen lapsensa kanssa:

”Kyllä mä sitten joskus sanoin vaan, että mä en nyt jaksa, että en mä sua ikinä hylkää eikä muuta että kyllä mä tähän jään ja olen aina sun vierelläsi mutta mä en vaan jaksa, että nyt on tällöinen tilanne, mutta joka sanaa piti varoa.”
(Haastateltava 4)

4.2.2 Vanhempien oman viestinnän kontrollointi

Vanhemmat joutuvat rajoittamaan omaa viestintäänsä vuorovaikutuksessa sairastuneiden lastensa kanssa. Oman viestinnän kontrollointi on koskenut niin puheenaiheita kuin tapaa ilmaista asiat sairastuneelle lapselle. Viestinnän kontrolloinnin taustalla on erityisesti tarkoitus välttää sairastuneen stressaantumista tai hermostumista.

Aineistosta nousee esiin puheenaiheita, joita osa vanhemmista yrittää psykoosivaiheen jälkeen välttää keskustellessaan sairastuneen lapsensa kanssa. Aiheet saattavat koskea esimerkiksi tulevaisuuden näkymiä ja suunnitelmia, koska monet haaveet koetaan sairauden takia mahdottomiksi saavuttaa. Myös muut, sairauden takia kyseenalaisiksi muuttuneet aiheet jätetään

keskusteluista usein pois. Tällaisia aiheita ovat esimerkiksi perheen perustaminen tai seksiin liittyvät asiat. Eräs haastateltava kertoi myös jättävänsä tietoisesti kaikki mielikuvitusta kiihottavat ja yliluonnolliset aiheet keskustelusta pois. Lapsen sairauteen liittyviä asioita saatetaan myös välttää ottamasta esille, koska se hermostuttaa sairastunutta. Yleisesti ottaen keskusteluista pyritään jättämään kaikki arkaluontoiset ja liian vaikeat asiat ulkopuolelle. Osa vanhemmista kuitenkin kertoi keskustelevansa lapsensa kanssa kaikista mahdollisista asioista, jättämättä tietoisesti mitään aiheita ulkopuolelle. Tähänkin näyttäisi vaikuttavan sairastuneen kunto ja kykenevyys keskustella tietyistä aiheista. Haastateltava kertoi keskustelunaiheista:

”Mä huomaan myös että mun on vähän vaikea ottaa asioita esille, että mä vähän niinku jännitän että en ota liian vaikeita asioita, enkä ota esiin semmosia asioita mitkä tuntuu mahdottomilta. Ettei se aihepiiri mene semmosille alueille mitkä hän on jo menettänyt vaikka niistäkin täytyisi voida puhua.”
(Haastateltava 6)

Tiettyjen aihepiirien välttämisen lisäksi haastateltavat pyrkivät myös muilla tavoin välttämään vuorovaikutustilanteissa stressin aiheuttamista sairastuneelle. Vuorovaikutustilanteet pyritään pitämään mahdollisimman neutraaleina ja positiivissävytteisinä eri tavoin. Esimerkiksi omien ongelmien kertomista sairastuneelle saatetaan välttää, sillä sairastunut huolestuu sen laatusista asioista erittäin paljon. Myös oman huolestuneisuuden näyttämistä keskustelussa pyritään välttämään, sillä se tarttuu nopeasti myös sairastuneeseen. Eräs haastateltava kertoi:

”Sitä ei niinku kerro ihan juurta jaksuen että jos mulla on esimerkiks joku tutkimus että mua vaivaa joku, ja mä meen tutkimuksiin sen takia, ni kyllä sitä sitte sanoo että ei se ole mitään vakavaa. Että sitä niinku lieventää ja pehmentää asioita että tietää että hän reagoi niin voimakkaasti.”
(Haastateltava 8)

Sairastuneet seuraavat kuitenkin usein niin tarkkaan vuorovaikutuksen toista osapuolta, että kaikenlaiset tunnetilat, aikomukset ja tarkoitukset eivät jää salaisuudeksi. Haastateltava kertoi vuorovaikutuksesta lapsensa kanssa:

”Että sitten jos on jotain vakavampaa ajatusta siinä keskustelussa ja pyritään johonkin tavoitteeseen, johonkin toimintaan vaikuttamaan tai muuta, niin sitten tulee tää manipulointiasia, että se ei niinku siedä mitään manipulointia.”
(Haastateltava 7)

Aineistosta nouseva sairastuneiden herkkyyys, joka saattaa ilmetä epäluuloisuutena tai helposti huolestumisena, vaikuttaa siis vanhempien tapaan viestiä lastensa kanssa. Eräs haastateltava (3) kertoi yrittävänsä välttää pitämästä lapseensa liian pitkää katsekontaktia vuorovaikutustilanteissa, koska sairastunut lapsi kokee sen kyttämisenä ja tarkkailuna. Herkkyyttä otetaan viestinnässä

huomioon myös pyrkimällä välttämään kaikkia mahdollisia väärinkäsityksiä. Viestintä pyritään pitämään mahdollisemman konkreettisella tasolla ja yksiselitteisenä. Viestinnässä pyritään myös mahdollisimman selkeään ulosantiin, koska muuten saattaa käydä niin, että sairastunut joko ymmärtää väärin tai vain osa viestistä menee perille. Erityisesti kaikki toimintaohjeet ja vastaavat täytyy selittää vähän kerrallaan, koska sairastunut ei pysty keskittymään moneen asiaan yhtä aikaa. Vanhemman rooli keskusteluissa näyttäisi usein olevan juuri ongelmanratkaisussa apuna oleminen sekä neuvojen ja toimintaohjeiden antaminen. Eräs haastateltava kertoi:

”Sitä yrittää sanoa asiat yksiselitteisesti, niin että niissä ei ole mitään taka-ajatusta, jää sinne pohdittavaksi koska silloin kun puhuu huolimattomasti niin voi tulla sanoneeksi jotain sellaisessa lauseessa että ota tuo, vie ja kaikkea muuta siinä välissä, ja sitten vielä jotain kolmatta, niin se on aivan liian monimutkaista ja liian vaikeaa käsittää.”
(Haastateltava 6)

Vuorovaikutustilanteissa tarvitaan aikaa, rauhaa ja kärsivällisyyttä. Yksi haastateltava (7) kertoi, että hänen on itse nopeatempoisena ihmisenä ollut vaikea opetella olemaan rauhallinen ja kärsivällinen sairastuneen lapsensa kanssa keskustellessa. Hän on myös havainnut, että vuorovaikutustilanteessa ei voi olla väsynyt vaan kokonaisvaltainen läsnäolo, kuuntelu ja terävällä päällä oleminen on erittäin tärkeää, jos haluaa viestinnän onnistuvan. Hän kuvasi asiaa seuraavasti:

”Mä oon jo pitkän aikaa sitten tehnyt tällaisen päätöksen, että kun mä menen häntä tapaamaan niin mulla on aikaa (...) Se on sitä läsnäoloa ja siinä se kommunikaatio tavallaan vaatii ja tarvitsee sen ajan, että semmoinen äkkiä nyt ja näin, niin se ei toimi, että mä itse uskoisin että tää kommunikointi tän sairauden takia vaatii aikaa.”
(Haastateltava 7)

Vanhempien viestinnälliset reaktiot lapsen sairauteen ovat siis moninaiset. Osa on tehnyt tietoisia valintoja ja muutoksia omassa viestinnässään, ja osa reagoi luonnollisesti lapsen sairauden kehittymiseen. Sairastuneen stressin lisäämisen ja konfliktien välttäminen on leimaavaa vanhempien viestinnässä. Vanhempien reaktiot ovat vaihdelleet korostuneesta kontrolloimisesta ja sairastuneen tarkkailusta tasavertaisuuteen pyrkivään ja oman tilan antamiseen. Vanhempien viestintä on myös elänyt lapsen sairauden kehityksen mukaan. Eräs haastateltava kuvasikin vuorovaikutuksen sairastuneen lapsensa kanssa olevan jatkuvaa opettelemista:

”Tää on kyllä vaativa koulu ja vaativa kurssi, noin elinikäinen, että joutuu peilaamaan kyllä tosi paljon omia, että ei voi päästää itseään helpolla että joutuu aina peilaamaan että mikä tää mun tavoite loppuen lopuksi on. Ja oon mä niin tai näin niin olenko mä liian äitimäinen tai...”
(Haastateltava 7)

4.3 Sairastuneen lapsen ja vanhemman viestintäsuhde

Aineiston perusteella aikuisen lapsen ja vanhemman viestintäsuhteeseen sairauden jälkeen on vaikuttanut useimmiten viestintäsuhde ennen sairastumista. Lapsen ja vanhemman sairautta edeltävään viestintäsuhteeseen on vaikuttanut myös käytännön viitekehys eli se, millaisissa puitteissa se on tapahtunut. Sairastuneet voidaan jakaa kahteen ryhmään sen mukaan, ovatko he vielä asuneet kotona vai muuttaneet jo omilleen sairauden puhjetessa. Tähän luonnollisesti on vaikuttanut sairastuneen ikä sairauden puhkeamishetkellä. Muutamassa tapauksessa on ollut kyse myös armeijassa tai vaihto-oppilaana olosta sairastumisen aikoihin. Aikaisemmalla asumisjärjestelyllä on luonnollisesti ollut vaikutusta sairautta edeltävän viestintäsuhteen käytännön puoleen, jolla osaltaan taas on seurauksia viestintäsuhteelle myös sairauden puhkeamisen jälkeisenä aikana.

Sairastumisen jälkeen viestintäsuhteeseen ovat käytännön kannalta vaikuttaneet myös muuttuneet asumisjärjestelyt, kuten sairaalassa tai erilaisissa kuntoutuskodeissa oloajat. Asumisjärjestelyiden käytännön merkitys viestintäsuhteelle vaikuttaa siihen, millaisissa yhteyksissä viestintä lasten ja vanhempien välillä tapahtuu. Kotona paljon aikaa viettävän lapsen kanssa vuorovaikutus tapahtuu erilaisissa yhteyksissä kuin esimerkiksi jonkinlaisessa laitoksessa asuvan lapsen kanssa. Aineiston perusteella haastateltujen lapsilla esiintyy kahta erilaista asumisjärjestelyä sairastumisen jälkeen. Osa sairastuneista asuu omassa asunnossaan ja osa jonkinlaisessa kuntoutuskodissa tai hoitolaitoksessa. Omassa asunnossaan asuvat sairastuneet usein kuitenkin käytännössä viettävät paljon aikaa vanhempiensa luona. Kuntoutuskodeissa tai hoitolaitoksissa asuvat sairastuneet ovat yhteyksissä vanhempiinsa puhelimitse, minkä lisäksi vanhemmat käyvät tapaamassa heitä säännöllisesti ja sairastuneet pääsevät myös viettämään aikaa vanhempiensa luokse. Sairauden aiheuttamia seurauksia lapsen ja vanhemman viestintäsuhteelle voisi myös kutsua epäsuoriksi, koska ne ovat usein seurausta sairauden muista oireista.

