

**”HULLUINA PITÄVÄT”
-PSYKIATRISTEN KUNTOITUJIIEN YHTEISKUNTASUHTEESTA**

**Kaisa Perko
Pro gradu -tutkielma
Yhteiskuntatieteiden ja
filosofian laitos /
Sosiologia
Jyväskylän yliopisto
Elokuu 2004**

”HULLUINA PITÄVÄT” -PSYKIATRISTEN KUNTOUTUJIIEN YHTEISKUNTASUHTEESTA

Kaisa Perko
Pro gradu -tutkielma
Elokuu 2004
Sosiologia
Jyväskylän yliopisto

100 sivua + 3 s. liitteitä

TIIVISTELMÄ

Tutkimuksessa on selvitetty psykiatristen kuntoutujien yhteiskuntasuhdetta painottaen psyykkisen sairauden sosiaalisia seurauksia. Yhteiskuntasuhde on käsitetty laajasti yksilöä ympäröivänä rakenteiden, suhteiden ja vuorovaikutustilanteiden kokonaisuutena, jossa myös mielikuvilla on sijansa. Haastatteluteemat koskevat kuntoutujien sosiaalisia verkostoja, suhdetta palvelujärjestelmään, kokemuksia psyykkisesti sairaisiin kohdistuvista asenteista sekä käsitystä nyky-yhteiskunnasta yleensä. Keskeinen teema tutkimuksessa on stigma eli sosiaalisen leimaantumisen kokemukset.

Tutkimusmenetelmänä on aikuisikäisten avohoidon asiakkaiden haastattelu kuudessa ryhmätilanteessa. Avohoitoon keskittymistä perustelee viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana tapahtunut suuri palvelurakenteen muutos. Pyrkimyksenä on ollut tavoittaa kuntoutujien oma näkökulma asiaan. Yksi tutkimuksen teema on siinä, kuinka psyykkisiä häiriöitä on käsitteellistetty ja kuinka kuntoutujat itse sen tekevät. Asiaa taustoittavassa keskustelussa otetaan etäisyyttä perinteisen sosiaalisen poikkeavuustutkimuksen lähestymistapaan koskien ns. psyykkistä poikkeavuutta. Lähtökohtana tutkimuksessa on lääketieteellisen sairauskäsityksen ja ilmiön tosiasiallisuuden periaatteellinen hyväksyminen, vaikka pääosassa tutkimusta ovatkin sosiaalisesti rakentuvat merkitykset, mielikuvat ja kokemukset.

Tutkimuksen tuloksena on saatu kuva psykiatristen kuntoutujien ajankohtaisesta sosiaalisesta asemasta ja heidän arkielämässään vaikuttavista teemoista. Vaikka psyykkisiin häiriöihin liittyvä leimaantuminen on haastateltavienkin mukaan pitkän ajan tarkastelussa vähentynyt, on sillä edelleen kielteinen vaikutus monen ihmisen elämään. Kyseisissä kuntoutusryhmissä käyvät haastateltavat olivat yleisesti ottaen tyytyväisiä mielenterveystoimistosta saamaansa apuun, mutta heillä oli kokemusta myös heikommista ajoista palveluiden saannin suhteen. Yksi aineistoanalyysin keskeinen havainto on haastateltavien ja muiden ihmisten ns. yhteinen puheavaruus, joka ilmenee kuntoutujien puhetoivoissa koskien niin avopalveluiden riittävyttä kuin toisia psykiatrisia potilaita ja stigmaakin.

Asiasanat: psykiatrinen kuntoutus, mielenterveyspalvelut, avohoito, sosiaaliset verkostot, leimaantuminen –sosiologia, poikkeavuus / sosiaalinen kontrolli

Sisällys

1	Johdanto ja taustaa.....	2
1.1.	Ajankohtaisuus	2
1.2.	Terveys sosiaalisena ilmiönä.....	3
1.3.	Tutkimuksen lähtökohtia	5
1.4.	Deinstitutionalisaatio	7
1.4.1.	Muutokset Suomessa ja muissa maissa.....	7
1.4.2.	Ongelmat	8
1.4.3.	Skitsofreniaprojektin tuloksia.....	9
1.5.	Psykiatrisen hoidon historia Suomessa, lyhyt oppimäärä.....	11
1.5.1.	Kirkolta valtiolle.....	11
1.5.2.	Avohoidon synty ja hoitoeologiat.....	12
2	Kirjallisuus	15
2.1.	Käsitteistä ja käsityksistä	15
2.2.	Stigma	20
2.3.	Sosiaaliset verkostot	23
2.4.	Stigma ja sosiaaliset verkostot empiriassa.....	24
2.5.	Antipsykiatria ja leimaamisteoria	25
2.5.1.	Antipsykiatria aikansa lapsena	26
2.5.2.	Kulttuurielativismin rajat	28
2.6.	Miten sosiaalinen konstruktionismi kohtaa kokemuksen?	29
2.7.	Sairaan rooli	31
3	Metodologia.....	33
3.1.	Teemamuotoinen ryhmähaastattelu.....	33
3.2.	Haastateltavat / kohderyhmä	35
3.3.	Haastattelutilanteen ehdoista	36
4	Epistemologisista kysymyksistä	37
4.1.	Positivismi, emotionalismi ja konstruktionismi.....	37
4.2.	Konstruktionismi?	39
4.3.	Vastaajien valinta ja symbolinen väkivalta	41
5	Aineisto ja analyysi	43
5.1.	Analyysin pääpiirteet	43
5.2.	Sosiaalinen liittyminen	44
5.2.1.	Eristäytyminen, osallistuminen ja läheissuhteet	45
5.2.2.	Kuntoutujat keskenään	50
5.3.	Veteen piirretyt viivat?.....	53
5.3.1.	Näkyvät ja näkymättömät, olemattomat ja tuntuvat rajat.....	53
5.3.2.	Sama universumi, yhteinen puheavaruus.....	59
5.3.3.	Asenneilmasto	62
5.3.4.	Ulkopuolisten pelot	67
5.4.	Mielikuvien ja kokemusten yhteiskunta	70
5.4.1.	Mitä mieltä asemasta?	70
5.4.2.	Yhteiskuntakuva	75
5.4.3.	Työ	80
5.5.	Välitilan koordinaatteja	84
5.5.1.	Lääkkeet, persoona, sairaus	84
5.5.2.	"Se on paha jos jää neljän seinän sisälle"	88
6	Tutkimuksen arviointia	89
7	Yhteenveto.....	91
8	Lähteet	94
	Liitteet	

1 Johdanto ja taustaa

”Jokainen saa syntyessään kaksoiskansalaisuuden: toisen terveyden valtakuntaan, toisen sairauden valtakuntaan. Ja vaikka me kaikki haluamme aina käyttää mieluummin hyvää passia, ennemmin tai myöhemmin itse kunkin on pakko, ainakin hetken aikaa, tunnustautua ämän toisen maan kansalaiseksi.” (Sontag 1991, 9-10.)

Tämä työ käsittelee mielenterveyskuntoutujien yhteiskuntasuhdetta pyrkimyksenä tavoittaa heidän oma näkökulmansa asiaan. Tarkoituksena on näin ollen lisätä tietämystä ja ymmärrystä psyykkisen sairastumisen sosiaalisista seurannaisvaikutuksista kuntoutujia itseään haastatellen. Yhteiskuntasuhde viittaa tässä väljästi määritellen kokonaisuuteen kaikista niistä suhteista ja suhteita ohjaavista käsityksistä ja mielikuvista, joita ihmisellä on häntä ympäröiviin toisiin kansalaisiin sekä yhteiskunnallisiin instituutioihin ja ilmiöihin. Yhteiskuntasuhteen osa-alueina olen tässä tutkimuksessa tarkastellut kuntoutujien sosiaalisia verkostoja, suhteita terveydenhoitojärjestelmään, kokemusta arkielämässä vallitsevista asenteista mielenterveyspotilaita kohtaan sekä yleiskuvaa aikakautemme yhteiskunnasta. Käsittelen myös psyykkisten häiriöiden erityispiirteitä sosiaalisen terveystutkimuksen ja poikkeavuuden tutkimuksen kentässä. Etsien konsensusta lääketieteellisen ja yksinomaan sosiaalisia tekijöitä painottavien lähestymistapojen välille tarkastelen myös psyykkisten häiriöiden käsitteellistämistä sairautena.

Kuten kvalitatiivisessa tutkimuksessa yleensä, on tässäkin työssä lähtökohtana todellisen elämän mahdollisimman kokonaisvaltainen kuvaaminen. Todellisuus käsitetään moninaiseksi ja siitä käsitetään löytyvän monensuuntaisia suhteita. (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 1997, 161.) Tutkimus tuo esiin yleisiä psykiatristen kuntoutujien elämäntilanteessa olennaisia teemoja, ja työn kokonaisuutta kannattelee psyykkisen sairauden sosiaalinen merkitys sellaisena kuin haastateltavat sen itse kokevat.

1.1. Ajankohtaisuus

Mielenterveyteen liittyvät kysymykset ovat viime vuosina puhuttaneet niin poliitikoita, sosiaali- ja terveysalan ammattilaisia, tunnettuja julkisuuden henkilöitä kuin tavallisia kansalaisiakin. On puhuttu paitsi lasten ja nuorten pahoinvoinnista myös sairaalasta avohoitoon kotiutetuista aikuispotilaista ja tietenkin myös hoitoon suunnattavista resursseista. Oman tutkimukseni taustalla näen erityisesti kaksi julkisuudessa esiintynyttä teemaa. Toinen on psykiatrisen avohoidon tila, josta suurelta osin juuri sairaalapaikkojen vähentämisen vuoksi on oltu huolissaan. Toinen on mielenterveydellisten ongelmien käsittely lehdissä, omaelämäkerrallisissa kirjoissa ja tv-dokumenteissa tavalla, jota saattaisi pitää merkinä lisääntyneestä avoimuudesta monesti vaikeana koettua teemaa kohtaan. Näkyvimpänä esimerkkinä tästä ovat julkisuuden henkilöiden antamat kerto-

mukset itse kokemistaan psyykkisistä ongelmista. Näistä mainittakoon esim. Neil Hardwickin 'Hullun lailla' (1999) sekä Tellervo Koiviston 'Päiväkirjan uudet sivut' (1999), jotka molemmat käsittelevät depressiota. Lisäksi aihepiiristä on viime aikoina saatu lukuisia haastatteluja ja näyttäviäkin otsikoita. Mainittakoon myös Ben Furmanin tv-ohjelma, joka ainakin alkujaan keskittyi nimenomaan psyyken alueen ongelmiin.

Viitteitä lisääntyneeseen ja samalla "asialle kasvot antavaan" julkisuuteen on helppo löytää, vaikka en olekaan asiaa tieteellisesti selvittänyt. Tältä pohjalta nousee kysymyksiä siitä, ovatko asenteet psyyken ongelmia tai sairauksia kohtaan muuttuneet. Toiseksi tiedustelen kuntoutujien omaa kokemusta avohoidon riittävydestä tai riittämättömyydestä. Koko tutkimusongelman tiivistän kysymykseen mielenterveyskuntoutujien yhteiskuntasuhteesta, mikä pitää sisällään myös hoitosuhteita vapaamuotoisemmat sosiaaliset kontaktit ja muun toiminnan, jonka kautta yksilöt liittyvät yhteiskunnan kokonaisuuteen.

Kansaneläkelaitoksen tilastojen mukaan työkyvyttömyyden kuva on viimeisten 20 vuoden aikana muuttunut siten, että samalla kun tuki- ja liikuntaelinsairaudet sekä sydän- ja verisuonitaudit ovat vähentyneet, ovat mielenterveysongelmat lisääntyneet. Työkyvyttömyyseläkkeiden syinä mielenterveysongelmat ovat jo ohittaneet em. pitkään tilastojen kärkipaikkaa pitäneet kansansairaudet, joista varsinkin sydänsairaudet ovat pitkälti hyvän hoidon ja valistuksen ansiosta vähentyneet tai siirtyneet myöhemmälle iälle. Erityisesti 1990-luvun loppupuolella kaikki mielenterveysongelmien aiheuttamaa työkyvyttömyyttä kuvaavat käyrät kääntyivät huomattavaan nousuun. Joka viides poissaolopäivä työstä korvataankin nykyisin psyykkisten syiden perusteella. Kelan tutkimusosaston apulaisjohtaja Jorma Järvisalon sekä apulaisylilääkäri Jouko K. Salmisen mukaan tämä kertoo muutoksesta erityisesti työelämässä, joten kyseessä ei ole pelkästään lääketieteellinen vaan myös yhteiskunnallinen ilmiö. (Kelan sanomat 4/2003.)

