

**SKITSOFRENIAAN LIITTYVÄN USKONNOLLISEN  
HARHAMAAILMAN AMMATILLINEN KOHTAAMINEN  
HENGELISESSÄ TYÖSSÄ**

Seija Heiskanen ja Anna Jetsu  
Opinnäytetyö, kevät 2013  
Diakonia-ammattikorkeakoulu  
Sosiaalialan koulutusohjelma  
Sosionomi (AMK) + diakonin  
virkakelpoisuus

## TIIVISTELMÄ

Seija Heiskanen ja Anna Jetsu. Skitsofreniaan liittyvän uskonnollisen harhamaailman ammatillinen kohtaaminen hengellisessä työssä. Järvenpää, kevät 2013, 63 sivua.

.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Etelä, Järvenpää, Sosiaalialan koulutusohjelma, Diakonisen sosiaalityön suuntautumisvaihtoehto, sosionomi (AMK) + diakonin virkakelpoisuus.

Tutkimuksemme tavoitteena oli selvittää mitä erityisosaamista työntekijältä vaaditaan, kun hän työskentelee skitsofreniaa sairastavan henkilön kanssa. Keskitymme työssämme erityisesti skitsofreniaan mahdollisesti liittyvään uskonnolliseen harhamaailmaan. Olemme kuvanneet skitsofreniaa sairautena ja sairauteen liittyvää harhamaailmaa erityisesti liittyen hengellisiin harhoihin. Tutkimuksen avulla pyrimme selvittämään kuinka skitsofreenisen uskonnollisen harhamaailman voi kohdata ammatillisesti niin, että asiakas saa säilyttää oman hengellisen vakaumuksensa ja arvomaailmansa kuitenkin huomioiden samalla mahdollinen sairautta tukeva psykoottinen harhamaailma

Opinnäytetyö on kvalitatiivinen tutkimus. Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastatteluiden avulla. Haastateltavia henkilöitä oli yhteensä viisi henkilöä, joista kolme oli diakoniatyöntekijää ja kaksi sairaalapastoreita. Haastattelut tallennettiin digitaalisesti ja litteroitiin sanasta sanaan. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä.

Tutkimuksen tuloksena saatiin haastatelluilta ryhmiltä ehdotuksia erilaisista yhteistyömuodoista diakoniatyöntekijöiden ja sairaalapastoreiden välille. Toteutuessaan nämä työmuodot mahdollistaisivat sairaalapastoreilla olevan hiljaisen tiedon ja ammattitaidon hyödyntämisen diakoniatyöntekijöiden käyttöön.

Asiasanat: skitsofrenia, uskonnolliset harhat, hengellisyys, sielunhoito, kvalitatiivinen tutkimus

## ABSTRACT

Heiskanen, Seija & Jetsu, Anna. Interacting professionally with the schizophrenic, religious world of delusions in the spiritual work. 63 pages. Language: Finnish. Järvenpää, Spring 2013

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Social Services, Option in Diaconal Social Work. Degree: Bachelor of Social Services.

The aim of our thesis was to investigate the special skills required of the employees of the Church, when they are interacting with the client, who is suffering from schizophrenia. In our research we focused on describing and comprehending schizophrenia as an illness with its potential world of delusions, especially delusions with religious content. By way of this research we tried to find out how these schizophrenic, religious delusions should be professionally encountered so that the customer can maintain his religious conviction and value. At the same time, however, the fact that the psychotic delusions may support the illness or even worsen it has to be taken into consideration.

The approach of this Bachelor's thesis is qualitative. The data for the research was collected through theme interviews. There were five interviewees in total, three of them were the diaconal workers and two of them were the hospital priests. The interviews were recorded digitally and transcribed word by word. The data was analyzed by data-based content analysis method.

As the result of research, the groups of surveyed brought out proposals for the different forms of cooperation between the diaconal workers and the hospital priests. Fulfillment of these forms of collaboration will enable the hospital priests to share their specialist and tacit knowledge with the diaconal workers, who could benefit from the hospital priests' expertise at the diaconal field.

Key words: schizophrenia, religious delusions, spirituality, pastoral counseling, qualitative research

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	6
2 SIELUNHOITO.....	9
2.1 Sielunhoidon mallit .....	10
2.2 Pastoraalipsykologia.....	11
2.3 Skitsofreniaa sairastavan ihmisen kohtaaminen sielunhoitotyössä .....	12
3 SAIRAALASIELUNHOITO .....	15
4 DIAKONIATYÖ .....	18
5 SKITSOFRENIA KÄSITTEENÄ .....	20
5.1 Skitsofrenian kliininen kuva, hoito ja ennuste .....	20
5.2 Skitsofrenian oireet.....	21
6 PSYKOOSI KÄSITTEENÄ .....	23
6.1 Harhaluulot.....	23
6.2 Hengellisyyteen liittyvät harhat.....	24
7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS .....	30
7.1 Tutkimustehtävä ja keskeiset tutkimuskysymykset.....	30
7.2 Tutkimuksen kulku.....	31
7.3 Aineiston käsittely.....	32
7.4 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys .....	33
8 HAASTATTELUJEN TULOKSET JA ANALYSOINTI.....	35
8.1 Hengellisessä työssä kohdattavat erilaiset mielenterveysasiakkaat.....	35
8.1.1 Diakoniatyössä kohdattavat mielenterveysasiakkaat.....	35
8.1.2 Sairaalapappien kohtaamat erilaiset mielenterveysasiakkaat.....	36
8.2 Kokemus asiantuntijuudesta skitsofrenian tunnistamisessa .....	36
8.2.1 Diakoniatyöntekijöiden kokemukset .....	37
8.2.2 Sairaalapappien kokemukset.....	37
8.3 Kuvauksia työssä kohdatuista uskonnollisista harhoista .....	38
8.3.1 Diakoniatyössä .....	38
8.3.2 Sairaalapappien työssä.....	39
8.4 Ajatuksia hengellisten harhojen merkityksestä sielunhoitotyölle.....	41
8.4.1 Diakoniatyöntekijät.....	41
8.4.2 Sairaalapapit.....	43

8.5 Näkemys omista ammatillisista valmiuksista .....	46
8.5.1 Diakoniatyöntekijöiden näkökanta .....	46
8.5.2 Sairaalapappien näkökanta .....	47
8.6 Ehdotetut yhteistyömuodot .....	49
9 JOHTOPÄÄTÖKSET .....	53
10 POHDINTA .....	58
LÄHTEET .....	60

## 1 JOHDANTO

Skitsofreniaa sairastavia on Suomessa diagnosoitu noin 50.000 ja uusia tapauksia diagnosoidaan jatkuvasti. Skitsofrenia (F20) on vaikein mielenterveydenhäiriö niin yksittäisen potilaan kuin koko yhteiskunnankin kannalta. Skitsofreniaan sairastutaan usein nuorella iällä ja edelleenkin monessa tapauksessa häiriö jää krooniseksi. Skitsofrenia on eri sairauksista suurin työkyvyttömyyden aiheuttaja ja suurin osa psykiatrisista sairaansijoista käytetään Suomessa skitsofreniapotilaiden hoitoon. (TherapiaFennica i.a.)

Sairauden akuuttivaiheessa skitsofreniaa sairastavaa hoidetaan psykiatrisissa sairaaloissa, mutta pyrkimyksenä on, että skitsofreenikkojen hoito tapahtuu pääsääntöisesti avohoidossa. Hengellisten kysymysten parissa sairaalassa heidän kanssaan työskentelee tehtävään erikseen koulutettu henkilökunta; sairaalapastorit. Sairaalapastorit ovat teologikoulutuksen lisäksi saaneet erityiskoulutuksen mielenterveysongelmista kärsivien ihmisten kanssa työskentelemiseen. Seurakunnissa työskentelevät diakonit kohtaavat vastaanotoillaan avohoidossa olevia skitsofreniakuntoutujia. Kaikki diakoniatyötä tekevät eivät ole saaneet koulutusta mielenterveystyöhön, mutta joutuvat kuitenkin työssään kohtaamaan skitsofreniaa sairastavia asiakkaita.

Skitsofreenikot ovat usein syrjäytyneitä muusta yhteiskunnallisesta toiminnasta ja heidän sosiaalinen verkostonsa on monesti suppea tai lähes olematon. Monet heistä kokevat seurakuntien tarjoamat eri toimintamuodot helpoksi tavaksi laajentaa sosiaalista verkostoa ja lisätä osallisuutta. Lisäksi he kokevat ne turvalliseksi ja suvaitsevaisiksi yhteisöiksi, joihin on helppo liittyä. Aallon (1997, 204) mukaan yksinäisyys on puutostila, sen voi tuntea kipuna sielussa, tunteena, että jotain puuttuu. Ihminen ei koe yhteyden mahdollisuutta toisiin ihmisiin, hänellä ei ole puolisoa tai ystävää. Tämä voi olla yksi syy, miksi ihminen hakee sielunhoidollista apua. Hän pääsee sielunhoitotilanteessa puhumaan toisen kanssa ja saa sitä kautta yhteyden toiseen ihmiseen.

Skitsofreniaan sairautena liittyy usein aistiharhoja; näkö- ja kuuloharjoja sekä joskus harvemmin tuntoharhoja. Skitsofrenian sairauden aktiivivaiheessa asiakkaan käytös voi muuttua psykoottiseksi ja voimistaa näitä harhoja. Ammatillaisenkin on vaikea tunnistaa edellä mainittua tilaa, jos ei ole aiemmin tavannut asiakasta. Uskoisimme, että psykoosiin menossa tai jo siinä olevan asiakkaan tunnistaminen ja ammatillinen kohtaaminen on vaikeaa diakoniatyössä. Kuitenkin olisi tärkeää, että työntekijä millä alueella tahansa tunnistaa sairauden oireet ja sen asiakkaan kohtaamiselle asettamat erityisvaatimukset, jottei tukisi tahtomattaan asiakkaan sairautta.

Toisella tutkimusta tehneellä on yli kymmenen vuoden kokemus työskentelystä skitsofreniaa sairastavien ihmisten parissa sekä akuuttivaiheessa erikoissairaanhoidossa että kuntouttavalla puolella kuntoutuskodissa. Työkokemuksen kautta on tullut tutuksi myös skitsofreniaan mahdollisesti liittyvä uskonnollinen harhamaailma. Tämä maailma voi usein olla sairastuneen psyykettä kasassa pitävä voimavara, mutta myös mieltä ahdistava ja sairautta tukeva asia. Näiden kahden maailman erottaminen on vaikeaa ja niin sanotun terveen ja sairaan uskonnollisuuden raja on vaikea määrittää. Jos uskonnolliset harhat ovat voimallisesti ahdistavia, syyttäviä ja kehottavia, ne voivat johtaa siihen, että sairastunut vahingoittaa itseään tai muita henkilöitä uskoen toimivansa hyvässä tarkoituksessa. Näkemyksemme mukaan tämä skitsofreniasairauteen liittyvä osa-alue on monille meistä täysin vieras ja pelottava maailma. Lisäksi psykiatriassa usein kaikki uskontoon liittyvä koetaan edelleenkin ei-toivottuna käytöksenä. Kuitenkin olisi hyvä pyrkiä kohtaamaan sairastunut niin, että uskonto voitaisiin kääntää sairastuneen voimavaraksi. Täytyy kuitenkin myös pystyä hyväksymään se, ettei se aina ole mahdollista.

Mielestämme on tarpeellista tutkia, millä tavalla skitsofreniaa sairastava uskonnollisessa harhamaailmassa elävä asiakas tulisi kohdata ammatillisesti oikein ja minkälaiset valmiudet siihen vaaditaan. Lisäksi toivomme, että tämän tutkimuksen avulla diakonit voivat hyödyntää sairaalapastorien asiantuntemusta ja saada siitä työkaluja omaan työhönsä. Toivomme myös saavamme ehdotuksia

mahdollisille uusille työmuodoille diakoniatyöntekijöiden ja sairaalapastoreiden välille.

Kutsumme tutkimuksessamme skitsofreniaa sairastavaa henkilöä pääsääntöisesti skitsofreenikoksi, mutta käytämme myös potilassanaa silloin, kun hänet kohdataan sairaalassa tai asiakassanaa silloin, kun hänet kohdataan seurakuntatyön vastaanotolla.



## 2 SIELUNHOITO

Sielunhoito on yksi osa diakoniatyön sekä sairaalapastoreiden ammatinkuvaa. Oman työmme kannalta sielunhoito on yksi tärkeä osa-alue siksi, että sieluhoito ja varsinkin juuri sielunhoidolliset keskustelut hengellisessä harhamaailmassa elävän henkilön kanssa ovat usein haastavia tilanteita. Lisäksi sielunhoidossa korostetaan sitä puolta, että ihminen tulee huomioida sekä hengellisenä että psyykkisenä olentona.

”Sielunhoito on matkalla oloa: elämän matkalla, prosessissa, muuttumisessa” kuten Aalto (1977, 8) asian kuvailee. Sielunhoito joutuu itse myös muuttumaan ja muokkautumaan kunkin ajan ja sille asetetun tarpeen mukaan. Nykyinen sielunhoito on muokkautunut viidenkymmenen vuoden aikana. Se on muokkautunut ihmisten tarpeiden ja kysynnän rajoissa. Lisäksi siihen on vaikuttaneet ihmisiin liittyvän tiedon ja teologian asettamat rajat. Sielunhoidon koulutus on noussut käytännön tarpeista. Muutoksen alullepanijoita ovat olleet perheneuvontatoiminta ja sairaalasielunhoito, mutta muutos on levinnyt myöhemmin kaikille sielunhoitoon liittyville erityisalueille ja sitä kautta kaikkeen seurakuntatyöhön.

Kiiskan (2009, 31) mukaan vuosilta 2000-2003 oleva kirkon nelivuotiskertomus tulkitsee sielunhoidon erittäin laaja-alaiseksi. Sielunhoitokäsité sisältää pappien ja diakonien työssään käymien sielunhoitokeskustelujen lisäksi hengellisen ohjauksen, sururyhmät ja hiljaisuuden retriitit. Palveleva puhelin, seurakunnissa tehtävä perhetyö sekä sairaalasielunhoito ovat myös sielunhoitotyötä. Suomen evankelisluterilaisen kirkon papit käyvät vuosittain n. 50 000 asiakkaan kanssa etukäteen sovittua sielunhoidollista keskustelua. Papit käyvät myös tämän lisäksi sielunhoidollisia keskusteluja, joita ei tilastoida ollenkaan. Diakoniatyöntekijät käyvät myös sielunhoidollisia keskusteluja. Vuonna 2003 diakoniatyöntekijöillä oli 780 000 tilastoitua asiakaskontaktia. Kaikkia kohtaamisia ei kuitenkaan voi luokitella sielunhoidollisiksi.

Kiisken mukaan sielunhoitoa voidaan pitää yhtenä teologien ja diakoniatyöntekijöiden keskeisimpänä työalueena. Sielunhoito pitää kuitenkin sisällään myös muiden seurakunnan työntekijöiden tai seurakuntalaisten tekemän työn. Lutherin mukaan sielunhoito ja rippi kuuluvat yleisen pappeuden pohjalta kaikkien kristittyjen tehtäviin. Sielunhoidossa tulee huomioida ihmisen moniulotteisuus. Ihminen on sekä ruumiillinen että psyykkis-henkinen olento. Nämä ihmisen eri puolet kuuluvat yhteen, eikä niitä tule erottaa toisistaan. Sielunhoidossa tulee ottaa huomioon se, että kristillisen ihmiskäsityksen mukaan ihminen on luotu elämään suhteessa Jumalaan ja kanssaihmiisiin. Sielunhoidossa on ihmistä autettava kokonaisvaltaisesti sen sijaan, että keskityttäisiin vaan hengelliseen puoleen. (Kiiski 2009, 226.)

Kuulan mielestä hengellisen sielunhoitajan tulee olla koko ajan tietoinen siitä, että hengellisyyteen liittyviä ongelmia ei tule aina erottaa ihmisen muusta hyvinvoinnista ja tasapainosta. Hyvällä hengellisellä sielunhoitokeskustelulla pystytään selvittämään elämän hengellinen ja psyykkinen puoli. Elämän muilla osaluilla ilmenevät ristiriidat voivat vaikuttaa siihen, kuinka asiakas kokee uskontoon liittyvät asiat. (Kuula 2012.)

## 2.1 Sielunhoidon mallit

Jouko Kiiski (2009) on nimennyt neljä erillistä sielunhoidon mallia, jotka ovat dialoginen, spirituaalinen, diakoninen ja ratkaisukeskeinen sielunhoitomallit. Näitä neljää sielunhoidon mallia työntekijä voi yhdistää toisiinsa, koska ne täydentävät toisiaan ja ovat osittain päällekkäisiä. Jokainen työntekijä luo oman toimintamallinsa, koska jokainen työntekijä tuo työhönsä myös oman persoonallisen tapansa toimia. Työmme kannalta keskeisimmät sielunhoidonmallit ovat diakoninen ja dialoginen sielunhoito.

Dialoginen auttamismetodi on tärkeä työmme kannalta siksi, että sen keskeinen piirre on hyvin vahva asiakaskeskeisyys. Siinä edetään koko ajan asiakkaan puheen pohjalta. Sielunhoitaja liittyy asiakkaan puheeseen ja peilaa sitä takai-

sin. Työntekijän tulee suhtautua asiakkaaseensa suvaitsevaisesti ja hyväksyvästi ja toimia asiakasta kohtaan empaattisesti, kunnioittaen ja aidosti. (Kiiski 2009, 84.) Tämän mallin mukaan uskonnollisista harhoista kärsivä asiakas tulee kohdatuksi kunnioittaen ja hyväksyvästi omine erityispiirteineen. Asiakkaan mahdollisesti voimakkaatkin uskonnolliset harhat voivat asettaa työntekijän hankalaan asemaan keskustelutilanteissa. Harhoista kärsivän asiakkaan kanssa työskenneltäessä vaaditaan työntekijältä erityistä tarkkuutta siinä, kuinka hän liittyy asiakkaan tuottamaan puheeseen ja kuinka hän peilaa sitä takaisin asiakkaalle.

