

MASENNUKSESTA KUNTOUTUVA IHMINEN PIRSTALEISESSA PALVELUJÄRJESTELMÄSSÄ

Johdanto

Masennusta pidetään suomalaisten kansantautina, joka tuottaa yhteiskunnallisesti merkittäviä taloudellisia menetyksiä ja marginalisoi ihmisiä. Vaikka vaikeiden masennustilojen esiintyvyys ei ole lisääntynyt, aikuisväestön mielenterveyspalvelujen käyttö, työkyvyttömyyseläkkeiden määrä ja erityiskorvattavien lääkkeiden käyttö ovat lisääntyneet viimeisen kymmenen vuoden aikana (Gould 2007, 26–27; Tilasto- ja indikaattoripankki 2005–2012). Masennukseen haetaan ulkopuolista apua aiempaa useammin, mutta siitä huolimatta siihen sairastuminen näyttää johtavan enenevässä määrin työelämästä poistumiseen. Huoleen mielenterveyden häiriöiden kasvusta ja kustannuksista kytkeytyy usein mielenterveyspalveluja koskeva kriittisyys. Ihmiset eivät saa riittävän nopeasti oikeanlaista palvelua hajanaisessa palvelujärjestelmässä (Wahlbeck 2007, 88; Helén ym. 2011, 47–51). Sen seurauksena hoidon ja kuntoutuksen nivoutuminen yhtenäiseksi palveluprosessiksi käy haasteelliseksi.

Kuntoutuva ihminen elää samanaikaisesti erilaisissa sosiaalisissa konteksteissa, jotka tarjoavat erilaisia aineksia kuntoutumiseen. Mielenterveyspalvelut muodostavat erityisen näyttämönsä ihmisen käymälle prosessille. Palvelujen tuottajat toteuttavat ammatillisten positioidensa ja taustaideologioidensa kautta heille annettuja tehtäviään, joista on olemassa lukuisia ajallisesti ja paikallisesti vaihtelevia näkemyksiä, tulkintoja ja sovelluksia, ja joista käydään jatkuvia neuvotteluja (Bandura 2001, 14). Kuntoutujilla on puolestaan

odotuksia palveluita kohtaan. He odottavat tilanteensa ja arkensa helpottuvan, ja heillä on usein kulttuurisia käsityksiä siitä, mistä masennuksessa on kyse ja miten sitä hoidetaan. Kohtaaminen palveluissa muotoutuu helposti jännitteiseksi, jossa erilaiset odotukset, pyrkimykset ja velvollisuudet kohtaavat.

Pohdimme artikkelissamme mielenterveyspalvelujen käyttäjien ja ammattilaisten kohtaamista. Näemme masennuksesta kuntoutumisen olevan jatkuvaa vuorovaikutusta ihmisen ja hänen ympäristönsä välillä, ja palveluissa kohtaamiset muodostavat vain yhden juonteen ihmisen kuntoutumisessa. Oleellista on se, mikä on ihmisen, mielenterveyspalvelujen ja kuntoutumisen välinen suhde. Millä tavoin palvelut muovaavat ihmisen arjen toimintaa tai sen edellytyksiä? (ks. Puroila 2002, 38). Mielenterveyspalveluissa rakentuu lukuisia sosiaalisia tilanteita, joita määrittävät omat erityiset sääntönsä. Ihmiset arvioivat jatkuvasti sitä, mistä tilanteissa on kyse (ks. Goffman 1974, 9; Puroila 2002, 41).

Aineistonamme on kahden masennuksesta kuntoutuneen naisen blogitekstit vuodelta 2011. Teksteissään he pohtivat mielenterveyspalvelujen merkityksiä kuntoutumisensa kannalta. Analysoimme blogeissa tuotettua kokemustietoa ja olemme kiinnostuneita erityisesti siitä, miksi ihmiset eivät aina tule autetuiksi mielenterveyspalveluissa. Lähestymme aihetta peilaten kokemusasiantuntijoiden kirjoittamia tekstejä aiempaan palvelujen käyttäjien näkökulmasta tehtyyn tutkimukseen, joka on voimistunut 1990-luvulta alkaen lähinnä Yhdys-

valloissa (Anthony 1993; Deegan 2001; Ramon ym., 2007).

Aiemmissä tutkimuksissa korostuvat kuntoutuminen henkilökohtaisena ja ainutkertaisena prosessina, jota muovaavat mielenterveyspalveluissa saadut kokemukset, valinnanmahdollisuudet sekä yhteiskunnallinen asema ja oikeudet (Karp 1996; Deegan 2001; Perkins 2001). Mastersonin ja Owenin (2006, 29) mukaan palvelujen käyttäjien keskuudessa tuotetut kuntoutumismallit eivät ole pelkästään vaihtoehtoja olemassa oleville malleille, vaan myös kritiikkiä nykyiselle mielenterveyspolitiikalle ja käytännöille, jotka nähdään alistavina ja leimaavina ja joissa palvelujen käyttäjillä ei ole mahdollisuuksia valita.

Artikkelissamme etsimme Goffmanin (1974) kehysanalyysiä hyödyntäen vastauksia kysymykseen, mitä ovat mielenterveyspalvelujen ja niiden käyttäjien kohtaamisessa ne keskeiset tekijät, jotka määrittävät ihmisten kokemuksia palvelujen merkityksellisyydestä. Kehysten löytyminen ei Peräkylän (1990, 23, 160) mukaan ole kuitenkaan tutkimuksen päätepiste, vaan löytymisen jälkeen voidaan tarkastella kehyksissä löytyviä ajattelu- ja toimintamalleja sekä toimijoiden ominaisuuksia, velvollisuuksia ja oikeuksia. Näitä tarkastelemme Johtopäätökset ja pohdintaa -luvussa.

Palvelujärjestelmä masennuksesta kuntoutuvan tukena?

Kuntoutuminen on vuorovaikutussuhteissa olemista, uudenlaisen minäkäsityksen muodostamista, uudenlaisen suhteen luomista ympäristöön. Ennen kuin ihminen kääntyy ongelmiaan palvelujärjestelmän puoleen, saattaa hänellä olla takanaan useiden vuosien pituinen ongelmien kehkeytyminen ja vähittäinen irrottautuminen sosiaalisista rooleistaan. Ihmiset pyrkivät usein normalisoimaan oireensa säilyttääkseen elämäntapansa ja identiteettinsä. Palvelujärjestelmän asiakkaaksi tuleminen merkitsee yksityisen ja julkisen rajan ylittämistä. (Karp 1996, 57; Bury 2001, 269–272.) Lähteminen palveluihin tarkoittaa monien kohdalla oman kykenemättömyyden myöntämistä ja itsenäisen pärjäämi-

sen vaateesta luopumista sekä odotusta oman tilanteen helpottumisesta toisten tuen avulla. Työntekijän professionaalinen ymmärrys ongelmasta, sen syistä ja hoitotavoista kohtaavat asiakkaan odotukset. Abma (1999, 179) näkee työntekijän ja asiakkaan suhteen jännitteisenä, sillä työntekijät toteuttavat heille määritellyjä tehtäviään, kun taas asiakkaille ongelmat ovat eksistentiaalisia: he elävät niitä.

Mielenterveyspalveluissa elämäntapahtumat merkityksellistyvät suhteessa sairautteen (Karp 1996; Pilgrim & Bentall 1999). Radleyn ja Billigin (1996, 229) mukaan ihmisen arjen kokemuksia arvioidaan asiantuntijatiedon avulla, joka helposti määrittyy legitiimiksi ja todeksi. Ihminen nähdään usein pelkästään oireidensa kautta (Pilgrim & Bentall 1999; Russinova ym. 2011). Oliver (1996, 32–36) sen sijaan korostaa sairauksien yhteiskunnallisten yhteyksien näkemistä. Ihmisten osallisuudelle on rakenteellisia esteitä, kuten ennakkoluuloja ja syrjintää. Sairauden ja sen oireiden hoitaminen on tärkeää, mutta sen sijaan ongelmalista on medikalisoida toiminnanvajavuutta, sillä se syntyy suhteessa yhteiskuntaan (myös Perkins 2001, 9).