1.2. Terveys sosiaalisena ilmiönä

Terveys ja sairaus ovat usein hyvin henkilökohtaisiksi koettuja asioita, joilla on suuri vaikutus yksilön elämään. Ne eivät kuitenkaan ole biologisia vakioita ihmiselämän kokonaisuudessa, vaan monessa mielessä sosiaalisesti vaihteleva ilmiö. Ensinnäkin monien sairauksien esiintyvyys ja myös kokemuksellinen puoli vaihtelevat sosiaalisen ryhmän kuten yhteiskunnallisen aseman, sukupuolen, etnisyyden ja iän mukaan. Toiseksi terveyteen ja sairauteen liittyvät kysymykset ovat osa sosiaalis-yhteiskunnallisia suhteita sekä mikrotasolla arkielämässä että makrotasolla poliittisessa päätöksenteossa. Kokemus heikosta terveydentilasta vaikuttaa välittömästi suhteisiimme toisiin ihmisiin samoin kuin jokapäiväisten tehtävien suorittamiseen ja ennen kaikkea siihen, miten ja millaisina esittäydymme toisille ihmisille (presentation of self); sairaana olemiseen

liitty tietoisuus tarpeesta antaa muille ihmisille jonkinlainen selvitys asemaamme koskevasta muutoksesta. (Bury 1997, 1-2).

Tämä työ käsittelee lähinnä mikrotason sairauskokemuksia ja kohtaamisia, vaikka taustoitan ja tulkitsekin niitä makrotason prosesseilla. Psykkistä sairastamista voi perustellusti pitää sosiaalisesti erityisen merkityksellisenä ja samalla mielenkiintoisena terveys-sairaus-akselin ilmiönä. Mielenterveyden teema, psyyken sairaudet ja -lievemmin- häiriöt sijoittuvat haastavasti psyykkisen, sosiaalisen ja biologisen yhteiseen välimaastoon. Mielen ongelmilla, kuten myös joillakin muilla sairauksilla, on taakkanaan historiasta periytyvää painolastia edellisten sukupolvien niille antamista selityksistä ja merkityksistä. (Tämä ei kuitenkaan tarkoita, että *kaikki* sairauksien saamat leimaavat merkitykset olisivat palautettavissa jäänteisiin menneiltä ajoilta.)

Kuten Bury huomauttaa, on jonkinlainen sairaus odotettavissa useimpien ihmisten elämänsä aikana. Modernia yhteiskuntaa leimaa kuitenkin yleinen oletus terveydestä ja pitkästä iästä sekä optimaalia terveydentilaa vaativan aktiivisuuden ja suorittamisen arvostus. Terveiden vaaliminen on yhteiskunnassamme yleinen teema, ja ihmisten kontrollin tunteen voi lääketieteen kehityksen myötä perustellusti olettaa lisääntyneen. Sairastuminen kuitenkin murtaa nämä sosiaaliset ja kulttuuriset odotukset yksilötasolla ja ihmisen suhde itseensä, identiteetti ja hallinnantunne joutuvat koetukselle. (Bury 1997, 124.)

Sosiologisessa kroonisen sairauden tutkimuksessa on näiden hajottavien prosessien tutkimisessa käytetty elämänsä rikkoutumisen käsitettä (biographical disruption). Elämänsä käsitteillä kroonista sairautta käsitellään ajallisessa kontekstissa. Mahdolliset muutokset ruumiissa ja oireiden ilmaantuminen saavat aikaan muutoksia myös ihmisen elämäntilanteessa ja sosiaalisissa suhteissa. Kroonisen sairauden alkamisessa voidaan erottaa ensinnäkin seuraukset, joita oireilla on yksilölle hänen elämänsä käytännöllisellä ja sosiaalisella tasolla. Näistä seurauksista on tehty sosiologiassa sairauskohtaisia tutkimuksia, jotka kertovat oireiden hankaloittamasta arkielämästä ja epävarmuuden lisääntymisestä. Käytännöllisemmän tason lisäksi voidaan sosiologisessa tutkimuksessa lähestyä sairautta sen saamien merkityksien kautta, mikä on omassa aiheessani edellistä olennaisempaa. Vaikka monilla kroonisilla sairauksilla voi nähdä yhteisiä piirteitä esim. rajoittavuutensa suhteen, sairauksien tai häiriöiden syvämpi merkitys yksilön identiteetille vaihtelee sairauskohtaisesti. Ne saavat erilaisia symbolisia merkityksiä, niiden metaforiset roolit arki-keskusteluissa vaihtelevat ja ihmiset liittävät niihin erilaisia odotuksia. (Bury 1997, 124-125.)

1.3. Tutkimuksen lähtökohtia

Tarkoituksena on tutustua siihen, kuinka psyykeltään sairastuneet itse ovat kokeneet sairastumisen sosiaaliset seuraukset. Mikään tutkimus ei kuitenkaan ole täysin teoriatonta, ja kaikki tutkimukset ovat jonkinlaisessa suhteessa aiempaan aihetta koskevaan tutkimuskirjallisuuteen. Mielen terveyteen liittyvää problematiikkaa on käsitelty sosiologisesti suhteellisen paljon paitsi poikkeavuuden tutkimuksen myös lääketieteen sosiologian piirissä soveltuvin osin. Tutkimukseni lähestymistapaa ja teoreettista taustaa kuvaa kuitenkin tietty vastakkaisuus siinä, miten työ asettuu suhteessa aihepiiriin aiemman sosiologisen kirjallisuuden valtavirtaan.

Sosiologiassa keskeistä on kysymys toimijan ja rakenteen suhteesta: Mitkä ovat yksilöiden toimintamahdollisuudet rakenteiden puristuksessa? Milloin olisi syytä keskittyä yksilöön, ja milloin on kyse yliyksilöllisestä tasosta? Myös vammaisuutta on tutkittu antaen vaihtelevasti merkitystä rakenteille ja yksilölle (ks. Barnes, Mercer ja Shakespeare 2002). Radikaalit vammaistutkijat ovat vahvistavasti esittäneet, että invaliditeetti on ennen kaikkea eräs sosiaalisen sortamisen muoto, yhteiskunnan tiettyihin ruumiin tai mielentiloihin liittämä sosiaalinen kategorisoiva konstruktio, ei yksilötason ominaisuus. Täydellisen relativistinen kanta on kuitenkin ongelmallinen. On vaikea kuvitella modernia yhteiskuntaa, jossa esim. vaikeat liikkumisen tai aistitoiminnan ongelmat eivät rajoittaisi toimintaa ainakin jossain määrin; vaikka osallistumisen esteet poistettaisiin niin pitkälle kuin mahdollista, tietyt aspektit vammaisuudesta pysyisivät silti. (Bury 1997, 137-138.) Näin on varmasti myös psyykkisen invaliditeetin suhteen. Sairastaminen tuo omat ongelmansa, mutta ympäröivä yhteiskunta ja sairauden saamat merkitykset tuovat lisätaakkaa, jota voi ja on syytä aina pyrkiä vähentämään.

Psyykkisiä häiriöitä koskevaa kirjallisuutta on sosiologian alalta helpompi löytää nimellä 'madness' (ruotsin kielessä tätä vastannee 'dårskap', esim. Sjöström 1992) kuin jollakin psyykkiseen terveyteen tai mielen hyvinvointiin viittaavalla käsitteellä. Arvatenkin näin on haluttu ottaa etäisyyttä lääketieteellisen psykiatrian antamiin käsitteisiin ja määritelmiin. Sosiologiassa on vuosikymmenien perinteet ns. psyykkisen poikkeavuuden suhteellistamisesta ja osoittamisesta luonteeltaan sosiaalisesti konstruoiduksi, jopa koko psyykkisen sairauden käsitteen kyseenalaistamisesta (ks. Szasz 1973 ja Scheff 1968). Tällöin on yleensä korostettu ns. psyykkisesti poikkeaviin kohdistuneita valta-, kontrollointi- ja normalisointipyrkimyksiä. On tuskin liioiteltua nähdä lähestymistavalla eräänlainen ideologinen valta-asema sosiologiassa.

Parhain, ja runsaasti viitattu, esimerkkiteos tästä konstruktionistisesta perinteestä on Michel Foucault'n 'Madness and Civilization' (1973). Se on värikäs ja yksityiskohtainen historiikki siitä, kuinka psyykkisesti sairaita on eri aikakausina kohdeltu, ja ennen kaikkea millä tavoin ns. psyykkistä

poikkeavuutta on käsitteellistetty. Lääketieteellisen lehyksen vahvistuminen antoi toiveita paremmasta hoidosta ja vapautti erilaisista vaivoista kärsivät yksilöt perinnäisistä, usein uskonnollisista, sairautta ja vammaisuutta raskauttavista uskomuksista. Samalla tieteellinen lähestymistapa kuitenkin synnytti uusia sosiaalisen tarkkailun ja kurin muotoja tunnistamalla ja luokittelemalla ns. poikkeavuuksia ja eristämällä poikkeaviksi katsottuja yksilöitä laitoksiin kauaksi muista ihmisistä (myös Barnes ym. 2002, 18-20).

Michel Foucault kertoo *Madness and Civilization* –teoksensa alussa harjoittavansa kyseisessä tutkielmassa ”hiljaisuuden arkeologiaa”. Arkeologiaksi hän kutsui tieteenhistoriallista lähestymistapaansa yleisemminkin kuin vain ns. hulluustutkimuksessa, ja käytti nimityksessä hyväkseen käsitteen vakiintunutta asemaa ranskalaisessa keskustelussa (Kusch 1993, 16). Hiljaisuus taas viittaa siihen, ettei hän näkee ns. hulluuden historian psykiatrian monologina, josta dialogi itse hullujen kanssa loistaa poissaolollaan.

Oman työni kunnianhimoisena tavoitteena on ollut jonkinasteinen dialogisen puutoksen paikkaaminen. Lähestymistapa asiaan ei kuitenkaan ole Foucault’lta peräisin. Foucault’n tyyli on ironia, ja sitä on nähtävä myös ko. teoksen nimessä; kuinka muuten olisi ymmärrettävissä arvottava nimitys ihmisistä, joiden poikkeavuutta tai hulluutta samainen kirjoittaja varoittaa näkemästä luonnollisena objektina ja korostaa käsitteiden luonnetta aiempien objektivoitipyrkimysten tuloksena (Kusch 1993, 151, 155). Myös siihen ”että vakiintunut käsitys psykiatriasta läpeensä humanitaaristen vaikutteiden ohjaamana toimintana korvataan kuvalla valta- ja manipulaatiointressien motivoimista psykiatreista sisältyy tietenkin jonkinlaista bursleskiutta tai ironiaa” (sama, 155).

Suhteessa historiassa muuttuneisiin hoitokäytäntöihin ja psykepotilaiden nykyiseen asemaan yhteiskunnassamme on sosiologian perinteinen relativistis-konstruktivistis-antipsykiatrisen ”hulluus” -näkökulma kuitenkin mielestäni vanhentunut tai ainakin riittämätön. Sitä paitsi sen antamat eväät keskusteluun itse kohderyhmän kanssa loppuvat kesken, ja se joutuu ristiriitaan heidän oman puheensa kanssa, kuten aineistoani tulkitseen. Siksi tämän tutkimuksen lähtökohta on toinen: hyväksyn haastateltavieni sairaaksi luokittelun ja tällä tavoin lähestyn lääketieteen määritelmiä normaaliudesta. Vai voisiko kenties ajatella niin, että tutkimukseni rajautuu sellaisiin henkilöihin, joiden poikkeavuuden selittämisestä myös leimaamisteoria luopuu; leimaamisteoriaan kohdistuneeseen kritiikkiinhän on vastattu, ettei ajatussuunta pyrikään kaiken psyykkisesti poikkeavaksi/sairaaksi katsotun poisselittämiseen sosiaalisen konstruktion kautta (esim. Schur 1979, 59).