4.3.1 Psykoosin ja sairauden vaiheiden seuraukset viestintäsuhteelle

Sairauden puhkeamisen ja ensimmäisen psykoosin puhkeamisen aikoihin viestintäsuhde on usein katkennut kokonaan tai muuttunut dramaattisesti. Sairastuneen sairaalassa olo on antanut viestintäsuhteelle myös omat raaminsa. Tällöin viestintäsuhde on tarkoittanut vanhempien sairaalassa vierailuita ja yritystä pitää jonkinlaista kontaktia yllä sairastuneeseen. Eräs haastateltava kuvasi vuorovaikutusta lapsensa kanssa tämän jouduttua sairaalaan:

”Sairaalaan kun menin niin hän ei puhunut mulle oikeestaan mitään, että hän vaan makasi siinä sängyllä. Mutta mä saatoin esimerkiksi silittää häntä hiuksista (...) Ja sitte siinä oli joku semmonen palapeli siinä käytävässä, kun me istuttiin ja laitettiin mutta ei me puhuttu mitään.”
(Haastateltava 2)

Psykoosivaiheessa viestintäsuhde on useimmiten tarkoittanut yksinkertaisesti vanhempien läsnäoloa. Haastateltavat kokivat läsnäolon kuitenkin tärkeäksi, vaikka viestintä on usein ollut olematonta tai hyvin muuttunutta. Osalla psykoosin ja pahimman vaiheen väistyttyä viestintäsuhde on palautunut enemmän tai vähemmän ennalleen. Muutamalla viestintäsuhde on kuitenkin muuttunut dramaattisesti pidemmäksi aikaa, jopa vuosikymmeniksi. Pahimmillaan viestintäsuhdetta on sävyttänyt sairastuneen asettama tietokielto, jonka seurauksena vanhemmat eivät ole saaneet minkäänlaista tietoa sairastuneen tilasta tai olinpaikasta. Eräs haastateltava kertoi hänen ja tyttärensä viestintäsuhteen muuttumisesta sairauden puhjettua:

”Varsinkin minun suhteeni kun me oltiin kaksin että minä olin se hänen elämänsä paha, että hän niinku kumosi mulle kaiken ja minä sain kyllä kuulla siitä kaikki v- ja h- alkusten sanojen kera sitten ku se kielenkäyttö muuttu, siis ihan kieltä myöten kaikki muuttu.”
(Haastateltava 4)

Hän vertasikin sairastumista tilanteeseen, jossa on tutustuttava ja luotava viestintäsuhde aivan uuteen ihmiseen, lähdettävä nollatilanteesta. Sairaalassa vietetyn ajan jälkeen viestintäsuhteen käytännön puitteet ovat myös vaihdelleet sairastuneen ja vanhempien mahdollisten asumisjärjestelyiden muutosten mukaan. Eräs haastateltava kertoi ymmärtäneensä asumisjärjestelyiden seuraukset ihmissuhteelle. Hänen oli täytynyt tehdä vaikea päätös ja kieltää sairastuneen tyttärensä pyyntö muuttaa kotiin asumaan, koska näki, että järjestely olisi ollut vahingollinen heidän suhteelleen. Vanhempien ja sairastuneiden lasten jatkuva vuorovaikutus onkin omiaan kiristämään kummankin osapuolen hermoja. Haastateltava kuvaa lapsensa ristiriitaista viestintää, kun haastateltava on ollut viikon matkoilla ja palaa kotiin:

”Sit se oli tullut niinku meille (...) ni se oli niin hirveän tyly ja kaikki mitä mä kysyin niin ihan tyhmii jostai BB -talosta, niin se vastaili töks töks töks. Ni sitte sisko sano et sul on ihan oma kämppä, et sä voit mennä sinne ku äiti ärsyttää, että mitä sä siinä töksöttelet et mee vaan siitä ihan omaan kotiisi sitte. Mutta sillä on se että se oli vihanen siitä, että mä olin ollut viikon siellä, että se on vähän niinku sillä lailla ja sit sitä saattaa ärsyttää, et just et ku mä puhun ennen ku mä ajattelen.”
(Haastateltava 3)

Sairastuneen sosiaalisen verkoston ollessa pieni ja ystävyysuhteet vähäisiä, on vanhempienkin seura usein parempaa kuin yksin oleminen.

Useimmiten psykoosivaiheen jälkeen sairastuneiden ja haastateltavien välit ovat kuitenkin palautuneet ja yhteys on säilynyt. Varsinkin pitkään sairastaneiden ja heidän vanhempiansa viestintäsuhde on ehtinyt elää ja muuttua sairauden kehityksen myötä. Kehityksen suunta on ollut kaikilla neutraali tai myönteinen. Viestintä on saattanut muuttua riitelystä ja huutamisesta kahden aikuisen väliseen rauhalliseen vuorovaikutukseen. Viestintäsuhde saattaa olla molemminpuolisen opettelun ja kärsivällisyyden tulosta. Eräs haastateltava kertoi prosessista:

”Se säännöllisyys on siinä tärkeää (...) Että mä edustan semmosta tylsää arkipäivän juttua, mutta siitä huolimatta mä uskon että ainakin toiselle osapuolelle on tärkeää se, että se oppiminen vie aikaa. Se on niinku omakin ongelma että sä et niinku opi jollet sä paneudu siihen ja se on säännöllistä ja siinä on sitä aikaa. Että se oppimisprosessi vaatii sen.”
(Haastateltava 7)

Haastateltavilla ja heidän sairastuneilla lapsillaan on kehittynytkin yhteisiä tapoja hoitaa asioita ja olla vuorovaikutuksessa. Sairastuneet saattavat esimerkiksi hieman häpeillä vanhempiansa kanssa liikkumista, etenkin pojat äitiensä kanssa. Yksi haastateltava kertoi heidän yhteisestä ruokakaupassa käynnistä:

”Sillä oli ongelma mennä kauppaan niin mä lähdin sitten sen kaveriksi kauppaan niin sit se häpee kauheesti sitä, että mä oon sen kanssa siellä kaupassa että me toimitaan vähän niinku me ei oltakaan (...) et mä en voi niinku puhua ja näyttää et haluutko sä tätä ja otetaanko tätä.”
(Haastateltava 3)

Haastateltavat ja sairastuneet ovat vuosien myötä kuitenkin löytäneet oman, toimivan tapansa olla vuorovaikutuksessa. Toimiva viestintäsuhde sisältää sairastuneen ja vanhemman yhteisiä, usein sanattomia, sopimuksia viestinnän sisällöstä, tapaamisten tiheydestä, puhelimella soittamisesta tai esimerkiksi viestinnässä ilmaantuvan konfliktitilanteen hoitamisesta. Eräs haastateltava kuvasi viestintäsuhteen pelisääntöjen rakentumista seuraavasti:

”Minä soitan joka päivä, hän soittaa vain hyvin harvoin, mutta sitten aina aika ajoin mun täytyy kysyä että häiritseekö nämä soitot, että saanko soittaa näin usein. Hän ei välttämättä halua että soitan näin usein ja minä taas haluan tietää että hän voi hyvin, ja haluan soittaa kerran päivässä. Mutta sitten jos ollaan tehty sopimus että hän haluaa olla rauhassa vaikka viikon niin sitten mä en taas soita.” (Haastateltava 6)

Erityisesti sairaudesta puhumisesta näyttäisi olevan vanhempien ja sairastuneiden välillä muodostunut jonkinlainen sanaton sopimus. Sairaudesta keskustelua joko vältetään yhdessä, tai sitten siitä puhumiselle on luotu omat sääntönsä ja tapansa. Sairaudesta puhumiseen vaikuttavat niin sairastuneen omat kuin vanhemmankin pelot ja ahdistukset. Haastateltava kuvasi perheensä tapaa keskustella sairaudesta:

”Kyllä me sitten halataan aina ja Pekka saattaa alkaa itse kertomaan että muistatko sen ku mä olin vielä hullu tai jonkun asian näin ja sitten me nauretaan kaikki päälle (...) Meil on ihan kivoja hulluvitsejä.”
(Haastateltava 11)

Sairastuneen lapsen ja vanhemman viestintäsuhde on kaikilla haastateltavilla löytänyt oman uomansa ja tapansa toimia. Sairastuneet lapset ja heidän vanhempansa ovat löytäneet tavan viestiä ja olla vuorovaikutuksessa siinä viitekehyksessä ja niissä puitteissa, jotka sairaus on suhteelle asettanut. Eräs haastateltava kuvasi hänen ja sairastuneen lapsensa viestintäsuhdetta seuraavasti:

”Ehkä me olemme pikemminkin löytäneet oman tapamme vaieta, jättää arat aiheet ulkopuolelle.”
(Haastateltava 6)

4.3.2 Viestintäsuhteen epätasa-arvoisuus

Aineiston perusteella vanhempien ja lasten viestintäsuhteita eniten leimaava piirre on sen tietynlaisen tasa-arvoisuuden puuttuminen. Vaikka ihmissuhde on aikuisen lapsen tai ainakin myöhäisnuoren lapsen ja vanhemman välinen, muistuttaa se enemmänkin lapsen tai varhaisnuoren ja vanhemman välistä suhdetta. Viestintäsuhde ei siis ole muuttunut ja kehittynyt niin kuin normaalitilanteessa olisi voinut odottaa, vaan se on pysynyt sairautta edeltävää aikaa vastaavana. Epätasa-arvoisuus näkyy viestinnässä monella tavalla. Haastateltava kuvasi viestintäsuhdetta tyttärensä:

”Se ei ole ’muuttunut’ sillä tavalla kuin mä olisin halunnut että se olisi muuttunut, sillä tavalla että hän itsenäistyy ja hänestä tulee aikuinen nainen, hän jatkaa olemista niinku lapsi joka on kokoajan kiinni mussa. Se ei niinku irtaannu koskaan.”
(Haastateltava 10)

Haastateltavien vanhempien ja sairastuneiden lasten viestintää leimaa siis hyvin vahvasti tasapainoilu sairastuneen itsenäisyyden säilyttämisen sekä hoivaamisen ja huolehtimisen välillä. Eräs haastateltava on pyrkinyt tietoisesti lisäämään viestintäsuhteen tasavertaisuutta:

”Se kommunikointi semmoisessa sävyssä, että se ei ole niinku ylhäältä alas tai alhaalta ylös, että se onnistuisi niinku semmonen tasavertanen, jossa kumpikin tavallaan on samalla viivalla.”
(Haastateltava 8)

Kahden aikuisen välisen viestintäsuhteen puuttumisella on monenlaisia seurauksia lasten ja vanhempien vuorovaikutukselle. Sairastuneet ovat usein suhteessa enemmän yhteydessä vanhempiinsa kuin samanikäiset terveet nuoret aikuiset tai aikuiset. Sairastuneiden ja vanhempien

välillä vallitseva läheisyys on kuitenkin laadultaan erilaista. Vaikka kanssakäymistä on paljon, se ei välttämättä saavuta kovin syvällistä tasoa. Haastateltava kuvailee vuorovaikutusta lapsensa kanssa:

”Ei päästä enää mihinkään syvällisiin keskusteluihin. Meidän kahdenkeskinen keskustelu on semmosta, että minulta tulee ohjeita ja hän ottaa niitä ohjeita vastaan tai ei ota, ja sitten mä haastattelen että mitä hän on tehnyt ja ja hän kertoo että on käynyt kaupassa ja ollut ulkona ja käynyt tupakalla. Se kielenkäyttö on aika lapsekasta verrattuna terveenä olemisen aikaan.”
(Haastateltava 6)

Leimaavaa sairastuneiden ja heidän vanhempiensa suhteelle suurimmalla osalla on sen korostunut tärkeys sairastuneen elämässä. Sairastunut on usein hyvin riippuvainen vanhemmistaan. Osalla sairastuneista suhde lapsuuden perheeseen tai vanhempaan/vanhempiin muodostavat heidän ainoat ihmissuhteensa. Vaikka muita kontakteja ja ystäviä olisikin, on suhde vanhempiin sairastuneilla erittäin tärkeä. Muiden viestintäsuhteiden vähyys sävyttää myös vanhempien ja lasten viestintää. Suhteen korostunut tärkeys saattaa olla raskasta niin sairastuneelle kuin vanhemmallekin ja aiheuttaa osaltaan kahnauksia. Sairastunut saattaa olla myös esimerkiksi erittäin mustasukkainen vanhempien muista ihmissuhteista tai tekemisistä. Eräs haastateltava kertoo:

”Hän on ilmeisen kyllästynyt meidän seuraan. Kun sitä seuraa ei oo paljon niin meidän osuus siinä seuran pidossa korostuu liikaa, niin kyllä hän jo selvästi alkaa äyskiä meille päin.”
(Haastateltava 6)

Viestintä sairastuneen ja vanhemman välillä on usein tuen antamista sairastuneelle eri tavoin. Tuen antaminen viestinnässä riippuu pitkälti sairastuneen kunnosta ja valmiuksista keskustella asioista. Parhaimmillaan sairastunut ja vanhempi puhuvat sairauteen ja arkipäivään liittyvistä ongelmista ja niiden herättämistä tunteista. Tuen antaminen saattaa tarkoittaa myös esimerkiksi sairastunutta jännittävän tilanteen läpikäymistä ja ahdistuksen hälventämistä. Vanhemmat myös auttavat sairastuneista kaikenlaisissa käytännön ongelmissa. Tuen antaminen saattaa olla myös vain yksinkertaisesti läsnäoloa ja seurana olemista esimerkiksi lääkärissä tai asioilla käydessä. Viestintäsuhteen epätasa-arvoisuus näkyy osaltaan myös tuen antamisessa. Tukea annetaan nimenomaan vanhemmalta sairastuneelle lapselle ja harvemmin toisinpäin. Vanhemmat usein tietoisesti välttävät omien ongelmien ja huoliensa käsittelyä sairastuneen kanssa, koska sairastunut ahdistuisi näistä kohtuuttoman paljon. Poikkeuksiakin löytyi. Eräs haastateltava kertoi poikansa ottaneen huolehtijan roolin, kun haastateltavalta löytyi sydänsairaus. Useimmiten tuen antaminen tapahtuu kuitenkin vanhemmalta sairastuneelle, kuten yksi haastateltava kertoi:

”Kyllä mä olen se joka antaa sen turvan, että jos jotain on niin se soittaa mulle ja itkee puhelimesta joitain asioita, että mulla on nyt niin surullinen olo tai tuntuu niin pahalta, niin mun pitää sitten antaa se voima.”
(Haastateltava 10)

Vanhemmat joutuvat siis tasapainottelemaan hoivaamisen ja huolehtimisen sekä itsenäisyyden säilyttämisen välillä. Aineiston perusteella vaikuttaisi myös siltä, että viestintäsuhteen perusta on luotu sairastuneen ehdoilla. Sairastuneet kykenevät juuri sellaiseen läheisyyteen ja viestintään kuin pystyvät ja haluavat. Eräs haastateltava (4) on havainnut, että hänen sairastuneelle lapselleen riittää mahdollisuus soittaa äidilleen silloin kun se hänelle itselleen sopii. Haastateltavan on siis täytynyt pidättäytyä liiasta huolehtimisesta ja hoivaamisesta ja tyytyä yhteydenpitoon sairastuneen ehdoilla. Sairastuneille on usein vanhempien suuren tuen lisäksi tärkeää säilyttää oma tilansa ja autonomiansa.

Haastateltavien ja heidän sairastuneen lapsensa viestintäsuhte muistuttaa siis enemmänkin vanhemman ja lapsen, kuin vanhemman ja aikuisen lapsen vuorovaikutusta. Leimaa antavaa vuorovaikutukselle on usein se, että se on yksi sairastuneen harvoista ihmissuhteista. Tämä kuormittaa suhdetta ja viestinnässä ajaututaan helposti konfliktitilanteisiin. Vanhemmat joutuvat viestinnässään tasapainoilemaan huolehtimisen ja hoivaamisen, ja toisaalta lapsen aikuisuuden ja itsenäisyyden kunnioituksen ristipaineessa. Vuosien varrella lapset ja vanhemmat ovat kuitenkin löytäneet yhteisiä tapoja olla vuorovaikutuksessa toistensa kanssa.

4.4 Viestinnän merkitys sairastuneen hyvinvoinnille

Toimivan ja positiivisessa sävyssä tapahtuvan viestinnän merkitys ilmenee aineistossa kahdesta näkökulmasta, jotka eivät kuitenkaan ole erotettavissa toisistaan. Sujuva vuorovaikutus on ensinnäkin tärkeää vanhempien omalle hyvinvoinnille. Omaiset ovat usein sairastuneiden ainoita viestintäkontakteja ja seuranpitäjiä, jolloin toimimaton viestintä on vanhemmille erityisen raskasta. Sujuva viestintä sairastuneen kanssa toimii myös indikaattorina sairastuneen voinnista ja sairauden kehityksestä ja vaikuttaa siten vanhempien huolestuneisuuden ja hyvinvoinnin tasoon. Haastateltava kertoi omasta väsymisestään:

”Mä oon aika monet kerrat hänelle sanonut, varsinkin kun itellä on vaikeeta, että en mä sua koskaan niinku jätä, mä en vaan jaksaa että mun omat voimat on vähissä.”
(Haastateltava 4)

Vanhempien hyvinvoinnilla taas on suora vaikutus tämän teema-alueen varsinaiseen aihealueeseen, eli sairastuneen hyvinvointiin. Vanhempien tunnetila ja stressitaso peilautuu nopeasti sairastuneesta lapsesta huonontaen vuorostaan hänen vointiaan. Tuloksena syntyy kehä, jossa kummankin voimavarat ja hyvinvointi peilautuvat vuorovaikutuksessa takaisin. Haastateltavat kuitenkin huomauttavat, että heidän näkemyksensä sairastuneen hyvinvoinnista on heidän havaintoihinsa perustuva subjektiivinen näkemys asiasta, eikä välttämättä vastaa sairastuneen kokemusta hänen omasta voinnistaan.

Aineistosta nousee kaksi näkökulmaa toimivan viestinnän tärkeyteen. Ensinäkin sujuva ja positiivisessa sävyssä tapahtuva vuorovaikutus on tärkeää sairastuneen ja hänen vanhempiensa suhteelle, ja sitä kautta sairastuneen hyvinvoinnille. Toiseksi toimiva viestintä ja viestintätaidot vaikuttavat sairastuneiden toimintakykyyn perheen ulkopuolella sosiaalisessa maailmassa, ja sitä kautta sairastuneen elämänlaatuun ja hyvinvointiin.

Haastateltavien ja heidän sairastuneiden aikuisten lastensa suhde rakentuu pitkälti viestinnälle, joten sen toimivuus on oleellisen tärkeää. Lasten sairaudesta johtuvilla viestinnän ongelmilla, kuten korostuneella herkkyydellä, epäluuloisuudella tai kognitiivisten häiriöiden viestintää vaikeuttavilla oireilla, on seurauksia viestinnän sujuvuudelle. Jatkuvat väärinymmärrykset ja hermojen kiristyminen vaikuttavat kummankin osapuolen hyvinvointiin. Toimiva viestintä taas laskee sairastuneen stressitasoa ja saattaa siten helpottaa sairauden oireita. Haastateltavat kertoivatkin toimivan vuorovaikutuksen seurausten näkyvän sairastuneen olemuksessa ja ilmeissä, ja pidemmällä aikavälillä esimerkiksi töissä jaksamisessa tai elämässä selviytymisessä. Eräs haastateltava kertoi toimivasta vuorovaikutuksesta ja sen seurauksista parhaimmillaan:

”Kyllä hän vapautunut on ja sillain mukava fiilis siinä sitten, että kyllä se tuntuu ja näkyy, että on sitten rentoutunut ilmapiiri. Mutta ne on yleensä tämmösiä yleisiä sitten ne keskustelut, että niinkun maailman asioista tai jostai, että on hyvin kiinnostunut.”
(Haastateltava 8)

Vanhemman ja sairastuneen jonkinlaisen viestintäyhteyden ylläpito näyttäisi olevan tärkeää myös sairauden pahimmissa vaiheissa ja psykoosissa. Kontaktin säilytys on ollut vanhemmille itselle erittäin tärkeää, mutta heidän mukaansa sillä on ollut positiivinen vaikutus myös sairastuneeseen. Vuorovaikutus on psykoosivaiheessa saattanut tarkoittaa yksinkertaisesti läsnäoloa tai rinnalla pysymistä kaikesta huolimatta. Myös silloin, jos sairastunut on huonoimpina aikoina käyttäytynyt aggressiivisesti tai pyrkinyt katkaisemaan kokonaan välejään vanhempiinsa, ovat vanhemmat sinnikkäästi pitäneet jonkinlaista yhteyttä yllä. Tällaiseen tilanteeseen joutuneet haastateltavat

näkövinkit myös, että pyrkimys pitää yllä jonkinlaista viestintäyhteyttä kaikesta huolimatta oli tärkeää tulevaisuutta ajatellen.