Tietoisuus erilaisten ilmiöiden yhteiskunnallisista yhteyksistä tarkoittaa masennuksen näkemistä sairautta laajempänä ilmiönä, johon vaikuttavat monet rakenteelliset ja yhteiskunnalliset tekijät. Jännite palveluissa syntyy näin ollen suhteessa, jossa ihmisen kokonaisvaltainen arki asettuu medikaalisen ymmärryksen ja käsitteiden kautta arvioitavaksi vuorovaikutussuhteessa, jossa valta on läsnä. Helén ym. (2011, 44–45) toteavat lisäksi muun muassa palvelujen kilpailuttamisen, yksityistämisen ja hankkeistamisen tuoneen uudenlaisia johtamiskulttuureja palveluihin. Tämä on merkinnyt palvelujen sirpaloitumista ja ihmisten palveluissa navigoimisen hankaloitumista. Tässä palveluviidakossa kuntoutumisprosessi pirstaloituu monien toimijoiden tekemäksi työksi, jolloin yksittäisen ihmisen kohdalla kuntoutumisesta voi muodostua kaottinen prosessi.

Dreier (2009, 195–198) korostaa ihmisten elämänkulkujen olevan sidoksissa sekä yhteiskunnallisiin rakenteisiin että sosiaali-

siin käytäntöihin. Koska muutokset tapahtuvat ihmisten arjessa, on terapiassa nähtävä ihminen moninaisista suhteista rakentuvassa elämäntilanteessaan. Oleellista on nähdä ihminen osallisena erilaisissa sosiaalisissa tilanteissaan: miten hän selviytyy rooleistaan, millaisina hän näkee mahdollisuutensa ja miten hän kykenee ratkaisemaan erilaiset suhteet ja konfliktit arjessaan (mt. 199–205). Useiden tutkimusten perusteella tämä moninaisuus jää kuitenkin huomioimatta (Karp 1996; Oliver 1996; Russinova ym. 2011; Topor ym. 2011).

Hoito- ja kuntoutusjärjestelmissä asiakaslähtöisyyden periaate on teoriassa vahvasti läsnä, mutta käytännön tilannekohtaisessa toiminnassa sen toteutuminen uhkaa silti särkyä (Metteri 2004). Helén (2011) toteaa asiakaslähtöisyydestä tulleen keskeinen iskusana 1990- ja 2000-lukujen mielenterveys-työn kehittämisessä, mutta puhe asiakkaasta on jäänyt melko yleisluontoiseksi ja abstraktiksi projekti- ja konsulttipuheeksi ja mielenterveys-työn sisältökysymykset lähinnä teknis-ammattilliselle alueelle. Yhä enemmän on kuitenkin alettu korostaa kuntoutujan asemaa kuntoutusprosessissaan toimijana (esim. Mancini 2007; Ramon ym. 2007) sekä kokemus-asiantuntijana (Beresford & Salo 2008; Gillard ym. 2012).

Aineisto ja tulkintakehykset

Aineistonamme on Katja Lembergin ja Leena Kärraksen, kahden mielenterveyskuntoutujan blogitekstit, joissa he refleктоivat omaa toimimistaan masennuksesta. He tarkastelevat kuntoutumiselleen merkityksellisiä tekijöitä suhteessa ympäröivään yhteiskuntaan. Kirjoitukset ovat mielenterveyspalvelujen käyttäjän näkökulma palvelujärjestelmään, jossa asiakkaan ääni helposti jää kuulumatta (Metteri 2004; Helén 2011). Tästä syystä koemme erityisen tärkeäksi, että heidän äänensä tulee kuuluvaksi tässä tutkimuksessa. Tuomalla omat ajatuksensa ja kokemuksensa näkyviksi kirjoittajat ovat halunneet auttaa paitsi masennuksesta kuntoutuvia myös palvelujen tarjoajia palvelujen suunnittelussa, kehittämisessä ja arvioinnissa. Heidän toiveenaan on, että

analysoimalla yksilöllisiä kokemuksia ja tekemällä ne julkiseksi heidän kokemuksillaan voi olla hyötyä laajemmalle yhteisölle (ks. Buchanan & Ess 2008, 280). Valitsimme runsaasta tekstistä satunnaisesti vuoden 2011 aikana kirjoitetut blogit. Rajaus oli tarpeen aineiston käsiteltävyyden vuoksi. Kopioituna Word-tiedostoon tekstiä on 318 sivua.

Tutkimusprosessi sisältää jatkuvia eettisiä pohdintoja suhteessa tutkimuksellisiin valintoihin. Tutkimusperinteessä suunnitelmallisuus ja systemaattinen toiminta on ideaali, mutta sattumilla on usein osansa tutkimuksen teossa (Karisto 2004; 2010, 304). Niin oli myös tässä tutkimuksessa. Ilman sosiaalisen median kautta syntynyttä yhteyttä kirjoittajiin ja meihin vahvasti vaikuttaneiden blogitekstien löytymistä tätä tutkimusta ei olisi.

Blogien kirjoittajat ovat halunneet tuoda kokemuksensa julkisuuteen omalla nimellään. He vakuuttivat meidät siitä, ettei tutkimusperinteelle tyypillisen anonymiteetin (esim. Karisto 2004) huomiotta jättäminen ole heille itselleen vahingollista, pikemminkin päinvastoin. Tältä pohjalta päädyimme käyttämään heidän nimiään. Olemme tutkimuksen jokaisessa vaiheessa pyrkineet toimimaan eettisesti kestäväällä tavalla kunnioittaen alkupe- räisten tekstien kirjoittajia. Olemme pyrkineet tekemään tutkimusprosessiamme mahdollisimman läpinäkyväksi. Kirjoittajat ovat luke- neet tuottamaamme tekstiä tutkimuksen eri vaiheissa. Olemme pitäneet tärkeänä, että he ovat tietoisia artikkelin kirjoittamisen etenemisestä; miten olemme tutkijoina käyttäneet heidän kokemustietoaan, millaisia tulkintoja olemme tehneet ja millaista tietoa olemme tuottaneet.

Kuten Laitinen ja Uusitalo (2007, 319) toteavat, myös tutkimuksen näkökulmavalinta ja rajaus ovat eettisiä valintoja, jotka tutkimukseen osallistuvien ihmisten on voitava kokea mielekkäiksi. Näemme bloggaajat tutkimuksessamme ainutkertaisen kokemustiedon tuottajina sekä yhteistyökumppaneina (ks. Gillard ym. 2012). Tee ja Lathlean (2004) korostavat osallistavan tutkimusotteen merkitystä, kun tutkimuksen kohteena ovat mielenterveysongelmat ja mielenterveyspalvelui-

den käyttäjien kokemukset. Tutkimusprosessiamme ohjaa ajatus yhdessä tietämisestä (ks. Laitinen & Uusitalo 2007, 326).

Bloggaajien kokemukset heidän ainutkertaisista kuntoutumisprosesseistaan eivät ole yleistettävissä, mutta niiden sisältämien ilmiöiden kautta voidaan löytää palveluissa yleisemminkin kohdattavia piirteitä, joita analysoimalla voidaan saada tietoa kuntoutumiselle merkityksellisistä tekijöistä. Bloggaajien kokemukset palveluista ovat sosiaalisia tilanteita, joita tässä artikkelissa analysoimme ja tulkitsemme. Kokemusten ajatellaan usein olevan yksittäisten ihmisten yksittäisiä kokemuksia (Beresford & Salo 2008, 30), mutta näemme niillä olevan laajempaa merkitystä.