Kiisken mukaan diakonisessa sielunhoidossa asiakasta tulee pyrkiä auttamaan kokonaisvaltaisesti. Näin menetellään yleensä seurakuntien diakoniatyössä. Tässä auttamismuodossa tulee ottaa huomioon ihmisen henkiset, hengelliset, aineelliset ja sosiaaliset tarpeet. ”Diakoninen sielunhoito on sielunhoidon ja diakonian rajapinnalla tapahtuvaa toimintaa. Ihmisen kokonaisvaltainen auttaminen voidaan lukea kuitenkin myös sielunhoidon piiriin. Tähän auttamismuotoon kuuluu olennaisena osana myös dialoginen sielunhoito, mahdollisesti myös hengellisten elementtien käyttäminen.” (Kiiski 2009, 50.)

## 2.2 Pastoraalipsykologia

Teologia ja psykiatria ovat tieteenaloina olleet irrallisia. Niiden välillä on ollut jopa voimakasta vastakkainasettelua. Psykiatriassa on pitkään kaikki uskontoon liittyvä helposti nähty osana asiakkaan sairautta. Kuitenkin se, että ihminen tulee kohdatuksi kokonaisvaltaisesti edellyttää sen, että hänet huomioidaan sekä henkisellä että psyykkisellä tasolla. Pastoraalipsykologia tuo sielunhoitoon myös psykologisen ulottuvuuden ja se on tärkeää varsinkin silloin, kun työskennellään skitsofreniaa sairastavan ja hengellisistä harhoista kärsivän henkilön kanssa. Tämän asiakasryhmän kanssa työskenneltäessä on erityisen tärkeää, että työntekijällä on tietoa myös psykiatrian alueelta. Lisäksi psykiatriassa on tärkeää muistaa yksilön oikeus uskonvapauteen ja hengellisyyteen.

Pastoraalipsykologian tarkoitus on Lankisen (2000, 68) mukaan pyrkiä ymmärtämään ihmistä uskonkysymysten äärellä. Sen tarkoitus on ymmärtää sielunhoitoon liittyvää psykologista perustaa. Pastoraalipsykologia on psykologisen tiedon soveltamista sielunhoidolliseen työskentelyyn. Sen avulla pyritään hahmotamaan asiakkaan uskonkysymysten taustalla olevaa psyykkistä maailmaa.

Pastoraalipsykologia on terminä nuori. Se on esiintynyt yliopistollisessa käytössä vasta 1990-luvulta lähtien. Sitä ennen on puhuttu vain sielunhoidosta tai käytetty termiä pastoraaliteologia. Pastoraalipsykologiassa (ks. Scharfenberg 2000) ei kuitenkaan ole kyse pelkästä sielunhoidosta vaan sen avulla voidaan saada näkökulmia koko teologian ja kirkon toimintaan sekä yleisesti yhteiskuntaan ja kulttuurin ilmiöihin.

### 2.3 Skitsofreniaa sairastavan ihmisen kohtaaminen sielunhoitotyössä

Skitsofreniaa sairastavan asiakkaan kohtaaminen sielunhoitotyössä asettaa työlle tiettyjä erityisvaatimuksia varsinkin, jos henkilöllä on uskontoon liittyviä harhoja.

Harriet Martinin päättötyön *Mannaa vai myrkkyä* (1999) tarkoituksena on ollut kuvailla ja ymmärtää skitsofreniaan sairastuneen asiakkaan jo olemassa olevia hengellisiä voimavaroja diakoniatyöntekijän näkökulmasta. Hänen pyrkimyksensä on ollut nähdä, mitkä ovat ne menetelmät ja keinot, joilla diakoniatyöntekijä voi edistää skitsofreniaa sairastavan asiakkaan voimavaroja hengellisen elämän alueella.

Martinin tutkimus osoittaa sen, että skitsofreniaa sairastavat voivat kokea monenlaisia harhoja. Mitä enemmän sielunhoitajalla on tietopohjaa sairaudesta, sitä paremmin hän ymmärtää autettavan harhaista maailmaa. On tärkeää, että sielunhoitaja pystyy tukahduttamaan itsessään vääränlaisen uteliaisuuden suhteessa autettavan harhakokemuksiin. Sielunhoitajan tulisi pystyä keskittymään kuuntelemiseen ja mahdollisuuksien mukaan pyrkiä purkamaan harhakokemus-

ten aiheuttamaa tunnelatausta. On tärkeää, ettei sielunhoitaja pelkää tai hämmenny kohdatessaan harhamaailmaa. Sielunhoitajan tulee muistaa, että harhoista puhuminen voi tuottaa suurta helpotusta sairastuneelle. Pelkkä kuunteleminen ja keskusteleminen voivat olla kuntoutusvaiheessa oleville askel kohti mielenterveyttä. ”Harhojen sisältämien tunnekokemusten, merkityssuhteiden ja jumalkuvien tunnistaminen voi johdattaa skitsofreniaa sairastavan ihmisen hengellisten voimavarojen edistämiseen” ( Martin 1999, 59).

Martin tuo esiin tutkimuksessaan, että sielunhoitajan on tärkeä huomioida, jos autettava käyttää harhoja defensesseinään eli suojakeinoinaan. Silloin niiden purkaminen voi olla tuhoisaa asiakkaan kannalta. Defenssit ovat asiakkaan tapa suojautua maailmalta, jonka hän kokee liian pelottavana. Sielunhoitajan tulee keskittyä tunnepuoleen mieluummin kuin alkaa todistella harhoja väärityneiksi kokemuksiksi. Harhoista puhuminen voi nostaa skitsofreenikolle mieleen epämiellyttäviä muistoja ja muistuttaa häntä hänen vakavasta ja pitkäaikaisesta sairaudestaan. Skitsofreniaa sairastavat henkilöt pelkäävät, että heidät leimataan helposti, jos he tuovat esiin sairauteensa liittyviä oireita tai kertovat avoimesti sairaudestaan. ”Sielunhoitajan tulee aina muistaa olla tuntosarvet koholla tunnustellen tilannetta, kuinka syvältä ja laajasti harhokokemuksista voi yleensä keskustella” (Martin 1999, 59).

Martinin tutkimuksessa todetaan, että skitsofrenia on aivoperäinen psyykesairaus, joka aiheuttaa aivoissa muutoksen ja sen seurauksena ihminen kärsii väärityneistä aistikokemuksista. Näiden väärityneiden aistikokemusten seurauksena reaali maailma menettää merkitystään ja se korvataan sisäisillä tunnekokemuksilla. Nämä tunnekokemukset sitovat sairastuneen herkästi tiettyihin ajatusmalleihin. ”Merkityskokemukset muuttuvat väärityneiksi ajatusmuodoiksi. Näin käy myös sairastuneen ihmisen jumalkuille. Jumalkuvista muodostuu kipua tuottavia, ahdistavia, syyttäviä, vihaavia, tuomitsevia ja hylkääviä.” (Martin 1999, 101.) Sielunhoitaja voi kuuntelemalla ja keskustelujen avulla pyrkiä purkamaan näitä ahdistusta aiheuttavia tunnekokemuksia. Luottavaisen sielunhoitosuhteen edellytys on, että autettava tuntee riittävää turvallisuutta suhteessa omiin kokemuksiinsa sekä sielunhoitajaan. ”Tällöin tulee autettavalle, skitsofre-

niaa sairastavalle ihmiselle, mahdolliseksi edetä psyykkisessä kehityksessään kohti rakastavampia, terveempiä ja eheyttävämpiä jumalkuvia, jotka tukevat ja edistävät hänen hengellisiä voimavarojaan. Tällöin on mahdollista löytää uskota myös iloa, joka keventää arkipäivän taakkoja.” (Martin 1999, 101.)

Martinin mukaan yllämainitun kaltaisen sielunhoitosuhteen luominen edellyttää sen, että sielunhoitajalla on laaja ja syvä tietopohja psyykesairauksista, sekä jumalkuvista. Lisäksi nämä asiat pitää pystyä tiedostamaan sielunhoidollisissa tilanteissa. Mitä enemmän sielunhoitajalla on tietoa skitsofreniasta ja sen vaikutuksesta ihmiseen, sitä helpompi hänen on käsitellä omaa ahdistustaan. Ilman tietoa sielunhoito voi jäädä ”hakuammunnaksi”. Asioiden ohittaminen tai niiden hengellistäminen voi olla jopa vahingollista asiakkaalle. Sielunhoitajan tulee pystyä luomaan sellainen ilmapiiri, joka mahdollistaa jumalkuvien uudistumisen. ”Tämä edesauttaa myös seurakuntaa toimimaan yhteisönä, jossa sallitaan erilaisten ihmisten läsnäolo. Heidät voidaan hyväksyä heikkoina, sairaina, kaikkine ristiriitaisine tunteineen, kysymyksineen ja jumalkuvineen. Sielunhoitajan ei tule väkisin pyrkiä muuttamaan autettavan jumalkuvia ja näin syyllistyä uskonnolliseen väkivaltaan.” (Martin 1999, 101.)

Rissanen (2007, 129) tuo esiin sen, että vastavuoroisen asiakassuhteen edellytys on se, että asiakas hyväksytään sellaisena kuin hän on ja hänen ihmisarvoaan kunnioitetaan. Työntekijän tulee olla kärsivällinen ja hyväksyä asiakas sellaisena ja siinä tilassa ja kunnossa, missä hän on. Työntekijän tulee kunnioittaa sitä vaihetta, missä asiakas on menossa.

Diakoniatyöntekijän pyrkiessä luomaan ilmapiirin, missä jumalkuvilla on mahdollisuus muuttua, tulee myös skitsofreenikon herkkyyks huomioiduksi. ”Seurakunnan ja diakoniatyöntekijän haaste ei ole se, parantuuko tai eheytyykö sairas luonamme vaan se, olemmeko valmiita hyväksymään ihmisen sellaisenaan ja tukemaan hänen kokonaisvaltaista kasvuaan ihmisenä” (Martin 1999, 102).

### 3 SAIRAALASIELUNHOITO

Toinen haastateltujen ryhmä oli sairaalapastorit. Sairaalasielunhoito on yksi kirkon erityistyömuodoista. Työn vaatimukset määräytyvät sen terveydenhuollon osa-alueen mukaan, jossa sairaalapastori työskentelevät. Somaattisella puolella vastaan tulevat työtehtävät eroavat psykiatrisen sairaalan mukanaan tuomista haasteista.

Sairaalasielunhoito pitää sisällään ihmisen hengellisen ja henkisen auttamisen hänen hädässään ja se on kirkon toimintaa. Sairaalasielunhoitaja on seurakunnan työntekijä, jolle seurakunta maksaa palkan ja vastaa myös hänen koulutuksesta. Sairaalapastori työskentelee seurakuntien sielunhoitotyön alaisena. Sairaalapastorin työajat noudattavat yleisiä pappien työaika määräyksiä, kuitenkin sairaalan rytmi vaikuttaa siihen, miten työ on mahdollista toteuttaa. Sairaalapastori voidaan kutsua työhön vuorokauden ajasta riippumatta. Sairaalapastorit muovaavat työnkuvaansa myös omalla suhtautumisellaan työhön. Jotkut haluavat sitoutua vain seurakunnalliseen ja hengelliseen toimintaan, kun toiset taas painottavat potilaskeskeisyyttä ja sairaalapastorin kuulumista muuhun sairaalan henkilökuntaan. Jotkut toimivat näiden kahden vaihtoehdon välimaastossa (Meller-Mattila 2000, 34-35.)

Suomen evankelis-luterilaisen kirkon ylläpitämä sairaalasielunhoito ankkuroituu kirkon perustehtävään sekä kirkon ja terveydenhuollon yhteisiin päätöksiin ja suosituksiin. Sairaalasielunhoitaja toimii seurakuntien palkkaamana terveydenhuollossa. Sairaalasielunhoitaja on evankelis-luterilaisen kirkon työntekijä, pappi tai lehtori, jonka tehtävänä on palvella potilaita, heidän omaisiaan ja terveydenhuollon henkilökuntaa. Hän on sairauden herättämien elämänarvoja ja elämäntähtämyksiä koskevien kysymysten asiantuntija. Sairaalasielunhoitaja toimii työssään kokonaisvaltaisen hoidon hyväksi. Hän on koko hoitoyhteisöä varten ja toimii yhteyshenkilönä seurakunnan ja terveydenhuollon välillä. Osa sairaalasielunhoitajan tehtävistä liittyy avohoitoon sekä seurakuntien ja terveydenhuollon työntekijöille annettuun työnohjaukseen ja koulutukseen. Sairaa-

lasielunhoitaja osallistuu myös hoidon eettisten kysymysten pohdintaan. (Aalto ym. 2005, 152.)

Aalto tuo sielunhoidon aikakausikirjassa esiin sen, että sairaalasielunhoitajana työskentely edellyttää kirkon erikoistumiskoulutuksen lisäksi soveltuvuutta tehtävään. Sairaalasielunhoitajan tulee jatkuvasti kouluttaa itseään ja hankkia työnohjausta. Näiden avulla hän pystyy kehittämään taitoa ymmärtää ihmisten sairautta ja kriisejä sekä lisäämään itsetuntemustaan ja kehittämään vuorovaikutustaitojaan. ”Kirkkoa ja terveydenhuoltoa koskevissa lainsäädännössä on säädetty yksityiskohtaisesti salassapitovelvollisuudesta, jota sairaalasielunhoitaja noudattaa. Sairaalasielunhoidon ydin on työntekijän ja potilaan luottamuksellinen sielunhoitosuhde, jossa potilas voi käsitellä kaikkia elämänsä ja sairautensa liittyviä asioita sekä saada sielunhoidollista tukea ja lohdutusta.” (Aalto ym. 2005, 152-153.)

Sielunhoitajan ja potilaan välinen yhteistyö alkaa yleensä potilaan aloitteesta. Joskus aloitteentekijänä voi olla myös omainen. Hoitoyhteisössä aloitteentekijöinä voivat olla hoitohenkilökunta tai lääkäri, jotka näkevät tarpeen nousevan esimerkiksi potilaan kanssa käymistään keskusteluista. Potilaan itsemääräämisoikeutta tulee kuitenkin kunnioittaa ja siksi sielunhoitajan tulee varmistaa, että kysymyksessä on potilaan omatahto ja sopia potilaan kanssa yhteistyölle tavoitteet ja periaatteet. Sielunhoitajan tulee kunnioittaa potilaan ihmisarvoa, vakaumusta ja koskemattomuutta, oli potilaan tausta tai elämänkatsomus minikäläinen tahansa. Sielunhoitajan tulee hankkia potilaalle hänen toivomaansa sielunhoidollista apua myös muista uskonnollisista ryhmistä tai muista kirkkokunnista. Ihmistä hoidetaan terveydenhuollossa monien eri ammattiryhmien yhteistyönä. Jos potilas haluaa voi sairaalasielunhoitaja toimia oman alansa asiantuntijana potilaaseen liittyvissä asioissa. Työssään sielunhoitaja on vastuussa hoitoyhteisön ja seurakunnan johdolle. (Aalto ym. 2005, 152-153.)

Kirkon sairaalasielunhoito on saavuttanut vakiintuneen aseman. Henkilökunta ja potilaat arvostavat sairaalasielunhoitoa ja odottavat siltä paljon. Monien tutkimusten mukaan potilaat odottavat sairaalasielunhoitajalta ennen muuta kuuntelemista, lohduttamista sekä



mahdollisuutta keskustella kuolemisen, ahdistuksen ja toivon teemoista. Kirkkomonitori 2004-tutkimuksen mukaan 86% suomalaisista piti sairaalasielunhoitoa erittäin tärkeänä tai tärkeänä. Sairaalapappi on sillanrakentaja terveydenhuollossa ja sairaalassa vallitsevan todellisuuden ja uskonmaailman välillä. Hän työskentelee ympäristössä, jossa ihmistä hoidetaan ja jossa myös etsitään uskon ja toivon näköaloja. Sairaalasielunhoidon erityispiirre on kuulua samanaikaisesti kahteen eri järjestelmään, kirkkoon ja sairaalaan. On täytettävä sekä kirkon että sairaalan vaatimat kriteerit, mikä edellyttää tarvittavien tietojen ja taitojen lisäksi monipuolista soveltuvuuden selvittämistä. Arviointiin vaikuttaa myös, miten henkilön sielunhoitajan taidot integroituvat hänen papin identiteettiinsä, miten hän tunnistaa heikkoutensa ja vahvuutensa ja miten hän on työstänyt elämänsä historiaansa. Tulevaisuudessa kirkon sairaalasielunhoidon yksikön tärkeimpiä tehtäviä on taata toimenpiteillään sairaalasielunhoidon korkean laadun säilyminen valtakunnallisesti. (Aalto ym. 2005, 113.)

## 4 DIAKONIATYÖ

Toisena haastateltavien ryhmänä olivat diakoniatyöntekijät. Seuraavassa avaamme diakoniatyöntekijän työnkuvaa ja sille asetettuja vaatimuksia. Kirkkojärjestyksen mukaan diakonia ilmenee kaikkien seurakunnan jäsenten teoissa ja avussa hädässä oleville. ”Seurakunnan ja sen jäsenten tulee harjoittaa diakoniaa, jonka tarkoituksena on kristilliseen rakkauteen perustuva avun antaminen erityisesti niille, joiden hätä on suurin ja joita ei muulla tavoin auteta” (Kirkkojärjestys 4:3).