Vaikka sairastunut ei ole psykoosissa ollut välttämättä kykeneväinen saamaan minkäänlaista yhteyttä ympäristön kanssa, ovat vanhemmat saattaneet silti jutustella lapsiensa kanssa niin paljon kuin mahdollista. Eräs haastateltava (11) olikin sitä mieltä, että sairastuneelle on psykoosivaiheessa tärkeää jollakin tasolla olla tietoinen, että vanhemmat ovat olemassa ja tulevat aina katsomaan sairaalaan kaikesta huolimatta. Eräs haastateltava kertoi myös pyrkineensä keskustelemaan lapsensa harhoista niin paljon kuin mahdollista, menemättä niihin silti liikaa mukaan:

”Että siinä kuitenkin syntyi keskustelua ja sillä on jatkuvuutta niin tietysti se on osoitus jostakin. Että se olis todennäköisesti katkennut siihen että lopeta höpöttäminen, että hän olisi jäänyt sinne omaan maailmaansa.”
(Haastateltava 5)

Sairastuneiden viestinnällä ja erityisesti viestintätaidoilla on suuri merkitys myös heidän muille elämänalueilleen ja niiden laadulle. Aineistoista nousee haastateltavien erityisenä huolena sairastuneiden sosiaalisten suhteiden vähyys. Suurin osa sairastuneista ei käytännössä ole vuorovaikutuksessa kuin oman perheensä jäsenten kanssa. Huonot viestintätaidot vaikeuttavat myös kaikenlaista asioiden hoitamista ja vastuun ottamista vaikuttaen siten negatiivisesti moniin elämän alueisiin. Esimerkiksi työelämässä ja harrastustoiminnoissa toimiminen vaikeutuu. Ystävyys-suhteiden tai parisuhteen ylläpitäminen ja luominen on myös vaikeaa, ja sairastuneet ovat hyvin yksinäisiä. Muutama sairastunut, jolla sairaus ei ole vaikuttanut kovin dramaattisesti sosiaaliseen toimintakykyyn, on kyennyt jotenkuten säilyttämään sairautta edeltäneen sosiaalisen verkostonsa. Nämä sairastuneet vaikuttaisivat aineiston perusteella voivan paremmin. Perheen ulkopuolisten sosiaalisten suhteiden vähäisyys kuormittaa myös osaltaan vanhempien ja lasten suhdetta.

Haastateltavien mukaan ongelmana on myös se, että sairastuneet eivät luonnostaan altistu tilanteille, joissa he voisivat olla vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa ja luoda ihmissuhteita. Mitä vähemmän sosiaalisia tilanteita heidän elämässään on, sitä enemmän viestintätaidot ruostuvat ja kynnys suhteiden luonnille kasvaa entisestään. Haastateltava kertoi aikuisen lapsensa suhteiden luonnin ongelmallisuudesta:

”Hehän ovat hyvin yksinäisiä ja eristäytyviä, että just se kontaktin otto muihin ihmisiin. Että ei ole sillä tavalla sinkkupiirejä niinku normaaleilla että löytäisi sieltä kaveria. Että sitten ne yrittää etsiä tuolta lehtien kautta ja karahtaa sitten aina päin kiveä kun ei ne tietenkään heille sovi.”
(Haastateltava 8)

Osa haastateltavista ihmetteleekin, miksi kuntoutuksessa ei oteta huomioon toimivan viestinnän ja sosiaalisten suhteiden merkitystä. Yksi haastateltava (7) huomautti, että kuntoutettaville voisi opettaa joitakin yksinkertaisia viestintätaitoja hyvinkin helpolla. Toinen haastateltava (3) kertoi lapsensa kuntoutuskodissa asumisesta, jossa potilaat pidettiin toimettomina television ääressä kaikki päivät. Haastateltava itse oli saattanut esimerkiksi joskus leipoa potilaiden kanssa ja havainnut omin silmin, miten kaikista sulkeutuneinkin potilas tuli kuorestaan ja osallistui yhteiseen, mielekkääseen tekemiseen.

Haastateltavien mukaan viestintätaidot olisivat tärkeitä myös sairastuneen hoidon kannalta, koska ne helpottaisivat lääkäreiden ja muun hoitohenkilökunnan kanssa vuorovaikutuksessa olemista. Viestintätaidot helpottaisivat esimerkiksi sairastuneen oman sisäisen tilan ja voinnin ilmaisemisessa. Kuntoutujalle olisi tärkeää esimerkiksi osata ilmaista sairauden oireiden pahenemista. Ongelmallista viestintäsuhteiden luomisessa hoitohenkilökuntaan on myös ihmisten jatkuva vaihtuminen, jolloin sairastunut joutuu jatkuvasti opettelemaan uuden ihmisen tavan viestiä ja reagoida. Eräs haastateltava puhuikin hoitohenkilökunnan pysyvyyden puolesta:

”Pysyvyys on juuri tämän takia hirveän tärkeää että kun on jatkuvasti eri tavalla viestiviä ihmisiä (...) Mutta ennen kun syntyy tää taso, jolla voidaan kommunikoida, niin jos se kokoajan vaihtelee niin tää kuntoutettava ei kykene, se on vaikeeta ihan normaalissakin oloissa ennen kuin sä pysyt kommunikoimaan täysin vieraan ihmisen kanssa niin se vie oman aikansa.”
(Haastateltava 7)

Viestintään liittyvät asiat vaikuttavat siis laaja-alaisesti moniin sairastuneen elämänalueisiin ja ovat tärkeä tekijä hyvinvoinnin rakentumisessa ja sairauden kehityksessä. Nämä elämän eri alueet ovat myös erottamattomassa vuorovaikutuksessa toistensa kanssa. Viestintätaidot ovat tärkeitä sairastuneen perheen ulkopuolisten sosiaalisten suhteiden ylläpidossa ja luomisessa, ja suhteet taas ovat tärkeitä sairastuneen hyvinvoinnin kannalta. Haastateltavien mukaan sosiaalisen verkoston laajeneminen vähentäisi myös vanhempien taakkaa ja vaikuttaisi positiivisesti lapsen ja vanhemman suhteeseen ja kummankin hyvinvointiin. Viestintätaitojen karttuminen sosiaalisissa tilanteissa tai kuntoutuksessa helpottaisi myös hoitoon liittyvien sosiaalisten suhteiden luomisessa.

5 POHDINTA

Tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella skitsofrenian seurauksia sairastuneen interpersonaaliseen viestinnälle vanhemman näkökulmasta. Tutkimusongelmaa lähestyttiin neljän tutkimuskysymyksen avulla. Tutkimuskysymykset käsitelivät skitsofreniaa sairastavan poikkeavaa interpersonaalista viestintää, läheisen viestinnän muuttumista reaktiona sairastuneen viestinnälle, vanhemman ja sairastuneen lapsen viestintäsuhdetta ja viestinnän seurauksia sairastuneen hyvinvoinnille.

Tutkimustuloksista erottuu selvästi muutamia kaikista teema-alueista esiin nousevia kysymyksiä ja dikotomioita. Tällaisia kaikkia teema-alueista koskevia aihepiirejä löytyi kolme. Ensimmäinen päätulos käsittelee sairauden vaiheiden vaikutuksia sairastuneen interpersonaaliseen viestintään. Oleellisin havainto koskee sairastuneiden lasten viestinnän kehittymättömyyttä ikää vastaavalle tasolle. Toinen kaikista teema-alueista esiin nouseva tulos koskee sairastuneiden viestinnän eroja oman perheen ja vieraampien ihmisten kanssa. Kolmas päätulos käsittelee sairauden suoria ja epäsuoria eli muista oireista johtuvia seurauksia viestinnälle. Seuraavassa käsitellään kolmea päätulosta tarkemmin tutkimuskysymysten asettamien teema-alueiden ja teoreettisen viitekehyksen näkökulmasta. Luvun lopussa käsitellään erikseen viestinnän ja skitsofreniaa sairastavan hyvinvoinnin yhteyttä.

5.1 Viestinnän muuttumattomuus

Ensimmäinen päähavainto koskee skitsofreniaa sairastavien aikuisten lasten viestinnän kehittymättömyyttä, jolla on monenlaisia seurauksia. Ongelmallisinta sairastuneiden viestinnässä ei näyttäisi olevan sen muuttuminen vaan nimenomaan muuttumattomuus. Haastateltavien lapset saattoivat hipoa jo neljäkymmentä ikävuotta, mutta viestintä vastasi huomattavasti nuoremman henkilön viestintyyliä. Viestinnän lapsekkuus näkyi niin vuorovaikutuksen laadussa kuin puheenaiheissakin. Tästä syystä myös vanhempien tapa viestiä aikuisille lapsilleen muistutti enemmänkin murrosikäiselle tai nuorelle henkilölle viestimistä. Myös lasten ja vanhempien viestintäsuhde muistutti useimmiten laadultaan ja tasa-arvoltaan nuoremman lapsen ja vanhemman viestintäsuhdetta. Viestintäsuhteessa tasapainoiltiin lapsen itsenäisyyden ja aikuisuuden kunnioittamisen sekä huolehtimisen ja kontrolloinnin välillä. Nämä kaksi ääripäätä muodostivat suhteeseen myös jännitteen, joka puolestaan aiheutti konflikteja. Myös lasten suuri vanhempiin tukeutuminen ja riippuvuus aiheutti oman painolastinsa suhteelle ja haasteita viestinnälle.

Sairastuneiden viestinnän iän mukaisella kehittymättömyydellä oli epäsuorasti seurauksia myös sairastuneiden hyvinvoinnille.

Vaikka tulosten mukaan suurin ongelma aikuisten lasten vuorovaikutuksessa on viestinnän muuttumattomuus, ovat sairauden eri vaiheet aiheuttaneet muutoksia niin lasten viestinnässä, vanhempien viestinnässä, viestintäsuhteessa kuin sairastuneen hyvinvoinnissakin. Erityisesti psykoosivaiheet erottuvat selvästi terveemmistä vaiheista.

Kirjallisuuden perusteella psykoosivaiheella onkin dramaattisimmat seuraukset sairastuneen viestinnälle. Psykoosi asettaa myös erityishaasteita vanhempien ja hoitohenkilökunnan kanssa viestimiselle. Seikkulan et al. (2001a) avoimen dialogin malli vastaakin juuri psykoosivaiheen viestinnän ongelmiin. Haastateltavat kertoivat psykoosissa olevaan lapseen viestintäyhteyden saamisen usein erittäin vaikeaksi. Avoimen dialogin mallissa pyritäänkin luomaan yhteistä kieltä ja viestintäkanavaa sairastuneelle ja ympäröivälle maailmalle. Avoimen dialogin malli vaikuttaisi siis tämän tutkimuksen tulosten valossa hyvältä lähestymistavalta psykoosin hoitoon.

Psykoosivaihetta lukuun ottamatta skitsofreniaa sairastavien viestinnän muutoksia sairauden eri vaiheissa ei kirjallisuuskatsauksen perusteella ole juurikaan tutkittu. Havainnoimalla tai suoraan sairastuneita tutkittaessa viestinnän kehittymisen tutkimiseen tarvittaisiinkin vuosia kestävä pitkittäistutkimus. Tämän valossa on ymmärrettävää, ettei tämän laatuista tutkimusta ole juurikaan tehty. Sairastuneiden kanssa pitkän aikaa läheisessä kontaktissa olleiden ihmisten haastattelu lieneekin ainut hyvä tapa saada tietoa viestinnän muutoksista tai muuttumattomuudesta ajan kuluessa ja sairauden kehittyessä.