Goffman (1974) käytti kehyksen käsitettä tarkastellessaan kasvokkaista vuorovaikutusta. Tutkimuksessamme sovellamme kehyksen käsitettä ymmärtääksemme kohtaamisia mielenterveyspalveluissa palveluiden käyttäjien näkökulmasta. Tutkimuksemme kohdentuu siten palvelujärjestelmän ja asiakkaan väliseen kohtaamiseen asiakkaan tulkitsemana. Tarkastelemme sitä vuorovaikutusnäyttämönä, jossa toimintaa määrittävät kulttuurisesti määrittäneet roolit, ja jossa bloggaajat asettavat toimijoita – mukaan lukien itsensä – erilaisiin rooleihin. Ihmiset toimivat sosiaalisissa tilanteissa erilaisissa rooleissa, ja heille syntyy käsitys siitä, mitä on tapahtumassa. (Goffman 1974, 8; Puroila 2002, 33–37.) Mielenkiintomme kohdistuu vuorovaikutuksen merkityksellisyyteen. Kohtaaminen voi muodostua merkitykselliseksi tekijäksi kuntoutumisprosessissa, mutta kohtaamisella voi olla myös tarkoittamattomia seurauksia.

Goffmanin (1974) mukaan kaikessa pidempään kestävässä toiminnassa syntyy eri tavoin merkityksellisiä jaksoja, joita voidaan kutsua kehyksiksi. Ihmiset tarkastelevat tapahtumia kehysten kautta pyrkiessään ymmärtämään niitä. Kehykset määrittävät yhtäältä, mitä merkityksiä toiminnalla ihmiselle on ja toisaalta sitä, miten ihmiset hahmottavat itseään ja toisia (Goffman, 1974; Peräkylä 1990, 22). Tarkoituksenamme tässä artikkelissa on löytää kuntoutumisen kannalta

oleellisia kehyksiä. Tarkastelemme myös sitä, millaisia toimija-asemia suhteessa kuntoutumiseen kehysten sisällä määrittyy.

Peräkylän (1990) mukaan kehysanalyysin tehtävänä on tehdä näkyväksi sosiaalisen todellisuuden jäsennyksiä ja kerrostuneisuutta ja sen varsinainen tehtävä on kehysten välisen dynamiikan erittely. Pyrimme kehysanalyysin avulla jäsentämään palveluissa kohtaamisten moninaisuutta. Kuten Puroila (2002, 125) toteaa, kehysanalyttisen tutkimuksen perimmäinen tarkoitus on kehysten analysoiminen. Tämä edellyttää kehysten löytämistä. Analysoimme aineistoa lukemalla sen useita kertoja läpi. Ensimmäisen luennan jälkeen poistimme teksteistä ne osat, jotka eivät liittyneet lähtökohtamme olleeseen palvelujärjestelmään vuorovaikutusnäyttämönä. Jäljellä olevasta aineistosta etsimme tilanteita, joissa kirjoittajat pohjivat kohtaamisiaan mielenterveyspalveluissa, niiden merkityksiä kuntoutumisprosessiansa kannalta. Etsimme myös tilanteita, joita kirjoittajat korostivat avainkokemuksinaan kuntoutumisessaan (ks. Hsieh & Shannon 2005). Löysimme neljä kuntoutumista eri tavoin jäsentävää kehystä. Nimesimme kehykset kirjoittajien omien ilmaisujen pohjalta kohtaamiseksi, pysähtymiseksi, oikea-aikaisuudeksi ja kokonaiselämäksi. Tulkintakehykset eivät ole irrallisia kokonaisuuksia, vaan ne vaikuttavat toisiinsa ja ovat osin sisäkkäisiä.

Kohtaaminen kuntoutumisen lähtökohtana

Kohtaamisen kehyksessä on kyse masentuneen ihmisen kohtaamisesta siten, että yhteistyösuhteen rakentuminen ja sen ylläpitäminen mahdollistuvat. Mielenterveyspalveluissa ihmisen elämäntilanne ja elämäntilanne jäsenyivät suhteessa sairauteen. Ihmisille tuotetaan toiminnassa identiteettejä, jotka määrittävät, mitä osalliset ovat omissa ja toisten silmissä (Peräkylä 1990). Ammattilaisilla on omat tapansa nimetä ilmiöitä ja ymmärtää niiden välisiä yhteyksiä, jolloin elämäntilanteet voivat määrittyä järjestelmälähtöisesti. Kumpikin kirjoittaja nostaa asian hyvin vahvasti esille.

Minä mielenterveyskuntoutuja. Jollekin olin viime vuosina potilas, toiselle asiakas, kolmannelle kuntoutuja. [--] Olen kerran purkanut kuvan itsestäni palasiin voidakseni tulla mielenterveyskuntoutujaksi. Sana mielenterveyspotilas kirpaisee, asiakas tuntuu kummalta, mutta se sentään on totta. (Katja)

Sitten sairastuin, sain diagnoosin ja minut merkittiin. Erilaiseksi. Entiseen tunnistamattomaksi. (Leena)

Palveluihin tullessaan ihmisestä tulee potilas, asiakas tai kuntoutuja ja hänet kohdataan palvelujärjestelmässä vakiintuneiden kulttuuristen puhetapojen ja toiminnan kautta (Frank 1995, 5; Oliver 1996, 68). Diagnoosi on ensimmäinen jäsenyys, jonka ihminen saa tultuaan mielenterveyspalveluihin. Aineistossamme se näyttäytyi kahlitsevana leimatessaan ihmisen hänen omaan arjen kokonaisuuteensa tunnistamattomalla tavalla.

Tarve toisen ihmisen kohtaamiseen näkyi selkeästi aineistomme kirjoituksissa. Kirjoittajat halusivat tulla nähdyiksi omana itsenään siinä tilanteessa, jossa he olivat.

Ihan ensin on kohdattava joku joka oikeasti tietää, kuinka paha olla on, kun on paha olla. Joku joka tietää, tajuaa ja antaa pahan olon olla yrittämättä muuttaa, auttaa tai ratkaista. Vaikka antaa minun tappaa itseni, jos tahdon. Tahdon oman tahtoni takaisin, tahdon tulla kuulluksi ja nähdyksi, paskana joksi tunnen itseni. Haluan tulla rakastetuksi, arvostetuksi, kohdatuksi sinä ja sinä, missä olen. En hänenä, joka minun haluttaisiin olevan. (Katja)

Deegan (2001, 98) näkee työntekijöiden ammatillisten käsitteiden luovan toiseutta ja etäännyttävän työntekijöiden ja asiakkaitten maailmoja toisistaan. Keskeistä luottamuksellisen yhteistyösuhteen muodostumiselle on ihmisen kokemus kuulluksi ja nähdyksi tulemisesta ilman tarvetta nopeaan muutokseen. Tutkimusten mukaan tärkeämpää kuin se, millaisen taustaorientaation varassa palve-

luja tarjotaan, on ihmisen kokemus arvostavasta ja kunnioittavasta kohtaamisesta (esim. Lambert & Barley 2002, 19–20).

Palvelujärjestelmässä kohtaamisissa on läsnä valta. Tutkimuksemme naisten kokemusten mukaan palveluissa käytetty professionaalinen kieli ja heidän omat kuvaukset kokemuksistaan eivät aina kohdanneet. Ongelmien muuttuminen hoitoa edellyttäväksi sairauksiksi saattoi pikemminkin estää kuin edistää niiden ratkaisemista.