Rättyän mukaa diakoniassa on useita auttamismenetelmiä, joiden avulla voidaan välittää Jumalan armoa ja rakkautta ihmisille. Auttamiselle ei tule asettaa mitään ulkoisia, sosioekonomiseen asemaan tai uskonnollisuuteen liittyviä vaatimuksia. Myöskään kirkkoon kuulumisen tai tietty poliittinen vakaumus eivät saa olla avun saannin edellytyksenä. Auttaminen edellyttää aina ihmisen kohtaamista. Diakoniatyöntekijä tapaa ihmisiä ryhmissä, sairaala- ja laitospöytäillillä, retkillä ja leireillä, mutta erityisesti vastaanotolla ja kotikäynneillä. Diakoniatyö on ainoa seurakunnan työmuodoista, josta jo useampien vuosikymmenien ajan on koottu monipuolisia tilastoja. (Rättyä 2012, 84.)

Skitsofreniaa sairastavat kokevat monesti esimerkiksi virastoissa asiointit ja erilaisten hakemusten ja kaavakkeiden täyttämisen hankaliksi ja liian monimutkaisiksi. Kaikki eivät osaa tai heillä ei ole voimia tähän. Kuusimäki tuo esiin sen, että yksi diakoniatyön tehtävä on auttaa niitä, jotka kokevat sosiaaliturvajärjestelmän liian monimutkaiseksi ja osin myös ihmisiltä tukimahdollisuuksia kätkeväksi. Diakoniatyöntekijän täytyy tuoda nämä mahdollisuudet asiakkaan tietoisuuteen ja auttaa vaatimaan itselleen kyseisiä etuuksia. Tässä ihmisten tukemisessa diakoniatyöntekijät ovatkin ottaneet aktiivisempaa roolia. He toimivat monesti ikään kuin ”asianajajina.” ”Diakonian erityisvahvuus on ihmisten kokonaisvaltaisessa kohtaamisessa; merkittävän osan työstä muodostavat myös henkiset ja hengelliset kysymykset. Tämä vapaus ihmisten hädän kohtaamiseen halutaan myös turvata.” (Kuusimäki 2012, 42.)

Diakoniatyöntekijä voi olla diakonissa tai diakoni. Diakonissa on suorittanut sairaanhoitajan tutkinnon ja diakoni sosionomin tutkinnon ammattikorkeakoulussa. Piispainkokous on määritellyt diakoniatyöntekijän virkakelpoisuuteen vaadittavat teologiset ja diakoniset opinnot. Diakoniatyö vaatii myös erityisosaamista, jonka tarve ja painopisteet riippuvat toimintaympäristöstä ja työnjaosta. Erityisosaamistaan kukin työntekijä rakentaa joko erikoistuessaan johonkin työalaaan tai syventämällä omaa osaamistaan jollakin alueella. (Gothóni 2012, 190.)

Diakoniatyö on organisoitu erilaisiin työaloihin kuten päihde-, mielenterveys-, vammais- ja yhteiskunnallinen työ, kansainvälinen diakonia ja monikulttuurisuus. Diakoniatyö pitää sisällään asiakastyötä, vapaaehtoistoiminnan ohjaamista sekä verkostotyötä ja vaikuttamistoimintaa. (Suomen evankelisluterilainen kirkko 2010.)

Esko Ryökäs (2006, 195-207) tuo esiin diakonian neljä erilaista mallia: karikatii- vinen eli sosiaalinen, pastoraalinen, välineellinen ja spirituaalinen hoitomalli. Karikatii- visessa mallissa toimitaan yhdessä eri tahojen kanssa, kuitenkin niin, että kristillinen vakaumus on toiminnan lähtökohtana. Kolme muuta mallia korostavat diakoniaa virkarakenteen näkökulmasta. Ensimmäisessä korostuu sie- lunhoidon, kuuntelevan diakonian rooli. Toinen korostaa viran toiminnallista puolta. Kolmas arvioi jatkuvasti kirkon sanoman julistamista eri tilanteissa, mil- loin tekoina, milloin puheena.

## 5 SKITSOFRENIA KÄSITTEENÄ

Seuraavassa kuvaamme skitsofreniaa sairautena. Nostamme esiin sairauden yksilölle ja yhteiskunnalle tuomia haasteita. Sairauden kuvaus auttaa myös ymmärtämään, mistä skitsofreniassa on kyse ja millaisina erityispiirteinä se mahdollisesti ilmenee sairastuneen käytöksessä.

Lepola (2005, 37) mukaan skitsofreniaa voi pitää yhtenä vaikeimpana mielen-terveyshäiriöistä, kun arvioidaan asiaa sitten yksittäisen potilaan, perheen tai koko yhteiskunnan kannalta. Skitsofrenia puhkeaa usein nuorena ja joka kolmas tapaus jää krooniseksi. Skitsofreniaan sairautena liittyy 2-3-kertainen ylikuolleisuus. Pääosin kuolemat johtuvat itsemurhista, alkoholin käytöstä, myrkytyksistä, tapaturmista, epäterveellisistä elämäntavoista ja hoitoon liittyvistä teki-joistä (esimerkiksi psykoosilääkkeiden aiheuttama painonnousu ja metaboliset muutokset sekä somaattisten sairauksien riittämätön hoito). Skitsofrenia on myös kaikista sairauksista suurin, yksittäinen työkyvyttömyyden aiheuttaja, varsinkin nuorten kohdalla. Rahallisesti skitsofrenia aiheuttaa yhteiskunnalle enemmän kustannuksia kuin esimerkiksi tupakointi.

### 5.1 Skitsofrenian kliininen kuva, hoito ja ennuste

Kliininen neuropsykiatria kirjan (Juva ym. 2011, 66) mukaan skitsofrenian diagnosikriteerit ovat vaihdelleet eri aikoina suppeista menetelmistä laajoihin. Nykyisin käytössä olevat DSM- ja ICD-tautiluokitukset noudattavat tätä linjaa ja huomioivat eri versioissaan vaihtelevasti oireyhtymän eri ulottuvuuksia. ”Suomessa nykyään käytössä oleva ICD 10-tautiluokitus korostaa skitsofreenisille häiriöille tyypillisiä, syviä ajattelun ja havaintokyvyn vääristymiä sekä tunnetilojen asiaankuulumattomuutta tai latistumista kiistellään ja muun muassa valmis-teilla olevassa DSM V-tautiluokituksessa on ehdotettu näistä alatyypeistä luopumista.” (Juva ym. 2011, 66.)

*Skitsofrenian elinaikainen esiintyvyys on 0,5- 1,5%, mikä tarkoittaa, että Suomessa on noin 50 000 skitsofreniapotilasta. Skitsofrenia puhkeaa yleensä nuorella aikuisiällä, miehillä tyypillisesti 20-28 vuoden ja naisilla 24-32 vuoden iässä. Skitsofrenian kulku on valtaosalla potilaista krooninen ja sisältää ajoittaisia pahenemisvaiheita. Pysyvä toipuminen on melko harvinaista (noin 10-15 %) ja valtaosa potilaista on työkyvyttömyyseläkkeellä. (Juva ym. 2011, 66.)*

## 5.2 Skitsofrenian oireet

Lepola (2005, 43) kuvaa skitsofreniaa vaikeana persoonallisuuden hajoamisena, todellisuudentajun heikentymisenä ja toimintakyvyn alenemisena, joka yleensä aiheuttaa myös sairastuneen vetäytymisen sosiaalisista kontakteista. Kun sairastuneen todellisuudentaju häviää aiheuttaa se sen, että henkilö ei erota mielikuvitusta ja todellisuutta. Sairastunut pitää aistiharhojaan todellisina aistihavaintoina. Yksi tyypillisimmistä oireista on aistiharhaisuus eli hallusinointi. Hallusinaatiot voivat ilmetä millä tahansa aistien osa-alueella, mutta erityisesti kuulohallusinaatiot ovat tyypillisiä skitsofreenikoille. Henkilö voi kuulla ihmisten ääniä, jotka kommentoivat potilaan tekemisiä. Äänet voivat olla kiusaavia tai syyttäviä tai ne voivat uhkailla potilasta. Henkilö voi kuulla samanaikaisesti useampiakin ääniä.

Toisena keskeisenä oireena Lepola nostaa esiin harhaluulot eli deluusiot. Nämä liittyvät usein yhteen äänihallusinaatioiden kanssa. Henkilö voi uskoa, että hänen ajatuksiinsa vaikutetaan. Myös usko siihen, että ajatukset kuuluvat julki voi olla vahva. Tavallisia oireita ovat myös uskomukset siitä, että ulkopuolinen ihminen tai jokin taho pystyy kontrolloimaan sairastuneen aivotoimintaa. Ajatushäiriö ilmenee usein niin, että sairastuneen puhe on sekavaa, ajatustoiminta on hajanaista ja ajatustoiminnan loogiset yhteydet katoavat. Vaikeimmillaan tähän voi liittyä neologismia eli uudissanujen käyttöä. (Lepola ym. 2005, 43-44.)

Katatoniset oireet ovat yksi skitsofrenian erikoispiirteistä ja nykyään aika harvinaisia. Katatoninen stupor eli salpaustila aiheuttaa psykomotorista jähmettymistä, tila jossa potilas on liikkumaton, puhumaton, syömätön ja juomaton. Tähän liittyy myös taipumus ylläpitää erilaisia asentoja. Katatoninen kiihtymystila on taas edellisen vastakohta. Sen aikana potilaan voi olla mahdoton pysyä paikoillaan, hiljaa ja puhumatta. (Lepola ym. 2005, 44.)

Affektitoiminnan eli tunne-elämän häiriö tarkoittaa, joko tunteiden latistumista, joka voi pahimmillaan johtaa apatiaan tai tunneilmaisujen epäsuhtaisuutta, joka voi ilmetä esimerkiksi epäasianmukaisena naureskeluna (Lepola ym. 2005, 37).

Skitsofrenian oireet jaetaan myös kahteen erilliseen ryhmään positiivisiin ja negatiivisiin. Positiivisiksi oireiksi luetaan aistiharhat ja harhaluulot, sekä produktiivinen ajatustoiminnan häiriö. Negatiivisia oireita ovat, sosiaalinen vetäytyminen, tunteiden latistuminen, passiivisuus ja puheen sisällön köyhtyminen. (Lepola ym. 2005, 37.)

*Skitsofrenia jaetaan nykyään kolmeen päämuotoon : katatoninen, paranoidinen ja hebefreeninen. Katatonista skitsofreniaa luonnehtivat edellä mainitut katatoniset oireet. Tämä skitsofrenia muoto alkaa yleensä äkillisesti ja on nykyään harvinainen. Paranoidinen skitsofrenia on skitsofrenian päämuodoista yleisin. Tauti on vaino-  
harhaisuuden sävyttämä ja kuuloharhat ovat tyypillisiä. Ennen sairastumistaan potilaalla on voinut olla epäluuloisuuden piirteitä. Aggressiivisuus on usein tyypillistä. Hebefreeninen skitsofrenia on päämuodoista kaikkein vaikein. Siihen liittyy erittäin voimakkaita hallusinaatioita ja deluusioita. Samoin taantuminen on voimakasta ja potilaasta tulee usein lähes toimintakyvytön. (Punkanen 2001, 112.)*

*Edellä kuvattujen päämuotojen lisäksi erotetaan vielä erilaistumaton skitsofrenia, erityispiirteetön skitsofrenia eli skitsofrenia simplex ja jäännös- eli residuaaliskitsofrenia. Skitsofreniaryhmään luokitellaan myös skitsofrenian kaltaiset psykiatriset sairaudet eli skitsoformiset psykoosit sekä skitsoaffektiivinen psykoosi, skitsofrenian jälkeinen masennus ja skitsotyyppinen persoonallisuus. (Punkanen 2001, 112.)*

## 6 PSYKOOSI KÄSITTEENÄ

Psykoosi on tila, jossa todellisuudentaju on vakavasti häiriintynyt. Se voi ilmetä harhaluuloina, aistiharhoina, puheen huomattavana hajanaisuutena tai eriskummallisena käytöksenä. ”Skitsofrenia on psykoosisairauksista vaikeasteisin. Sille ominaista on ajattelun ja mielen toimintojen kokonaisuuden häiriintyminen. Tavallisia oireita ovat kuuloharhat, harhaluulot sekä hajanainen ja vaikeasti ymmärrettävä puhe.” (Duodecim terveystietokirjasto 2011.) Psykoottiset oireet voivat ilmetä myös elimellisten sairauksien yhteydessä ilman, että taustalla on skitsofreniaa. Esimerkiksi aivosairauksien, endokriinisten häiriöiden, systeemisten sairauksien, infektioiden ja nestetasapainohäiriöiden sekä lääkkeiden ja päihteiden käytön yhteydessä. (Duodecim terveystietokirjasto 2011.)

Aikuisiällä sairastettu psykoosi voi pitkäksikin aikaa viedä yksilön terveen ja tasapainoisen aikuisen ihmisen identiteetin ja kyvyn arvioida todellisuutta, koska hän kärsii pysyvän identiteettitunteen puuttumisesta ja todellisuudentajun häiriöstä (Almgvist 2000, 277).

Kirjansa johdantotekstissään Paula French ja Anthony P. Morisson toteavat, että psykoosiriskissä olevien henkilöiden kohdalla käsitettä skitsofrenia ei voida pitää kovinkaan käyttökelpoisena. On muistettava, että monet psykoosiriskissä olevat ovat huolissaan ”hulluksi tulosta”. Valitettavasti skitsofreniadiagnoosin koetaan kiteyttävän olennaiset seikat hulluudesta. Näin ollen he käyttävät kirjassaan mieluummin termiä psykoosi kuin termiä skitsofrenia. (French & Morisson 2008, 5.)

### 6.1 Harhaluulot

Harhaluulo käsitteenä viittaa patologisiin, virheellisiin uskomuksiin, joihin liittyy havaintojen ja kokemusten väärintulkintaa. Henkilö pitää näistä uskomuksista kiinni, vaikka asiasta olisi todistettavasti vastakkaista näyttöä. Harhaluulon

omaava henkilö on kyvytön korjaamaan uskomustaan kokemustensa perusteella. Harhaluulon ominaispiirre on se, etteivät muut asianomaisen henkilön sosio-kulttuurisessa ympäristössä jaa kyseistä uskomusta. Joskus kuitenkin kyseessä voi olla myös yliarvostunut idea, johon liittyy voimakas tunnelataus. Se eroaa kuitenkin harhaluulosta siinä, että uskomus pysyy avoimena järjelliselle keskustelulle. ”Kun harhaluulo muodostuu, se yhdistyy sairastuneen tunnekokemuksiin ja toiminnan perusteisiin. Lopulta virheellinen uskomus on kiinteä osa asianomaisen elämää ja arvomaailmaa.” (Juva ym. 2011, 47.)

Harhaluulot liittyvät (Juva ym. 2011) mukaan yleensä keskeisiin inhimillisiin kokemuksiin suhteessa itseen ja toisiin ihmisiin. Näitä ovat esimerkiksi: epäluuloon (vainoharha, mustasukkaisuus), rakkauteen ja seksuaalisuuteen (erotomania eli usko siihen, että joku tietty henkilö on rakastunut asianomaiseen), henkilökohtaiseen suuruuteen ja kunniaan (megalomania), syyllisyydentuntoon ja epäonnistumiseen (harhaluuloinen masennus) ja ruumiillisiin kokemuksiin (hypokondrinen harhaluulo) liittyvät harhaluulot. Lisäksi yleisiä ovat myös suhteuttamisharhat, jolloin asianomainen liittyy itseensä ulkoisia tapahtumia, kuten televisio-ohjelman sisältöä. Harhaluulo voi olla sellainen, ettei sen sisältöä ole lainkaa mahdollista ymmärtää. Silloin on kyseessä bisarri eli outo harhaluulo. ”Harhaluulojen merkittävä outous viittaa skitsofreniaan. Harhaluuloja esiintyy monissa eri psykiatrisissa häiriöissä: skitsofreniassa, vaikeissa mielialahäiriöissä, persoonallisuushäiriöissä ja psykiatrisissa oireyhtymissä, joilla on orgaaninen tausta.” (Juva ym. 2011, 48.)

## 6.2 Hengellisyyteen liittyvät harhat

Seuraava esimerkki skitsofreniaan liittyvästä uskonnollisesta harhasta voi käydä toteen myös diakoniatyöntekijän vastaanotolla.

*”Herra tohtori, olen hirveässä hädässä”, iäkäs nainen valitti minulle. ”Minun piti mennä tänä iltana taivaaseen, mutta naapurini esti sen. Jumala antaa hänen kiusata minua ja nyt en voi enää antaa anteeksi. Tiedättekö, kaksi vuotta sitten tein raskaan synnin. Lääkäri*



*tahtoi ottaa minulta verta, mutta minä en halunnut antaa. Silloin en tiennyt, että minun olisi pitänyt antaa suuri uhri. Jumala ei voi enää ottaa minua luokseen, koska en antanut verta.” (Pfeifer 1999.)*

Mari Stenlund (2007) tuo tutkimuksessaan esiin sen, että harhaluulot voivat olla myös uskonnollisia. Skitsofreenikko voi kuvitella olevansa naimisissa Pyhän Hengen kanssa tai kuvitella näkevänsä jossakin ihmisessä Jumalan. Toisinaan skitsofreenikko voi kuvitella olevansa Kristus ja saattaakin imitoida Kristusta tai julistaa kaduilla. Silloin on kyseessä Messias-kompleksi. Stenlundin mukaan skitsofreniaa sairastavat kuitenkin vetäytyvät usein omiin oloihinsa. Omiin oloihinsa vetäytynyt henkilö saattaa esimerkiksi lukea jatkuvasti Raamattua ja hän voi alkaa tulkita Raamatun tekstejä hyvin konkreettisesti. On tullut ilmi tapauksia, joissa psykoottinen henkilö on pukeutunut säkkiin ja tuhkaan tai hän on kiskaissut silmänsä irti tai leikannut peniksansä, tulkittuaan tekstiä kirjaimellisesti. Mari Stenlund (2007, 19-20) esittelee Pertti Järvisen (1991) kuvausta skitsofreenikon konkreettisesta ajattelusta uskon katoamiseksi ja tietämisen pakoksi. Kun skitsofreenikko ei konkreettisen ajattelunsa vuoksi pysty käsittelemään Jumalasta erossa olemisen kokemusta, saattaa hän kieltää erossaolon kuvittelemalla itse olevansa Jumala.