Vanhempien ja aikuisten lasten vuorovaikutuksen jäähäntäminen aikaisemmalle tasolle nostaa teoriasta esiin vanhempien ja nuorten viestinnän erityispiirteitä. Normaalitilanteessa aikuistuva nuori ja hänen vanhempansa käyvät ikään kuin neuvotteluita läheisyydestä ja itsenäisyydestä (Fitzpatrick & Caughlin 2002, 753). Näyttäisikin siltä, että sairastuneilla, jo aikuisilla lapsilla ja heidän vanhemmillaan, jatkuu tuo tasapainoilu läheisyyden ja itsenäisyyden välillä. Kuten edellä mainittiin, aiheuttaa tämä tasapainoilu suhteeseen leimaa-antavan jännitteen. Viestintäsuhte ei käy läpi normaalioloissa tapahtuvaa muuntautumista tasa-arvoiseksi, ystävyysuhdetta muistuttavaksi suhteeksi (ks. esim. Crotevant & Cooper 1985.)

Aikuisten sairastuneiden lasten ja heidän vanhempiensa suhteen epätasa-arvoisuus näkyy myös viestinnällisen tuen antamisen yksipuolisena suuntana. Vanhemmat ovat lapsilleen edelleen erityisiä

supportiivisen viestinnän lähteitä. Lapsia tuetaan kaikilla Furmanin ja Buhrmesterin (1985) listaamalla tavoilla: emotionaalisesti, itsetunnon vahvistamiseen pyrkivästi, neuvojen ja materiaalisen tuen avulla (Gardner & Cutrona 2004, 499). Vanhempien antama tuki ja supportiivinen viestintä näyttäisi olevan sairastuneille lapsille myös huomattavan tärkeää verrattuna normaalin itsenäistymisprosessin läpikäyneisiin nuoriin aikuisiin.

5.2 Viestintä oman perheen ja vieraiden kanssa

Toinen päähavainto käsittelee sairastuneen viestinnän erilaisuutta oman perheen kesken verrattuna muualla kuin kotona tapahtuviin viestintätilanteisiin vieraampien ihmisten kanssa. Leimaa-antavaa sairastuneille oli perheen ulkopuolisten viestintäsuhteiden vähyys. Viestintätilanteiden jännittäminen ja niissä huonosti pärjääminen näyttäisi olevan sekä syy että seuraus viestintäkontaktien vähyydelle. Myös Horanin et al. (2006) tekemät löydökset tukevat näkemystä perheen ulkopuolisen viestintäverkon pienuuden vaikutuksista.

Oma perhe ja erityisesti vanhemmat näyttäisivät tulosten perusteella usein käytännössä muodostavan sairastuneen viestintäverkoston. Muiden viestintäkumppanien vähyydellä on vaikutuksensa siis myös olemassa oleviin viestintäsuhteisiin. Yleisesti ottaen vaikuttaisi siltä, että perheen kesken viestittäessä sairastuneet olivat rentoutuneita eikä arkipäivän vuorovaikutustilanteissa esiintynyt sen kummempia ongelmia. Myös Meilijson et al. (2004) olivat saaneet tutkimuksessaan samansuuntaisia tuloksia. Perheen näkeminen avoimena systeeminä näyttäisi parhaiten kuvaavan aineistosta esiin nousevaa perheen muotoa. Avoimessa systeemissä sen osat ovat vuorovaikutuksessa toistensa kanssa ja samalla koko systeemi on vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa (Littlejohn 2001, 37).

Perheessä viestintä näyttäisi rakentuvan pääsääntöisesti sairastuneen ehdoilla. Vanhemmat pyrkivät myös rajoittamaan ja kontrolloimaan omaa viestintäänsä, jotta eivät aiheuttaisi sairastuneelle lisästressiä. Stressin sairauden oireita pahentaviin vaikutuksiin keskittyy kirjallisuudessa erityisesti EE:n käsite. Tulosten perusteella näyttäisi siltä, että vanhemmat pyrkivät nimenomaan välttämään kaikkea tunteita herättävää viestintää. Korkean EE:n perheille tyypillistä kriittistä viestintää ja tunteellista ”liioittelua” pyrittiin siis erityisesti rajoittamaan. Tulos on ristiriidassa Kingin (1999) tutkimuksen kanssa, jonka mukaan korkea EE on seurausta skitsofreniasta sairastavan henkilön perheen osana olemisesta. Sen sijaan havainto kriittisen tai negatiivissävytteisen viestinnän aiheuttamasta stressistä sairastuneelle saa tukea aikaisemmista tutkimuksista. Myös Cuttingin ja

Dochertyn (2000) tutkimuksen mukaan korkean EE:n mukainen viestintä aiheuttaa sairastuneessa stressiä ja ahdistusta.

Aikaisemmissa tutkimuksissa havaittuihin skitsofreniaperheiden vuorovaikutustapojen muuttumiseen ja häiriintymiseen on vaikea ottaa tulosten perusteella kantaa. Tulosten perusteella näyttäisi kuitenkin siltä, että lapsen sairastuminen aiheuttaa koko perheelle suuren painolastin ja stressitekijän, jolla on väistämättömiä vaikutuksia perheen vuorovaikutukselle. Myös Jungbauerin ja Angermayerin (2005, 113) tutkimuksen mukaan skitsofreniaa sairastavan läheiset ovat erittäin kuormittuneita ja heidän hyvinvointinsa on riippuvainen sairastuneen voinnista.

Perheviestinnällä on siis, systeemiteorian mukaisesti, seurauksia kaikille neljälle tema-alueelle. Sairastuneen ja vanhempien viestintä sekä viestintäsuhde ovat tiukasti sidoksissa toisiinsa. Sairastuneen hyvinvointi on taas osaltaan seurausta toimivasta viestinnästä ja viestintäsuhteista. Perhe on kuitenkin avoin systeemi, joten myös perheen jäsenten ulkopuoliset viestintätilanteet ja ihmissuhteet vaikuttavat siihen ja toisin päin.

5.3 Suorat ja epäsuorat seuraukset

Kolmas päätulos jakaa skitsofrenian viestinnälliset seuraukset suoriin ja epäsuoriin. Kaikilla neljällä tema-alueella voidaan siis oikeastaan tehdä jako siihen, ovatko viestinnälliset seuraukset sairauden suoria oireita vai johtuvatko ne vain epäsuorasti sairaudesta. Aina jako ei kuitenkaan ole itsestään selvä.

Suoria oireita olivat muiden muassa psykoosivaiheessa viestinnän täydellinen muuttuminen. Myös sairauden aiheuttama sulkeutuminen ja interpersonaalisen viestinnän vaikeutuminen tai osalla puheen hallinnan vaikeudet voisi kirjallisuuden perusteella laskea skitsofrenian suoriin oireisiin. Sairastuneiden sosiaalisen toimintakyvyn laskusta onkin raportoitu myös aikaisemmassa kirjallisuudessa (ks. esim. Isohanni et al. 2007, 89). Toisaalta viestintätilanteiden jännittämiseen vaikuttaa myös viestintäkokemusten puute. Tulosten perusteella näyttäisikin siltä, että viestintätilanteiden jännittäminen ja niiden välttäminen on kuin veteen piirretty viiva sairauden suorien ja epäsuorien viestinnällisten seurausten välillä. Ongelmallista on se, ettei sairastuneille tarjoudu tilanteita uusien ihmisten kanssa vuorovaikutuksessa olemiselle, jolloin kynnys viestinnälle kasvaa entisestään. Näin myös jännittäminen ja sulkeutuneisuus kasvavat entisestään.

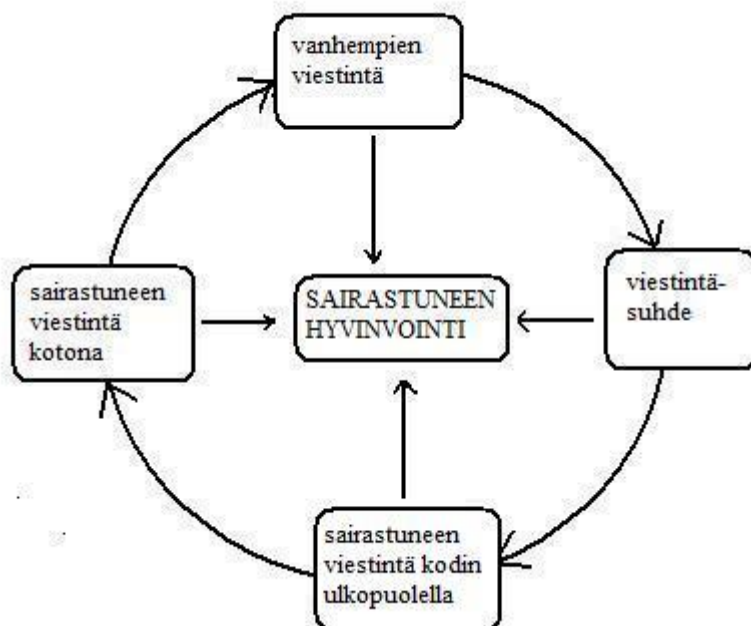
Suoraan viestintään vaikuttavaksi oireeksi voisi laskea myös tuloksista esille nousevan havainnon sairastuneiden erityislaatuudesta herkkyydestä viestintätilanteissa. Herkkyys tarkoitti usein sairastuneiden taipumusta ymmärtää heille suunnatut viestit väärin tai muutamalla kykyä käyttää kieltä taitavasti esimerkiksi huumorin apuvälineenä. Tulosta voisi verrata Firthin (1997) näkemykseen viestinnän tasoista ja ongelman paikantumisesta. Firthin mukaan skitsofreniaa sairastavan puheen ongelmat ovat paikannettavissa nimenomaan viestintään. Ongelma Firthin mukaan siis on muiden viestinnällisten intentioiden ja oman viestinnän ohjauksen tasolla. Mahdolliset kielenkäytön tai muiden alempien tasojen häiriöt ovat siis seurausta häiriöstä ylemmällä tasolla. Näitä ylempiä tasoja voinee kutsua myös viestintätaidoiksi. Viestinnän termein ongelmana ovat siis sairastuneiden heikentyneet viestintätaidot.

Myös tunteiden ilmaisemisen vaikeus on aikaisemmassa kirjallisuudessa raportoitu skitsofrenian suoraksi oireeksi. Toisaalta vaikuttaa siltä, että aikaisemmassa tutkimuksessa ollaan eri mieltä siitä, onko itse tunnekokemus häiriintynyt vai vain sen viestiminen (ks. esim. Buck et al. 2003).

Sairauden epäsuorat seuraukset interpersonaalille viestinnälle näkyvät reaktiona sairastuneen oireisiin erityisesti haastateltavien ja heidän lastensa viestintäsuhteessa. Viestintäsuhteeseen vaikuttaa nimittäin se, miten vanhemmat reagoivat omalla viestinnällään sairastuneen lapsen muuttuneeseen viestintään. Tärkeimmät epäsuorat seuraukset viestinnälle tulevat ilmi kuitenkin sairastuneen hyvinvointia käsittelevän teema-alueen tiimoilta. Sairastuneen hyvinvoinnin ja viestinnän kysymyksiä pohditaan seuraavassa.