Minä yritin. Miten minä yritinkään tulla kuulluksi. Muutin sanojani, pyörittelin merkityksiä, väänsin totuuksia helpommin vastaan otettavaksi, taivutin itseäni monelle mutkalle tullakseni kuulluksi. Pinnistelin diagnoosin ja kuntoutuksen roolin takana, se oli laskeutunut ylleni peittämään kaiken sen, mitä aiemmin olin. Ihmissyyteni, arvokkuuteni, merkitykseni kätkeytyivät salaperäisen diagnoosin taakse. Minusta tuli tyhmempi, taitamattomampi, tietämättömämpi. Minulle ei kerrottu asioita kuten ennen, en saanut itse päättää ja tehdä ratkaisujani, jotka koskivat minun syviä omia totuuksiani, minun elämäni. (Leena)

Tieto ja valta kietoutuvat sitaatissa toisiinsa. Palvelujärjestelmän professionaalinen ja medikaalinen tieto määrittyy todeksi (ks. Frank 1995, 5; Oliver 1996, 36–37) ja itselle vieraat määrittelyt pahimmillaan sumentavat oman kokemuksen itsestään ja arvokkuudestaan. Palvelujärjestelmän ideaalina on, että asiakas on osallisena omassa asiassaan. Teoriassa hyvältä näyttävän periaatteen toteutuminen käytännössä näyttää olevan haasteellista. Tasavertaisen suhteen luomisen haastaa lääketieteellisen puheen hegemoninen asema, joka asettaa muiden ammattilaisten sekä kuntoutujien itsensä puheen toissijaiseen asemaan (Perkins 2001, 10). Asiakkaan sivuuttaminen, kohtaamattomuus todentuu sekä aiemmissä tutkimuksissa (Metteri 2004; Helén 2011, 171–173; Romakkaniemi 2011, 153–158) että aineistossamme.

Asioita puhutaan ja valmistellaan pienissä piireissä eikä niissä yleensä ole mukana ketään jota asia aidosti koskettaa. Asiakasta / kohdetta / työntekijää ”kuullaan” jossakin prosessin vaiheessa, mutta valitettavasti kuuleminen on aivan eri asia kuin se, että siihen prosessiin oikeasti osallistuisi ja vaikuttaisi. (Leena)

Normatiivisesti rakentuvat palvelukäytännöt jättävät helposti huomioimatta kuntoutujan yksilölliset tilanteet, voimavarojen vaihtelut ja halun olla osallisena omassa kuntoutumisessaan. Tapahtumat ovat merkityksellisiä ja ainutkertaisia kuntoutujalle, mutta palvelujen tuottajille ne näyttäytyvät osana laajempaa asiakaskuntaa. Ihmisten yksilölliset tilanteet ja muuttuvat tuen tarpeet edellyttävät kohtaamiselta herkkyyttä.

Pysähtyminen kuntoutumisen edellytyksenä

Tutkimuksemme naiset kuvaavat masennusta vaikeimmillaan pysähtyneeksi tilanteeksi, ”kuiluun putoamiseksi, sanojen taakse menemiseksi elävien kuolleiden hautausmaalle”, tilanteeksi, jossa he kokivat menettäneensä otteen elämään, uskonsa itsen, omiin tietoihinsa ja taitoihinsa. He kuvasivat pysähtyneisyyttä kuitenkin myös tilaisuudeksi löytää omat voimansa uudelleen, kunhan saivat riittävästi aikaa prosessoida elämäänsä, löytää uudelleen kosketus itselle tärkeisiin asioihin ja vasta sen jälkeen asettua elämään uudella tavalla. Pysähtymisen kohtia oli arjessa, mutta niitä toivottiin löytyvän myös palveluista, sillä omalle kaaostarinalle oli löydettävä kuulija, ennen kuin sitä voi ymmärtää (ks. Frank 1995, 97). Oli tärkeää löytää ihminen peilipinnaksi, jonka kanssa pohtia, mitä omassa elämässä on menossa.

Sillä masennus on itsessään kysymys. Äänetön huuto sisältä, että mitä täällä tapahtuu, en voi olla tämän kanssa, en ymmärrä tätä. Ja myöhemmin sisin huutaa haluan ymmärtää, haluan elää toisin, haluan voida hyvin.. sit-

ten kun pahin väsymys, uupumus kaikesta toimimattomasta on levähty pois. Masentuneella on kaksi vaihtoehtoa: kohdata kasvultaan hänelle riittämättömiä peilipintoja ja olla ikuisuusiin masentunut/ pahoinvoiva tai kohdata riittävän eheää peilipintaa ja käydä läpi jokainen keskenjäänyt ja viinon mennyt kasvuprosessinsa. (Katja)

Jotta kaaos voisi muuttua elämää jäsentäväksi ajalliseksi tarinaksi, ihmisellä tulee olla mahdollisuus reflektoida tilannettaan. Kun kaaos saa sanoja, siihen on mahdollista ottaa etäisyyttä (Frank mt., 98). Ihmiset tarvitsevat toisia ihmisiä löytääkseen oman tarinansa. Tutkimuksemme naiset kirjoittavat tarpeesta tulla kohdatuksi muunakin kuin masentuneena ihmisenä. He halusivat pysähtyä pohtimaan koko elämänsä kulkuaan.

Kuinka minua olisi voinut parhaiten tukea, kun minä olin heikoilla, palvelujärjestelmästä riippuvainen, kykenemätön hoitamaan omia asioitani, sanaton kuvaamaan oloani ja voimaton elämään elämäni.

Ymmärtämällä, että minun näkökulmasta on kyse kokonaisuudesta nimeltä elämä.

Antamalla tilaa sille, mitä minun elämänsäni on menossa.

Kuuntelemalla mitä sanon ja aidosti kuulemalla sanomani.

Minut olisi ollut hyvä nähdä ihmisenä, ei masennuksen oireina.

Antamalla tarpeeksi aikaa puhua ja käsitellä asioitani erilaisilla tavoilla. (Katja)

Tutkimuksemme naiset kokivat tärkeäksi löytää omalta tuntuva suhde eteen tuleviin asioihin. Ammattilaisten esittämät näkemykset eivät aina tuntuneet omilta, mutta toisesta näkökulmasta esitetyt kysymykset voivat tuottaa myös uudenlaista ymmärrystä. Rakenneet ovat kuitenkin toisinaan pakottavia, jolloin tila pysähtymiseen kapenee. Tällöin auttamissuhde helposti muodostuu epätasa-arvoiseksi ilman valinnanmahdollisuuksia tai aikaa työstää ulkoapäin tulevia vaateita omaan tilanteeseen sopiviksi muutostarpeik-

si. Lahikainen (2000, 268–269) kirjoittaa rakenteellisesta kärsimättömyydestä, joka leimaa tehokkuuteen pyrkiviä instituutioita ja niiden toimintatapoja.

Muutos joka tulee muualta, jonkun muun toimesta on aina prosessi joka täytyy elää läpi. Se tuntuu minussa, rasahtelee ja naksahhtelee, surisee ja hyörii ja pyörii. Vaikka valmistaudun tekemisen tasolla kuinka hyvin, niin sisälläni on silti paljon kaotetisempaa. Sisimpäni tarvitsee työstämistä siinä missä käytännön asiatkin.

Kyllä, jotkin muutoksen asiat vain sujahtavat elämäämme. Suurin osa ei. Suurimpaan osaan tarvitsen pysähtymisen hetkiä runsaasti. Minun on katsottava mitä tässä tapahtuu, miltä minusta tuntuu. (Leena)

Lahikainen (2000, 267) kytkee kuntoutukseen kreikankieliset kronoksen ja kairosen käsitteet. Kronos tarkoittaa ajan kestoa ja kulumista, kairos puolestaan hetkellisyyttä, tässä ja nyt koetun kokemuksen merkityksellisyyttä. Pysähtyminen luo paikan kairosvaiheille: oppimiselle ja muutokselle. Kuntoutuminen on prosessi, joka edellyttää aikaa myös sen kronologisessa merkityksessä.