Näreaho (2011) on tutkinut uskonnon ja mielenterveyden välistä suhdetta. Tutkimuksissa on käynyt ilmi, että uskonnolla näyttäisi olevan myönteinen vaikutus mielenterveyteen. Koenigin (2009) mukaan ennen vuotta 2000 ilmestynyeet 724 kvantitatiivista tutkimusta osoittavat, että kaksi kolmasosaa tuloksista viittaa positiiviseen suhteeseen uskonnon ja mielenterveyden välillä. Tämä tulos pätee erityisesti lievemmissä mielenterveysongelmissa. Tutkimuksen mukaan esimerkiksi masennuksesta toipuminen on ollut uskonnollisen näkemyksen omaavilla nopeampaa tai heillä on esiintynyt yleensä vähemmän masennusta.” Sen sijaan vakavammassa, psykoottisissa häiriöissä kuva on toisenlainen. Noin kolmasosalla skitsofreenikoista ja noin viidesosalla kaksisuuntaisesta mielialahäiriöistä kärsivillä on uskonnollisia harhoja.” (Näreaho 2011.)

*Neurotutkija ja uskontotieteilijä Patrick McNamaran teorian mukaan uskonnollisuus ja uskonnolliset kokemukset mahdollistavat minuu-*

*den väliaikaisen väistymisen tai hajauttamisen. Arkiminuus kokemuksineen väistyy ja sen paikan ottaa uskonnollisesti määrittynyt ideaaliminuus. Henkilö voi esimerkiksi rituaalin aikana antautua jumalallisen tietoisuuden valtaan. Samoin meditaatiossa arkiminuuden hajauttaminen on keskeistä. Onnistuessaan prosessi on positiivinen. Henkilö rikastaa ja laajentaa uskonnollisen kokemuksen kautta minuuttaan, minkä seurauksena hänen persoonansa autonomia ja (sosiaalinen) toimintakyky paranevat. Sen sijaan psykopatoologisissa tiloissa minuus hajoaa tai ainakin uhkaa hajota hallitsemattomasti tiettyjen aivoalueiden poikkeavuuden takia. (Näreaho 2011.)*

Seuraavassa ote Harriet Martinin (1999) opinnäytetyötään varten tekemästään skitsofreniaa sairastavan ja hengellisiä harhoja omaavan henkilön haastattelusta:

*Sillon, kun sä oot ollu psykoosissa, niin onks sulla ollu uskonnollisia harhoja...?*

*On*

*Haluutsä kertoa, että minkälaisia?*

*Hyvin outoja...sillon kun mä sain sen psykoosin, ja että tota, mulla elimet liikku sisällä, tai tuntu siltä ja ...ne oli hirveen sairaaloisia, että minä ja Jeesus joudutaan kadotukseen ja ...ja tota...niitä on vaikea kuvailla...*

*...Ihan rauhassa... meillä ei oo kiire...*

*Mä en muista ihan tarkalleen, mutta muistan kuitenkin sen, kuinka mä psykoosissa ylistin Jumalaa...luin niinko psalmia, jotain psalmia mä luin...mä olin niinko hyvin silleen pelokas, niinku ...tota...siinä ei hirveesti ollu kuitenkaan niinku...mä en tarkasti muista kuitenkaan sitä uskonnollista harhaa siinä...sen mä muistan kuitenkin, että minä ja Jeesus, Herra Jeesus joudutaan kadotukseen...*

*Hmm...no miltä se tuntu?*

*No mä ihmettelin sitä... koska mä olin muuten...mä olin niin muissa maailmoissa...että mä vaan ihmettelin...mikä sitte...sen psykoosin jälkeen kun mä menin sinne Lapinlahteen , niin pikkuhiljaa alko toisuus paljastuun..että ...*

*Tajusitsä sitte, että se liittyy siihe psykoosiin?*

*Joo...enkä mä enää jälkeinpäin sitä ajatellukkaan.. koska ennen sitä psykoosia mä sain sellasen näyn, että niinku hovimestari oli*

*kävelemässä portaita ylöspäin, huoneeseen, niinko, ja sit mä heti käänsin sen, että mulle valmistetaan sijaa taivaaseen... (H5.)*

Martin (1999, 53-54) tutkimus osoittaa, etteivät uskonnolliset harhat aina ole kovin selkeitä. Harhoissa on tärkeää huomioida niihin sisältyvät tunnekokemukset, kuten edellä esitetyssä esimerkissä esiin nousevat voimakkaat pelon tunteet. Kyseinen haastateltava on etsinyt vastausta pelolleen ja pystyy lohduttamaan itseään näyllä, jonka hän kokee saaneensa vastauksena Jumalalta omaan suureen ahdistuksen tunteeseensa. Näky antaa lupauksen taivasosuudesta ja näin haastateltava on kokenut sen lohduttavana.

Stenlund (2011) mukaan ulkopuoliset ihmiset voivat kokea harhaisen henkilön usein erikoiseksi, häiriintyneeksi tai sairaaksi. Kuitenkin myös uskonnollinen todellisuudentulkinta voi vaikuttaa ulkopuolisten silmissä erikoiselta. Etenkin silloin, jos henkilö kokee saavansa Jumalalta henkilökohtaisia viestejä erilaisten sattumien kautta tai hän voi kuulla paholaisen kiusaavan häntä. Joskus uskonnolliset ihmiset ovat kuulleet myös Jumalan äänen tai nähneet enkelin.

*Psykiatrisessa diagnostiikassa ja psykiatrista hoitoa ohjaavissa eettisissä ohjeissa korostetaan, että uskonnollinen ja psykoottinen todellisuudentulkinta on erotettava, eikä esimerkiksi Jumalaan uskonnosta tule määritellä mielenterveydenhäiriön oireeksi. Toisaalta diagnostiikasta käy ilmi, että psykoottistasoinen mielenterveydenhäiriö voi ilmetä myös uskonnollisella kielellä. Joskus Jumalan puheen kuuleminen tai jumalallisten viestien tulkitseminen ympäröivästä todellisuudesta on merkki siitä, että henkilön mieli on vakavasti järkkynyt. Joskus kysymys ei taas ole siitä. Aina ei ole yksinkertaista erottaa, onko kysymys niin sanotusti terveestä uskonnollisesta todellisuudentulkinnasta vai psyykkisestä sairaudesta, jolla on uskonnollinen ilmiö. (Stenlund 2011.)*

Lauerman (2011) mukaan monet uskonnolliset perinteet uskovat edelleenkin Jumalallisten ilmoitusten olevan mahdollisia. Terveen uskonnollisuuden perustana voidaan pitää kuitenkin sitä, että se tukee ihmisen mielenterveyttä ja uskomukset jaetaan jossakin kulttuurissa ja yhteisössä.

Joihinkin skitsofrenian muotoihin, harhaluuloisuushäiriöihin ja maniaan saattaa oireena liittyä suuruusharhaisuus, joka saattaa tilapäisesti tuoda tyydytystä, mutta se voi myös tuhota mahdollisuuden rakentavaan vuorovaikutukseen ja elämään. ”Suureellisuus, joka ilmenee kyvyttömyytenä elää elämää jokseenkin muiden ihmisten kaltaisena, mutta silti ainutkertaisena ihmisenä, saa joskus puhtaasti uskonnollisen sävyn.” (Duodecim terveystieteiden tutkimuskeskus 2011.)

Aikuisiällä sairastettu psykoosi voi pitkäksiin aikaa viedä yksilön terveen ja tasapainoisen aikuisen ihmisen identiteetin ja kyvyn arvioida todellisuutta, koska hän kärsii pysyvän identiteettitunteen puuttumisesta ja todellisuudentajun häiriöstä (Almgvist 2000, 277).

*Psykoottisuudessa on harvoin kysymys niin sanotusta harmittomasta hulluudesta. Päinvastoin vakavasta mielenterveydenhäiriöstä on yleensä vakavia ja vahingollisia seurauksia henkilölle itselleen tai muille ihmisille. Joskus psykoottinen henkilö saattaa vahingoittaa itseään ja muita kuultuaan ääniä, jotka yllyttävät siihen. Myös harhaluuloinen usko omiin jumalallisiin kykyihin voi innostaa henkilön tekemään sellaista, mitä ei tekisi, jos uskoisi olevansa aivan tavallinen ihminen. (Stenlund 2011.)*

Stenlund (2011) korostaa, etteivät kuitenkaan kaikki epärationaaliset todellisuudentulkinnat tai uskomukset ole psykoottisia. Suurin osa ihmisistä omaa sellaisia uskomuksia, jotka ovat sisäisesti ristiriitaisia tai joiden vastaavuus todellisuuden kanssa on kyseenalainen. On myös olemassa uskomuksia, joita on lähes mahdoton tai vaikeaa todistaa todeksi. Stenlundin mukaan monet uskonnolliset kokemukset voivat olla sellaisia. Joskus uskonnolliset kokemukset ovat sisäisesti ristiriitaisia ja paradoksaalisia. ”Kun tarkoituksena on erottaa uskonnollinen ja psykoottinen todellisuudentulkinta, rationaalisuuden tai epärationaalisuuden arviointia hedelmällisempää on tarkastella jaetaanko todellisuudentulkinta yhteisössä tai onko todellisuudentulkinnasta vakavaa haittaa.” (Stenlund 2011.)

*Uskonnollisten harhojen pääpaino ei ole uskonnollisuudessa, vaan pyrkimyksessä pitää koossa oma elämä, joka tuntuu liian raskaalta. Maailma, joka on muuttunut oudoksi ja kummalliseksi, muuttuukin*

*sairastuvan ihmisen defenssijärjestelmän toimiessa jälleen mielekkääksi. Harha tarjoaa pakopaikan todellisuudesta. "Sairas uskonnollisuus ei nouse kristillisestä uskosta, vaan se on asianomaisen psyykkisen todellisuuden määräämä " selittää psykiatrinen sairaanhoitaja Valopaasi. (1996, 16, 39.)*

## 7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

### 7.1 Tutkimustehtävä ja keskeiset tutkimuskysymykset

Tutkimuksemme tarkoituksena on pyrkiä selvittämään kuinka uskonnollinen harhamaailma voidaan kohdata ammatillisesti oikein hengellisessä työssä. Eri-tyisesti keskitymme skitsofreniaan usein liittyvään harhamaailmaan, joka voi joskus saada uskonnollisen muodon. Tavoitteena tulisi olla se, että asiakas saa säilyttää oman hengellisen vakaumuksensa ja arvomaailmansa. Työntekijän tulisi kuitenkin pystyä huomioimaan samalla mahdollinen sairautta tukeva psykoottinen harhamaailma.

Parhaimmillaan tutkimus antaa eväitä kohdata asiakas niin, että hengellisyys voidaan hyödyntää asiakasta tukevaksi voimavaraksi. Tämä on mielestämme tärkeää siksi, että asiakas tulisi sairaudestaan huolimatta kohdattua kokonaisvaltaisesti ja kuitenkin rakentavasti. Tutkimuksemme tavoitteena on tuoda sairaalaympäristössä työskentelevien ammattilaisten asiantuntijuus myös seurakunnissa työskentelevien ammattiryhmien käyttöön erityisesti diakoniatyötä tekevien työkaluksi. Lisäksi haastatteleamalla diakoniatyötä tekeviä pyrimme karvoittamaan heidän tällä osaamisalueella saatuja kokemuksia ja mahdollisia haasteita. Keskeiset tutkimuskysymykset ovat:

1. Mitä erityistä ammatillista osaamista vaaditaan työskenneltäessä skitsofreenisessä harhamaailmassa elävän ihmisen kanssa uskonnollisten kysymysten äärellä?
2. Kuinka tämä asiantuntijuus saataisiin hyödynnetyksi diakoniatyötä tekevän ammattiryhmän käyttöön seurakuntatyössä?
3. Kuinka skitsofreenisen uskonnollisen harhamaailman voi kohdata ammatillisesti niin, että asiakas saa säilyttää oman hengellisen vakaumuksensa ja arvomaailmansa?

## 7.2 Tutkimuksen kulku

Tutkimusympäristönä on psykiatrinen sairaala ja siellä työskentelevät sairaalapastorit, keitä meidän oli alun perin tarkoitus haastatella kolmea henkilöä, mutta haastateltavien määrä supistui kahteen. Toiset tutkimustamme koskevat haastattelut teimme paikallisseurakunnassa, missä haastattelimme kolmea diakonia-työntekijää. Kuhunkin haastatteluun käytimme tunnin aikaa ja haastattelut suoritettiin yksilöhaastatteluina. Kysymykset oli ennalta laadittuja, mutta ne olivat vain suuntaa-antavia. Nauhoitimme haastattelut haastateltavien luvalla. Haastattelusta saatu aineisto litteroitiin ja aineistoa kertyi 31 sivua. Lähestyimme tuloksia kysymys kerrallaan. Haastatteluja varten emme tarvinneet erillisiä lupia. Haastattelut tehtiin teemahaastatteluina. Haastattelujen lisäksi olemme käyttäneet tutkimuksessamme avuksi lähdekirjallisuutta ja aiempia tutkimuksia.

Haastattelun etu verrattuna muihin tiedonkeruumenetelmiin on aineiston joustava säätely. Teemahaastattelun avulla saamme tietää mitä kyseiset henkilöt ajattelevat asiasta. Haastatteliija esittää kysymykset ennalta laatimansa haastattelu-rungon pohjalta, jonka mukaan haastattelu kohdentuu tiettyihin teemoihin. Haastattelu etenee teemojen mukaisesti ja on tärkeää, että kaikki teemat käydään läpi, mutta niiden laajuus ja esitysjärjestys vaihtelee haastateltavista riippuen. Teema-alueita voidaan tarkentaa haastattelutilanteessa kysymyksillä. Haastattelussa voidaan syventää saatavia tietoja esimerkiksi pyytämällä perusteluja esitetyille mielipiteille ja esittämällä tilanteen vaatiessa lisäkysymyksiä. Haastateltavilla on myös mahdollisuus kertoa muitakin asiaan liittyviä tuntemuksia ja mielipiteitä ei pelkästään kysytyjä asioita. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 47-48.)

Teemoittelu on suositeltava aineiston analysointitapa jonkin käytännöllisen ongelman ratkaisemisessa. Tällöin tarinoista voi kätevästi poimia käytännöllisen tutkimusongelman kannalta olennaista tietoa. Teemoittelun avulla tekstiaineistosta saadaan esille kokoelma erillaisia vastauksia tai tuloksia esitettyihin kysymyksiin. (Eskola & Suoranta 2003, 178-179.)

### 7.3 Aineiston käsittely

Aloitimme litteroidun aineiston läpikäynnillä lukemalla sitä useaan eri kertaan. Jo aineistoa lukiessamme analysoimme sitä silloin suhteessa esitettyihin haastattelukysymyksiin ja niistä nousseihin teema-alueisiin.

Puheesta tekstiksi muunnettu litteraatio on jo kertaalleen tulkittu versio analysoitavasta tilanteesta. Litteraatiota tarkennetaan jatkuvasti analyysiprosessin kuluessa, mutta silti on selvää, että se ei koskaan riitä tyhjentämään kaikkea informaatiota, joka nauhoitteille tallentuu. (Ruusuvuori, Nikander & Hyvärinen 2010, 427.)

Teemoittelimme aiheet esitettyjen haastattelukysymysten pohjalta ja pyrimme niin etsimään vastaukset tutkimuskysymyksiimme. Työssämme teemoittelu tarkoitti sitä, että teemoja eli keskeisiä aiheita muodostettiin etsimällä tekstimasasta vastauksia yhdistäviä tai erottavia seikkoja (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006). Vastaukset erottelimme merkitsemällä ne kulloisenkin haastattelun mukaan numeroin, haastattelu 1, haastattelu 2 ja niin edelleen. Kävimme erikseen läpi diakoniatyöntekijöiltä saatuja vastauksia sekä sairaalapastoreilta saatuja vastauksia ja vertasimme niitä toisiinsa. Olemme opinnäytetyössämme erotelleet selkeästi nämä kaksi eri vastaajaryhmää. Aineiston analysointivaiheessa hyödynsimme myös tutkittavien haastatteluista nousevia sitaatteja, jotka tukevat aineiston analyysia. Haastatteluista saamamme aineiston purku- ja analysointivaiheessa peilaamme sitä aiempiin tutkimuksiin ja teoriatietoon aiheesta.

Tekstikatkelmaa eli sitaattia voidaan käyttää perustelemaan tutkijan tekemää tulkintaa. Toiseksi sitaatti voi toimia aineistoa kuvaavana esimerkkinä. Kolmanneksi lainaus voi elävöittää tekstiä ja neljänneksi aineisto-osat voidaan pelkistää tiivistettyinä kertomuksina. (Eskola & Suoranta 2003, 175.)

Haastatteluvastauksista nousivat esiin seuraavat teemat: erilaiset mielenterveysasiakasryhmät, skitsofrenian tunnistettavuus, uskonnolliset harhat ja niiden



työlle asettamat erityispiirteet, ammatilliset valmiudet, yhteistyömuodot sekä sielunhoidolliset keskustelut.