1.4. Deinstitutionalisaatio

1.4.1. Muutokset Suomessa ja muissa maissa

Lääketieteellisessä kirjallisuudessa deinstitutionalisaatio-termi tarkoittaa psykiatristen sairaaloiden vuodepaikkojen vähentämistä ja hoidon painopisteen siirtämistä sairaaloiden ulkopuolelle (Korkeila 1996, 9). Suomessa tapahtunut hoitojärjestelmän rakenteen muutos ilmentää osaltaan yleismaailmallista suuntausta, jossa psykiatristen potilaiden laitoshoidtoa vähennetään ja heitä pyritään kuntouttamaan takaisin avoimeen yhteiskuntaan. Deinstitutionalisaatio-prosessi on kuitenkin eri maissa toteutettu (ja onnistunut) eri tavoin. Pohjoismaissa laitospaikkoja vähennettäessä on panostettu vastaavasti avohoitoon, mitä esimerkiksi Yhdysvalloissa ei aina ole tapahtunut. (Korkeila 1998, 11,30; Korkeila 1996, 9.)

Psykiatristen palvelujen deinstitutionalisaatio alkoi poliittis-taloudellisena liikkeenä Yhdysvalloissa 1950-luvulla. Sekä ammattikirjallisuudessa että populaarimmissa esityksissä oli käsitelty valtion mielisairaaloiden ongelmia, jotka liittyivät liian suuriin potilasmääriin, vähäiseen henkilökuntaan ja talousvaikeuksiin. Kansalaisoikeusliike sekä uudet, entistä paremmat psyyken lääkkeet edistivät hoidon painottumista laitosten ulkopuolelle. Pitkien sairaalakausien haitoista potilaille puhuttiin laitostumisena ja ns. sekundaarisina oireina tai haittoina. Deinstitutionalisaatioon kohdistui suuria odotuksia ja sen alkuvaihetta leimasi optimismi: suuntauksen kannattajat uskoivat, että psyykkisten sairauksien kroonistuminen voitaisiin välttää, tai ainakin sitä voitaisiin vähentää, ja että paras ratkaisu paranemisen kannalta olisi potilaiden hoito heidän omassa elinympäristössään. (Korkeila 1998, 28-29; Lamb 1982.)

Muutoksen voimakkuutta ja laitosten kokoa kuvaa se, että potilaiden määrä USA:n psykiatrisissa sairaaloissa väheni 77 prosentilla vuodesta 1970 vuoteen 1992. Valtion mielisairaaloiden määrä väheni tuona aikana kuitenkin vain 310:sta 273:teen (Witkin ym. 1996 Korkeilan 1998, 29 mukaan). Suurimmat muutokset vuodepaikkojen määrässä tapahtui vuosina 1970-1982 (Redick ym. 1994 Korkeilan 1996, 10 mukaan). Yhdysvalloissa prosessi oli selkeämmin politisoitunut kuin monissa muissa maissa, ja tuotti harvinaisen ideologisen liittouman sosiaalireformistien ja taloudelliseen säästöön pyrkivien konservatiivien välillä (esim. Bachrach teoksen Lamb 1982 esipuheessa).

Suomessa sairaalapaikkoja alettiin vähentää verrattain myöhään moniin muihin maihin nähden. Esimerkiksi Englannissa sairaansijat vähenivät tasaisesti vuodesta 1954 alkaen, kun taas Suomessa ne lisääntyivät vielä välillä 1954-1972 2,4 paikasta 4,3 paikkaan tuhatta asukasta kohden. 1970-luvun lopulla Suomen sairaalapaikkamäärät olivatkin maailman huippua, ja myös huippua seurannut paikkojen vähentämisprosessi eteni ennätystahtiin. 70-luvun lopun n. 21 000 vuode-

paikasta oli vuonna 1995 päästy 6600:taan. Prosessia vauhdittivat Mielisairaslain uudistus vuodelta 1978, valtakunnallinen skitsofreniaprojekti (1981-1987) sekä Mielenterveystyön komitean mietintö vuodelta 1984. 1990-luvulla psykiatristen sairaaloiden vuodepaikkamäärä Suomessa on ollut muiden Pohjoismaiden tasoa, kun se vielä 1980-luvulla oli niihin nähden moninkertainen. (Salokangas, Stengård, Honkonen, Koivisto, Saarinen 2000, 23; Korkeila 1998, 19, 31, 59-69; Korkeila 1996, 25-27.)

Psykiatrisen terveydenhuollon muutokset Suomessa 1950-luvulta 2000-luvun vaihteeseen ovat olleet kokonaisuudessaan erittäin nopeita. Kuten Salokangas ym. (2000, 3) tiivistävät, jakson ensimmäisen 15 vuoden aikana psykiatristen sairaansijojen lukumäärä kaksinkertaistui, seuraavat 15 vuotta se pysyi ennallaan, ja kolmannen 15-vuotiskauden aikana se väheni kolmanneksen edelliseen vaiheeseen nähden. 90-luvun lama loi rajoitteensa myös psykiatriselle avohoidolle. Korkeilan (1996, 21) mukaan psykiatrisen avohoidon kehittäminen oli riittämätöntä jo ennen laman alkua, mistä huolimatta siihen kohdistettiin leikkauksia. Hän kirjoittaa, että laman vuoksi muutokset hoitojärjestelmässä eivät tapahtuneet hallittuna kokonaisuutena, vaan toteutettiin säästökohtia etsien ja suunniteltua selvästi nopeammin (Korkeila 1998, 11).

1.4.2. Ongelmat

Keskustelu psykiatrisen hoidon riittävydestä sairaalapaikkojen vähentyessä on kansainvälinen ilmiö. Korkeila ei kuitenkaan usko sairaansijojen vähentämisen suuresti selittävän sitä, että havaittu sairastavuus on tutkimuksissa todettu korkeammaksi kuin häiriön vuoksi saatu hoito. Sairaansijojen vähentämistä tärkeämmiksi tekijöiksi hän mainitsee sosiaaliset tekijät sekä diagnostiikan käytännön muutokset, esim. aiempaa paremman kyvyn tunnistaa varsinkin lievempiä häiriöitä. (Korkeila 1996, 30.)

Deinstitutionalisaation todellisiksi todetut ongelmat tulivat eteen innokkaiden muutospyrkimysten jälkeen. Osa entisistä potilaista on toki löytänyt paikkansa ja selviytynyt yhteiskunnassa hyvin, ja laitostumisen purkamiskehityksessä korostunut humanistinen ajattelu on lisännyt potilaiden vapautta sekä heidän ja heidän omaistensa huomioonottamista hoidon suunnittelussa. Mutta ainakin Yhdysvalloista ja Iso-Britanniasta on raportoitu myös vakavia ongelmia: monet pitkäaikaispotilaat eivät ole saaneet tarvitsemaansa hoitoa ja seurauksena marginalisoituneet asunnottomuuteen, päihteyksiin ja jopa vankilaan. Vajaiden resurssien ja myös puutteellisen tietämyksen vuoksi avohoidon ei ole aina järjestetty tyydyttävällä tavalla. Uloskirjoitetut potilaat ovat palanneet sairaalan seinien sisään yhä uudelleen ja uudelleen (ns. pyöröovisydrooma). Myös avohoidon henkilökunta on tutkimuksissa todettu sairaalahenkilökuntaa rasittuneemmaksi. (Korkeila 1998, 20, 33-36; Korkeila 1996, 10-14, 39; Salokangas ym. 2000, 35-37.)

Edelläkuvattuja ongelmia on tavattu monissa eri maissa. Suomen tilanne on kuitenkin tutkimusten mukaan huomattavasti parempi (Korkeila 1998, 20-21, 34-35; Salokangas ym. 2000, 182; Korkeila 1996, 36-40). Vuosien 1993 -1997 tietoja yhdistelevän tutkimuksensa perusteella suomalaista deinstitutionalisaatiota tutkinut Korkeila toteaa, että ”Kokonaisuutena julkisten erikoissairaanhoidon palvelujen tilaa voi pitää kohtuullisena ja julkisuuskuvansa parempana” (Korkeila 1998, 12). Saman tutkimuksen tuloksia on kuitenkin myös se, että psykiatrinen erikoissairaanhoidto on erilaista eri osissa maataamme.

Kolme vuotta tuoreempi (1999) Stakesin selvitystyö Puhkisäästetyt mielenterveyspalvelut on edellistä (Korkeila 1998) kriittisempi. Se kiinnittää huomiota mm. siihen, kuinka koko mielenterveystyössä asukkaat joutuvat eriarvoiseen asemaan asuinkuntansa mukaan. Palveluiden kunnallistaminen on saattanut vielä lisätä eriarvoisuutta. Lievempien psyykkisten häiriöiden hoidon yhteydessä huomautetaan, että resurssipula on johtanut priorisoitiin; keskitytään vain siihen, mitä ei voi olla hoitamatta. (Luomahaara ym. 1999, 2, xx.)

Hoitojärjestelmän muutokset näkyvät siis myös Suomessa, mitä tulee hoitokäytäntöihin ja potilaiden kokonaistilanteeseen. Hoitajaksojen määrä sekä sairaalaan palaaminen on 1990-luvulla kasvanut samalla kun jaksojen pituus on lyhentynyt, mikä viittaa hoitokäytäntöjen muutoksiin (Korkeila 1998, 59, 75; Salokangas ym. 2000, 185-186). Hoitokäytäntöjen erilaisuus eri osissa maata käy selitykseksi myös siihen, etteivät sairaalaan palamisen tiheys ja avohoitokäytien lukumäärä olleet yhteydessä potilaan kuntoon; tutkijat päättelevät sekä avo- että sairaalahoidon vaihtelevan enemmän alueen yleisen hoitoaktiiviteetin kuin potilaiden kunnan mukaan (Salokangas ym. 2000, 186).

1.4.3. Skitsofreniaprojektin tuloksia

Sairaalasta kotiutettujen skitsofreniapotilaiden selviytymistä yhteiskunnassa selvittävä laaja tutkimusprojekti (SKS-projekti) antaa selvän tuloksen skitsofreniapotilaiden aseman heikentymisestä 1990-luvulla. Tutkimus kohdistui vuosina 1982, 1986, 1990 ja 1994 sairaalasta kotiutettuihin skitsofreniapotilaisiin, joista kerättiin tietoja sekä takautuvasti että kotiuttamisen jälkeen kolmen vuoden ajalta. 1990-luvulla kotiutettujen potilaiden yleiset lähtökohdat yhteiskunnassa selviytymiselle olivat huomattavasti heikommät kuin tarkastelujakson alkupuolella. 90-luvulla sairaalasta kotiutetuilla potilailla oli aiempaa useammin ”suhteellisen vaikeita oireita” ja he ”olivat psykososiaaliselta toimintakyvyiltään aiempaa laaja-alaisemmin vammautuneita” (Salokangas ym. 2000, 195). Potilaiden laaja-alainen ja lisääntyvä yksinäisyys todetaan yhdeksi suurimmista sairaalasta avohoitoon siirtyneiden skitsofreniapotilaiden ongelmista. Ehkä hälyttävien muutosten kotiutettujen potilaiden tilanteessa koski kuitenkin jokapäiväisen elämisen perustoimintoihin liittyviä toiminta-

kyvyn rajoituksia; tutkijat käyttävätkin ilmaisua 'monirajoitteisuus'. Miesten tilanne todettiin heikommaksi kuin naisten. (Salokangas ym. 2000, 175,178, 195-196.)

Oman tutkimukseni ajankohtaisuutta perustelee parhaiten se, että Skitsofreniaprojektin tulosten mukaan "tydyttämättömän hoidon tarpeita oli eniten kuntoutuksen, seuraavaksi vuorovaikutustaitojen, mutta vain vähän lääkehoidon alueella. (...) Yleisesti ottaen sellaiset hoidot, jotka pyrkivät lisäämään luovuutta, toimintakykyä ja ihmissuhdevuorovaikutusta, ovat pitkään sairastaneiden skitsofreniapotilaiden hoidossa keskeisiä, ja niissä esiintyy edelleen huomattavaa puutetta" (Salokangas ym. 2000, 203-204). Puutteellisuus on kuitenkin vain yksi puoli asiaa psykiatrisen hoitojärjestelmän kokonaisuudessa. Tutkijat voivat todeta myös intensiivistä hoitoa tarjoavien hoitopaikkojen määrän lisääntyneen selvästi, eikä tutkimusjakson aikana avohoitoa vaille jääneiden potilaiden osuus oleellisesti muuttunut. Asumis- ja päivähoitoon siirtyneiden skitsofreniapotilaiden osuus nelinkertaistui ja pelkästään avohoitokäyntien varaan siirtyneiden osuus laski kolmanneksella. (Salokangas ym. 2000, 181,184.)