Olen kirjoittanut ihmisen koosta, kokonaisuudesta, tilasta olla kokonaan. Tilan, ajan ja paikan tarpeesta saada olla oma itseni, kokonaan, juuri sellaisena kuin minä olen. Myös silloin kun olin väsynyt, saada olla juuri niin väsynyt ja juuri niin kauan kuin olen. Sillä eihän väsymyksen tule tyhjästä, ei turhaan vaan sillä on jokin tehtävä. (Katja)

Pysähtymisellä on mahdollista tuottaa tilaa sisäiselle kasvulle ja löytää uudenlainen suhde itsen ja ympäristön välille. Pysähtyminen on oman autenttisuuden löytämistä, pyrkimystä hyvään elämään kuuntelemalla omia tunteitaan, omia käsityksiään oikeasta ja väärästä. Jokaisella ihmisellä on oma olemisen tapansa, joka on mahdollista löytää vain olemalla itselleen rehellinen ja löytämällä oma sisäinen äänensä toisten keskellä. Ihmissuhteet ovat

tärkeä osa autenttisuuden rakentumista. Ne ovat itsensä löytämisen keskeinen areena, sillä autenttisuus on itsensä määrittelemistä dialogisissa suhteissa. Ihminen löytää sen, millä merkitsevällä tavalla eroaa muista ihmisistä. (Taylor 1995, 56–73.)

Oikea-aikaisuus mahdollistajana

Tutkimuksemme naiset kirjoittivat sisäisesti oikeasta ajasta ottaa vastaan uusia asioita elämäänsä. Oikea-aikaisuus liittyi naisten valmiuteen kohdata erilaisia asioita ja niiden kohtaamiseen siinä järjestyksessä, minkä he itse kokivat mahdollisena. Se edellytti ihmisten oman äänen kuulemistä ja ymmärryksen löytämistä ennen kuin muutos oli mahdollista.

Joskus sanat ovat kuin helppoheikkejä, jotka tarjoilevat helppoa näkemystä, oikotietä muutokseen tai mustavalkoista yksisilmäistä ratkaisua johonkin tilanteeseen näkemättä sitä yksikertaista tosiasiaa, että tunteita ei voi lakaista syrjään vaan ne on elettävä, koettava läpi, ennen kuin voi astua johonkin uuteen tietoon, uuteen kohtaan elämässä. [---] Helppoheikkiratkaisujen tyrkyttäminen väärässä kohdassa saattaa vain sotkea tilannetta, painaa esiin nousevaa omaa ratkaisua piiloon, kätkeä sitä entisestään. (Leena)

Lahikaisen (2000, 266) mukaan kuntoutumisen tulokset riippuvat sen oikea-aikaisuudesta. Kun kuntoutuminen ajatellaan yksilökohtaisena oppimis- ja kasvuprosessina, tuen ja palvelujen tarpeet ovat muuttuvia. Hyvätkin kuntoutuspalvelut voivat kääntyä toimimattomiksi väärin ajoitettuna.

Rakenteet kuitenkin edellyttävät usein ratkaisuja, jotka eivät odota. Rakenteiden määrittämä oikea-aikaisuus ei tavoita ihmisen omaa oikea-aikaisuuden tunnetta ja avoimuutta kuntoutumiselle. Kuntoutuvan ihmisen kannalta on tärkeää nähdä kuntoutumisen prosessia rakenteistavat yhteiskunnalliset kytkennät, sillä pakottavat rakenteet siirrettään helposti ihmisen ongelmiksi (myös Oliver

1996; Deegan 2001, 96), kuten aineistomme naisten kokemus osoittaa.

Kunnes en täyttänytään odotuksia. En ollutkaan valmis määrääjässä. Tieni katkesi, putosin pohjan läpi, menin maan ytimeen asti, siitä läpi takaisin pinnalle ja sinkosin avaruuteen, hukuin mustaan aukkoon. En ollutkaan, en kelvannutkaan, minä en ollutkaan riittävästi, minä en ollut tarpeeksi, minusta ei ollut, minä lakkasin olemasta. Minulta loppuivat ne palvelut, joiden kautta minun piti siirtyä kansalaiseksi, yhteiskunnan hyväksytyksi jäseneksi. Tulla pois mielen terveysongelmasta ja muuttua ihmiseksi. Mutten ollut ihmisyyden arvoinen, koska en kyennyt työhön. (Katja)

Oikea-aikaisuus vain hyvin harvoin pääsee tapahtumaan, usein muutokset tulevat eteeni ulkoa päin, jokin asia elämässä on tullut päätökseensä minusta riippumattomista syistä. Olin valmis siihen tai en - ja yleensä näissä kohdissa vielä ulkoapäin tulee vaade jonkin asian hoitamisesta tai päätöksen tekemisestä. Siinä ei ole hyvää olla, kohdassa jossa ei ole valmis ja päätöksiä on tehtävä. (Leena)

Oikea-aikaisuus löytyy tarjoamalla ihmiselle valinnan mahdollisuuksia. Tutkimuksemme naiset totesivat valitsevansa, kun kokivat olevan siihen valmiita ja kun muutokselle tai uudelle asialle oli tilaa heidän senhetkisessä tilanteessa. Oli myös oltava tietoinen, mitä oli valittavissa ja oli oltava aikaa pohtia valintoihin liittyviä edellytyksiä ja seurauksia. Katja toteaa oikea-aikaisuuden toteutuvan, kun tarjotut palvelut tavoittavat ihmisen tarvetilan.

Toimivinta on tarjota vaihtoehtoja, tiedoksi. Todellisia, toimivia, valittavissa olevia asioita. Ja kun tulee oikea aika ja ihminen tekee valinnan, olla rinnalla auttamassa valittua vaihtoehtoa toteutumaan. Valitsijan itsensä ehdoilla ja aikatauluilla. Kun tunnistan, että esitelty asia, idea tai ihminen on totta, minussa liikahtaa jokin. Jos esitelty sopii siihen kohtaan minussa,

jossa itse olen ihmisenä, tunnen halua liittyä. Kun kaksi edellistä toteutuu ja liittyminen on mahdollistettu omien yksilöllisten tarpeideni mukaan siinä hetkessä, niin olen mukana. Liittyneenä, innostuneena, motivoituneena, sitoutuneena, osallisena, paikalla, läsnä. (Katja)

Tutkimuksemme naiset korostivat tiedon ja oikea-aikaisuuden suhdetta. Ihminen ei ole välttämättä valmis ottamaan vastaan tietoa juuri silloin, kun sitä tarjotaan. Mutta siinä vaiheessa, kun tilaa uudelle on, tietoa tulee olla saatavilla. Ihmisillä tuli olla tietoa vähintäänkin siitä, mistä tietoa löytyy juuri silloin, kun he sitä kokevat tarvitsevänsä.

Alkaen siitä ensimmäisestä hetkestä [--] kun saa diagnoosin ja sielu huutaa kysymyksiä, oikea-aikaisuuden tulisi alkaa toteutumaan. [--] Vaikka masentunut ei juuri nyt kykenisi ottamaan vastaan tietoa masennuksesta ja siitä kuntoutumisesta, hän saattaa kolmen viikon päästä herätä keskellä yötä valmiina ottamaan sen tiedon vastaan. Siksi tietoa pitäisi tarjota, ja ennen kaikkea tiedon lähteitä, joita voi lähteä tutkimaan juuri silloin kun tulee se kuuluisa oikea-aika. (Leena)

Tieto sairaudesta, kuntoutumisesta, kuntoutuksen vaihtoehtoista ja sosiaaliturvasta on vapauttavaa, sillä se auttaa jäsentämään omaa tilannetta ja purkaa mielen terveyden ongelmiin liittyvää leimaa. Vaihtoehtoisuus ja valinnanmahdollisuudet kytkeytyvät oikea-aikaisuuteen ja näyttäytyvät sekä aineistossamme että tutkimuksessa yhtenä palvelujen vaikuttavuuden kulmakivenä (Anthony ym. 2002, 81; Masterson & Owen 2006, 26–27; Kosciulek 2007).