Vaikka haastattelut suoritettiin puolistrukturoituina haastatteluina, niin kaikki haastateltavat pitäytyivät vastauksissaan annettujen kysymysaihealueiden alla ja näin teemat määräytyivät pitkälti haastattelukysymysten pohjalta. Kaikki haastatellut vastasivat jokaiseen esitettyyn haastattelukysymykseen, joita esitimme diakoniatyöntekijöille seitsemän ja sairaalapastoreille kuusi kappaletta. Vastauksista nousi selkeästi esiin se, että sairaalapastorit ovat kohdanneet skitsofreniaa sairastavia ja uskonnollisista harhoista kärsiviä asiakkaita diakoniatyöntekijöitä enemmän. Näin päättelimme heiltä saamiemme vastauksien laajuudesta ja sisällöstä.

#### 7.4 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksemme luotettavuus pohjautuu merkittävästi haastattelujen avulla keräämäämme materiaaliin ja sen tuottamaan aineistoon. Aineiston avulla saamme kokemustietoa alan ammattilaisilta ja pystymme hyödyntämään sitä teoria-tiedon tukena.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta kohentaa tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta. Tarkkuus koskee tutkimuksen kaikkia vaiheita. Aineiston tuottamisen olosuhteet olisi kerrottava selvästi ja totuudenmukaisesti. Esimerkiksi haastattelu- ja havainnointi tutkimuksessa kerrotaan olosuhteista ja paikoista, joissa aineisto kerättiin. Samoin kerrotaan haastatteluihin käytetty aika, mahdolliset häiriötekijät, virhetulkinnat haastattelussa ja myös tutkijan oma itse arviointi tilanteesta. Laadullisessa aineiston analyysissä on keskeistä luokitte-  
telujen tekeminen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 227.)

Vaikka pyrimme tuomaan selkeästi esille haastattelujen olosuhteet ja paikat, niin silti tutkimukseen haastateltavien henkilöllisyys pidettiin salassa. Emme

missään aineiston keruu- tai käsittelyvaiheessa tuoneet esiin haastateltavien nimiä tai haastattelupaikkoja.

Luottamuksellisuus tutkimusaineistosta puhuttaessa viittaa yksittäisiä ihmisiä koskeviin tietoihin ja näiden tietojen käytöstä annettuihin lupauksiin. Luottamus tutkimusaineiston yhteydessä tarkoittaa ensisijaisesti tutkittavan luottamusta siihen, että aineistoa käytetään, käsitellään ja säilytetään, kuten on sovittu. Tutkimustarkoituksiin kerättyjä aineistoja ei saa käyttää, eikä luovuttaa tutkimushenkilöitä koskevaan päätöksentekoon. (Ruusu vuori, Nikander & Hyvärinen 2010, 450.)

## 8 HAASTATTELUJEN TULOKSET JA ANALYSOINTI

### 8.1 Hengellisessä työssä kohdattavat erilaiset mielenterveysasiakkaat

Yhteiskunnassa on meneillään suuntaus, että erikoissairaanhoidon osuutta psykiatrisessa hoidossa vähennetään mahdollisuuksien mukaan. Tarkoitus on, että psyykkisesti sairaita pyritään tukemaan avohoidossa pärjäämiseen ja siellä selviämiseen. Tämä lisää mielenterveysongelmista kärsivien osuutta asiakkaina diakoniatyössä. Juntunen (2009, 86) on tutkinut espoolaisten diakonien vastaanotolla käyneitä asiakasryhmiä ja hänen tutkimuksestaan käy ilmi, että siellä asiakkailla ilmenee erityisesti mielenterveys- ja päihdeongelmia. Erityisesti ke-sääaikaan, kun julkisen puolen palvelut ovat kiinni, niin mielenterveysasiakkaat hakeutuvat diakonia-avun piiriin.

#### 8.1.1 Diakoniatyössä kohdattavat mielenterveysasiakkaat

Diakoniatyössä selkeästi suurin mielenterveysongelmaisten ryhmä on masennuksesta kärsivät henkilöt. Kaikki haastateltavinamme olleet kolme diakoniatyöntekijää olivat kohdanneet työssään useasti masennuksesta kärsiviä asiakkaita. Diakoniatyöntekijöiden kokemuksen mukaan masennusdiagnoosi on helppo tuoda työntekijän tietoon kuin esimerkiksi skitsofreniadiagnoosi.

*Joku saattaa kertoa, et on masennus, joku keskivaikee masennusdiagnooitu tai vaikee masennus, mutta ne on ehkä yleisimpiä.(H1)*

*Joku saattaa sanoa et mulla on skitsofrenia, mutta musta tuntuu et se on usein ehkä semmonen et ihmiset ehkä kokee sen itsekin jotenkin leimaavana, sit voi olla et ei ehkä oo sellaista sairauden tunto.(H1)*

Diakoniatyöntekijät eivät saa tietoonsa asiakkaidensa diagnooseja, jos asiakas ei sitä itse kerro heille. Usein kohtaamiset jäävät niin lyhyiksi ja kertaluontoisiksi, että vaikka työntekijä arvelee asiakkaalla olevan jokin mielenterveysongelman, niin diagnoosi jää avoimeksi. Se, että asiakas itse nostaa esiin oman skitsofre-

niadiagnoosinsa vaatii yleensä useamman tapaamiskerran ja luottamuksellisen asiakassuhteen syntyminen diakoniatyöntekijän ja asiakkaan välille. Siihen asti mahdollinen diagnoosi perustuu työntekijän havaintoihin ja oletuksiin.

*Psykiatrian puoli on edelleenkin vähän semmonen tabu. Psyykkisistä sairauksista on vielä tänäpäivänäkin vaikeampi puhua, kun vaikka et mulla on vakava syöpä. Sä oot niinkun toisenluokan kansalainen, kun sua kohdellaan toisenluokan kansalaisena, jos sun mieles on järkkyny. Jos sun ruumis on sairas, niin se on paljon hyväksyttävämpää. Vaikka kysymys ei ole kun vaan erilaisesta sairaudesta, mutta se on kumminkin niin häpeällinen asia ja miten niinkun kohdata sitä, kun se varmasti tulee seurakutatyössä vastaan diakonille se häpeän ja syyllisyyden kantaminen. Se on kyllä yksi sellanen iso kysymys. (H4)*

#### 8.1.2 Sairaalapappien kohtaamat erilaiset mielenterveysasiakkaat

Psykiatrisessa sairaalassa työskentelevät sairaalapastorit kohtaavat työssään monista erilaisista mielenterveysongelmista kärsiviä potilaita. Sairaalapastoreidenkin työssä masentuneiden ryhmä nousee selkeänä esiin asiakaskunnassa. Sairaalapastorit saavat halutessaan tietää asiakkaidensa diagnoosit, mutta asiakkaat itse eivät tuo esille diagnoosejansa, joten he tietävät potilaista yleensä vain sen, minkä potilas itse haluaa kertoa. Sairaalassa olon aikana potilaiden diagnoosit voivat muuttua.

*Mä en kaikkien kävijöiden diagnooseja edes tiedä ja henkilökunta kyllä kertoo sen, jos haluan tietää, mutta haluan kohdata kaikki ihmiset yksilöllisesti ihmisenä, enkä tietyllä tavalla sairaana.(H4)*

#### 8.2 Kokemus asiantuntijuudesta skitsofrenian tunnistamisessa

Martin (1999, 59) tutkimuksessa ilmenee, että skitsofreniaa sairastavat eivät helposti lähde kertomaan sairaudestaan ja siihen liittyvistä oireista, koska pelkäävät leimautumista. Juntusen (2009, 86) tutkimuksen mukaan diakonit kokivat, että sairauksiin ja terveydenhoitoon liittyvien seikkojen tunteminen oli tarpeellista. Työssä tarvitaan tietoa erilaisten sairauksien tunnistamisessa.

### 8.2.1 Diakoniatyöntekijöiden kokemukset

Kaksi kolmesta haastateltavana olleista diakoneista olivat sitä mieltä, ettei skitsofreniaa sairastavaa henkilöä ole helppo erottaa muista mielenterveysasiakkaista. Skitsofreniaa ei pysty välttämättä erottamaan, jos asiakkaan sairaus on sillä hetkellä hyvässä hoitotasapainossa ja lääkitys kunnossa. Selkeimpänä erottavana piirteenä koettiin harhat ja todellisuudentajun vääristyminen.

Seurakunnan järjestämällä mielenterveyskuntoutujille suunnatuilla leireillä on mukana yleensä skitsofreniaa sairastavia. Diakoniatyöntekijät saavat siellä tietää asiakkaiden diagnoosit turvallisuussyistä.

*Meillä on kyselylomake, joka selvittää ihmisen taustat, jos siellä leireillä sattuu jotain, niin meidän pitää tietää, vaikka olis diabetes, epilepsia tai skitsofrenia et tiedetään, missä mennään.(H3)*

### 8.2.2 Sairaalapappien kokemukset

*Tämmönen skitsofrenia tai jakomielitauti tai mitä nimeä nyt käytetäänkin on käytännössä vähän sama asia, kuin ihminen kattos omaa kuvaansa rikkinäisestä peilistä. Se kuva on hyvin pirstaleinen.(H5)*

Sairaalapastoreiden mielestä skitsofreenikon voi erottaa mahdollisesti siitä, että hänen puheensa on hajanaista ja hän ”pomppii” aiheesta toiseen ja tunteet ovat ”ailahtelevia” ja asiaankuulumattomia. Potilas saattaa, vaikka ruveta nauramaan tilanteessa, jossa ei ole mitään naurettavaa. Skitsofrenian tunnistamista auttaa myös se, jos potilas selkeästi kertoo kuulevansa ääniä tai on muuten harhainen ja todellisuudentaju on vääristynyt. Potilaalla voi olla pelkoja, jotka ovat aiheettomia, mutta hallitsevia ja rajoittavia potilaan elämässä.

Pitkä ammatillinen kokemus on opettanut tunnistamaan skitsofrenian paranoidisien muodon siitä, etteivät sitä sairastavat yleensä omaa mitään sairaudentuntoa ja kokevat siksi tulleen vääriin kohdelluiksi. Lisäksi heillä yleensä on paljon grandioottisia eli suuruusharhoja.

*Monta kertaa nää paranoidiset ihmiset, heillä ei oo mitään sairautuntou. He kokevat, että he ovat täysin terveitä, mutta ilkeet ja inhottavat sukulaiset ja omaiset on heidät tänne sairaalaan kahlinneet ja heitä täällä lääkkeillä myrkytetään.(H5)*

### 8.3 Kuvauksia työssä kohdatuista uskonnollisista harhoista

Stenlundin (2011) tutkimuksessa käy ilmi, että joskus Jumalan puheen kuuleminen tai jumalallisten viestien vastaan ottaminen voivat olla merkki siitä, että henkilön mieli on vakavasti järkkynyt, vaikka aina siitä ei ole kyse. Terveen ja sairaan uskonnollisen todellisuudentulkinnan erottaminen on vaikeaa, koska psyykkisellä sairaudella voi olla uskonnollinen ilmiö.

#### 8.3.1 Diakoniatyössä

Diakoniatyöntekijät eivät ole kohdanneet selkeästi uskonnollisista harhoista kärsiviä mielenterveysasiakkaita vastaanottoillaan, mutta heillä on joitakin kokemuksia, joita he epäilevät uskonnollisävytteisiksi harhoiksi.

*No mä yritin miettiä tota, että ihan selkeesti jotain uskonnollisia harhoja, niin mulle ei ihan silleen tule mieleen, mut jos aattelee jotain semmosta, mikä on aika klassinen et joku ihminen ajattelee, et hän on Jeesus tai jotain sen tyyppistä. Niin mä en muista et sitten, mitä nyt tulee jotain uskontoon liittyviä tämmösiä vähän erikoisia, ni tuli mieleen yks ihminen, joka oli mun aikasemmassa työpaikassa, semmonen mies, joka aina kävi niinku juttelemassa siellä. Tuli vaan ku oli niinku vastaanottoaika, ni hän niinku puhu raamatunlauseilla kokoajan, että tota se oli vähän semmonen, että mitähän mä tähän nyt vastaisin.(H1)*

Yhden diakoniatyöntekijän kokemus uskonnollisista harhoista on se, että ne ovat usein vaativia ja lakihenkisiä. Lisäksi hän on kohdannut mielenterveysleirillä vaikeasti sairaita jopa psykoosiin menneitä asiakkaita.

Yhden diakoniatyöntekijän mielestä hänen lyhyestä työhistoriastaan johtuen hän ei ollut vielä henkilökohtaisesti juurikaan joutunut tekemisiin skitsofreenisen harhamaailman kanssa työssään. Hänellä oli kuitenkin sellainen käsitys, että

hänen äskettäin eläkkeelle jäänyt edeltäjänsä oli kohdannut skitsofreenista harhamaailmaa työssään enemmänkin. Haastateltavaan itseensä oltiin oltu yhteydessä valtion virastosta ja kerrottu, että heihin on ollut yhteydessä ilmeisesti skitsofreeninen henkilö, joka oli sanonut, että seurakunnan kirkko on käännetty nurinpäin.

*Hän oli maininnut, et se on tosiaan niinku fyysisesti käännetty ja sit nimeltä maininnut niitä henkilöitä, joita on jäänyt sinne alle ja sitten sen kuka on sen takana.(H2)*

### 8.3.2 Sairaalapappien työssä

Sairaalapastorit olivat molemmat kohdanneet työssään suuruusharhoja eli grandioottisia harhoja, jolloin potilas kokee olevansa Jumala, Jeesus, Johannes Kastaja tai Neitsyt Maria tai jokin muu Raamatun henkilön hahmo.

*Muistan kerran yhden tämmösen Jeesuksen, joka tuli montakertaa minun juttusille ja aina hän rupes väittelemään ja oli joskus hyvin aggressiivinen ja tota sitten, jos minä rupesin vähänkään kyseinalaistamaan, et onkohan tää ihan totta, et voitko sä olla mikään Jeesus? Et kyllähän mä sut tunnen ja tiedän kuka sä oot, niin hän sanoo: Etkö sinä ole Raamatusta lukenut, että Jeesus väitteli pappien kanssa niinkun minäkin teen? (H5)*

Molemmat sairaalapastorit näkevät vahvan julistuksen tarpeen esiintyvän usein uskonnollisissa harhoissa, vaikka se ei aina välttämättä liity skitsofreniaan. Joskus julistamisen tarve on niin suuri, ettei kyseinen henkilö pysty lainkaan kontrolloimaan omaa käytöstään ja tällöin käytös saattaa saada myös aggressiivisia piirteitä. Potilas voi elää siinä pelossa, että jos hän ei hoida hänelle annettua julistustehtäväänsä, niin hänelle tai hänen läheisilleen tapahtuu jotain pahaa. Tällainen pakonomainen ja neuroottinen ajatusmaailma voi äärimmillään johtaa jopa henkirikoksiin tai niiden yrityksiin. Potilas voi nähdä tekonsa hyvänä ja oikeutettuna, koska luulee näin pelastavansa läheisensä vielä pahemmalta kohtalolta.

Harhoihin liittyy useissa tapauksissa myös vahvana ajatus viimeisestä tuomios-  
ta ja kaikki siihen liittyvä materiaali kiinnostaa ja Raamatusta luetaan Johannek-  
sen ilmestys, joka herättää sairaassa mielessä herkästi kauhukuvia.

Uskonnollisessa harhamaailmassa elävä henkilö voi rakentaa oman uskonnolli-  
sen maailmansa. Yleensä näissä rakennelmissa he laittavat itsensä sinne hie-  
rarkiassa ylimmäksi ja Jumalasta seuraavaksi. He kokevat heidän arvonsa tule-  
van siitä, että Jumala on antanut heille erityisen tehtävän. He kokevat olevansa  
valittuja.

*Muistan yhden tapauksen, jossa tuota hänellä oli ihan selkee oma uskonnollinen maailmansa, järjestäytynyt ja hyvin looginen. Jopa siihen määrään asti, että mun oli ihan pakko ihailia sitä. Hän oli yl-  
lättävän koostunut, mutta tiesi jo siinä loppuvaiheessa, kun me keskusteltiin, et ne on sitä hänen harhamaailmaansa, mutta hänelle se oli silti tärkeää pitää siitä kiinni. Hän ei halunnut luopua siitä. Se oli tärkeä osa häntä, se sellainen hengellinen systeemi, minkä hän oli mielessään luonut. Se oli äärimmäisen looginen ja jos ajattelee meidän uskonnollisia rakennelmia ja miten me ajatellaan järjestys-  
tä, niin hän oli ottanut vaikutteita monesta eri tahosta ja luonut tämmöisen oman maailmansa. Hänhän oli siinä omassa hengelli-  
sesti järjestäytyneessä maailmassa korkeassa asemassa. Hänhän oli lähes Kristuksesta seuraava, välillä hän oli jopa Kristus.(H4)*

Sairaalapastorit ovat kohdanneet myös paljon uskontoon liittyvää ahdistavaa ja  
syyllistävää uskonkäsitystä, joka usein ilmenee häpeänä.

Myös Stenlund (2007, 19 - 20) on tutkimuksessaan tuonut esiin tapauksia, jois-  
sa henkilö kuvittelee olevansa naimisissa Pyhän Hengen kanssa tai että hänellä  
on Messias-kompleksi. Skitsofreenikko voi psykoottisena kuvitella olevansa  
Kristus. Henkilö saattaa myös lukea Raamattua jatkuvasti ja alkaa tulkita sitä  
konkreettisesti. Kun skitsofreenikko ei pysty käsittelemään Jumalasta erossa  
oloa, hän voi kieltää sen ja kuvittelee itse olevansa Jumala.



## 8.4 Ajatuksia hengellisten harhojen merkityksestä sielunhoitotyölle

Tutkimuksessaan Martin (1999) toteaa, että on tärkeää tunnistaa käyttääkö skitsofreenikko harhoja defensesseinään. Ne voivat olla hänelle tapa suojautua liian pelottavaksi kokemaltaan maailmalta. Sen vuoksi voi olla tuhoisaa jos työntekijä pyrkii väkisin realisoimaan asiakasta. Siksi pitää pyrkiä sielunhoidollisissa keskusteluissa keskittymään asiakkaan tunnepuoleen eikä pyrkiä todistelemaan harhamaailmaa vääristyneiksi kokemuksiksi.