SKS-projektin tulosten mukaan skitsofreniapotilaat olivat suhteellisen tyytyväisiä elämäänsä yleensä. Erityisesti asumishoidossa olleilla potilailla tyytyväisyysaste oli korkea. Potilaat olivat säännönmukaisesti tyytyväisempiä nykyiseen elämäänsä kuin tilanteeseen heidän lähtiessään sairaalasta. Yleisesti ottaen potilaat (noin 80%) olivat tyytyväisiä myös saamaansa hoitoon. Tyytyväisempiä oltiin nimenomaan avohoitoon kuin sairaalahoitoon. Tätä saattaisi osaltaan selittää se, että huonokuntoiset potilaat olivat muutenkin parempikuntoisia tyytymättömämpiä saamaansa hoitoon sekä elämäänsä yleensä. Tutkijat huomauttavat myös, että todellinen tyytymättömyys saattaa olla todettua suurempaa, sillä potilaiden on voinut olla vaikea ilmaista tyytymättömyyttään, kun haastattelijana on ollut häntä hoitaneen työryhmän jäsen. Kaikesta tästä huolimatta tutkijat katsovat psykiatrisen hoitojärjestelmän vastanneen varsin hyvin potilaiden odotuksiin. Ainakaan huononemista 1980-luvulta 90-luvulle tultaessa ei ole heidän mukaansa havaittavissa. (Salokangas ym. 2000, 189-190, 206-207.)

Tutkijat kuitenkin toteavat sairaalasta kotiutuneenkin skitsofreniapotilaan tyypilliseksi vähempiosaiseksi, jolla yksinäisyys, työelämästä syrjäytyminen ja köyhyys korostuvat. Kolme vuotta kotiuttamisen jälkeen suuri osa potilaista koki taloudellisen tilanteensa huonoksi. Tarkastelujakson aikana taloudellinen tilanne ei heikentynyt, mutta yksinasuminen ja eläkkeelläolo lisääntyivät. (Salokangas 2000, 188.)

Sosiaalisella ulottuvuudella on vähintään yhtä suuri merkitys psykiatristen potilaiden hyvinvoinnissa kuin terveiden ihmisten. Sosiaalinen puoli on kuitenkin tavallisesti juuri se, jota psyykinen sairastuminen vaurioittaa. SKS-projektin tutkijat toteavat, että sairaalahoidossa olleet skitsofre-

niapotilaat lähes poikkeuksetta tarvitsevat säännöllisen hoito- ja / tai tukikontaktin terveytensä ja toimintakykynsä säilyttääkseen. Koska sairaus vahingoittaa nimenomaan kykyä vuorovaikutukseen ja johtaa usein sosiaalisista suhteista, myös hoitosuhteesta, vetäytymiseen, tarvitaan hoito- ja tukijärjestelmien sekä potilaan muun sosiaalisen verkoston aktiivista yhteistoimintaa ehkäisemään muuten niin tavallista ja monella tapaa haitallista eristäytymistä. (Salokangas ym. 2000, 205-206.)

Oma tutkimukseni on yritys avata asiaan potilaiden omaa näkökulmaa. Suora haastattelutilanne tarjoaa mahdollisuuden myös vuorovaikutuksen ja potilaiden itse tuottaman puheen tarkasteluun, eli vaikka kyselyaineistot ja henkilökunnan haastattelut antaisivatkin kattavamman kuvan psykiatristen potilaiden sosiaalisesta kokonaistilanteesta, on omalla menetelmälläni tietyt etunsa (palaan metodologialuvussa).

1.5. Psykiatrisen hoidon historia Suomessa, lyhyt oppimäärä

1.5.1. Kirkolta valtiolle

Psykiatrisen hoidon historia palautuu keskiajan jälkeisiin ns. pyhänhengenhuoneisiin, hospitaaleihin ja kirkon piirissä harjoitettuun laupeudentyöhön. Hospitaalit olivat alun alkaen spitaalisille tarkoitettuja laitoksia, mutta myöhemmin niihin kerättiin säilytettäväksi myös mielisairaita, sukupuoli- ja muita tauteja sairastavia, vammaisia sekä muita yhteiskunnan hylkimiä yksilöitä. Ajatuksena ei niinkään ollut parantaminen vaan eristäminen, osin myös aiheellisesti tartuntojen pelossa. ”Houruinhuoneella” -ajalle tyypillinen korrekti ilmaus- hoitoarsenaaliin kuuluivat käsi- ja jalka-raudat, rautapuomit, ristikkolukot, kahleet yms. Tuon ajan suurin hospitaali Suomessa oli surullisenkuuluisa Seilin hospitaali, joka erikoistui houruinhoitolaksi 1780-luvulla leprapotilaiden vähennyttä. Laitokseen tullessaan potilaan oli lunastettava hoitopaikka loppuiäkseen. Tosin loppuikä jäi usein lyhyeksi, sillä samana 30 vuoden ajanjaksona 1600-luvulla kun sairaalasta pääsi pois 15 ihmistä, heitä kuoli 379. (Eskola 1983, 203; Sarvilinna 1938, 72-73; Turunen & Achté 1983, 93-96.)

Foucault'n mukaan lepran esiintymisellä ja lopulta sen harvinaistumisella oli merkittävä yhteys mielenterveyden häiriöihin myös muuten kuin yhteisten tilojen kautta: lepra-sairaahan hahmoon liittyvät arvot ja mielikuvat säilyivät ihmisten tajunnassa, ja eristämiseen liittyvät merkitykset siirtyivät ikään kuin perintönä mieleltään poikkeaville, joille lepran vähentyminen jätti ikään kuin tyhjän tilan. (Foucault 1973, 6-7.)

Kirkollinen edustus myös Seilin hospitaalin johdossa oli vahva kirkkoherraa ja piispaa myöten, mikä sopi ajan henkeen (Turunen & Achté 1983, 94). Oli yleistä pitää sairauksia seurauksina

synneistä ja laajemminkin merkinä häiriöstä ihmisen jumalasuhteessa (Joutsivuo 1998, 59-63). Sen, mille taholle hoidon katsottiin kuuluvan, voi siis nähdä heijastelevan käsityksiä psyykkisen sairauden etiologiasta; vielä pitkälle uuden ajan puolella uskottiin ”paholaisten riivanneen järjensä valon menettäneiden sielut” (Eskola 1983, 203; lainaus Sarvilinna 1938, 72).

Keisari Nikolai I:n antama mielisairaanhoidoa koskeva asetus vuodelta 1840 oli tärkeä käännekohta psykiatrisen sairaanhoidon järjestämisessä. Tuolloin luotiin puitteet lääketieteellisen hoitojärjestelmän kehittämiseksi, sillä psykiatrisen hoito tuli osaksi valtion ylläpitämää ja lääkintäviranomaisten valvomaa sairaanhoidoa. Jo tuolloin tehtiin myös jako akuuttiin ja pitkäaikaiseen hoitoon, ja näille perustettiin myös omat erilaiset hoitolaitoksensa. Kokonaisuudessaan asetus välittää valistusaikaan sopivaa ajatustapaa entistä inhimillisemmästä ja ymmärtävämmästä hoidosta. (Eskola 1983, 204.)

Toisaalta vuoden 1840 asetus on myös osaltaan ylläpitänyt ajatusta parannettavista ja parantumattomasti sairaista. Asetus määräsi, että jos potilas ei kahden kuukauden sairaalassa vietetyn koeajan aikana osoittanut selviä paranemisen merkkejä, oli hänet lunastettava elinikäiseen jatkohoitoon turvalaitokseen. Parantumattomasti sairaiden sijoittaminen turvalaitoksiin osoittautui nopeasti hoitojärjestelmää tukahduttavaksi ratkaisuksi, sillä ajanmukaisilla hoitomenetelmillä parantivat kahden kuukauden aikana hyvin harvat potilaat. Elinikäiseen hoitoon ”tuomitsemisesta” siirryttiin päivämaksujärjestelmään vuonna 1861, mutta paineet hoitopaikkojen lisäämiseksi jatkoivat kasvuaan. (Eskola 1983, 204-205, 212.)

1.5.2. Avohoidon synty ja hoitoideologiat

Kuntouttaminen ja avohoito vakiintuivat osaksi psykiatrista hoitoajattelua 1960-luvulla, joskin avohoidon kehitys vilkastui ja työmuodot monipuolistuivat vasta 60-luvun puolivälin jälkeen. Samaan aikaan myös sosiaalipsykiatrisen näkökulma vahvistui asemaansa psykiatrisen ja muun hoitohenkilökunnan keskuudessa. (Anttinen 1983, 220, 225; Eskola 1983, 211).

Nykypsykiatriassa vallalla olevien käsitysten mukaan mielenterveyden säilyminen, järkkäminen ja yhtä lailla sairaudesta toipuminen ovat aina moniulotteisia ja monitasoisia tapahtumaketjuja, joissa vaikuttavat sekä biologiset, psykologiset että sosiaaliset tekijät, ja eri yksilöihin eri tavoin. Yksilökeskeisyydestä on siirrytty pyrkimykseen ymmärtää ihmistä perheensä ja muun elämänkenttensä jäsenenä ja niihin vuorovaikutussuhteissa olevana vaikutettavana ja vaikuttajana. Tietoisuus ja huomiointi sen seikan suhteen on lisääntynyt myös psyykkisten sairauksien hoidossa, että tällaiset pienyhteisöt välittävät ja valikoivat ilmiöitä yksilön elämismaailmaan. Sairauden synty voi olla yhteydessä kaikkiin näihin tasoihin, mistä seuraa, että hoidonkin on oltava monipuolis-

ta. Sairaalahoito ei selvästikään usein ole paras vaihtoehto noiden vuorovaikutussuhteiden hoitamisessa, mikä taas osaltaan puhuu avohoidon järjestämisen puolesta. (Anttinen 1983, 226-227.)

Anttinen (1983, 227) punnitsee em. hoitoideologian toteutumista käytännössä, ja huomauttaa psykiatrista hoitoa ja ehkäisevää mielenterveystyötä kahlitsevan ”monet näennäiset vastakohtasetelmat: perinnöllinen – hankittu, ruumiillinen – psyykkinen, yksilöstä johtuva - yhteiskunnan aiheuttama, hoito – ehkäisy”. Tosin kommentti on peräisin parin vuosikymmenen takaa, joten karkeimpien vastakkainasettelujen voisi uskoa jo ainakin osittain hioutuneen; onhan yleisemminkin lääketieteen näkökulma viime vuosikymmeninä kasvavassa määrin ottanut huomioon ihmisen eri osapuolien vuorovaikutuksen fyysis-psykkis-sosiaalisena kokonaisuutena. Kuten Anttinen kirjoittaa, ei ole oikein, jos joku em. kahtiajaon puolista saa ideologisen valta-aseman, sillä kaikki ne ovat tärkeitä ja täydentävät toinen toisiaan.

Vuoden 1952 mielisairaslaisissa maa jaettiin mielisairaanhoidopiireihin, joihin kuului akuutista hoidosta vastaava keskusmielisairaala sekä avohoidosta vastaava huoltotoimisto. Samalla ensisijainen vastuu mielisairaanhoidosta siirtyi lopullisesti kunnille ja valvonta lääkintöhallitukselle. Laki mahdollisti myös kunnallisten mielisairaaloiden perustamisen sellaisia potilaita varten, jotka eivät tarvitseet erikoishoitoa, minkä seurauksena syntyivät ns. A- ja B-sairaalat. Jaosta luovuttiin lakiuudistuksen yhteydessä vuonna 1977, ja sairaaloista tuli yhdenvertaisia. Samalla sairaalaan ottamista koskevat säännökset uudistuivat siten, että sosiaalihuolto ei enää osallistunut mielisairaanhoidon, ja avohoitoa tukevat hoitomuodot tulivat valtionosuuden piiriin. (Eskola 1983, 210-211; Elosuo & Harenko 1983, 151.)

Eskola tiivistää artikkelissaan suomalaista mielisairaanhoidon 150 vuoden ajan hallinneita teemoja, joista monet eivät kirjoitusajankohtanaan ole vanhentuneet. Ensi alkuun oli selvitettävä, mikä oli oikea taho vastaamaan hoitoon toimittamisesta ja hoidon järjestämisestä: valtio, omaiset vai seurakunta. 1800-luvun lopulle tultaessa ja siitä lähtien keskustelu oli muuttunut valtion ja kuntien väliseksi toimivaltakiistaksi. Lopulta vastuu siirtyi valtion ylläpitämältä sairaalalaitokselta lisääntyvin valtionavuin tuetulle kuntien terveydenhoidolle. (Eskola 1983, 212.)