5.4 Sairastuneen hyvinvointi

Tutkimuksen päätuloksia tarkasteltaessa näyttäisi siltä, että skitsofrenian ja interpersonaalisen viestinnän yhteydet muodostavat kehän, joka nitoo kaikki neljä tutkimuskysymystä erottamattomasti toisiinsa. Tässä kehässä sairastuneen interpersonaalisen viestinnän muutokset aiheuttavat seurauksia vanhempien viestinnälle, joka vuorostaan muuttaa aikuisen lapsen ja vanhemman viestintäsuhdetta. Viestintäsuhteella ja vanhemman viestinnällä on taas seurauksia sairastuneen muulle interpersonaalille viestinnälle. Tämä kehä näyttäisi vaikuttavan kokonaisvaltaisesti sairastuneen hyvinvointiin. Jos vuorovaikutus on toimivaa jossakin kehän osassa, näyttäisi sillä olevan lumipalloefektin tavoin seurauksia viestintään kehän muissa osissa, ja sitä kautta sairastuneen hyvinvointiin. Alla skitsofrenian ja interpersonaalisen viestinnän yhteyksien muodostama kehä visualisoituna mallina (kaavio 2).



Kaavio 2. Skitsofrenian ja interpersonaalisen viestinnän muodostama kehä

Aikaisemmassa kirjallisuudessa ollaankin havaittu viestintätaitojen opettamisella positiivisia vaikutuksia skitsofreniaa sairastaville. Esimerkiksi Clegg et al. (2007) havaitsivat potilaiden viestintätilanteille altistumisen vähentävän viestintäarkuutta ja lisäävän potilaiden uskoa omiin viestintätaitoihinsa. Monet haastateltavat olivatkin huolissaan siitä, ettei sairastuneilla nuorilla aikuisilla ole tilaisuuksia, joissa he voisivat tavata uusia ihmisiä ja kehittää viestintätaitojaan. Näin kynnys viestintäverkoston laajentamiselle nousee koko ajan. Sairastuneen lapsen viestintäverkoston ollessa hyvin pieni ovat vanhemmat ja oma lapsuuden perhe usein sairastuneiden ainoita viestintäkontakteja. Jatkuva vanhempiin tukeutuminen ja vuorovaikutuksessa oleminen kiristää kummankin osapuolen hermoja ja aiheuttaa väistämättömiä konfliktitilanteita. Stressin lisääntyminen taas huonontaa sairastuneen vointia tehden perheen ulkopuolisten kontaktien hankkimisesta entistä vaikeampaa ja lisäten vanhempien ja muiden läheisten kuormittuneisuutta.

Voisi siis ajatella, että viestintätaitojen paranemisella missä tahansa kehän osassa olisi vaikutus koko kehään. Sairastuneille voitaisiin joko suoraan opettaa viestintä- ja vuorovaikutustaitoja tai heille voitaisiin järjestää tapahtumia ja tilanteita, joissa olisi mahdollista luoda uusia ihmissuhteita ja olla vuorovaikutuksessa ihmisten kanssa. Toinen tapa olisi yksinkertaisesti tarjota sairastuneiden vanhemmille ja läheisille tietoa sairauden seurauksista potilaan viestinnälle. Tällaisella vanhempien tiedottamisella voitaisiin helpottaa niin vanhempien kuin sairastuneenkin kokemaa stressiä ja ahdistusta. Myös vanhemmille voitaisiin antaa yksinkertaisia vinkkejä siitä, miten sairastuneelle kannattaa muuttuneessa tilanteessa viestiä.

5.5 Tutkimuksen arviointi ja haasteita jatkotutkimukselle

Tutkimuksen menetelmään liittyvät myös sen mahdolliset luotettavuuden ja yleistettävyyden ongelmat. Yleistettävyyteen vaikuttaa se, että tutkimuksen haastateltavat olivat kaikki suhteellisen aktiivisesti mukana Omaiset mielenterveystyön tukena ry:n toiminnassa. He siis aktiivisesti etsivät tietoa sairaudesta ja tapaavat muita omaisia erilaisissa heille suunnatuissa läheisryhmissä ja muissa tapahtumissa. Skitsofreniaa sairastava aikuinen lapsi on siis varmasti heidän elämäänsä suuresti vaikuttava tekijä.

Tärkein kysymys koskee kuitenkin jo menetelmäluvussa käsiteltyä valintaa haastatella nimenomaan skitsofreniaa sairastavien vanhempia eikä sairastuneita itseään. Tutkimuksen tulokset vastaavat siis vanhempien näkemystä sairastuneen viestinnästä. Toisaalta kysymyksen tekee vähemmän ongelmalliseksi ajatus siitä, että viestintä on jotakin ulkoisesti havaittavissa olevaa, joka myös saa merkityksensä juuri sen vastaanottajan tulkinnoissa. Menetelmänä haastattelu aiheuttaa myös mahdollisuuden asioiden kaunistelulle ja taipumukselle antaa sosiaalisesti suotavia vastauksia (Hirsjärvi & Hurme 2001, 35). Onkin otettava huomioon mahdollisuus, että asioista annettiin haastatteluissa todellista ruusuisempi kuva.

Toisaalta valittuun menetelmään sisältyy samalla myös tämän tutkimuksen vahvuus. Aikaisemmassa kirjallisuudessa suurin osa tutkimuksesta vaikuttaisi olevan tehty havainnoimalla sairastunutta ja hänen perhettään. Myös diskurssi- ja keskusteluanalyysiä on käytetty skitsofreniaa sairastavien ihmisen viestinnän tutkimiseen. Läheisten haastattelu antaa kuitenkin ainutlaatuisen lähteen saada tietoa sairastuneen viestinnästä koko tämän elinajalta. Vanhemmat pystyivät refleктоimaan lastensa viestintää aikaan ennen sairastumista. He pystyivät siis vertaamaan sairastuneen lapsen viestintää saman henkilön viestintään terveenä. Vanhemmilla on myös näkemys viestinnän muutoksista pitkän ajan kuluessa. Vanhemmat ovat usein läsnä myös lapsen erilaisissa viestintätilanteissa, jolloin heillä on näkemystä viestinnän mahdollisesta muuttumisesta ympäristön muutoksen seurauksena.

Tuloksiin mahdollisesti vaikuttava seikka on myös se, että haastateltavat olivat yhtä isää lukuun ottamatta kaikki äitejä. Kyseessä olevan isän haastattelu antoi viitteitä siitä, että isien ja sairastuneiden lasten viestintä eroaisi äitien ja lasten välisestä viestinnästä. Isien ja äitien on havaittu aikaisemmassa viestinnän tutkimuksessa viestivän eri tavoin lapsilleen (ks. esim. Perry-Jenkins, Pierce & Goldberg 2004, 552 - 553). Jatkossa olisikin mielenkiintoista selvittää äitien ja isien mahdollisesti erilaisia viestinnällisiä rooleja skitsofreniaa sairastavan aikuisen lapsen lähipiirissä.

Jatkotutkimuksissa olisi myös kiinnostavaa haastatella sairastuneita itseään ja selvittää heidän kokemuksiaan sairastumisen seurauksista heidän omalle viestinnälle ja sosiaaliselle toimintakyvylle. Voitaisiin ehkä osoittaa viestinnässä joitakin erityisiä ongelmia, joihin sairastuneet kaipaisivat tukea ja opastusta. Kiinnostavaa olisi myös tehdä toimintatutkimusta, jossa viestinnän näkökulma otettaisiin hoidossa jollakin käytännön tavalla huomioon ja tarkasteltaisiin sen seurauksia niin sairastuneelle kuin hänen lähipiirillekin. Hedelmällistä olisi myös tarkastella kehitystä pidemmällä aikavälillä, jolloin myös mahdolliset pidemmän ajan kuluessa esiin tulevat vaikutukset saataisiin esiin. Pitkällä aikavälillä tapahtuviin muutoksiin olisi kiinnostavaa saada sairastuneen omaisten lisäksi toinen näkökulma. Esimerkiksi jonkun hoitohenkilökunnan jäsenen näkemys voisi olla mielenkiintoinen.

6 LOPUKSI

Tulosten perusteella näyttäisi siltä, että skitsofrenian lääke- ja terapiahoidon ohella olisi hoidossa tärkeää ottaa huomioon myös viestinnän näkökulma. Isohannin et al. (2007, 115) mukaan Suomessa viestinnän näkökulmasta tehtävillä perheinterventioilla on ollut positiivisia seurauksia perheen vuorovaikutukselle ja sairastuneen hyvinvoinnille. Puheviestinnän näkökulma voisikin olla erittäin hyödyllinen skitsofreniatutkimukselle. Puheviestinnän teorioita voitaisiin käyttää apuna sairastuneiden interpersonaalisen viestinnän ongelmia tarkasteltaessa. Myös käytännön viestintä- ja vuorovaikutustaitojen näkökulma voisi olla hyödyllinen sairastuneiden ja heidän läheistensä vuorovaikutuksen parantamiseksi. Kukaan tämän tutkimuksen haastateltavista ei raportoinut saaneensa oikeastaan minkäänlaista viestinnän opastusta.

Omaiset mielenterveystyön tukena Tampere ry:n verkkosivuilta löytyy muutama opas vuorovaikutuksesta skitsofreniaa sairastavien omaisille (Mielenterveys- ja elämänhallinta-opassarja). Oppaissa annetaan yksinkertaisia neuvoja ja käytännön ohjeita vuorovaikutuksen parantamiseksi sairastuneen kanssa. Myös Omaiset Mielenterveystyöntukena Uudenmaan yhdistys ry on julkaissut skitsofreniasta omaisille ja ammattilaisille tarkoitetun oppaan (Malm, Lundin & Rutz 1996), jossa käsitellään myös viestintään liittyviä aihealueita. Näyttäisi siis siltä, että tietoa viestinnästä ja sen merkityksestä sairaudelle, sen kehitykselle ja omaisten jaksamiselle joutuu omaisenkin itse etsimään. Voisi ajatella olevan erittäin hyödyllistä, että viestinnän näkökulma otettaisiin huomioon heti ensimmäisen sairaalassaolon yhteydessä. Esimerkiksi Omaiset

mielenterveystyön tukena Tampere ry:n verkkosivuilta löytyvää opasta vastaavan tietopaketin antaminen sairastuneen läheisille ei uskoisi vaativan suurta vaivaa tai resursseja.

Kirjallisuuskatsauksen perusteella näyttäisi siltä, että skitsofrenian tutkiminen viestinnän näkökulmasta on keskittynyt 1950 - 1980-luvuille. Vaikuttaisi siltä, että viestinnän ja skitsofrenian yhtälöstä on tuolloin oltu erittäin kiinnostuneita. Mielenkiintoista on myös se, että yksi viestintää kokonaisvaltaisesti kuvaavista teorioista (Rueschin ja Batesonin malli) on kehitetty alun perin nimenomaan skitsofreniatutkimuksen tiimoilta (Infante, Rancer & Womack 1990, 24 - 30). Voisikin ajatella, että skitsofrenian aiheuttamat interpersonaalisen viestinnän ongelmat kertovat meille paljon viestinnästä myös yleisellä tasolla ja paljastavat siitä ehkä jotakin, joka ei muuten olisi niin helposti nähtävissä.