### 8.4.1 Diakoniatyöntekijät

Yksi kolmesta diakoniatyöntekijästä oli selkeästi sitä mieltä, ettei sielunhoidollisissa keskusteluissa tule lähteä tukemaan asiakkaan mahdollista harhamaailmaa.

*Ei aleta puhumaan sellasista asioista, jotka ruokkii niitä harhoja. (H3)*

Kaksi kolmesta vastanneesta ei osannut suoraan sanoa mikä olisi ammatillisesti oikea tapa kohdata harhoista kärsivä asiakas. Molemmat vastanneet olivat sitä mieltä, ettei asiakasta kuitenkaan tule lähteä realisoimaan suoraan, vaan tuomalla asiakkaan tietoisuuteen omaa ajatusmaailmaa niin, että asiakas saa säilyttää myös oman kokemuksensa asiasta.

*Mä en sillein tiedä, mikä siinä on niinku viisautta, että lähteäkö siihen tukemaan, vaan sitä harhaa, vaan sit jos alkaa jyrkästi sanomaan todellisuutta, miten se vaikuttaa siihen ihmiseen ja miten se sit käyttäytyy, että ehkä mä siinä sit yrittäisin jotenkin, et jaa, sinä tunnet noin ja ajattelet noin, sinulla on sellanen kokemus, että itse en nää ihan noin, et ehkä yrittää sillä tavalla tehdä jotain eroa siihen, mikä on sen ihmisen todellisuus ja mikä on mun todellisuus (H2)*

*Sitä tavallaan niinku enemmän miettii sitä, miten mä nyt asettelen sanani, että tota jos se ihminen tulkitsee niinkun jotenkin hyvin eritavalla kun yleensä ihmiset. Niin mä mietin sitä, että täytyy jotenkin yrittää niinkun eläytyä sit sen ihmisen maailmaan. Et miten se kokee ja tulkitsee asioita, et miten mä saisin tän ihmisen tai tän asian*

*sanottua niinkun sen ihmisen omalla kielellä, et se ymmärtäis sen niinkun sillä tavalla millä mä haluan sen viestittää.(H3)*

Kaksi kolmesta vastanneesta toivat esiin sen, että he olivat joutuneet käymään melko syvällisiäkin sielunhoidollisia keskusteluja. Kuitenkin, jos asia vaatii syvempää teologista tuntemusta, niin näihin keskusteluihin diakoniatyöntekijät eivät ryhtyisi vaan ohjaisivat asiakkaat keskustelemaan asiasta papin kanssa. Usein mielenterveysasiakkaan esittämät kysymykset ovat hankalia. Lisäksi mielenterveysasiakas koettiin hankalaksi esimerkiksi raamattupiirissä.

*Raamattupiirissä iäkkäille ihmisille, näitä mielenterveysasiakkaita ei toivottu sinne yhtä aikaa, koska ne kärsivät niistä uskonnollisista harhoista. Et siitä ei tulla mitään samaan aikaan. Kun Raamatun tekstikin on sellaista et se pitää oikeella tavalla osata. Raamattu piirissä, kun muutama tuli sinne sai todella miettiä miten sanansa asettaa. Mielenterveysleirillä tulee vaikka kuinka hankalia kysymyksiä ja silloin täytyy osata vastata hirveen yksinkertaisella ja arkisella tavalla niihin juttuihin. Väärinkäsityksiä tulee.(H3)*

Mielenterveysasiakkaat juuttuvat myös helposti joihinkin tiettyihin Raamatun kohtiin, eivätkä keskustelutilanteet etene tai johda mihinkään.

*Me ei voida jäädä keskusteluissa junnaamaan jotain Raamatun kohtaa. Varmaan siinä yrittäisin kertoa, että nyt tää keskustelu ei johda mihinkään ja vaikuttaa suhun liian voimakkaasti. (H2)*

Sielunhoidollisiin keskusteluihin olisi hyvä tuoda lakihenkisyyden sijaan enemmän armon ja rakkauden sanomaa. Lisäksi haastateltavat olivat sitä mieltä, että mitä useammin he asiakasta tapaavat ja saavat kasvatettua luottamusta asiakkaaseen niin sitä helpompaa on keskustelu asioista. Yleensäkin asiakkaan luottamuksen saavuttamien koettiin tärkeänä tekijänä.

*Jos on sen verran niinku luottamukselliset välit sen ihmisen kanssa ja niinku tietää et hänellä on sairaus ja siit on puhuttu, niin voi vaikka sanoa et toi on varmaan osa sitä sun sairautta. (H4)*

Myös Martin on tutkimuksessaan (1999) tullut siihen tulokseen, että skitsofreenikon aistiharhat voivat aiheuttaa tunnekokemuksia, jotka sitovat tiettyihin aja-

tusmalleihin. Merkityskokemukset voivat vääristyä ja näin käy silloin myös sairastuneen jumalkuville. Jumalkuva voi olla ahdistava, syyttävä, vihaava, tuomitseva ja hylkäävä. Sielunhoitaja voi kuuntelemalla ja keskustelemalla päästä purkamaan näitä ahdistavia tunnekokemuksia tämä edellyttää kuitenkin sen, että sielunhoitosuhde on autettavalle riittävän turvallinen suhteessa omiin kokemuksiin ja sielunhoitajaan.

#### 8.4.2 Sairaalapapit

Sairaalapastorit ovat samaa mieltä siitä, että kun on kyse sairaasta henkilöstä, on tämä hyvä ottaa huomioon keskustelutilanteissa. Molemmat haastatellut olivat sitä mieltä, että selkeitä uskonnollisia harhoja ei saa lähteä tukemaan. On pyrittävä olemaan mahdollisimman neutraali ja tuotava omaa näkemystään varovasti mukaan keskusteluun.

*Jos tunnistaa ja kun tunnistaa tämmösen selkeen harhan, niin ainakin se vaatimus on, että harhaa ei pidä ruveta tukemaan tai ruokkimaan, mut sitten on myös täysin hyödytöntä käydä väittelemään. On vaan oltava neutraali ja oman kantansa voi lausua, että minä ajattelen toisin.(H5)*

Sairaalapastorit ovat sitä mieltä, että vaikka potilaissa on paljon normaalia ja tervettä ja he pystyvät keskustelemaan ihan normaalista asioista, niin on kuitenkin aina muistettava, että taustalla on aina vakava sairaus, joka ohjailee potilasta. Stenlund (2011) on tuonut esiin sen, että psykoottisuudessa on harvoin kyse ns. harmittomasta hulluudesta. Psykoosi on vakava häiriö, josta yleensä on vakavia ja vahingollisia seurauksia ihmiselle itselleen tai muille ihmisille. Jos ihmisellä on harhaluuloinen usko omiin kykyihinsä, se voi saada henkilön tekemään sellaista, mitä hän ei tekisi, jos uskoisi olevansa tavallinen ihminen. Psykoottinen henkilö voi kuulla ääniä, jotka kehottavat häntä näihin tekoihin.

Sairaalapastoreiden mielestä potilas on kohdattava niin, ettei hän tunne itseään torjutuksi tai hylätyksi vaan tulee hyväksytyksi sellaisena kuin on. Työntekijän tulee olla tarkkana, ettei ruoki asioita, jotka aiheuttavat potilaalle lisää tuskaa ja ongelmia. Potilailla on usein ankara jumalkuva ja heidän on vaikea ottaa armol-

lista Jumalaa vastaan. Papit kuitenkin pyrkivät tuomaan esiin keskusteluissaan Jumalan rakkautta, armoa ja hyväksyntää.

*Niin ehkä mä yritän niihin keskusteluihin tuoda jotain sitä Jumalan rakkautta armoa ja hyväksyntää. Et ei kukaan ole täydellinen, eikä tarvikkaan olla. Armollinen Jumala aina ottaa lapsensa vastaan ja hyväksyy meidät sellaisina kun on. Ehkä tää on ainoa semmonen keino, jolla voi yrittää siihen keskusteluun jotenkin niinku ripotella semmosia ajatuksen sirpaleita, jotka voi ehkä ajan kanssa jotain vaikuttaakin siellä mielessä. (H4)*

Martinin tutkimuksessa (1999, 101) kerrotaan, että sairaalapastoreiden mainitsemat työskentelytavat edellyttävät sielunhoitajalta laajaa ja syvää tietämystä sekä psyykesairauksista, että jumalkuvista ja niiden asioiden tiedostamista sielunhoitotilanteissa. Tieto auttaa sielunhoitajaa käsittelemään omaa ahdistustaan, koska se auttaa ymmärtämään skitsofrenian vaikutuksen ihmiseen. Se auttaa sielunhoitajaa hyväksymään asiakkaan heikkona, sairaana, kaikkine ristiriitaisine tunteineen, kysymyksineen ja jumalkuvineen.

Sairaalapastori tuo esiin myös sen, että on oltava tarkkana potilaan käyttämien erilaisten uskonnollisten ilmaisujen suhteen. Ne voivat ilmetä erilaisissa asiayhteyksissä ilman, että niillä on uskonnollista merkitystä.

*Kerrankin yks potilas sano mulle, et mä pelkään, et mä joudun helvettiin ja kysyin mitä se tarkoittaa, mitä silloin tapahtuu, kun sä joudut helvettiin. Ne panee mut remmeihin. Hän oli vissiin niissä ollu jo parikin kertaa ja koki et se on helvetti. (H5)*

Sairaalapastorilla on myös kokemus siitä, että potilas kokee tavatessaan papin, että tämän kanssa kuuluu keskustella kirkkoon, uskontoon tai raamattuun liittyvistä kysymyksistä. Kuitenkaan se ei välttämättä ole potilaan varsinainen asia vaan kyse voi olla jostakin oman elämän jollakin osa-alueella ilmenevästä ongelmasta.

*Mun täytyy ymmärtää, ettei uskonnolliset kysymykset ole se hänen varsinainen asiansa, vaan siitä sitten montakertaa päästään siihen oikeeseen asiaan, yleensä liittyen oman elämänsä ihmissuhteisiin*

*ja jotenkin sairauteen tai mihin tahansa. Yleensä peli aloitetaan sillä, mitä mieltä sä olet Raamatusta tms. (H5)*

Omaa kantaansa voi pyrkiä tuomaan esiin myös pyrkimällä tarkastelemaan asiaa toisesta näkökulmasta. Kuitenkin on oltava varovainen ja tarkka siinä, kuinka paljon asiakas kestää ja kuinka pitkälle asiakkaan harhamaailma pitää häntä kasassa.

*Juuri se, ettei riko enää enempää sitä, mikä on jo rikki ja sitä mikä on hänen turvaköytensä, mulla ei ole lupa rikkoa sitä enempää. Sanoilla on valtava voima.(H5)*

Sairaalapapin kokemus on, että psykiatriassa usein uskon ja uskontoon liittyvä nähdään sairautena. Uskontoon liittyvät asiat nähdään usein ei-toivottuna käytöksenä. Papin näkemys on, että se voi olla potilaalle myös suuri voimavara, joka pitää hänet tavallaan kasassa ja vie eteenpäin ja tätä papit haluavat vahvistaa ja tukea.

*Et se uskonto olis semmonen niinku ihmistä eheyttävä ja kannatteleva asia eikä hajottava. Tosiaan, jos maailma on kovin pirstaleinen ja kaikki näkyy siitä rikkinäisestä peilistä, niin kaikki Jumala ja muukin on yhtäläillä pirstaleina, eikä se anna hyvää ja tervettä ja elämää tukevaa kuvaa vaan se voi olla hyvinkin ahdistava kuva. (H5)*

Ruumiinkielellä on myös iso merkitys ja sillä, kuinka kohtaat asiakkaan. Tähän tulee kiinnittää huomio aina asiakastyössä, mutta erityistä tarkkuutta vaaditaan psyykkisesti sairaiden kohdalla, jotka reagoivat herkästi kehonkieleen ja sanattomaan viestintään.

*On tärkeä, miten hän näkee siitä sun ruumiinkielestä, et onko hän hyväksytty vai ei eli miten sä oot siinä tilanteessa. Ja mitä sä näät hänestä? Onko hän kuinka ahdistunut vai onko hänen hyvä olla siinä?(H4)*

Toinen haastatelluista piti näitä kohtaamisia raskaana ja voimiavievanä. Oman elämän tulee olla hyvässä järjestyksessä, että voimia riittää työntekoon.

## 8.5 Näkemys omista ammatillisista valmiuksista

Martinin (1999) mukaan se mitä enemmän sielunhoitajalla on tietopohjaa, sen helpompi hänen on ymmärtää harhaista kokemusmaailmaa. Sielunhoitajan tulee tukahduttaa itsessään väärä uteliaisuus harhamaailmaa kohtaan ja oppia kuuntelemaan sen synnyttämää tunnelatausta ja pyrkiä purkamaan sitä. On tärkeää, ettei sielunhoitaja hämmenny tai pelkää harhamaailmaa kohdatessaan, vaan muistaa sen kuinka suuri helpotus niistä puhuminen voi asiakkaalle olla.

### 8.5.1 Diakoniatyöntekijöiden näkökanta

Kaksi kolmesta haastatelluista diakoniatyöntekijöistä olivat koulutus pohjaltaan diakonisseja. He kokivat ammatilliset valmiutensa riittävämmiksi, kuin yksi, jolla oli diakonin koulutus. Diakonissakoulutukseen kuuluu osana myös psykiatrian alan harjoittelu. Molemmat haastateltavat olivat jo harjoittelujaksoillaan kohdanneet psyykkisesti sairaita sairaalassa ja kuntoutuskodissa. Yksi haastatelluista koki, ettei saanut peruskoulutuksesta mitään valmiuksia erityisryhmien kohtamiseen.

Juntusen (2009, 87) tutkimuksen mukaan diakoniatyöntekijät kokivat yhdeksi tärkeimmäksi asiantuntijuutta lisääväksi tekijäksi ammatillisen koulutuksen. Tällä tarkoitettiin diakonin tai diakonissan koulutuksen lisäksi muita mahdollisia ammatillisia koulutuksia. Diakoniatyöntekijät kokivat sen lisäävän erityisasiantuntijuutta ja ammatillisen identiteetin kasvua.

Kaksi haastatelluista kokivat, että omat ammatilliset valmiudet voisivat olla paremmat ja yksi koki ammatilliset valmiutensa riittäväksi. Kirkko tarjoaa lähinnä sielunhoitoon liittyvää lisäkoulutusta ja lisäksi kirkon ylläpitämiin ryhmiin kuten sururyhmään liittyvää koulutusta. Kaikki kokivat kuitenkin sen, että työnantaja oli lähtenyt tukemaan kouluttautumista, jos työntekijä itse oli löytänyt jonkun omaa ammattialaansa syventävän koulutuksen. Näin työntekijät pystyvät parantamaan ammatillisia valmiuksiaan myös mielenterveystyön osa-alueella.

Kaikki haastatellut olivat yhtä mieltä siitä, että toisten työntekijöiden tuki on ammatillisuutta lisäävä voimavara. Työntekijöiden keskenäinen asioiden jakaminen ja toisen työntekijän näkökulman huomioiminen laajentaa omaa näkemystä asioista ja kasvattaa näin ammatillisuutta. Kaksi kolmesta olivat sitä mieltä, että työntekijät jakavat riittävästi koulutuksen kautta hankkimaansa tietoa myös työyhteisön käyttöön ja yksi oli sitä mieltä, että koulutusten kautta hankittua tietoa voisi jakaa enemmänkin työyhteisössä. Myös työntekijöiden työhistoriansa aikana kartuttama hiljainen tieto olisi hyvä saada työyhteisön käyttöön. Haastattelujen pohjalta voidaan tulkita, että mitä pidempi työhistoria on, sitä paremmaksi työntekijä koki omat ammatilliset valmiutensa.

Pohjakoulutuksen ja työn ohessa suoritettujen syventävien koulutusten lisäksi diakoniatyöntekijät kokivat ammattitaitoaan lisääviksi tekijöiksi omat elämäkokemukset ja sen, että he olivat kohdanneet mielenterveysongelmaisia myös työn ulkopuolella. Juntunen (2009, 92-93) nostaa tutkimuksessaan esiin oman elämäkokemuksen tuoman syvyyden asiakassuhteisiin. Erityisesti omassa elämässä koetut kriisit ja vaikeudet auttoivat asiakkaan haastavien elämäntilanteiden kohtaamisessa.

Kaikki vastanneet olivat yhtä mieltä siitä, että diakoniatyöntekijälle riittää, että hallitsee mielenterveyden osa-alueelta perusasiat ja tietää yhteistyökumppanit keneen voi tarvittaessa ottaa yhteyden asiakkaan luvalla ja ohjata asiakasta hänen tarpeitaan vastaavien palvelujen pariin.

*Perustieto riittää, koska me ei olla terapeutteja ja se on hyvä aina pitää tässä työssä mielessä. Meidän taidot riittää tiettyyn asti ja sit voidaan ohjata eteenpäin. Pitäs olla lääkäri, juristi ja pappi, et oisit hyperhyvä, mut sun ei tarvi onneks olla näitä. (H3)*

### 8.5.2 Sairaalapappien näkökanta

Molemmat haastatelluista sairaalapastoreista olivat aiemmin työskennelleet myös seurakuntapappeina sekä pappeina somaattisen puolen sairaaloissa. Li-

säksi molemmilla heistä oli työkokemusta myös muilta aloilta. Nämä seikat molemmat kokivat omaa ammattitaitoaan lisäävinä tekijöinä.