Toisena historiaa halkovana teemana Eskola (sama, 212-213) mainitsee ”..vaivaishoidon ja hoidon, sittemmin sosiaalihuollon ja mielisairaanhoidon” välisen tehtävienjaon, mikä on näkynyt myös keskusteluna hoidon ja huollon kohteena olevista ryhmistä. Kolmantena keskusteluteemana on ollut akuutti- ja pitkäaikaishoidon sekä laitosp- ja avohoidon keskinäinen suhde. Tyyppillisesti paineet ovat kohdistuneet nimenomaan laitoshoidon järjestämiseen, ja ”..avohoidon kehittyminen on jäänyt jatkuvasti hyvää tarkoittavien komiteamietintöjen tasolle”. Ainoana olennai-

sena erona aiempiin keskusteluihin Eskola havaitseekin, ettei kirjoitushetkellä (1980-luvun alussa) kukaan ole voimakkaasti vaatimassa uusien psykiatristen sairaaloiden perustamista. (Eskola 1983, 212-214.)

Mielisairaiden sulkemista laitokseen loppuiäkseen pidettiin kuitenkin pitkään tavattoman yleisesti parhaana ratkaisuna. Mielisairauden uskottiin kyllä aiheuttavan runsaasti ongelmia asianomaiselle itselleen ja tämän ympäristölle, mutta sairauden itsensä ei katsottu varsinaisesti johtuvan sosiaalisista ongelmista. Kroonisena pidettyä tautia oli paras tutkia ja hoitaa sairaalassa, eikä laitostumisen vaaroja ja ihmisen yhteisöstään eristämisen sairautta pahentavia vaikutuksia osattu huomioida. Yhteiskunnan ennakkoluulot väheni(e)vät hitaasti. Hoitoajatteluun ovat vaikuttaneet paitsi kunkin aikakauden psykiatriset sairauskäsitykset, myös yleiset (pessimistiset) asenteet psykiatristen sairauksien hoidon onnistumista kohtaan. Lääketieteelliset käsitykset luonnollisesti vaikuttavat yhteiskunnassa vallitseviin asenteisiin, mutta varsinkin psykiatrian alalla tuo vaikutus on ollut huomattavan hidasta. (Anttinen 1983, 219-220.)

Koko totuus historiassa muuttuvista sairauskäsityksistä ei kuitenkaan tyhjene suljettuihin laitoksiin. Eskolan (1983, 213) mukaan merkittävimmät psykiatrista ajattelutapaa ohjanneista lääkäreistä olivat jo varhain 1800-luvun puolella painottaneet avohoidon tärkeää osuutta koko hoitojärjestelmässä, mikä näkyy, kuten sanottu, myös useiden komiteoiden mietinnöissä. Eri aikakausien ajatukset voivat olla yllättävän lähellä toisiaan, vaikka lääketiede ja ympäröivä yhteiskunta olisivat muuttuneet paljonkin. Jo 1800-luvun lopussa esiintyi humaania ajattelua, joka pyrki liittämään psyykkisesti sairait muiden ihmisten yhteyteen. Esim. sittemmin Suomen Mielenterveysseuraksi nimensä muotoilleen yhdistyksen säännöissä perustamisvuonna 1897 todettiin sen tarkoituksena olevan "tarjota suojelusta ja hoitoa toipuville ja parantuneille mielisairaille siten, että se helpottaa heidän paluutaan kansalaiselämään". (Anttinen 1983, 218.)

Anttinen kirjoittaa myös, että jotakin on toiminnan sisällöissä vuosikymmenten varrella myös menetetty. Esim. 1900-luvun alkupuoliskolla huoltotoimistoilla oli potilaskoteja, joissa potilaat työskentelivät puutarhassa, tekivät puu- tai käsitöitä ja hoitivat kanoja ja ankoja. Aikana jolloin käytävissä ei ollut nykyisenkaltaisia psykykenlääkkeitä oli sairaaloissa, ja ennen kaikkea niiden ulkopuolella, turvaututtava pelkkään hoitosuhteeseen ja yhdessä tapahtuviin toimintoihin. Lääkkeiden myötä toiminta on tullut rutiinomaisemmaksi ja tavallaan myös helpommaksi, sen sijaan inhimillinen vuorovaikutus on voinut vähentyä. (Anttinen 1983, 223.)

Ekskursiona mainittakoon, että Suomen Mielenterveysseuran nimihistoria heijastelee osuvasti paitsi vuosien myötä muuttuvia työn painotuksia myös ajassa muuttuvia käsityksiä korrekkeista ilmauksista. Yhdistys rekisteröitiin vuonna 1897 nimellä Skyddsföreningen för sinnesjuka – Tur-

vayhdistys mielenvikaisia varten. 1919 siitä tuli Sielunterveysseura, 1939 Hermo- ja mielitautien vastustamisyhdistys ja 1952 nykyinen Suomen Mielenterveysseura. (Vuoripalo 1983, 365.)

Samoin kuin 'houru' on aikoinaan –joskin jo kauan sitten- ollut käypä ilmaus psyykkisesti sairastuneille, on vielä 1970-80-luvulla ollut tapana puhua mielisairaista ja mielisairaaloista. Kuten Alanko & Sorri (1983, 343) huomauttavat artikkelissaan jo 1980-luvun alkupuolella, alkaa sanalla 'mielisairaala' "olla sama kohtalo kuin aikoinaan houruinhuoneella". Nykyisin puhutaankin psykiatrisesta sairaalasta tai yleissairaalan osastosta. Merkityserot toivotun ja ei-toivotun ilmauksen välillä voivat kuitenkin pysyä samoina: Alanko & Sorri mainitsevat 1860-luvun tapauksista, joissa sairastunut oli vastustanut houruinhuoneeseen joutumista, mutta hyväksynyt mielisairaalan, "koska edellinen oli käsitetty säilytyslaitokseksi ja jälkimmäinen sen sijaan parannuslaitokseksi".

2 Kirjallisuus

2.1. Käsitteistä ja käsityksistä

Vaikka itse ilmiöt pysyisivätkin keskeisiltä piirteiltään samoina, niitä koskevat kuvaukset ja käsitteet muuttuvat. Asian käsitteellistäminen heijastaa sen sosiaalista määrittelyä. Kuten edellä totesin, ilmausten korrektiuden aste vaihtelee ajassa; siinä missä ennen puhuttiin mielisairaista ja mielisairaaloista virallisissakin yhteyksissä, on nykyisin käytetty psykiatrisen osaston, potilaan ja myöhemmässä vaiheessa mielenterveyskuntoutujan nimityksiä. Eskolan (1991, 25) mukaan asenteiden muutos heijastuu käyttämässämme kielessä. Tämä tulee esiin varsinkin siinä, kuinka kielenkäyttöön on omaksuttu mielisairautta "laaja-alaisempi ja samalla vähempään leimaamiseen pyrkivä mielenterveyden häiriöiden käsite", joka "laventaa yhteiskunnallista ongelma-asettelua ja kytkee sosiaalisen ja psyykkisen ympäristön muutoksineen perinteisen lääketieteellisen sairauskäsitteen rinnalle".

Kuinka mielenterveyteen liittyvät ongelmat tulisi käsittää, ja kuinka niitä tulisi käsitteellistää? (Omassa työssäni käytän sekä psyykkisen sairauden että mielenterveysongelman tai -häiriön käsitteitä. 'Mielisairaudesta' kirjoittaminen perustuu ainoastaan kulloiseenkin lähdetekstiin.) Mielenterveyden käsitteen vakiintuminen arkiseen kielenkäyttöön ja viralliseen suunnitteluterministöön liittyy hyvinvointivaltion terveys- ja sosiaalipolitiikkaan, jossa psyykkisille häiriöille on pyritty löytämään myönteinen käsittely- ja käsitteellistämistapa. Käsite on moninainen, sillä sillä voidaan viitata sekä terveyteen positiivisessa merkityksessä että mielenterveyden puutteeseen, häiriöihin. Tieteellisenä käsitteenä mielenterveyttä on pidetty ongelmallisena, ja on ajateltu, että sitä tulisikin pitää toiminnan arvoista ja ihmiskuvasta kertovana yleisotsikkona. (Räty 1988, 5.)

Psykkisiin häiriöihin suhtautumista selvittävässä asenneasteikoissa puhutaan usein sekaisin "mielisairauksista", "psykkisistä häiriöistä" tai "psykologisista ongelmista". Rätty on kiinnittänyt erityistä huomiota asennekohteen esittämiseen tällä tavoin yleisenä, ja tutkinut empiirisesti kyse-lytutkimuksella käsitteisiin mielisairaus ja mielenterveysongelma liittyviä suhtautumistapoja ja mielikuvia, ja lisäksi verrannut näitä fyysisten sairauksien arviointiin. (Rätty 1988, 5, 9.)

Yhtäältä merkittäviä eroja ei ollut, toisaalta mielenterveysongelma nähtiin -valistustavoitteiden mukaisesti- mielisairautta valoisammin: ohimenevämpänä, yleisempänä ja syiltään enemmän yksilön vaikutuspiirissä olevana. Sen sijaan (asennetasoa lähestyvät) mielikuvat, joita mielisai-raaseen ja mielenterveysongelmasta kärsivään liitettiin, olivat hyvin samanlaisia ja somaattisesti sairaisiin verrattuna yhtä lailla kielteisiä. Tosin mielikuvien rakenteessa oli eroja siten, että mieli-sairaana kohdalla faktorianalyyssissa korostui uhkan ja vaarallisuuden ulottuvuus. Mielenterveys-ongelmaisen suhteen vaarallisuus ja ennustamattomuus ryhmittivät faktorianalyyssissa erilliselle vakavuus-ulottuvuudelle, minkä Rätty (1988, 28) tulkitsee niin, että ihmiset arvioivat, onko "mie-lenterveysongelmassa kysymys lievästä ja normaalin vaihtelun sisälle mahtuvasta poikkeamasta, vai todella ennustamattomasta ja vaarallisesta mielisairaudesta". Somaattisesti sairaaseen näh-den sekö mielisairas että mielenterveysongelmainen hahmotetaan vieraampana, kylmempänä, salaperäisempänä, ennustamattomampana, vaarallisempana, kelvottomampana ja jännit-tyneempänä. (Rätty 1998, 15-18, 25-29.)

Mielisairauteen liittyviin yleisiin käsityksiin liittyy mielenkiintoisia ristiriitaisuuksia. Rätty mainitsee ristiriidan, jossa yhtäältä sairastuneen oma vaikutus tilanteen syntyyn katsotaan jopa fatalistisen vähäiseksi, toisaalta mielisairautta selitetään lähinnä juuri yksilöllisillä ominaisuuksilla, ja toipumi- sessa korostetaan sairastuneen omaa osuutta. Yksilön ominaisuuksia painottava näkemys sopii yhteen Rädyn viittaamien tutkimuksien kanssa, joiden mukaan käsitykseen mielisairaudesta ei liity ajatusta alentuneesta henkilökohtaisesta vastuullisuudesta. (Rätty 1988, 7, 29.) Toinen ristirii- ta onkin juuri tässä: Sairastunutta saatetaan –tyypillisesti ennakkoluuloisen liioitellusti- pitää sai- rautensa vuoksi arvaamattomana ja vaarallisena; silti häntä ei vapauteta vastuusta. Mihin pelätyt ominaisuudet silloin voidaan attribuoida, muuhun kuin henkilökohtaiseen pahuuteen ja epäluotet- tavuuteen? Olisiko tässä kielteisten asenteiden ja mielikuvien perusta?

Sontag (1991, 62) käsittelee sairauksien käyttöä vertauskuvina kielessä ja kirjoittaa, ettei mikään ole sairastuneelle rankaisevampaa kuin se, että hänen sairaudelleen annetaan merkitys, vieläpä lähes poikkeuksetta luonteeltaan moralistinen merkitys. Mikä tahansa tärkeä sairaus, kirjoittaa Sontag, on taipuvainen suorastaan kylpemään merkityksissä, varsinkin jos sairauden aiheuttaja ja hoidosta saatu hyöty ovat epäselviä. Sairauden mystifiointia taas ehkäisee tehokkaasti se, jos siihen tiedetään jokin yksiselitteinen, fyysinen syy. Sen sijaan sairauksista, joiden syitä ei tiedetä

tai joita pidetään monisyisinä, tulee ihmisten mielikuvissa helposti mystisiä, ja ne ovat näin ollen alttiita metaforisen ilmaisun välineiksi haluttaessa kuvata jotakin yhteiskunnallisesti tai moraalisesti väärää. Syvimpien pelkojen aiheet, kuten mädännäisyys, rappio, saastuminen, normittomuus, heikkous samastetaan sairauteen, josta itsestään tulee metafora. Esimerkiksi kulkutauteja on käytetty yhteiskunnallisen häiriön vertauskuvina. Kun jokin asia mielletään sairauden kaltaiseksi, sen tarkoitetaan olevan jotakin vastenmielistä, rumaa, tuhoisaa tai selittämättömällä tavalla pahaa. (Sontag 1991, 62-65.)