Jostain syystä kuitenkin 1980-luvun jälkeen näyttäisi kiinnostus skitsofrenian tarkasteluun viestinnän näkökulmasta vähentyneen huomattavasti. Viestinnän tarkastelu on tarkoittanut pääsääntöisesti perheen tunneilmaisuun keskittymistä Expressed Emotion -käsitteen avulla. Tuntuu myös ristiriitaiselta, että viestinnän ja skitsofrenian yhteyksien tutkiminen on hiipunut suunnilleen samoihin aikoihin 1990-luvun alussa, kun Suomessa ja muuallakin Euroopassa tehtiin suurta psykiatrisen hoitojärjestelmän uudistusta. Uudistuksen seurauksena lakkautettiin monia mielisairaaloita ja potilaita siirrettiin avohoidon piiriin. Voisi kuvitella, että avohoidossa oleville potilaille viestintä ja vuorovaikutustaidot olisivat ensisijaisen tärkeitä. Vuonna 1983 Suomessa alkaneen skitsofreniaprojektin tuotosta on onneksi kuitenkin ollut Seikkulan et al. (2001a) kehittämä avoimen dialogin malli.

Viestinnän sujuvuus olisi tärkeää myös sosiaalisen konstruktionismin näkökulmasta. Sairauden merkitys ja tarkoitus luodaan vuorovaikutuksessa erityisesti potilaalle tärkeiden ja läheisten ihmisten kanssa. Seikkulan et al. (2001a) kehittämässä Avoimen dialogin mallissa ollaankin mielestäni oikeilla jäljillä tarkasteltaessa psykoosia sosiaalisen konstruktionismin näkökulmasta. Kaiken hoidon lähtökohtana tulisikin olla toimiva viestintä niin potilaan, hänen läheistensä kuin hoitohenkilökunnankin välillä. Ajatus ulkoapäin parannettavasta mielen sairaudesta, jossa ei oteta huomioon viestintää ja sen vastavuoroista luonnetta, on jo aikansa elänyt.

Nyt vuonna 2009 ollaan taas uudistamassa psykiatrista hoitojärjestelmää, jonka tarkoituksena olisi vähentää laitoshoidon entisestään ja kehittää avohoidon. Helsingin Sanomien mielipidesivuilla onkin käyty kiivasta keskustelua uudistuksen mahdollisista seurauksista ja avohoidon nykyisestä toimimattomuudesta. Erityinen huoli koskee skitsofreniaa sairastavien omaisten jo valmiiksi suuren

työtaakan kasvamista. Myös tämän tutkimuksen haastateltavien kertomuksista saa sen vaikutelman, että skitsofreniaa sairastava aikuinen tarvitsee jatkuvaa vanhempien tukea ja apua kaikilla elämän alueilla. Tuen tarvitseminen tulee myös suurella todennäköisyydellä jatkumaan ainakin jossain määrin koko vanhempien eliniän loppuun asti. Monet haastateltavat olivat huolissaan siitä, mitä sairastuneelle lapselle tapahtuu heidän kuolemansa jälkeen. Omaiset mielenterveystyön tukena keskusliitto ry:n toiminnanjohtaja Kristiina Aminoff ja viestintävastaava Marika Finne ilmaisevatkin Helsingin Sanomissa 21.2.2009 julkaistussa kirjoituksessa huolensa hoitojärjestelmän uudistuksen seurauksista mielenterveyskuntoutujien omaisille. Heidän mukaansa hoitovastuuta sysätään uudistuksessa jo valmiiksi jaksamisen äärirajoilla kamppaileville omaisille.

Jos tarkoituksena on siis integroida mielenterveyskuntoutuja yhteiskuntaan ja edistää hänen omillaan pärjäämistä, olisi viestintä ja vuorovaikutustaitojen huomioiminen kuntoutumisessa mielestäni tärkeää. Näin voitaisiin edesauttaa kuntoutujan itsenäistä asumista ja elämistä, jolloin myös kuntoutujan omaisten taakka kevenisi. Yhteiskunnassa toimiminen käsittää monenlaisia viestintätilanteita ja edellyttää viestintätaitoja. Nämä taidot eivät kuitenkaan kartu itsestään, vaan niiden opetteluun vaaditaan tukea ja opastusta. Anja Kallio ehdottaakin Helsingin Sanomissa (2.3.2009), että mielenterveyskuntoutujille määrättäisiin tukihenkilö, joka olisi tukena arjen tilanteissa. Omaisten taakkaa siirtyisi näin myös osittain ammattihenkilölle. Näin vähitellen, kokemuksen karttuessa, viestintätilanteet muuttuisivat vähemmän jännittäviksi ja toimiminen elämän monilla alueilla helpottuisi.

Yhteenvetona todettakoon, että skitsofrenialla on moninaisia ja kauaskantoisia seurauksia niin potilaan omaan viestintään, hänen viestintäsuhteisiinsa, kuin hänen läheistensäkin viestintään. Osa viestinnällisistä seurauksista on suoraan verrannollisia sairauden oireisiin ja osa ilmenee epäsuorasti sairastuneen ollessa vuorovaikutuksessa niin oman perheen kuin vieraampienkin ihmisten kanssa. Tärkeäksi viestinnän näkökulman tekee skitsofreniaa tarkasteltaessa sen kiistämätön yhteys ihmisen hyvinvointiin.

KIRJALLISUUS

Alanen, Y. 1970. Psykiatria, perhe ja yhteisö. Oy Weilin-Göös Ab: Tapiola

Alanen, Y. 1993. Skitsofrenia: syyt ja tarpeenmukainen hoito. WSOY: Juva.

Aminoff, K. & Finne, M. Onko mielenterveyskuntoutuja omainen ilmainen hoitaja? Helsingin Sanomat/Mielipide. 21.2.2009.

Anderssen, P. A. & Guerrero, L.K. 1998. Principles of communication and emotion in social interaction. Teoksessa: Anderssen, P. A. & Guerrero, L. K. (toim.) Handbook of communication and emotion. Academic press: San Diego, 49-96.

Anderson, C.M. 1983. A psychoeducational model of family treatment for schizophrenia. Teoksessa: Stierlin, H., Wynne, L.C. & Wirsching, M. (toim.) Psychosocial intervention in schizophrenia. Springer-Verlag: Berlin, 227-235.

Barbee, A. P., Rowatt, T. L. & Cunningham, M. R. 1998. When a friend is in need: feelings about seeking, giving and receiving social support. Teoksessa: Anderssen, P.A. & Guerrero, L.K. (toim.) Handbook of communication and emotion. Academic press: San Diego, 281-301.

Bateson, G. 1972. Steps to an ecology of mind. New York: Ballantine.

Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J. & Weakland, J. 1956. Toward a Theory of Schizophrenia. Behavioral Science 1 (4) 251-264.

Billow, R. M., Rossman, J., Lewis, N., Goldman, D. & Raps, C. Observing expressive and deviant language in schizophrenia. Metaphor and Symbol, 12 (3), 205-216.

Blakar, R. M., Paulsen, O. G. & Solvberg, H.A. 1980. Schizophrenia and communication efficiency: A modified replication taking ecological variations into consideration. Teoksessa: Blakar, R.M. (toim.) Studies of familial communication and psychopathology. Universitetsforlaget: Oslo, 57-65.

Buck, R., Sheehan, M., Cartwright-Mills, J., Ray, I. & Ross, E. 2003. Expressive emotion and the double-bind: Experience, expression, and communication of specific emotions in schizophrenia and comparison samples. Conference papers. International communication association. Annual meeting: San Diego, 1-23.

Burgoon, J. K. & Hoobler, G. D. 2002. Nonverbal signals. Teoksessa: Knapp, M.L. & Daly, J.A. (toim.) Handbook of interpersonal communication. Sage Publications: California, 240-299.

Burleson, B. R. & MacGeorge, E. L. 2002. Supportive communication. Teoksessa: Knapp, M.L. & Daly, J.A. (toim.) Handbook of interpersonal communication. Sage Publications: California, 374-424.

Clegg, J., Brumfitt, S., Parks, R.W. & Woodruff, P.W.R. 2007. Speech and language therapy intervention in schizophrenia: a case study. International Journal of Language and Communication Disorders 42 (1), 81-101.

Cutting, L.P. & Docherty, N. M. 2000. Schizophrenia outpatients' perceptions of their parents: Is expressed emotion a factor? Journal of Abnormal Psychology 109 (2) 266-272.

Eskola, J & Suoranta, J. 1999. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vantapaino: Jyväskylä.

Firth, C. 1997. Language and communication in schizophrenia. Teoksessa: France, J. & Muir, N. Communication and the mentally ill patient. Jessica Kingsley Publishers: London, 10-17.

Fitzpatrick, M. A. & Caughlin, J. P. 2002. Interpersonal communication in family relationships. Teoksessa: Knapp, M. L. & Daly, J. A. (toim.) Handbook of interpersonal communication. Sage Publications: California, 726-777.

Gardner, K. A. & Cutrona, C. E. 2004. Social support communication in families. Teoksessa: Vangelist, A.L. (toim.) Handbook of family communication. Lawrence Erlbaum Associates: Mahwah, 495-512.

Goldstein, M. J. 1983. Family interaction: Patterns predictive of the onset and course of schizophrenia. Teoksessa: Stierlin, H., Wynne, L. C. & Wirsching, M. (toim.) Psychosocial intervention in schizophrenia. Springer-Verlag.: Berlin, 5-19.

Goldstein, M.J. & Strachan, A.M. 1987. The family and schizophrenia. Teoksessa: Jacob, T. (toim.) Family interactions and psychopathology: Theories, Methods and findings. Plenum Press: New York, 481-508.

Golish, T. D. 2000. Changes in closeness between adult children and their parents: A turning point analysis. Communication Reports, 13 (2), 80-97.

Graig, R. T. 1999. Communication theory as a field. Communication Theory 9 (2), 119-161.

Grotevant, H. D. & Cooper, C. R. 1985. Patterns of interaction in family relationships and the development of identity exploration in adolescence. Child Development 56, 415-428.

Gudykunst, W. B. 2005. An anxiety/Uncertainty Management (AUM) theory of effective communication: making the mesh of the net finer. Teoksessa: Gudykunst, W. M. (toim.) Theorizing about intercultural communication. Sage: Thousand Oaks, 281-322.

Gudykunst, W. M. (toim.) Theorizing about intercultural communication. Sage: Thousand Oaks.

Guerrero, L. K, Andersen, P. A. & Trost, M. R. 1998. Communication and emotion: basic concepts and approaches. Teoksessa: Andersen, P. A. & Guerrero, L. K. (toim.) Handbook of communication and emotion. Academic press: San Diego, 3-27.

Hahlweg, K. 2005. The shaping of individuals` mental structures and dispositions by others. Interaction Studies 6 (1) 131-144.

Hargie, O. & Dickson, D. 2004. Skilled interpersonal communication: research, theory and practise. Routledge: London.

Helsingin Sanomat/Kotimaa 25.2.2009. Suomessa syrjitään psyykkisesti sairaita.

Hirsjärvi, S, Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. Kirjayhtymä Oy: Helsinki.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino: Helsinki.