Kokonaiselämä kuntoutumisen rakentajana

Kokonaiselämän tulkintakehys jäsentää kuntoutujan kokemuksia arjen kokonaisuuden näkökulmasta. Masennus tuottaa monenlaisia hankaluuksia elämäntilanteeseen, ja elä-

mäntilanteiden haasteet tuottavat masennusta. ”Joten kaikki hoitamaton takataskussa asiakkaaksi mielenterveyspalveluihin” (Katja). Haasteita ihmisen kokonaisvaltaiseen kohtaamiseen tuovat palvelujärjestelmän pirstaleisuus, toimijoiden erilaiset toimintalogiikat ja taustaideologiat.

Mitä löysimme oli, että tässä pätkittäisessä, sirpaloidussa tuotteen tarjoamismaailmassa asiakkaan tarpeet eivät tule tyydytetyiksi. Ei silloin, kun tarjolla on tukipalveluita ihmisen kokonaiselämän järjestämiseen. Sillä niitä ei ole. Ja jos kysytään [—] asiakkaalta itseltään, niin se on hänen tarpeensa. Saada koko elämänsä järjestykseen. Joten näkyville tuli, että liian nopeasti kokoon kasatut tuotteet, palvelut, toimet rikkovat joskus enemmän kuin korjaavat ihmistä ja hänen elämäänsä. Sinnepäin tuotetut asiat nopeasti ja vähän tekevät enemmän vahinkoa kuin sitä, mihin ne on tarkoitettu, eheyttämään. (Katja)

Ammattilaiset kohtaavat asiakkaitaan omien professionaalisten määrittelyjensä pohjalta. Asiantuntijuus on sektoroitunut erityispalveluihin, joissa ihminen tulee helposti kohdatuksi kapeasti, kunkin asiantuntijan omien professionaalisten määritysten kautta. Masennus on koko elämää värittävä sairaus. Katjan tekstissä on vahva masennuksen eksistentiaalista luonnetta korostava sävy.

Mikähän nimi sille annettaisiin, sille kärsimykselle joka on vähän masennuksen jälkeen? Jossa hoidettavana on kokonainen elämä ja ihminen, pari pikkuasiaa siis mielen lisäksi. [—]... lisätään menetetyt ja sekoitetut ihmissuhteet, liikkumattomuus, fyysiset kivut, syömättömyys, totaalinen alituinen rahattomuus, paine auttajien tarkkailun alla, tarve ymmärtää ja täyttää byrokratian vaatimat velvollisuudet, hallinnanmenetys omasta elämästä, epätoisuus omaan elämään liittyvistä asioista, kaikesta itselle tärkeästä luopuminen ja muutama muu kokonaisuutta sekoittava tekijä, niin olemme siinä todellisuudes-

sa, jossa ihminen saattaa elää diagnoosin saatuaan. (Katja)

Kokonaisvaltaisen hoidon ja kuntoutuksen käsite on kaikenkattavuudessaan epämääräinen. Se on väistämättä haaste palvelujärjestelmälle, kun tavoitteena on luoda edellytykset yksilöllisesti rakentuvalle kasvu- ja oppimisprosessille katkeamattoman palveluketjun avulla. (ks. Järvikoski & Härkäpää 2011, 15.) Rissasen (2008, 677) mukaan kapea-alaiset väliintulot eivät ole vaikuttavia. Sen sijaan useissa sairausryhmissä vaikuttavimmiksi on todettu sellaiset toimintamallit, joissa kuntoutustoiminta on kohdistettu myös elinympäristöön ihmisen tarpeiden edellyttämällä tavalla.

Johtopäätökset ja pohdintaa

Masennus merkitsee vahvoja tunteita – tai niiden täydellistä puuttumista. Se on äärimmillään ajattomuuden tilassa olemista, jossa ihminen kadottaa kosketuksen itseensä, taitoihinsa ja yhteisöihinsä. Tämä kohta edellyttää ihmisen pysähtymistä, sillä se on mahdollisuus oman autenttisuuden ja minuuden uudelleen löytämiseen. On tärkeää, että masentunut kohtaa ihmisen, jonka kanssa voi reflektoida tilannettaan, aikaa ja tilaa tunteiden, ajatusten läpi käymiseen, sillä vain kaaosta sanoittamalla siitä on mahdollista irrottautua. Se edellyttää aitoa, kunnioittavaa, tasa-arvoista ja välittävää kohtaamista. Tämä periaate on laajasti tunnustettu, mutta sen toteutuminen vaihtelevissa käytännöissä edellyttää jatkuvaa valppautta.

Peräkylän (1990, 19–22) mukaan kehykset tuottavat identiteettejä sekä määrittävät toimijoiden ominaisuuksia, velvollisuuksia ja oikeuksia. Eri kehyksissä eri asiat nousevat keskeisiksi. Kehykset ovat myös osin sisäkkäisiä ja dynaamisessa suhteessa keskenään. Asiakkaan näkökulmasta kohtaamisen kehys liittyy yhteistyösuhteen muodostumiseen ja laatuun. Sitä määrittävät kieli, kokemus nähdäksi tulemisesta ja tasavertaisuudesta. Asiakkaalle ammattilaisten käyttämä kieli voi olla toiselta tuottavaa. Kohtaaminen luo reunaehdoja sille, miten asiakas kykenee pysähtymään ja

pohtimaan omaa tilannettaan, miten hänen muuttuvat tarpeensa tulevat ymmärretyksi ja miten hän tulee kohdatuksi elämäkokonaisuudessaan. Asiakkaan odotukset kohdentuvat työntekijään, jonka odotetaan ymmärtävän hänen tilannettaan.

Pysähtyminen on asiakkaan itsereflektiota, joka asettaa hänet itsensä keskiöön, mutta se edellyttää myös että on kohdannut jonkun, joka on valmis toimimaan peilipintana. Ihmisen itsensä on löydettävä ymmärrys ja uudenlainen tapa asettua elämään. Tässä hän tarvitsee aikaa ja tilaa sekä toista ihmistä lisäämään ymmärrystä, jotta hänen on mahdollista löytää uudenlainen suhde itseensä, tulevaisuuteensa ja ympäristöönsä. Ihmisen tarpeisiin ja valmiuteen nähden oikeaan aikaan tarjotut palvelut ovat voimaantumisen kannalta merkityksellisiä.

Oikea-aikaisuus kytkeytyy toimintaan ja muutosvalmiuteen sekä ihmisen omaan valtaan tehdä päätöksiä. Palvelujärjestelmän kriittinen kohta on se, kohtaako palvelujen institutionaalinen aika ihmisten kokemuksellisen ajan. Palvelujen oikea-aikaisuus on niiden vaikuttavuuden ydin, mutta rakenteellinen kärsimättömyys luo paineita toipumiseen niin, että se voi muodostua kuntoutumisen esteeksi. Oikea-aikaisuus kytkeytyy myös tietoon ja valinnanmahdollisuuksiin. Ne liittyvät ihmisen omaan valtaan, sillä tieto valinnanmahdollisuuksista sekä mahdollisuus tehdä niitä tuovat liikkumatilaa ihmisen päätäntävällälle ja toivoa muutoksen mahdollisuuksista (ks. Kosciulek 2007). Vaikeissakin elämäntilanteissa olevilla ihmisillä on kätkeytyneenä kuntoutumisen mahdollisuus ja voima siihen. Kun institutionaalinen aika joustaa suhteessa kuntoutujan aikaan, rakenteet luovat toimivat kehykset mahdollistavalle kuntoutukselle, jolloin kuntoutujilla on mahdollisuus valita, mihin prosesseihin he haluavat liittyä ja millä tavalla.