Rädyn käsiteläkästeluihin palataksemme, mielenterveyden käsitteen moniaineisuus heijastuu mm. mielenterveyttä koskevassa tiedotuksessa. Lääketieteellisesti suuntautunut valistus rinnastaa psyykkiset ja somaattiset sairaudet: mielisairaus on tauti siinä missä muutkin, kuten sydän-sairaus, ja tällaisena vaatii myötätuntoa ja asianmukaista hoitoa. Relatiivisessa ajattelussa häiriöt esitetään jatkumona tai asteina lievästä vakaviin: mielisairaus on psyykkinen sairaus, jollaisia lievemässä muodossa on kaikilla ihmisillä jossain elämänsä vaiheessa. Nämä käsitystavat on usein esitetty ristiriidattomina ja ikään kuin toisiaan täydentävinä näkökulmina. Rädyn mukaan tämä kuitenkin on ongelmallista. Mielenterveysongelmiin liittyvien valistusstrategioiden tehoa ei ole tutkittu kovinkaan paljon, ja hänen oma tutkimuksensa keskittyy valistuksessa esiintyvien mallien ongelmakohtiin. (Räty 1998, 5-6).

Sairausanalogiaa on pidetty yksinkertaistavana mm. siitä syystä, ettei se huomioi psyykkisten häiriötilojen moninaisuutta, eikä saa ihmisten mielissä somaattista sairautta vastaavaa statusta. Rädyn mukaan mielisairaus hyväksytään "tavalliseksi" sairaudeksi lähinnä ulkoisten ja toiminnallisten piirteiden perusteella; sairaus alentaa toimintakykyä ja vaatii sairaalahoitoa. Kun sairaus kuitenkin kohdistuu ihmisen mieleen, sitä on epäkonkreettisuudessaan vaikea tutkia, ymmärtää ja hoitaa, ja siksi sitä voidaan pitää salaperäisenä ja pelottavana. Räty käsittelee myös psyykkisesti sairaan leimaantumista ikään kuin perusteluna sairausanalogiaa vastaan: Mielisairauden sosiaalisen määrittelyn keskeinen tunnuspiirre on leiman pysyvyys ja kattavuus. "Määrittely koskee koko yksilöä, hänen inhimillisyyttään ja asemaansa vastuullisena kansalaisena." Hän viittaa tutkimustuloksiin, joissa psyykkinen sairaus ei ihmisten asenteissa ja käsityksissä saanut somaattiseen sairauteen rinnastettavaa asemaa (esim. henkilökohtaisen vastuun väheneminen sairastumisen myötä). (Räty 1998, 6-7.)

Psyykkiset sairaudet tai häiriöt voidaankin monesta syystä erottaa omaksi erityisilmiökseen sairauksien kentässä. Field erottaa mielisairauden omaksi erityisryhmäkseen tarkastellessaan sairauksien sosiaalista -eli seurauksista syntyvien merkitysten kautta koostuvaa- määrittelyä (Räty 1998, 6). Mielisairauden kielteinen leima perustuu Fieldin (1976, 350) mukaan ympäristön odotusten rikkoutumiseen: fyysisissä sairauksissa odotuksia ei saavuteta, mielisairaudessa taas toi-

mitaan niitä vastaan, ja tällaisesta "väärästä toiminnasta" syntyy kiusaus päätellä sen johtuvan toimijan "väärästä" tai "vajavaisesta" luonteesta. Sontag (1991, 126-127) kirjoittaa osuvasti, että sydänkohtaus on tapaus, mutta se ei anna ihmiselle uutta identiteettiä, ei tee potilaasta yhtä "heistä". Näin siitä huolimatta, että sydänsairaudet voivat olla kohtalokkaampia kuin esim. siitä pahamaineisemmat ja enemmän merkityksiä sitoneet spitaali tai syöpä (psyhyken sairauksista puhumattakaan); sydänkohtaus ei Sontagin mukaan muuta ihmistä olennaisesti kuin parempaan suuntaan (muutokset elämäntavoissa). Etymologisesti 'potilas' merkitsee kärsijää, potijaa. Pelkoa aiheuttaa paitsi kärsimys sinänsä myös kärsimyksen aiheuttama alennustila (Sontag 1991, 127).

Tässä kohtaa on erityisen olennaista tehdä ero sairauden tai häiriön ja sen saamaan sosiaalisen merkityksen välillä. Vaikka valistustavoitteita ei (vielä) olisikaan saavutettu siinä, että psyhyken sairauksille suotaisiin sama ylyksilöllinen asema kuin muillekin sairauksille, ja vaikka psyykkisillä häiriöillä olisikin omat erityispiirteensä fyysisiin sairauksiin nähden, voi sairausanalogia silti olla toimiva ja parhaiten vastata todellisuutta. Sitä, miltä asiat näyttävät suuren yleisön silmissä, ei kai ole syytä käsittää normatiivisesti; se ei siis kerro miten asioiden tulisi olla; se on vain otettava huomioon erityisesti silloin, kun käsityksiin halutaan vaikuttaa. Mielenterveyden ongelmien erityisluonne kyseenalaistuu myös sairausanalogian sisällä (sosiaalinen merkityksenanto pois lukien), kun otetaan huomioon, että todistettavasti myös monien yksinomaan fyysisinä oireina ilmenevien sairauksien synnyssä on osansa psyykkisillä tekijöillä.

Rädyn (1998, 8) mukaan sekä sairaus-analogian että relativistisen jatkumoajattelun, jossa mielenterveyden häiriöiden rajat käsitetään liukuviksi, ongelma on lisäksi siinä, että se "laajentaa psykiatrisesti määriteltyä käyttäytymistä ja uhkaa vastaavasti avartaa stigmatoidun käyttäytymisen alaa". Stigmatisoituminen on selvästikin ongelma, paitsi stigmatisoitujen itsensä, myös kaikkien ihmisten tasa-arvoista kohtelua kannattavien kanssaeläjien kannalta. Se on kuitenkin ennen kaikkea sosiaalinen, sosiaalisissa suhteissa syntyvä ongelma tai haitta. Kenen kannalta psykiatrinen puhe käyttäytymisestä on ongelma? Eikö kaikki käyttäytyminen ole jo valmiiksi psykiatrisesti määriteltyä, jos oletetaan, että psykiatria määrittelee (vähintään häiriöiden puuttumisen kautta) myös terveen ihmisen? Eikö psykiatristen käsitteellistysten ymmärtäminen automaattisesti negatiiviseksi ilmiöksi ole juuri osoitus alueen leimaantuneisuudesta?

Kun puhutaan medikalisaatiosta, on tärkeää tarkastella minkä tyyppisiä ilmiöitä sen kohteena kulloinkin käsitellään. Abortti, homoseksuaalisuus ja huumeidenkäyttö (medikalisaation alan laajennuksista esimerkkinä, ks. Field 1976, 354-355) ovat sisällöllisesti kovin erityyppisiä asioita verrattuna esim. psyykkisiin häiriöihin tai sairauksiin. Perusteltua lienee pitää yhtenä ohjenuorana sitä, miten ihmiset itse asian kokevat; esim. abortin tekeminen on tavallisesti ihmisen omassa valinnassa, homoseksuaalisuus on usein ongelma lähinnä ympäristön suvaitsevaisuuden kannal-

ta, ja huumeiden käyttökin on jossakin vaiheessa itse aloitettu vaikka siitä myöhemmin seuraisikin vaikea riippuvuus. Psykkiseen häiriöön kukaan ei oma-aloitteisesti *ryhdy*, ja sitä kukaan tuskin pitää sitä ensisijaisesti rikkautena identiteettinsä ja elämänsä kannalta. Kuten Field (1976, 354) kirjoittaa, pitävät mielenterveyspotilaat tilaansa poikkeuksetta epämieluisana – joitakin psykoottisia tapauksia lukuunottamatta.

Lääketiede ei ole yksin keskenään erilaisten psyyken sairautta ja niiden syntyä koskevien selitystensä kanssa; myös sosiaalitieteissä asiaa voidaan lähestyä useammalta kantilta. Lääketiede sovelluksineen pyrkii sairaiden ihmisten parantamiseen, mutta mihin sosiaalitieteet pyrkivät? Toisinaan esim. sosiologisia hulluus-tekstejä lukiessa syntyy vaikutelma, että lääketieteelliset selitysmallit esitetään tarkoituksellisen ja tarpeettoman vastakkaisina sosiaalisille selityksille, ja edellisten korvaaminen jälkimmäisillä on päämäärä sinänsä. Tieteenalat keskittyvät eri asioihin ja niillä on keskenään erilainen näkökulma vaikka ne tutkisivatkin samaa asiaa. Tarvitseeko näkökulmien välttämättä olla toisilleen vaihtoehtoisia, eivätkö ne useinkin voisi täydentää toisiaan, ilman että toinen syö toisen sisäänsä? Onko ihmisiltä itseltään, niiltä joita tutkitaan, kysytty mitään?

III

M3: No onhan se nyt kun ennen sanottiin hulluks mutta nyt sanotaan mielenterveyspotilaaks niin..(hhh)

KP: Aha. Se ois kuitenkin että ois jonkun verran muuttunu.

M3: Niin..(hh) Niin ja onhan se muuttunu tuo sairaalalotkin, isot sairaalat on lopetettu ja..

KP: Niin joo, se on..

M3: .. ja tullu pienempiä tilalle ja.

KP: Mn.

M3: Aikoinaan kun ei ollu ambulanssia niin Vilppulassa oltiin joka viikko..

KP: Ai mitä että? Aikaisemmin..?

M3: ..ambulanssia [epäselvää!!]

KP: Joo.

M3: ..Vilppulassa oltiin joka viikko.

N1: Eliikkä Vilppula on Pihtiputaalla.

KP: Aha.

H1: Entinen A-mieli-

N1: Vaikka en tota ite siellä oo koskaan ollukaan (mutta).

H1: Sitä sanottiin niinku Amielisairaalaksi että (.) aikaisemminhan noi oli noi... sairaaloitakin sanottiin mielisairaaloiksi. Mutta mitäs niitä nykyään sanotaan?

N2: Sanotaanks psykiatrisiks..?

H1: Niin..

KP: Psykiatrisiks sairaaloiks joo. Ai ne oli -niin ne oli mielisairaaloita nuo..

H1: Joo.

M3: Kyllä se oli kolkko paikka. (hh)

M2: On Kangasvuoressakin ni (.) kun siellä on remontoitu ne vanhat osastot ja sitte tullu niitä uusia osastoja ni [yskähtää] (hh) kyllä niinku (.) olosuhteet on (.) paremmat mitä joskus seitkytluvullakin

N1: On varmaankin joo.

KP: Niin joo. Olosuhteet paremmat.

N1: Mnh.

KP: Tuo onkin mielenkiintonen tuo että onko asenteet sitte muuttunu..?

M2: Sillon kun mä muutin tuonne Harjulan kuntoutumiskotiin sairaalasta ni (.) yks tuota naapuri ni, mä kuulin kun se parvekkeella sano ett sano jollekin toiselle tyyppille että ”kyllä hu- hulluilla on hyvät oltavat”

KP: Mnn. Niin tää oli nyt niinku.. aa oliko tää nyt niinku viiden vuoden sisään?

M2: Yheksän seittemän.

KP: Aa se oli niin myöhään, joo. Mn. (..) Että hulluista puhutaan edelleen.

N1: Kyllä. Kyllä mää ainakin oon (.) kuullu (/hullu?)

KP: Joo... (..) No tuntuuks teistä loukkaavalta jos puhutaan mielisairaista..? Kun se on niinku virallisista yhteyksistä ainakin jossain määrin poistettu?

M3?: Tuntuu loukkaavalta.