Horan, W. P., Subotnik, K. L., Snyder, K. S. & Nuechterlein, K. H. 2006. Do recent-onset schizophrenia patients experience a “social network crisis” ? *Psychiatry* 69 (2), 115-129.

Hyvän vuorovaikutuksen esteitä. Mielenterveys- ja elämäntalouden opassarja 8. Omaiset mielenterveystyön tukena Tampere ry.

Infante, D. A., Rancer, A. S. & Womack, D. F. 1990. *Building communication theory*. Waveland Press Inc.: Illinois.

Isihanni, M., Honkonen, T., Vartiainen, H. & Lönnqvist, J. 2007. Skitsofrenia. Teoksessa: Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) *Psykiatria*. Duodecim: Helsinki, 73-139.

Jacob, T. 1987. Family interaction and psychopathology: A historical overview. Teoksessa: Jacob, T. (toim.) *Family interactions and psychopathology: Theories, Methods and findings*. Plenum Press: New York, 3-22.

Johannesen, R. L. 1990. *Ethics in human communication*. Waveland Press Inc: Illinois.

Jungbauer, J. & Angermayer, M. C. 2005. Living with a schizophrenic patient: A comparative study of burden it affects parents and spouses. *Psychiatry* 65 (2) 110-123.

Kallio, A. Mielenterveyspotilaalle nimettävä tukihenkilö. *Helsingin Sanomat/Mielipide*. 2.3.2009.

King, S. 2000. Is schizophrenia cause or effect in the mothers of schizophrenic young adults? *Schizophrenia Research* 45, 65-78.

Knapp, M. L., Daly, J. A., Albada, K. F. & Miller, G. R. 2002 Background and current trends in the study of interpersonal communication. Teoksessa: Knapp, M. L. & Daly, J. A. (toim.) *Handbook of interpersonal communication*. Sage Publications: California, 3-20.

Kramer, S., Bryan, K. L. & Firth, C. D. 1998a. A Framework for assessing communication in mental illness. *International Journal of Language and Communication disorders*, 33 Supplement, 164-169.

Kramer, S., Bryan, L. K. & Firth, C. D. 1998b. 'Confabulation' in narrative discourse by schizophrenic patient. *International Journal of Language and Communication disorders*, 33 Supplement, 202-207.

Kramer, S., Bryan, K. & Firth, C. D. 2001. Mental illness and communication. *Journal of Language and Communication Disorders*, 36 Supplement, 132-137.

Laursen, B. & Collins, W. A. 2004. Parent – child communication during adolescence. Teoksessa: Vangelist, A. L. (toim.) *Teoksessa: Handbook of family communication*. Lawrence Erlbaum Associates: New Jersey, 333-348.

Lidz, T., Fleck, S. & Cornelison, A. R. 1965 *Schizophrenia and the family*. International universities press Inc.: New York.

Littlejohn, S.W. 2001. *Theories of human communication*. Wadsworth: Australia.

Malm, U., Lundin, L. & Rutz, W. 1996. *Asiaa skitsofreniasta omaisille ja ammattilaisille*. Omaisiet mielenterveystyön tukena Uuden maan yhdistys ry.

Meilijson, S. R., Kasher, A. & Elizur, A. 2004. Language performance in chronic schizophrenia: A pragmatic approach. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 47, 695-713.

Metts, S. & Planalp, S. 2002. Emotional communication. Teoksessa: Knapp, M. L. & Daly, J. A. (toim.) *Handbook of interpersonal communication*. Sage Publications: California, 339-373.

Miura, Y., Mizuno, M., Yamashita, C., Watanabe, K., Murakami, M. & Kashima, H. 2004. *Comprehensive Psychiatry* 45 (6) 469-474.

Mossige, S., Pettersen, R. B. & Blakar, R. M. 1980. Egocentrism and inefficiency in the communication of families containing schizophrenic members. Teoksessa: Blakar, R. M. (toim.) *Studies of familial communication and psychopathology*. Universitetsforlaget: Oslo, 105-124.

Nisenson, L. G., Berenbaum, H. & Good, T. L. 2001. The development of interpersonal relationships in individuals with schizophrenia. *Psychiatry* 64 (2), 111-125.

- Page, S. & Copeland, E. V. 1972. Reinforcement of conversation “operants” in psychiatric patients. *Canadian Journal of Behavioral Sciences* 4 (4), 348-357.
- Pearce, W. B. 2005. *The coordinated management of meaning (CMM)*. Teoksessa: Gudykunst, W. B. (toim.) *Theorizing about intercultural communication*. Sage: Thousand Oaks, 35-54.
- Perry-Jenkins, M., Pierce, C. P. & Goldberg, A. E. 2004. Discourses on diapers and dirty laundry: family communication about child care and house work. Teoksessa: Vangelist, A. L. (toim.) *Handbook of family communication*. Lawrence Erlbaum Associates: New Jersey, 541-561.
- Peterson, E. C. & Docherty, N. M. 2004. Expressed emotion, attribution and control in parents of schizophrenic patients. *Psychiatry* 67 (2) 197-207.
- Pinto, R. M. 2006. Using social network interventions to improve mentally ill clients well-being. *Clinical Social Work Journal* 34 (1), 83-100.
- Ruecsh, J. 1968. *Communication and mental illness: a psychiatric approach*. Teoksessa: Ruecsh, J. & Bateson, G. (toim.) *Communication: The social matrix of psychiatry*. W. W. Norton & Company Inc.: New York, 50-93.
- Schmeekle, M. & Sprecher, S. 2004. Extended family and social networks. Teoksessa: Vangelist, A. L. (toim.) *Handbook of family communication*. Lawrence Erlbaum Associates: New Jersey, 349-375.
- Segrin, C. 1998. Interpersonal communication problems associated with depression and loneliness. Teoksessa: Andessen, P.A. & Guerrero, L.K. (toim.) *Handbook of communication and emotion*. Academic press: San Diego, 215-242.
- Segrin, C. & Flora, J. 2005. *Family communication*. Lawrence Erlbaum associates: New Jersey.
- Segrin, C. 2006. Family interactions and well-being: Integrative perspectives. *The Journal of Family Communication* 6 (1) 3-21.
- Seikkula, J., Alakare, B. & Aaltonen, J. 2001a. Open dialogue in psychosis I: An introduction and case illustration. *Journal of Constructivist Psychology* 14, 247-265.

- Seikkula, J., Alakare, B. & Aaltonen, J. 2001b. Open dialogue in psychosis II: A comparison of good and poor outcome cases. *Journal of Constructivist Psychology* 14, 267-284.
- Seikkula, J. & Trimble, D. 2005. Healing elements of therapeutic conversation: Dialogue as an embodiment of love. *Family Process* 44 (4), 461-475.
- Sherblom, J. & Bayer, D. 1985. Computer generated communication measures as predictors of schizophrenia. *Journal of Applied Communication Research* 18 (1), 1-13.
- Sillars, A., Canary, D. J. & Tafoya, M. 2004. Communication, conflict and the quality of family relationships. Teoksessa: Vangelist, A. L. (toim.) *Handbook of family communication*. Lawrence Erlbaum Associates: New Jersey, 413-446.
- Spitzbergh, B. H. & Cupach, W. R. Interpersonal skills. Teoksessa: Knapp, M. L. & Daly, J. A. (toim.) *Handbook of interpersonal communication*. Sage Publications: California, 564-611.
- Steinglass, P. 1987. A systems view of family interaction and psychopathology. Teoksessa: Jacob, T. (toim.) *Family interactions and psychopathology: Theories, Methods and findings*. Plenum Press: New York, 25-65.
- Stierlin, H. 1983. Reflections on the family therapy of schizo-present families. Teoksessa: Stierlin, H., Wynne, L. C. & Wirsching, M. (toim.) *Psychosocial intervention in schizophrenia*. Springer-Verlag: Berlin, 191-198.
- Stierlin, H., Wynne, L. C. & Wirsching, M. 1983. *Psychosocial intervention in schizophrenia*. Springer-Verlag.: Berlin.
- Streeck, J. 2002. Culture, meaning and interpersonal communication. Teoksessa: Knapp, M. L. & Daly, J. A. (toim.) *Handbook of interpersonal communication*. Sage Publications: California, 300-335.
- Sullivan, H. S. 1974. *Schizophrenia as a human process*. W. W. Norton & Company Inc.: New York.

Sullivan, H. S. 1964. The fusion of psychiatry and social science. W. W. Norton & Company Inc.: New York.

Thirumalai, M. S. 2007. Abnormality and nonverbal communication. *Language in India*, 7 (3), 1-18.

Trees, A. R. 2005. Nonverbal and verbal approach behaviours related to reported and perceived support seeking goals in conversation. *Western Journal of Communication* 69 (4), 319-337.

Virtanen, J. 2006. Fenomenologia laadullisen tutkimuksen lähtökohtana. Teoksessa: Metsämuuronen, J. (toim.) Laadullisen tutkimuksen käsikirja. International Methelp Ky: Helsinki, 149-214.

Vuorovaikutustaitojen kehittäminen. Mielenterveys- ja elämäntapa-opassarja 7. Omaiset mielenterveystyön tukena Tampere ry.

Wiberg, M. 1991. Mikä etiikka yhteiskuntatieteilijöille kuuluu? Teoksessa: Löppönen, P., Mäkelä, P. H. & Paunio, K. (toim.) Tiede ja Etiikka. WSOY: Helsinki, 202-226.

LIITTEET

Liite 1.

HAASTATTELURUNKO

Taustatiedot: ikä, perhesuhteet/asumismuoto (asuuko sairastunut kotona), suhde sairastuneeseen, sairastuneen ikä

Teema-alueet:

1 Viestinnän poikkeavuus

-viestinnän eroavaisuudet verrattuna terveiden viestintään (puheen erityisyydet, tapa viestiä, sanaton viestintä)

-viestintätyylin eroavaisuudet verrattuna sairautta edeltävään aikaan (puhe, sanaton, tapa viestiä)

-viestinnän (puhe, sanaton)mahdollinen muuttuminen sairauden eri vaiheissa

2 Läheisen reagointi

-miten sairastuneelle viestiminen on normaalista poikkeavaa

-minkälainen viestintä on toimivaa (saa viestinsä perille tms., tarkoituksenmukaista)

-minkälainen viestintä ei toimi

3 Viestintäsuhde

-sairauden mahdollinen vaikutus ihmissuhteen rooleihin ja vuorovaikutukseen

- sairauden mahdollinen vaikutus vuorovaikutuksen/suhteen laatuun (avoimuus, läheisyys)

-suhteen/vuorovaikutuksen mahdollinen muuttuminen sairauden kehittyessä (yhteisymmärryksen, yhteisen kielen löytäminen?)

-keskeisin/toistuva mahdollinen ongelma ihmissuhteessa/vuorovaikutuksessa

4 Hyvinvointi

-viestinnän rooli omassa ja sairastuneen hyvinvoinnissa

-viestinnän seuraukset ihmissuhteelle

-toimivan ja sujuvan viestinnän seuraukset käytännössä

-epäonnistuneen viestinnän seuraukset käytännössä