Kokonaiselämän kehys kytkee ihmisen osaksi omaa elinympäristöä, sen sosiaalisia suhteita, rooleja ja rakenteita. Tutkimuksemme naiset korostivat heidän näkemistään kokonaiselämänsä kautta, ei pelkästään sairauden kautta. Kokonaisvaltaisesti ihmisen elä-

mään vaikuttavan masennuksen hoidossa ja kuntoutuksessa tulisi nykyistä enemmän olla laaja-alainen, mahdollistava työote. Se tarkoittaa yksilöllisten tilanteiden ymmärtämistä ja palvelujen tarjoamista luovasti totunnaisia menettelytapoja laajemmin. Ihmiset tarvitsevat myönteisiä kokemuksia, sillä vähänkään nautinnolliset asiat huuhtelevat tuskaa ja ahdistusta pois. Kokonaisvaltaisuus on sidoksissa vahvasti oikea-aikaisuuteen, sillä muutoksia on kyettävä riittävästi työstämään.

Asiakaslähtöisyys on muodostunut palvelujen tuottamisen keskeiseksi periaatteeksi. Sen toteutuminen näyttää kuitenkin aineistomme perusteella toisinaan jäävän vajaaksi. Tutkimuksemme naiset toivat toistuvasti esille, että palvelujärjestelmä ja kuntoutujan tarpeet eivät välttämättä kohtaa, ja järjestelmälähtöinen tieto tuottaa valtaa, joka piilottaa kuntoutujan yksilönä. Institutionaaliset toimintamallit ja rakenteet määrittävät kuntoutumista eivätkä aina mahdollista yksilöllisiä ja tilannekohtaisia ratkaisuja. Masterson ja Owen (2006, 20) sanovat, että ilman selkeää ymmärrystä vallan kytkeytymisestä toimintakäytäntöihin niiden vaikuttavuutta ei voida uskottavasti vertailla. Heidän mukaansa mielenterveysalan työntekijät eivät riittävästi analysoi käyttämäänsä valtaa ja sen merkityksiä. Valta voi olla myös tuottavaa, mahdollistavaa valtaa, jolloin se tarkoittaa mahdollisuuksia saada aikaan muutoksia, välittää resursseja ja tuottaa asiantuntijuutta sitä tarvitsevan ihmisen hyödyksi. Se edellyttää kuitenkin valta-asemien herkkää ja kriittistä tiedostamista sekä arvo-osaamista.

Tutkimuksemme naisten blogitekstit toivat selkeästi esiin masennuksen eksistentiaalisen luonteen. Masennus vaikeuttaa kaikkea olemista ja toisaalta ihmisten mieleen kerääntynyt kuorma on kasautunut vuorovaikutussuhteessa ympäristöön. Syitä ja seurauksia on vaikea erottaa toisistaan, mutta palveluissa olisi tunnistettava ongelmien yhteiskunnalliset ja kulttuuriset säikeet. Ihmisen kokonaisvaltainen kohtaaminen on haasteellista pirstaloituneessa palvelujärjestelmässä. Sairastuminen ei ole ihmisen oma valinta, mutta aineistomme perusteella kuntoutuminen edellyttää

kuntoutujan omia valintoja. Ihminen kuitenkin tarvitsee kuntoutumiseen oikea-aikaista ja tarpeisiin vastaavaa kokonaisvaltaista apua, jota palvelujärjestelmä parhaimmillaan tuottaa kohdatessaan asiakkaan vastuullisena ihmisenä.

Tiivistelmä

Artikkelissa tarkastellaan mielenterveyspalveluiden kytkeytymistä masennuksesta kuntoutuvien ihmisten kuntoutumisprosesseihin sekä niiden edellytyksiä ja mahdollisuuksia tukea kuntoutumista. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, mitä ovat mielenterveyspalvelujen ja niiden käyttäjien kohtaamisessa ne kriittiset pisteet, jotka määrittävät ihmisten kokemuksia palvelujen merkityksellisyydestä. Aineisto koostuu kahden masennuksesta toipuneen naisen blogiteksteistä vuodelta 2011. Analyysimetodinä on käytetty Goffmanin vuorovaikutusta jäsentävää kehysanalyysia, jossa ollaan kiinnostuneita elämän monikerroksellisuudesta. Tutkimuksessa vuorovaikutusnäyttämöksi paikantuu kuntoutujan oleminen ja toimiminen palvelujärjestelmässä ja siellä tapahtumien kehyksiksi kohtaaminen, pysähtyminen, oikea-aikaisuus ja kokonaiselämä. Tuloksista käy ilmi, että ihmisen kuntoutumisprosessi on yksilöllinen. Se edellyttää palvelujärjestelmältä aitoa kohtaamista, ajan antamista kuntoutujan pysähtymiselle ja oman elämän reflektoisuudelle. Ihmisen ja palvelujärjestelmän ajallisen jänteen yhteneväisyys on palveluiden kulmakivi. Kuntoutuminen edellyttää myös valinnanmahdollisuuksia ja tietoa niistä. Kuntoutuja tarvitsee palvelujärjestelmältä oikea-aikaista tukea, joka määrittyy yksilön tarpeiden mukaisesti, ei järjestelmälähtöisesti. Kokonaisvaltainen kohtaaminen hukkuu helposti palvelujärjestelmän pirstaleisuuteen, jolloin palvelujen tarve ja niiden tarjonta eivät kohtaa ajallisesti eivätkä sisällöllisesti.

Abstract

The aim of this article is to examine the connection between mental health services and rehabilitee's recovering processes from major depression as well as the possibilities and preconditions of mental health services to support recovery. The purpose of this research is to find out the critical points of encounters that define the meaningfulness of the provided services. Data consists of blog texts written by women in 2011. In these texts, they describe their processes of recovering from depression. Analysis is done by using Erving Goffman's frame analysis. This method provides tools to discern and to describe the multilevel reality and diversity of life. In this research the stage for the interaction is the rehabilitee's acting in the service system. Four frames to structure recovery of these women were identified: 1) encounter as a basis of recovery 2) hiatus as a precondition of recovery 3) successful timing as an enabler of recovery and 4) holistic view of life as the constructor of recovery.

The research confirms the idea of individual process of recovery where an authentic encounter is needed. In addition, findings indicate that a very significant element in the process of recovery is time. Individuals need time to reflect on their life situation and to make choices. Therefore the hiatus is needed. Rehabilitees need multiple choices and information concerning the choices. This enables successful timing. Holistic view of life easily disappears in fragmented service system. That being the case, the need of services and supply do not meet.