[samanaikaista aloitusta]

N2: ..psykkisesti sairas. En käyttäs sanaa mielisairas vaan psykkisesti sairas.

KP: Joo. (Tjoo.)

M3: >Kun< sillä on niin kolkko merkitys (että)

KP: Niin sillä mielisairaalla (ja)..?

M3: Niin.

KP: (Joo, joo.)

N1: Minun minun mielestä sillä hullulla on vieläkin pahempi kaiku että >sehän on aivan< ”hullu”

KP: Niin joo (se on)..

N1: ..että ihan joku täys.. kaheli.

2.2. Stigma

Tunnetuin leimaantumisen tutkija sosiologiassa lienee Erving Goffman. Stigma –Notes on the Management of Spoiled Identity (1986, alkuteos 1963) ei tarjoa yhtenäistä teoriaa asioiden selittämiseen vaan pikemminkin kuvaa ja nimeää tunnettuja, arkisiakin ilmiöitä poikkeavuuden teemaan liittyen. Käytökelpoisia käsitteitä se tarjoaa yhtä kaikki. Stigman voinee tarvittaessa suomentaa leimaksi. Leimaantumisella taas yleisesti tarkoitetaan sosiaalista prosessia, jossa ihminen jonkin ei-toivotun ominaisuutensa vuoksi käsitetään erilaiseksi kuin muut.

Muinaiset kreikkalaiset käsittivät stigmalla ihmisen ruumiissa näkyvissä olevan merkin, joka leimasi kantajansa huonoon moraaliseen asemaan. Sittemmin sanaa on käytetty enemmänkin ”merkkiin” liittyvään häpeään kuin itse merkkiin viitaten. Goffman on kiinnostunut stigmatisoitujen ja normaalien kohtaamisista. Ei-stigmatisoidun nimeäminen normaaliksi on kai käsitettävä ironiaksi, sillä Goffman ei suinkaan jaa reaali-ihmisiä kahteen eri ryhmään. Hän käsittelee stigmatisoitua ja normaalia normien synnyttäminä rooleina, joissa voi olla kuka tahansa tilanteesta riippuen; eri elämänvaiheissa roolit muuttuvat, eivätkä myöskään henkilöön liittyvät asioiden edullisuus ja epäedullisuus ole vakioita. Toisaalta tietyt stigmatisoivat piirteet voivat viedä yksilön stigmatisoidun rooliin lähes jatkuvasti ja yhteiskunnan eri alueilla, mutta tällöinkin stigma syntyy sosiaalisissa suhteissa eikä mitenkään vakioisesti ko. ominaisuudessa itsessään. (Goffman 1986, 11-17, 161-164.)

Olen omassa työssäni käyttänyt stigmatoidun ja normaalin käsitteitä samassa merkityksessä; ne viittaavat rooleihin, eivät mihinkään absoluuttiseen ihmisten väliseen jakautumiseen. Näin Goffman määritteleeekin stigman enemmän ihmisten välisiä suhteita kuin itse ominaisuuksia painottaen: "The term stigma, then, will be used to refer to an attribute that is deeply discrediting, but it should be seen that a language of relationships, not attributes, is really needed." "A stigma is really a special kind of relationship between attribute and stereotype (...)" (Goffman 1986, 11-14, 163-164.)

Kohtaamisessa tuntemattoman ihmisen kanssa jo ensivaikutelma mahdollistaa hänen sijoittamisensa tiettyyn kategoriaan ja tiettyjen ominaisuuksien sijoittamisen häneen. Tätä eräänlaista tuntemattoman henkilön "odotusarvoa" Goffman nimittää hänen oletetuksi sosiaalisesti identiteetiksi (virtual social identity). Katteoria ja ominaisuudet, jotka toiseen todellisuudessa osoittautuvat liittyvän, ovat hänen todellinen sosiaalinen identiteettinsä (actual social identity). Stigma on oletetun ja todellisen sosiaalisen identiteetin välistä yhteensopimattomuutta, eikä sen kantajaa pidetä tasa-arvoisena normaaliensa kanssa. (sama, 12-15.)

Jo totaalisisissa instituutioissa tutuksi tullut moraalisen uran käsite viittaa samanlaista stigmaa kantavien henkilöiden yhteisiin oppimisen kokemuksiin ja muutoksiin käsityksessä itsestään. Tällaisia oppimisprosesseja tapahtuu esim. siinä, kun yksilö ensin omaksuu normaaliensa näkökannan ja yhteisön yleiset identiteettikäsitteet sekä uskomukset siitä, millaista tietyn stigman kantaminen voisi olla. Toisessa vaiheessa hän itse huomaa kantavansa tiettyä stigmaa eli tietää, ettei täyty yhteisesti jaettuina odotuksia. Nämä moraalisen uran alkuvaiheet ja niiden ajoitus ja vaihtelu muodostavat Goffmanin jaottelun mukaan neljä erilaista mallia, esim. sen mukaan onko stigma synnynäinen vai ei, kuinka suojaava varhaisvaiheen kasvuympäristö on suhteessa stigmaan jne. Kolmanneksi henkilö joutuu opettelemaan kuinka selviytyä stigmasta koituvien sosiaalisten seurausten kanssa, ja Goffmanin järjestyksessä tätä vaihetta seuraa em. läpimenon ilmiö. (sama, 45, 101.)

Mildred Blaxterin tutkimuksessa (1976, 1980) kysymys stigmasta tuli oleelliseksi vasta sellaisten vastaajien kohdalla, joiden vamma oli selvästi näkyvä. Tosin nuoret ihmiset, joilla oli ilmeinen ortopedinen vamma, eivät hekään viitanneet sosiaalisen vuorovaikutuksen ongelmiin, pikemminkin heillä oli hyviä kokemuksia. Stigman merkittävyys osoittautui olevan suuresti riippuvainen vamman tai sairauden luonteesta. Stigma oli vahvimmillaan vamman tai sairauden uhatessa arkivuorovaikutuksen itsestäänselvää maailmaa. Kanssaihmissen oli vaikeinta hyväksyä häiriöitä, jotka vaikeuttivat kommunikointia tai aiheuttivat tavanomaisia sosiaalisia malleja rikkovaa epätavallista tai ennustamatonta käyttäytymistä. Näistä ominaisuuksista on sanottu, että ne "vammauttavat normaalin" (disabled the normal), sillä tällaisissa kohtaamisissa ei-vammaiset/ei-

sairaat joutuvat heikkoon asemaan huomattaessaan tavanomaisen sosiaalisen välineistönsä riittämättömäksi hallitsemaan uutta tilannetta (Hilbourne 1973 Blaxterin 1980 mukaan). (Blaxter 1980, 197-198.)

Blaxterin tutkimuksessa epilepsia muodosti oman erityiskategoriansa. Kenelläkään tutkimuksen epileptikoista ei ollut omia stigmaan viittaavia sosiaalisia kokemuksia, mutta jokainen heistä oli tästä huonojen kokemusten puutteesta yllätynyt ja kiitollinen. Kaikki myös kertoivat yleistason esimerkkejä siitä millaisia ongelmia epileptikot ”yleensä” kohtaavat. Blaxter tulkitsee koulutuksen sekä sairauden saaman julkisuuden muokanneen ihmisten suhtautumista myönteisemmäksi, mikä ei kuitenkaan ole poistanut kohderyhmän mielistä tietoisuutta siitä, kuinka epileptikkoihin ennen on suhtauduttu, tai kuinka *joidenkin* ihmisten uskotaan edelleen suhtautuvan. (Blaxter 1980, 198-199.)

Vamman näkymättömyydellä saattoi olla myös huono puolensa. Blaxterin tutkimuksessa kuulo- vaikeuksista kärsivät olivat toinen erityisryhmä, sillä he saattoivat salata vammansa antaen näin mahdollisuuden tavanomaiselle sosiaaliselle vuorovaikutukselle –pystymättä itse kuitenkaan kuulonsa vuoksi osallistumaan täysipainoisesti. Tästä seurasi monenlaisia väärinkäsityksiä. Yleisesti ottaen Blaxter havaitsi asiakkaiden suhteiden erilaisiin toimistoihin ja viranomaistahoon kehittyvät helposti riitaisaksi ja kaunaiseksi, jos kanssakäymisessä niiden kanssa oli vaikea saada itseään ymmärretyksi. (Blaxter 1980, 199-201.)

Kolmantena erityisryhmänä neurologiset vammat koettiin juuri sosiaaliselta kannalta hankaliksi, vaikka kommunikointi sinänsä ei olisikaan tuottanut vaikeuksia. Blaxterin mukaan tässä yhteydessä sosiaalisia suhteita hankaloitti yleinen uskomus suorasta yhteydestä hermojärjestelmän, aivojen, luonteen ja älykkyyden välillä. Neurologiset potilaat kokivat itseään kohdeltavan ”erilaisena”, sanojensa mukaisesti ”hupsuna”, tai kuin ihmiset eivät ymmärtäisi, että kyseessä on fyysinen vamma. Yleisemminkin erityisen stigmatisoituja olivat vammat tai sairaudet, joita tuntemattomina pidettiin outoina, ja joita oli vaikea ymmärtää, esimerkkinä MS-tauti. (Blaxter 1980, 201-202.)

Blaxterin havainto siitä, kuinka erityisesti kommunikointia vaikeuttavat, ja siten jokapäiväisen vuorovaikutuksen itsestäänselvyyttä rikkovat, vammat osoittautuivat stigmatisoiviksi, sopii hyvin yhteen myös sen kanssa mitä Ojanen ja Sariola (1985, 23-24) kirjoittavat skitsofreniaa liittyen. On psykologisesti ja sosiaalisesti raskasta asettaa kanssakäymisen perusta, puhe, jatkuvasti epäilyksen alaiseksi. Normaaliin kanssakäymiseen ei kuulu epäillä keskustelukumppanin käsityskykyä, ja niinpä meillä on voimakas taipumus olettaa toisen ymmärtävän mitä hänelle sanomme. Samoin pyrimme mieltämään järkeväksi sen mitä toinen sanoo meille. Kovin monta kertaa toistu-

vasti ei viitsitä kysyä edes silloin, kun ei saada selvää siitä mitä toinen sanoo. Vielä harvemmin kysytään silloin, jos toisen puhe on foneettisesti täysin selvää mutta sisällöllisesti käsittämätöntä.

2.3. Sosiaaliset verkostot

Yhtenä välittävänä tekijänä yhteiskunnan ja yksilön erilaisten ongelmien välillä voidaan tarkastella sosiaalista verkostoa. Sosiaalisen verkoston käsite viittaa tässä yhteydessä yksilön itsensä tärkeinä pitämien ihmissuhteiden kokonaisuuteen, jonka vuorovaikutussuhteiden kautta hän ylläpitää sosiaalista identiteettiään. Näistä vuorovaikutussuhteista hän saa henkistä tukea, materiaalista apua ja palveluja, tietoja sekä uusia ihmissuhteita. (Seikkula 1996, 25.) Ihmisen sosiaalisten suhteiden kokonaisuutta on hahmotettu eri yhteyksissä eri käsittein, vaikka sisältö ja käyttötarkoitus olisivatkin jokseenkin samat. Allardt (1976, 42-46, 50-55) kirjoittaa eräässä pohjoismaisessa hyvinvointitutkimuksessa käytetystä yhteisyysuhteiden käsitteestä, johon ko. tutkimuksessa sisällytettiin paikallis- ja perheyhteisyys sekä ystävyysuhteet. Yhteisyysuhteisiin palaan sosiaalisen liittymisen aineistokappaleessa.

Psykiatriassa yksilön sosiaalista verkostoa on perinteisesti käsitelty puskurina elämäntilanteisiin liittyvän stressin seurauksia vastaan. On tutkittu verkostojen rakenteellisia ominaisuuksia (verkoston koko, tiheys ja ryhmittäminen) ja toisaalta niiden funktionaalisuutta (mitä merkityksiä verkoston jäsenten toiminnalla on). Eri ryhmiin kuulumisen on todettu terveelliseksi, samoin monipuoliset ja vastavuoroiset suhteet, joissa siis sama ihminen toimii sekä antajan että saajan roolissa. On tutkittu, että tavanomaisen työssäkäyvän aikuisen verkostoon kuuluu keskimäärin 25 tärkeää ihmistä, joista 3-6 koettiin erityisen läheisiksi. Yksilön subjektiivinen kokemus sosiaalisesta verkostostaan on luonnollisesti kuitenkin usein merkittävämpi kuin verkoston objektiivisuuteen pyrkivä kuvaus. (Seikkula 1996, 16-17, 25-31.)