Molemmat sairaalapastorit kokivat, että varsinaisten teologisen koulutuksen lisäksi saatu 2,5 vuotta kestävä sairaalasielunhoidon erikoistumiskoulutus on lisännyt heidän ammattitaitoaan. Kuitenkin sairaalasielunhoidon erityiskoulutuksessa keskitytään enemmän somaattiseen puoleen ja siellä toimimiseen kuin psykiatriaan. Muu kirkon tarjoama lisäkoulutus keskittyy lähinnä traumatologiaan kuin psykiatriaan. Molemmat kokivat myös, että teologisen tietämyksen lisäksi on oltava tietoa psykiatrisista sairauksista ja niiden ilmenemismuodoista.

*Monta kertaa teologinen tietämys on kaiken a ja o somaattisella puolella. Sä tiedät kärsimykseen, kuolemaan ja sairastamiseen ja tällöksiin niinkun liittyviin kysymyksiin vastauksia, mut sit ku mennään psykiatrian puolelle ne vähän muuttaa muotoaan ne kysymykset ja siihen tarvii enemmän psykologista tietämystä siitä, miten ihmisen mieli rakentuu. (H4)*

Sairaalapastorin mukaan psykiatrisiin sairaaloihin tai yleensä psykiatrian puolelle työskentelemään haluavat sairaalapastorit valikoituvat jo koulutusvaiheessa. Alalle valikoituvat henkilöt, joilla on jo lähtökohtaisesti kiinnostus psykiatriaan.

*Mä väittäisin, et meistä myöskin valikoituu tietynlainen aines, joka haluaa työskennellä psykiatrisessa sairaalassa tai yleensäkin psykiatrisella puolella. Tiedän kollegoita, jotka sanovat etteivät haluaisi missään nimessä psykiatriaan, et siinäkin on sellaisia eri osalueita, jotka kiinnostaa enemmän kuin toiset. (H4)*

Kumpikin haastatelluista olivat sitä mieltä, että jatkuvaa koulutusta tarvitaan ja kokivat tärkeänä hakeutua erilaisiin koulutuksiin. Lisäksi heillä on mahdollisuus hyödyntää myös sairaalan sisäisiä koulutuksia, minkä avulla heillä on mahdollisuus saada ajantasaista tietoa liittyen psykiatrisiin sairauksiin.

*Niin päihdemaailmassa kuin psykiatriassakin pitää olla niinkun jonkinmoinen pohja ja perustieto näistä sairauksista. Pelkkä auttamisenhalu ja into ei riitä, pitää olla sitä oikeeta tietoa. (H5)*



Sairaalapastorit korostavat myös omaa aktiivisuutta tiedon hankinnassa ja koulutustarjonnan seurannassa. He kokevat, että työnantaja tukee kouluttautumista. Molempien mielestä myös työtä tehdessä ammattitaito kasvaa ja kehittyy. Työssä mahdollisesti tehdyt virheet ovat opettaneet toimimaan seuraavalla kerralla toisin.

*Ihan oman aktiivisuuden pohjalta on tullu hankittua tietoa. Tässä tarvitaan kyllä tietoa ja työ tekijäänsä neuvoo, sitä oppii ajansaatossa kuulemaan ja välttämään sellaisia sudenkuoppia ja virheitä. Oon hyvin paljon puhunut lääkäreiden kanssa ja kyselly ja ottanut asioista selvää. Sairaalan kirjastosta tulee luettua hyviä kirjoja ja itseopiskelua oon hyvin paljon harrastanut. (H5)*

Psyykkisesti sairaiden henkilöiden kanssa työskenneltäessä joutuu usein tilanteisiin, joihin ei kouluttautumalla voi valmistautua etukäteen, koska kaikki kohtaamiset ovat ainutkertaisia ja työntekijä voi joutua tilanteeseen, mihin ei ole valmista toimintamallia.

*Kyllä menee sormi suuhun välillä mullakin, et ei mikään ammattitaito, siis semmonen tieto, valmista täysin siihen, että jokainen kohtaaminen on omanlaisensa ja ainutkertainen, sitä ei koskaan tiedä mitä vastaan tulee, ei voi etukäteen valmistautua yhtään mitenkään. Sitä vaan odottaa ja yrittää reagoida parhaan kykynsä mukaan. Eikä siinä aina niin ideaalitalvalla onnistu, pakko se on myöntää, mutta ehkä siinä jollain tasolla on onnistunut, jos ei oo lisää vahinkoa tehnyt. (H4)*

## 8.6 Ehdotetut yhteistyömuodot

Diakonit kokivat, että sairaalapastoreilla on niin laaja ja hyvä koulutus sekä työkokemuksen mukanaan tuoma vankka ammattitaito, jota diakonit varmasti voisivat hyödyntää diakoniatyössään. Osa haastatelluista oli uransa aikana tehnyt yhteistyötä sairaalapastoreiden kanssa ja he kokivat saaneensa työvälineitä mielenterveysasiakkaan kanssa työskentelyyn. Nimenomaan sairaalapastoreiden esille tuomat käytännön esimerkkitapaukset ja niissä toteutetut toimintamallit koettiin hyväksi. Yksi vastanneista ei ollut tehnyt yhteistyötä sairaalapastoreiden kanssa, mutta uskoi, että hyötyisi siitä.

*Et kun puhutaan uskonnollisista harhoista, niin sairaalapastoreista voisi olla apua. Niillä on niin laajat teologian opinnot, et ne pystyy aika hyvin määrittämään asiat ja näkemään kokonaisuuksia, et millälailla tällöinen harhanen voidaan kohdata.(H3)*

Kaikki vastanneet diakonit olivat sitä mieltä, että sairaalapastorit voisivat olla työnohjaajina diakoneille. Lisäksi toiveena oli, että järjestettäisiin luentoja tai koulutuspäiviä, missä sairaalapastorit voisivat jakaa omaa tietämystään joko luennoiden tai dialogissa diakoniatyöntekijöiden kanssa. Diakonit toivoivat, että voisivat tuoda omassa työssään kohtaamiaan haastavia tilanteita esiin ja saada niihin mahdollisesti toimintamallia. He haluaisivat kuulla sairaalapastoreiden kokemuksia onnistumisista ja mahdollisista virheistä sekä haasteista, joita he ovat kohdanneet työskennellessä mielenterveysasiakkaiden kanssa. Kaikki vastanneet olivat sitä mieltä, että he hyötyisivät yhteistyöstä sairaalapastoreiden kanssa.

*Mut ois kiva, jos sais jotain luentoo tai joku tulis kertomaan just käytännön kokemusta. Vois kertoa myös niistä tilanteista, kun jokin on mennyt pieleen. Niitäkin ois kiva kuulla, et älä nyt vaan ainakaan näin toimi, itse tein tämän virheen.(H2)*

Sairaalapastoreiden mielestä diakoniatyöntekijöillä on hyvä ammattitaito mielenterveysasiakkaan kohtaamiseen. Heidän kohtaamansa diakonit ovat hankkineet peruskoulutuksen lisäksi paljon myös lisäkoulutusta mielenterveysalalta. Molemmat sairaalapastorit ovat diakoniatyöntekijöiden kanssa yhtä mieltä siitä, että tulisi järjestää yhteisiä koulutuspäiviä ja tilaisuuksia, joissa sairaalapastorit voisivat tuoda esiin omaa työn kautta kerryttämänsä hiljaista tietoutta diakoniatyöntekijöiden käyttöön. Sairaalapastoreiden näkemyksen mukaan mielenterveyskuntoutujien määrä diakoniatyössä tulee lisääntymään.

*Meillä on semmosta tietotaitoo, mikä ei ehkä muuten tuu siellä kentällä vastaan ja ehkä tietysti sit, kun on pitkään toiminut täällä, niin tulee semmosta hiljaista tietoutta, jota vois välittää ja haluisikin välittää, koska tosiaan näitä kuntoutujia on yhä enemmän siellä puolella.(H4)*

Monet sairaalapastorit ovat käyneet myös työnohjaajakoulutuksen ja heidän mielestään sairaalapastoreita voisi hyödyntää diakoniatyöntekijöiden työnohjaajina. Työnohjaustilanne olisi hyvä mahdollisuus jakaa osaamista. Toinen haastatelluista on tehnyt pitkän uran sairaalapastorina ja on kohta jäämässä eläkkeelle ja hän olisi halukas jatkamaan työnohjaajana ja mahdollisena ryhmäohjaajana diakoniatyöntekijöille. Hän näkee tärkeänä sen, että saisi siirtää työhistoriansa aikana kerryttämänsä kokemuksellista tietoa eteenpäin. Sairaalapastorit olivat yhtä mieltä siitä, että mikään koulutus ei voi opettaa valmiiksi, kun työskennellään ihmisten parissa.

*Ainahan koulutus jää vajaaks jollain tavalla. Siinä mielessä mä väitän, et kaikessa työssä, missä tehdään ihmisten kanssa töitä, niin elämänkoulu on hyvin tärkeä. Sitä kautta oppii näkemään asioita erilaisista näkökulmista, ei niin heti mee ihan solmuun niitten asioiden kanssa, että vaikka olis minkälaista koulutusta olemassa, niin aina jotain jää puuttumaan ja aina ensimmäinen kerta on jännittävä kerta ja saattaa olla jopa vähän järkyttäväkin. (H4)*

Sairaalapastoreiden mielestä yksi yhteistyömuoto voisi olla se, että jo koulutusvaiheessa he kävisivät luennoimassa opiskelijoille työstään. Nykyinen diakoniatyöntekijöiden koulutus jää monesti aika yleisluontoiseksi. Psykiatrisissa sairaaloissa työskentelevät sairaalapastorit voisivat tuoda koulutukseen omaa erityisosaamistaan. Tämä käytäntö on ollut jo sairaanhoito-oppilaitoksessa. Lisäksi sairaalapastorit ovat valmiita antamaan konsultointiapua yksittäisissä tapauksissa. Jos potilas tapaa diakoniatyöntekijää siviilissä, niin diakoniatyöntekijä ja sairaalapastori voisivat yhdessä tavata potilasta sairaalahoidon aikana potilaan luvalla. Näin diakoniatyöntekijä voisi hyödyntää mahdollisesti saamiaan uusia toimintamalleja myös jatkossa omassa työssään kyseisen asiakkaan kohdalla.

Sairaalapastoreilla on myös se käsitys, että heidän pitämillään luennoilla ja koulustilanteissa kuulijat haluavat käytännön esimerkkejä elävästä elämästä ja näitä he pyrkivätkin käyttämään, mutta siinä täytyy olla tarkkana, että potilaan intimiteettisuoja säilytetään.

Sairaalapastoreiden mielestä he voisivat osallistua myös seurakunnan mielen-terveyskuntoutujille suunnattuihin retkipäiviin ja heille järjestetyille leireille. Se voisi olla luonteva tapa diakoniatyöntekijöiden ja sairaalapastoreiden välillä vaihtaa ajatuksia ja näkemyksiä käytännön tilanteissa. Silloin tieto ei tulisi ylhäältäpäin annettuna niin kuin esimerkiksi luennointitilanteissa helposti käy.

Myös diakoniatyöntekijöiden mahdollisuutta osallistua kirkon sairaalasielunhoidon neuvottelupäiville pidettiin hyvänä vaihtoehtona. Tällä hetkellä tilaisuudet ovat suljettuja, eikä diakoniatyöntekijöillä ole mahdollisuutta osallistua niihin.

*Mä mietin sitä et kun meillä on näitä neuvottelupäiviä, niin miks ne aina on niin suljettuja. Eikö vois varsinkin ne diakoniatyöntekijät, jotka tekee mielinterveyskuntoutujien kanssa työtä osallistua sinne sairaalasielunhoidon neuvottelupäiville, jossa nostetaan esiin joitain kysymyksiä aina liittyen siihen meidänkin työhön. Et vähän sellasta niinkun rajojen rikkomista.(H4)*

## 9 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksemme tavoitteena oli selvittää millaista erityistä ammatillista osaamista vaaditaan, kun työskennellään skitsofreenisessä harhamaailmassa elävän ihmisen kanssa uskonnollisten kysymysten parissa. Toisena tutkimustehtävänä oli selvittää kuinka skitsofreenisen uskonnollisen harhamaailman voi kohdata niin, että asiakas saa säilyttää oman hengellisen vakaumuksensa ja arvomaailmansa. Kolmanneksi halusimme nostaa sairaalapastoreiden asiantuntijuutta diakoniatyöntekijöiden tietoisuuteen ja löytää mahdollisia yhteistyömuotoja.

Elina Juntusen 2009 tekemän tutkimuksen mukaan instrumentaalirationaalinen asiantuntijuus sisältää sellaisia välineellisiä tietoja, taitoja ja periaatteiden hallitsemista, jotka ovat perustavia tekijöitä diakoniatyön toteutumisen kannalta ja jotka ovat kaikille työntekijöille yhteistä osaamista. Yhtenä osa-alueena tämä sisältää erilaisiin sairauksiin ja terveydenhoitoon liittyvän tietotaidon. (Juntunen 2009, 84.)

Haastattelemistamme diakoniatyöntekijöistä kaksi oli koulutukseltaan diakonisoja ja yksi diakoni. Diakonissat kokivat pohjakoulutuksen antamat valmiudet skitsofreniaa sairastavan asiakkaan kohtaamiseen parempana kuin diakonikoulutuksen saanut henkilö. Diakonissakoulutus sisältää enemmän erilaisiin sairauksiin ja terveydenhoitoon liittyvää opetusta.

Sekä diakoniatyöntekijöiden että sairaalapastoreiden mielestä työntekijä hyötyy siitä, että hänellä on tietoa skitsofreniasta sairautena ja sen ilmenemismuodoista. Skitsofreniaa sairastavan asiakkaan uskonnollinen harhamaailma on sitä helpompi kohdata, mitä enemmän työntekijällä on tietoa sairaudesta. Molemmissa ryhmissä koettiin lisäkoulutuksien parantavan ammatillisia valmiuksia.

Diakoniatyöntekijät pitivät tärkeänä sitä, että tietää eri yhteistyökumppanit ja sen keneen voi tarvittaessa ottaa yhteyden ja ohjata asiakasta hänen tarpeitaan

vastaavien palveluiden pariin. Sairaalapastorit kokivat työtään helpottavaksi tekijäksi sen, että heillä on käytettävissä myös sairaalan lääkäreiden ammattitaito ja tietämys. Sairaalan sisällä myös lääkärit ja hoitohenkilökunta hyödyntävät sairaalapastorin asiantuntijuutta.

Sairaalasielunhoidon ydin on työntekijän ja potilaan luottamuksellinen sielunhoitosuhde, jossa potilas voi käsitellä kaikkia elämäänsä ja sairauteensa liittyviä asioita sekä saada sielunhoidollista tukea ja lohdutusta. Sairaalapastori on sairauden herättämien elämänarvoja ja elämänkatsomusta koskevien kysymysten asiantuntija. (Aalto ym. 2005, 152-153.)

Sairaalapastorit pitivät tärkeänä sitä, että työskenneltäessä skitsofreniaa sairastavan henkilön kanssa, on muistettava, että taustalla on aina vakava sairaus, joka ohjaa potilasta. Mikään koulutus ei sinällään voi valmistaa kaikkiin työssä vastaan tuleviin tilanteisiin, koska kaikki kohtaamiset ovat ainutkertaisia ja työntekijä voi joutua tilanteeseen, johon ei ole valmista toimintamallia. Virheistä oppiminen ja oman ammatillisen keskeneräisyyden sietäminen ovat tärkeitä työvälineitä. Somaattisella puolella uskonnolliset kysymykset liittyvät usein sairauteen ja kärsimykseen ja niihin löytyy helpommin vastaus suoraan Raamatun teksteistä, kun taas psykiatriassa esitetyt kysymykset ovat usein sisällöltään sellaisia, että niihin on vaikea löytää vastausta.

Molemmat haastateltavana olleet ryhmät olivat sitä mieltä, että työkokemus, omat elämäkokemukset ja työntekijöiltä toisille siirtyvä hiljainen tieto ovat lisänneet ammatillisuutta ja antaneet lisäeväitä skitsofreenikko-asiakkaan kohtaamiseen.

Mari Stenlundin pro gradu 2007 tutkimuksen mukaan uskonnollisen ja psykoottisen todellisuudentulkinnan erottaminen on vaikeaa, koska uskonnollisissa kokemuksissa voi olla psykoottisilta vaikuttavia oireita. Toisaalta psykoottisen yksilön aistiharhat saattavat olla uskonnollisia. Tutkimuksessa tuli esiin, että uskonnollisen ja psykoottisen todellisuudentulkinnan erottaminen on kaikesta huolimatta tärkeää, sillä edellinen kuuluu uskonnonvapauden suojaamiin todellisuus-

dentulkintoihin. Psykoottinen todellisuudentulkinta on sen sijaan merkki sairaudesta, johon yksilöllä on oikeus saada hoitoa. (Mari Stenlund 2007, 120.)

Diakonityöntekijät eivät olleet juurikaan kohdanneet skitsofreniaan liittyvää uskonnollista harhamaailmaa työssään. Kaikilla haastatteluilla oli kuitenkin jonkinlainen kokemus asiasta. Kokemusta oli tullut myös elämänkokemuksena työn ulkopuolelta. Diakoniatyöntekijöiden haastatteluista kävi ilmi, etteivät he myöskään välttämättä pysty tunnistamaan tällaista harhamaailmaa, koska kohtaamiset ovat usein lyhytkestoisia ja voivat jäädä yhteen tapaamiskertaan.