**YTT Marjo Romakkaniemi, yliopistonlehtori (vs),
sosiaalityön oppiaine, Lapin yliopisto**

**HTM Arja Kilpeläinen, yliopisto-opettaja,
sosiaalityön e-osaamisen maisterikoulutus,
Lapin yliopisto**

Lähteet

- Abma T (1999) *Powerful Stories. The Role of Stories in Sustaining and Transforming Professional Practice within a Mental Hospital*. Teoksessa Josselson R, Liblich A (toim.) *Making Meaning of Narratives. The Narrative Study of Lives*. Vol 6. Thousand Oaks: Sage Publications, 169–195.
- Anthony W, Cohen M, Farkas M, Gagne C. (2002) *Psychiatric Rehabilitation*. 2nd Edition. Boston University. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Bandura A (2001) *Social Cognitive Theory: an Agentic Perspective*. Annual review of psychology 52, 1–26.
- Beresford P, Salo M (2008) *Kokemuksen muodonmuutos. Kohti palveluiden käyttäjien omaa tutkimustoimintaa*. Suom. Salo M, Varner E. *Mielenterveyden keskusliitto*. Helsinki.
- Buchanan E A, Ess C (2008) *Internet Research Ethics: The Field and Its Critical Issues*. Teoksessa: Himma K E & Tavani, H T (toim.) *Handbook of Information and Computer Ethics*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, 273–292.
- Bury M (2001) *Illness Narratives: Fact or Fiction?* Sociology of Health and Illness 23 (3), 263–285.
- Deegan P (2001) *Recovery: The Lived Experience of Rehabilitation*. Teoksessa Spaniol L, Gagne C, Koehler M (toim.) *Psychological and Social Aspects of Psychiatric Disability*. Center for Psychiatric Rehabilitation. Sargent College of Health and Rehabilitation Sciences. Boston: Boston University, 92–98.
- Dreier O (2009) *Persons in Structures of Social Practice*. Theory & Psychology 19 (2), 193–212.
- Frank A (1995). *The Wounded Storyteller. Body, Illness and Ethics*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Gillard S, Simons L, Turner K, Lucock M, Edwards C (2012) *Patient and Public Involvement in the Coproduction of Knowledge: Reflection on the Analysis of Qualitative Data in a Mental Health Study*. Qualitative Health Research 22, 1126–1137.
- Goffman E (1974) *Frame Analysis. An Essay on the organization of Experience*. Northeastern University Press.
- Gould R, Grönlund H, Korpiluoma R, Nyman H, Tuominen K (2007) *Miksi masennus vie eläkkeelle? Eläketurvakeskuksen raportteja 1*. Helsinki.
- Helén I (2011) *Asiakaslähtöisyys: eli miten mielenterveys-työn ajatus politisoitui*. Teoksessa Helén I (toim.) *Reformin pirstaleet. Mielenterveyspolitiikkaa hyvinvointivaltion jälkeen*. Tampere: Vastapaino, 153–181.
- Helén I, Hämäläinen P, Metteri A (2011) *Komplekseja ja katkoksia – psykiatrian hajaantuminen suomalaisen sosiaalivaltioon*. Teoksessa Helén I (toim.) *Reformin pirstaleet. Mielenterveyspolitiikkaa hyvinvointivaltion jälkeen*. Tampere : Vastapaino, 11–69.
- Hsieh H, Shannon S (2005) "Three Approaches to Qualitative Content Analysis". Qualitative Health Research 15, 1277–1288.
- Järvikoski A, Härkäpää K (2011) *Kuntoutuksen perusteet*. Helsinki: Wsoypro oy.
- Karisto A (2004) *Kenttätöissä Costa del Solilla*. Teoksessa Laaksonen, P, Knuuttila, S, Piela, U (toim.) *Kenttäkysymyksiä. Kalevalaseuran vuosikirja 83, Suomalaisen Kirjallisuuden Seura, Helsinki 2004, 301–335*.
- Karisto, Antti (2010) *Yksi piano vai kymmenen lehmää? Kirjoituksia arjen ilmiöistä*. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.
- Karp D (1996) *Speaking of Sadness. Depression, Disconnections and the Meanings of Illness*. Oxford: Oxford University Press.
- Kosciulek, JF (2007) *A Test of the Theory of Informed Consumer Choice in Vocational Rehabilitation*. Journal of Rehabilitation 73 (2), 41–49.
- Lahikainen S (2000) *Ohjaus- ja neuvontatyön lähtökoh-
tia ja näköaloja kuntoutuksessa*. Teoksessa Onnismaa J , Pasanen H, Spangar T (toim.) *Ohjaus ammattina ja tieteenalana 2*. Jyväskylä: PS-kustannus, 258–278.
- Laitinen M, Uusitalo T (2007) *Sensitiivisen haastattelututkimuksen eettiset haasteet*. Janus 15 (4), 316–332.
- Lambert M J, Barley D E (2002) *Research Summary on the Therapeutic Relationship and Psychotherapy Outcome*. Teoksessa Norcross J C (toim.) *Psychotherapy Relationships That Work. Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. Oxford: Oxford University Press, 17–32.
- Mancini M (2007) *The Role of Self-Efficacy in Recovery from Serious Psychiatric Disabilities; A Qualitative Study with Fifteen Psychiatric Survivors*. Qualitative Social Work 6, 49–74.
- Masterson S, Owen S (2006) *Mental Health Service User's Social and Individual Empowerment: Using Theories of Power to Elucidate Far-reaching Strategies*. Journal of Mental Health 15 (1), 19–34.
- Metteri A (2004) *Hyvinvointivaltion lupaukset ja kohtuuttomat tapaukset. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY r.y. Helsinki: Edita*.
- Oliver M (1996) *Understanding Disability. From Theory to Practice*. New York: Palgrave.
- Perkins R (2001) *What Constitutes Success? The Relative Priority of Service Users' and Clinicians' Views of Mental Health Services*. The British Journal of Psychiatry 179, 9–10.
- Peräkylä A (1990) *Kuoleman monet kasvot. Identiteettien tuottaminen kuolevan potilaan hoidossa*. Tampere: Vastapaino.
- Pilgrim D, Bentall R (1999) *The Medicalization of Misery: A Critical Realist Analysis of the Concept of Depression*. Journal Of Mental Health 8 (3), 261–274.
- Puroila A (2002) *Erwing Goffmanin kehysanalyysi sosiaalisen todellisuuden jäsentäjänä. Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja B. Tutkimusraportteja ja selvityksiä 41*. Rovaniemi.
- Radley A, Billig M (1996) *Accounts of Health and Illness: Dilemmas and representations*. Sociology of Health & Illness 18 (2), 220–240.
- Ramon S, Healy B, Renouf N (2007) *Recovery from Mental Illness as an Emergent Concept and Practice in Australia and the UK*. International Journal of Social Psychiatry 53 (2), 108–122.
- Rissanen P (2008) *Terapiaa vai kuntoutusta? Teoksessa Rissanen P, Kallanranta T, Suikkanen A (toim.) Kuntoutus*. Helsinki: Duodecim, 673–682.
- Romakkaniemi M (2011) *Masennus. Tutkimus kuntoutumisen kertomusten rakentumisesta*. Acta Universitatis Lapponiensis 209. Lapin yliopistokustannus. Rovaniemi.
- Russinova Z, Rogers S, Ellison M L, Lyass A (2011) *Recovery-Promoting Professional Competencies: Perspectives of Mental Health Consumers, Consumer-Providers and Providers*. Psychiatric Rehabilitation Journal 34 (3), 177–185.
- Taylor C (1995) *Autenttisuuden etiikka*. Suom. Timo Soukola. Helsinki: Gaudeamus.
- Tee S, Lathlean J (2004) *The Ethics of Conducting a Co-Operative Inquiry with Vulnerable People*. Journal of Advanced Nursing 47 (5), 536–543.
- Tilasto- ja indikaattoripankki, THL SOTKANet 2005–2012(2012). <http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu/hakusivu?group=199>. Poimittu 10.11.2012.
- Topor A, Borg M, DiGirolamo S, Davidson L (2011) *Not Just an Individual Journey: Social Aspects of Recovery*. International Journal of Social Psychiatry 57, 90–99.
- Wahlbeck K (2007) *Mielenterveyspalvelut*. Teoksessa Heikkilä M, Lahti T (toim.) *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 2007*. Helsinki: Stakes, 87–101.