Diakonityöntekijöistä kahdella ei ollut selkeää käsitystä siitä, kuinka tämä uskonnollinen harhamaailma tulisi kohdata ja yksi koki omaavansa siihen riittävät valmiudet. Kaikki kuitenkin toivat esiin sen, etteivät lähtisi tukemaan harhamaailmaa. Kaikki ovat sitä mieltä, ettei harhamaailmaa tule lähteä kuitenkaan mitättöimään tai realisoimaan suoraan asiakkaalle, vaan omaa kantaansa asiaan tulee tuoda varovasti esiin. Diakoniatyöntekijöillä oli kokemus siitä, että harhat ovat usein lakihenkisiä ja näin ollen keskusteluihin olisi hyvä pyrkiä tuomaan enemmän rakkauden ja armon sanomaa.

Sairaalapastorit tunnistavat skitsofreenisen harhamaailman paremmin ja pystyvät erottamaan joitakin sen eri ilmenemismuotoja. He pitävät tärkeänä myös sitä, ettei asiakkaan harhamaailmaa lähdetä tukemaan. Heidän mielestään keskustelutilanteissa tulee pyrkiä olemaan mahdollisimman neutraali ja omaa kantaansa asioihin on tuotava varovasti esiin keskusteluissa. Harhoista kärsivä henkilö tulee kohdata niin, ettei hän tunne itseään torjutuksi tai hylätyksi, vaan tulee kohdatuksi sellaisena kuin on. Työntekijän tulee olla tarkka, ettei ruoki asioita, jotka aiheuttavat lisää tuskaa ja ongelmia.

Potilailla on usein ankara jumalkuva ja heidän on vaikea ottaa vastaan armollista Jumalaa. Sairaalapastoritkin korostavat Jumalan armon, rakkauden ja hyväksynnän nostamista keskusteluihin. Työntekijä voi tuoda omaa kantaansa esiin myös tarjoamalla toista näkökulmaa, kuitenkin on koko ajan oltava tarkka siitä, kuinka paljon asiakas kestää ja kuinka paljon harhamaailma on asiakasta koos-

sa pitävä voimavara. Pastorit olivat yhtä mieltä siitä, että uskonto voi olla potilaalle myös hänen psyykeään kasassa pitävä voimavara ja potilasta eteenpäin vievä voima ja tätä puolta on syytä vahvistaa ja tukea.

Sairaalapastorit nostivat myös esiin sen, että ruumiinkielellä on iso merkitys harhaisen asiakkaan kohtaamisessa. Se on seikka, johon tulee kiinnittää aina huomio asiakastyössä, mutta erityistä tarkkuutta vaaditaan psyykkisesti sairaiden ihmisten kohdalla, jotka reagoivat herkästi kehonkieleen ja sanattomaan viestintään. Toinen pastoreista toi esiin sen, ettei ole monikymmenvuotisen työhistoriansa aikana ikinä tavannut niin sairasta henkilöä, etteikö tämä reagoisi siihen kuinka hän tulee kohdatuksi.

Diakoniatyöntekijät ja sairaalapastorit olivat yhtä mieltä siitä, että sairaalapastorit voisivat hyvin toimia työnohjaajina diakoneille, koska suurin osa sairaalapastoreista on suorittanut myös työnohjaajakoulutuksen. Lisäksi molemmat olivat sitä mieltä, että olisi hyvä järjestää koulutuspäiviä tai luentoja, joilla sairaalapastorit voisivat jakaa tietämystään. Diakoniatyöntekijät pitivät tärkeänä, että voisivat tuoda esimerkkien kautta työssään kohtaamiaan haastavia tilanteita esiin ja saada sairaalapastoreilta mahdollisia toimintamalleja. Yksi vastanneista diakoniatyöntekijöistä nosti esiin sen, että sairaalapastorit voisivat jo koulutuksen aikana käydä pitämässä luentoja aiheesta ja nostaa tätä erityisosaamisaluetta esiin. Myös sairaalapastoreilta nousi tämä sama vaihtoehto mahdollisena yhteistyömuotona. Tämä käytäntö onkin jo joissain sairaanhoito-oppilaitoksissa.

Molemmat haastatellut ryhmät toivat esiin sen, että mielenterveysasiakkaat ovat kokoajan kasvava asiakasryhmä. Molemmat haastatellut ryhmät ehdottivat sitä, että vuorovaikutukselliset keskustelutilanteet, missä lähestyttäisiin asiaa käytännön esimerkkien kautta, olisi hyvä tapa siirtää sairaalapastoreiden tietotaitoa ja hiljaista tietoa diakoniatyöntekijöiden käyttöön. Kuitenkaan mikään ei voi valmistaa kaikkiin eteentuleviin tilanteisiin ja tässä tapauksessa sairaalapastorit ehdottivat puhelinkonsultaation mahdollisuutta, eli diakoniatyöntekijät voisivat soittaa heille ja kysyä voisivatko he olla avuksi joissain pulmatilanteissa. Sairaalapastorit olivat myös halukkaita osallistumaan mahdollisuuksien mukaan seu-



rakunnassa mielenterveyskuntoutujille järjestettäviin toimintoihin: retkipäiviin ja ryhmiin. Diakoneilla oli selkeästi se mielipide, että he hyötyisivät paljon sairaalapastoreiden kanssa tehdystä yhteistyöstä ja heidän ammattitaidostaan.

Mari Stenlund on tutkimuksessaan 2007 tutkinut, miten lainsäädäntö ja eettiset ohjeet ohjaavat toimimaan erotettaessa uskonnollista ja psykoottista todellisuudentulkintaa. Tutkimuksessa nousi esiin, että eettisissä ohjeissa ohjataan joskaan ei suoraan, uskonnon asiantuntijoiden konsultointiin, mikäli psykoottisen ja uskonnollisen todellisuudentulkinnan erottaminen on hankalaa. (Stenlund 2007, 29.)

## 10 POHDINTA

Aiemmin meillä oli se käsitys, että psykiatriassa usein uskonnollinen ajatusmaailma nähtiin helposti osana skitsofreniaa sairastavan henkilön sairautta ja siihen mahdollisesti liittyvää harhamaailmaa. Se pitää vielä tänäpäivänäkin jossain määrin paikkansa, vaikkakin tutkimusta tehdessämme havaitsimme, että psykologia ja teologia ovat tänäpäivänä tieteenaloina lähentyneet toisiaan. Psykiatriassa pyritään takaamaan kunkin potilaan uskonnonvapaus. Nämä kaksi tieteenalaa voivat parhaimmillaan yhteistyössä parantaa skitsofreniaa sairastavan henkilön elämänlaatua ja sairauteen liittyvää ymmärrystä. Lisäksi näitä tieteenaloja hyödyntäen voidaan sairastuneen hengellistä arvomaailmaa kunnioittaen saada uskonnosta mahdollisesti asiakkaan hyvinvointia edistävää ja tukevaa voimavara. Tämä edellyttää kuitenkin sen, että skitsofreniaa sairastavien henkilöiden kanssa työskenneltäessä hengellisten kysymysten parissa, työntekijöillä tulee olla riittävästi tietoa sairaudesta ja ammattitaitoa tämän erityisryhmän kohtaamiseen.

Tutkimusta tehdessämme meille muodostui käsitys siitä, että sairaalapastoreilla on paljon sellaista tietotaitoa, jota diakoniatyöntekijät voisivat hyödyntää omassa työssään. Tämän takia erityisesti työstämme esiin nousevat erilaiset ehdotetut yhteistyömuodot toteutuessaan lisäisivät diakoniatyöntekijöiden ammatillisuutta skitsofreniaa sairastavien kohtaamisessa.

Omat ammatilliset valmiudet lisääntyivät opinnäytetyötä tehdessämme. Varsinkin sairaalapastoreiden haastatteluissa esiin nostamat näkökulmat ja lähestymistavat avasivat meidän omaa näkemystä skitsofreniaa sairastavien henkilöiden kohtaamistilanteissa tulevaisuudessa.

Skitsofreniaa sairastava uskonnollisia harhoja läpikäyvä henkilö tai yleensä harhamaailmassa elävä henkilö koetaan usein pelottavaksi ja hankalaksi. Tämän tutkimusprosessin aikana ymmärsimme, että harhamaailma voikin olla mahdollisesti pakopaikkana ja turvana itse peloissaan olevalle henkilölle. Jos

työntekijä omaa riittävän tietotaidon asiakkaan kohtaamiseen, niin tämä vähentää pelkoa suhteessa asiakkaaseen kuin myös asiakkaan pelkoja suhteessa työntekijään.

Opinnäytetyön työstämisvaiheessa haastattelujen suunnittelu ja toteuttaminen olivat helpoimpia vaiheita. Haastattelujen litterointi ja litteroidun aineiston teemoittelu veivät meiltä enemmän aikaa kuin mihin olimme varautuneet. Haasteellisimmaksi työssämme koimme aineiston analyysivaiheen. Keräämämme teoria-tiedon saaminen osaksi analyysia on ollut meille väliin ongelmallista. Tutkimuksemme aihetta ei ole aiemmin tutkittu paljon, joten aikaisempaa tutkimustietoa oli niukasti saatavilla. Tutkimuksemme edetessä havaitsimme, että kyseinen aihe on koko ajan enemmän esillä julkisissa keskusteluissa ja se kiinnostaa myös tutkijoita. Yhtenä selittävänä tekijänä voidaan kenties pitää julkisuuteen nousseita psykoosissa tehtyjä henkirikoksia tai niiden yrityksiä.

Jos nyt tekisimme tutkimuksen uudelleen, valitsisimme mukaan useammasta seurakunnasta olevia diakoniatyöntekijöitä ja haastateltavia voisi olla enemmän. Ottamalla diakoniatyöntekijöitä haastateltavaksi eri alueilta, uskomme, että olisimme saaneet laajemman kuvan seurakunnissa toteutuvasta mielenterveys-työstä. Nyt kaikki haastatellut diakoniatyöntekijät työskentelivät saman asiakasryhmän parissa. Lisäksi olisi ollut hyvä, jos kaikilla haastatelluilla diakoniatyöntekijöillä olisi ollut jo muutamia työvuosia takana.

Parityöskentely on ollut haastavaa. Yhteisen ajan löytäminen työn tekemiseen on ollut välillä vaikeaa ja on ollut keskinäisiä näkemuseroja. Toinen tutkijoista on ollut pitkään työssä psykiatrian puolella ja hänelle monet työn osa-alueet ovat olleet tuttuja ja itsestään selvyyksiä, kun toinen on vasta tutkimuksen tekovaiheessa tutustunut aiheeseen. Kuitenkin parityöskentely opetti molemmille sen, että erilaiset persoonat ja erilaiset näkökulmat ovat rikkaus työnteossa. Siitäkin tulee varmaan olemaan hyötyä tulevia työtehtäviä ajatellen.

## LÄHTEET

- Aalto, Kirsti; Tiihonen, Anna-Leena.; Virtaniemi, Matti-Pekka & Ylikarjula, Simo 2005. Sielunhoidon aikakauskirja. Kirkko sairaalassa. Helsinki: Hakapaino Oy.
- Aalto, Kirsti; Esko, Martti & Virtaniemi, Matti-Pekka 1997. Sielunhoidon käsikirja. Helsinki: Kirjapaja Oy.
- Almqvist, Fredrik 2000. Persoonallisuushäiriöt s. 272-280. Teoksessa Räsänen, Eila; Moilanen, Irma; Tamminen, Tuula & Almqvist, Fredrik (toim.). Lasten ja nuorisopsykiatria. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Duodecim terveyskirjasto 2011. Viitattu 13.4.2012. Saatavissa [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00148&p\\_haku=SKITSOFRENIA](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00148&p_haku=SKITSOFRENIA)
- Eskola, Jari & Suoranta, Juha 2003. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Vastapaino.
- French, Paul. & Morisson, Anthony P. 2008. Psykoosin varhaisoireet, tunnistaminen ja kognitiivinen psykoterapia. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Gothóni, Raili 2012. Kehittyvä diakoniatyö. Teoksessa Raili Gothóni; Riitta Helosvuori; Kalle Kuusimäki & Karoliina Puuska Kantakaa toistenne kuormia, diakoniatyön perusteet ja käytäntö, 190-196. Helsinki: Kirjapaja
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2008. Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 1997. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Juntunen, Elina (toim.) 2009. Diakoniatyö kartalle. Näkökulmia espoolaisen diakoniatyön nykytilaan ja kehittämistarpeisiin. Espoon seurakuntayhtymän tutkimuksia ja selvityksiä 1, 2009. Espoo.
- Juva, Kati; Hublin, Christer; Kalska, Hely; Korkeila, Jyrki; Sainio, Markku; Tani,

- Pekka. & Vataja, Risto. 2011. Kliininen neuropsykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Kiiski, Jouko 2009. Sielunhoito. Helsinki: Edita.
- Kirkkojärjestys 8.11.1991/1055 v. 1993. Viitattu 4.11.2012. Saatavissa <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1993/19931055>
- Kuula, Kari 2012. Löytöjä uskonasioihin. Hengellinen sielunhoito: mitä se on? Lyhyt käytännön opas: Terve usko terveessä mielessä. Viitattu 19.2.2013. Saatavissa <http://www.karikuula.com/156>
- Kuusimäki, Kalle 2012. Kirkko marginaalissa olevien tukena. Teoksessa Raili Gothóni; Riitta Helosvuori; Kalle Kuusimäki & Karoliina Puuska Kantakaa toistenne kuormia, diakoniatyön perusteet ja käytäntö, 41-48. Helsinki: Kirjapaja
- Lankinen, Juha 2000. Pastoraalisuus sielunhoidollisessa suhteessa. Teoksessa Kirsti Aalto; Riitta Kolehmainen; Matti-Pekka Virtaniemi & Simo Ylikarjula Sielunhoidon aikakausikirja nro 12. Sairaalan sielunhoito, 67-94. Helsinki: Hakapaino Oy.
- Lauerma, Hannu 2009. Pahuuden anatomia. Pahuus, hulluus, poikkeavuus. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Lepola, Ulla; Koponen, Hannu; Leinonen, Esa; Joukamaa, Matti; Isohanni, Matti & Hakala, Panu 2005. Psykiatria. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Martin, Harriet 1999. Mannaa vai myrkyä eli jumalakuivat skitsofreniaa sairastavan hengellisten voimavarojen edistäjänä. Diakoniamattikorkeakoulu. Helsinki. Päätötyö.
- Meller-Mattila, Marja-Leena 2000. Sairaalateologi hoitoyhteisössä. Teoksessa Kirsti Aalto; Riitta Kolehmainen; Matti-Pekka Virtaniemi & Simo Ylikarjula Sielunhoidon aikakausikirja nro 12. Sairaalan sielunhoito, 33-39. Helsinki: Hakapaino Oy.
- Näreaho, Leo 2011. Uskonnollisuus ja mielenterveys: aivotutkimuksen näkökulma. Teologia.fi artikkelit 4.10.2011. Viitattu 21.8.2012. <http://www.teologia.fi/artikkelit/uskonto-ilmiona/688-uskonnollisuus-ja-mielenterveys-aivotutkimuksen-naekoekulma>
- Pfeifer, Samuel 1999. Kannettava väsy – kantaja ei. Psykkinen sairaus sie-

- lunhoidon näkökulmasta. Kauniainen: PerusSanoma Oy.
- Punkanen, Tiina. 2001. Mielenterveystyö ammattina. Helsinki: Tammi.
- Rissanen, Päivi & Mielenterveyden keskusliitto 2007. Skitsofreniasta kuntoutuminen. Pori: Kehitys Oy.
- Ruusuvuori, Johanna; Nikander, Pirjo & Hyvärinen, Matti (toim.) 2010. Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino.
- Ryökäs, Esko 2006. Kokonaisdiakonia. Diakoniakäsityksen opilliset liittymät. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja A tutkimuksia 14. Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Rättyä, Lea 2012. Ihmisten kohtaaminen kodeissa ja vastaanotolla. Teoksessa Raili Gothóni; Riitta Helosvuori; Kalle Kuusimäki & Karoliina Puuska Kantakaa toistenne kuormia, diakoniatyön perusteet ja käytäntö, 84-87. Helsinki: Kirjapaja
- Saaranen-Kauppinen, Anita & Puusniekka, Anna 2006. Kvali-MOTV. Yhteiskuntatieteellinen tietoarasto. Menetelmäopetuksen tietovaranto. Viitattu 18.1.2013.  
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/index.html>
- Scharfenberg Joachim 2000. Johdatus pastoraalipsykologiaan. Käytännöllisen teologian laitoksen julkaisuja 98. Helsinki: Helsingin yliopisto/ Käytännöllisen teologian laitos
- Stenlund, Mari 2007. Psykoottisen mielenterveyspotilaan uskonnonvapaus. Helsingin yliopisto. Systemaattisen teologian laitos. Pro gradu –työ.
- Stenlund, Mari 2011. Hulluutta vai hurskautta? Psykoottisen ja uskonnollisen todellisuudentulkinnan erottaminen, 04.10.2011,  
<http://www.teologia.fi/artikkelit/uskonto-ilmiona/690-hulluutta-vai-hurskautta-psykoottisen-ja-uskonnollisen-todellisuudentulkinnan-erottaminen>
- Suomen evankelisluterilainen kirkko 2010. Diakoniaviranhaltijan ydinosaaminen. Viitattu 18.1.2013.  
[http://sakasti.evl.fi/sakasti.nsf/0/816AA1A2E575DE86C225770000259EA7/\\$FILE/AKR-ydinosaamiskuvaukset-kirkkohallitukselle.pdf](http://sakasti.evl.fi/sakasti.nsf/0/816AA1A2E575DE86C225770000259EA7/$FILE/AKR-ydinosaamiskuvaukset-kirkkohallitukselle.pdf)

TherapiaFennica i.a. Suomalaisen lääketieteen perusteoksen avoin internet-sivusto. Viitattu 13.4.2012. Saatavissa [http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Skitsofrenia\\_ja\\_muut\\_psykoosit](http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Skitsofrenia_ja_muut_psykoosit)

Valopaasi, Mirjam 2007. Uskonnollisuus hoitotyön arjessa. Tampere: Kirjayhtymä Oy.