Sosiaalisen verkoston muutokset vaikea-asteisten mielenterveysongelmien yhteydessä on todettu monissa tutkimuksissa. Yhteenvetona eri tutkimuksien tuloksista skitsofreniapotilaiden verkostoista on todettu mm. seuraavaa: heidän verkostonsa ovat tavanomaista pienempiä, käsittäen 8-12 ihmistä; verkostoon kuuluu usein lyhytaikaisia suhteita (esim. potilaskavereihin tai hoitajiin); sosiaalisesti merkitsevät suhteet usein puuttuvat, kuten hyvät tuttavat tai sukulaiset; verkostossa ei ole samanaikaisesti tunne- ja välinesuhteita, vaan joko välineellisiä tai tunnesuhteita; suhteet ovat epätasapainoisia siten, että niissä ei esiinny vastavuoroista tunne- ja välinevaihtoa. (Seikkula 1996, 42.) Yleisesti ottaen voidaan todeta, että psykiatristen potilaiden ihmissuhteet ovat yleensä kärsineet sairastumisesta; ne ovat vähentyneet määrältään ja tulleet laadultaan lyhytkestoisiksi. (Tämä tulee esiin mitä tahansa psykiatrian sosiaaliset aspektit huomioivaa kirjaa selatesa, enkä tässä yhteydessä käsittele ilmiön mahdollisia syitä ja selityksiä sen kummemmin.)

2.4. Stigma ja sosiaaliset verkostot empiriassa

Barhamin ja Haywardin (1991) tutkimus, joka osui käsiini sattumalta, on kuin vahvistus omalle työlleni: aihe ja menetelmä vastaavat omiani, ja samaa voi sanoa tutkijoiden saamista vastauksista. Barham ja Hayward haastattelivat ryhmämuotoisesti 24 entistä mielenterveyspotilasta tarkoituksenaan juuri heidän yhteiskunnallis-sosiaalisen kohtalonsa selvittäminen. Kaikki haastateltavat olivat sairastaneet tai sairastivat skitsofreniaa. Haastattelut olivat puolistrukturoituja kuten omanikin mutta huomattavasti syvempiä luonteeltaan.

Barham ja Hayward esittävät monia mielenkiintoisia ja myös oman aineistoni kanssa yhtäpitäviä ajatuksia, joita mielelläni lainaan. Ensiksikin heidän lähtökohtansa psyykkisen sairauden luonteen suhteen vastaa omaani. Haluan välttää ääripäät, joissa molemmissa se mitä psyykkiseksi häiriöiksi kutsutaan on ikään kuin loppuun saakka selitetty: toisaalla on lääketieteellinen reduktionismi, joka pahimmillaan edustaa hyvin mekanistista ihmiskuvaa ja keskittyy ihmisen itsensä sijasta patologiaihin ja niiden luokitteluun ja lääkintään; toisaalla normalisoiva diskurssi, jossa kroonisen psyykkisen sairauden todellisuus kielletään perustuen hyvää tarkoittavaan ajatukseen tämänkaltaisen erilaisuuden tai poikkeavuuden häviämisestä oikeanlaisen kohtelun seurauksena. (Barham & Hayward 1991, 5.)

He myös allekirjoittavat psyykkisten häiriöiden ylikulttuurisuuden siinä mielessä, että tiettyjen vakavien psyykkisten häiriöiden kuten skitsofrenian esiintyvyys on suhteellisen vakioista eri kulttuureissa. Samalla kuitenkin se, millaista psyykinen sairastaminen tai sairauden kanssa eläminen on, vaihtelee kulttuureittain, mikä tekee siitä enemmän sosiaali- kuin luonnontieteellisen kysymyksen. (Barham & Hayward 1991, 3.)

Kirjoittajat tarkastelevat haastateltaviensa kertomaa persoonan tai ihmisyyden (personhood) palauttamisen ilmentymänä, ja keskeisessä asemassa ovat persoona-ihmisyyden ja kansalaisuuden käsitteet. Psykiatrisen "hoidon" vuosisatainen historia –*hoidosta* tuskin on aina voinut puhua on ohjannut näkemään sairastuneet ennen kaikkea *toisena*, jonakin hyvin vieraana. Jatkona historialle on traditionaalisen psykiatrian näkemys skitsofreniasta olennaisesti menetyksenä, jossa sairautta edeltävä henkilö häiriön voimasta ikään kuin katoaa. Tällä tavoin skitsofrenia on enemmän kuin sairaus, joka *ihmisellä on*; se on jotakin mitä ihminen itse *on* tai miksi hän *muuttuu* (Estroff 1989, 189 Barhamin & Haywardin 1991, 2 mukaan). Kirjoittajat kysyvät, kuka/mitä oli olemassa ennen sairautta, ja kuka/mitä sairauden aikana sekä sen jälkeen.

Jos ihmisen itsensä ajatellaan sairauden myötä katoavan seuraa siitä ongelmia entisen mielenterveyspotilaan aseman suhteen. Jos henkilö on ikään kuin menetetty häiriölle, on sairaalasta

yhteiskuntaan palaaville yksilöille vaikea antaa täyden ihmisyyden statusta ja hyväksyä heidät jäsenyyskategoriaan yhdeksi meistä muista. (Barham & Hayward 1991, 2-3.)

Samoin kuin minun haastatteleman avohoidon kuntoutujat kertovat Barhamin ja Haywardin haastattelemat ihmiset yksinäisyydestä ja eristäytyneisyydestä, yhteyksien katkeamisesta entiseen tuttavapiiriin ja korvautumisesta kohtalotovereilla, vaikeudesta saada työtä, sairautensa hyväksymisestä, ihmisten peloista ja ennakkoluuloista skitsofreniaa sairastavia kohtaan, ristiriitaisesta suhteesta lääkkeisiin, rahan puutteesta, sairauden uusiutumisen mahdollisuudesta, suhteestaan palvelujärjestelmään, hyödyllisen tekemisen puutteesta...

Verratessani Barhamin ja Haywardin haastatteluja omaan aineistooni en –puheen sisältöjen suhteen– löydä niistä mitään olennaista eroa. Kirja on englantilainen ja ilmestynyt reilun 10 vuotta sitten, mutta teemat ovat pysyneet samoina, eikä Suomen ja Englannin välillä näytä olevan tässä suhteessa ainakaan kovin suuria eroavaisuuksia. Yksi erottava seikka on kuitenkin asumisjärjestelyt; saattaa olla, että suomalainen sosiaaliturva takaa avohoidossa oleville psykepotilaille paremman asumisen tason kuin mitä Englannissa vastaavassa tilanteessa voi päästä käymään. Toisaalta voi hyvällä syyllä olettaa myös Suomessa psyykkisesti sairaita olevan kaikenlaisen hoidon ulkopuolella ja myös asunnottomina.

Barham ja Hayward tiivistävät kolmeen tyyppiin ongelmat, joita haastateltavat kohtaavat pyrkiesään jäsentämään elämänsä tarinaa ja palauttamaan itseymmärryksensä perusta, jolta jatkaa sosiaalista elämää. *Eksklusio* merkitsee haastateltavien kohtaamia rakenteellisia rajoituksia koskien esimerkiksi asumisjärjestelyjä, työnsaantia ja heidän sosiaalista elämäänsä rajoittavia muureja. *Taakka (burden)* viittaa niihin kulttuurisiin seurauksiin, joita psykiatrisen taustan paljastuminen herättää eri yhteyksissä, ja myös niihin moniselitteisiin merkityksiin, joita virallinen psykiatrinen viitekehys korostaa ja pakottaa sairastuneet omaksumaan. *Uudelleenorientaatio (re-orientation)* tarkoittaa tapoja, joilla toimijat pyrkivät uudelleen orientoitumaan suhteessa alttiuteensa olla tai toimia tavoilla, joita pidetään sairauden oireina; selittää ne, oppia selviytymään niiden kanssa ja sulattaa ne osaksi itseymmärrystään. (sama, 13.)

2.5. Antipsykiatria ja leimaamisteoria

Interaktionistisessa suuntauksessa sairautta pidetään sosiaalisen poikkeavuuden yhtenä muotona. Terveystieteiden tarkastellaan määrittelemässä yhteiskunnan puolesta sairauden ja terveyden rajaa ja tällä tavoin sen katsotaan harjoittavan sosiaalista kontrollia. Mielenterveyteen liittyvää teoreettista keskustelua käytiin interaktionistisen paradigman puitteissa jo 1950-60-luvulla. Osana keskustelua syntyi ns. antipsykiatria-liike, joka kyseenalaisti psykiatrian tieteellisen ase-

man ja väitti sen olevan vain eräänlainen poikkeavan käyttäytymisen kontrollin mekanismi. Mieli-sairaus ja poikkeavuus yleensä käsitettiin yhteiskunnassa vallitsevien arvojen heijastumiksi. (Mannila 2000, 17; Riska 2000, 32.)

60-luvun lopulla ja 70-luvulla sosiologian ja psykiatrian välistä suhdetta leimasi tämä antipsykiat-riaksi kutsuttu liike. Nimitys kertonee asian ytimen; liike suuntasi ruutinsa psykiatrian auktoriteet-tiasemaa kohtaan. En tiedä kutsuivatko Becker, Cooper, Laing, Szasz, Lemert, Rosenhan ja Goffman itseään antipsykiatreiksi, mutta psykiatreja olivat ainakin Szasz ja Laing. Antipsykiatrit tunsivat leimaamisteoreettisesti orientoituneet sosiologit liittolaisikseen, sosiologit jotka korostivat yksilön ominaisuuksien sijaan psykiatristen käytäntöjen leimaavuutta (Fee 2000, 11).

Antipsykiatreista ehkä radikaalein oli Thomas S. Szasz, joka halusi kokonaan hylätä käsityksen psyykkisistä sairauksista sairauksina. Hän puhui mielenterveydestä ideologiana ja piti psyykkistä sairautta (mental illness) uskonnollisiin myytteihin verrattavana ilmiönä. Uskomusjärjestelmät rauhoittelevat ihmisiä ja vaalivat toivoa ongelmien hallintaan tietyillä symbolis-maagisilla toimen-piteillä. Sairauksien sijaan olisi Szaszin mukaan puhuttava elämisen ongelmista (problems in living), ongelmista jotka koskevat sitä kuinka yksilön tulisi elää. (Szasz 1973, 12-24.)

60-70-luvun psykiatriaankeskittyneistä tutkijoista mainittakoon vielä Thomas J. Scheff, joka pyrki luomaan kokonaisen teorian psyykkisen sairauden synnystä sosiaalisissa järjestelmissä. Scheffin tarkoituksena ei kuitenkaan ollut tyystin hylätä perinteisiä psykiatrian ja psykologian selitysmalleja, vaan tarjota niiden yksilökeskeisyydelle täydentävä vastakohta ja herkistää psykiatrian alaa taloudellisille, poliittisille ja sosiaalipsykologisille näkökohdille. Teorian johtoajatus on, että useinmiten kroonisessa psyykkisessä sairaudessa on kyse sosiaalisesta roolista, ja että tärkein tuohon rooliin ajava tekijä on sen saama yhteiskunnallinen / sosiaalinen reaktio (societal reaction). (Scheff 1968, 24-28, 175-176.)

2.5.1. Antipsykiatria aikansa lapsena

Antipsykiatrisen liikkeen on nähty ikään kuin vastanneen tietyn aikakauden tarpeisiin: sen voi perustellusti ajatella syntyneen vastareaktionä 1950-luvulta voimistuneelle tiukan lääketieteelli-selle mielenhäiriöiden hoidon mallille, jossa tärkeänä pidettiin fyysisiä hoitomuotoja, lääkitystä ja potilaan sulkemista sairaalaan. K W M Fulfordin mukaan antipsykiatrien ja psykiatrien välisessä kiistassa ei ensisijaisesti ollut kyse faktoista vaan ennen kaikkea käsitteistä –tosin antipsykiatrit olivat keskenäänkin erimielisiä siitä, millä tavoin mielenterveyden häiriöt tulisi ymmärtää. Yksi-mielisiä he olivat kuitenkin sellaisen lääketieteellisen lähestymistavan vastustuksessa, joka samaisti mielenhäiriöt fyysisiin sairauksiin ja keskittyi oireiden kuvaamiseen, luokitteluun ja kausaa-

lisuhteiden etsintään. Tällaisen lähestymistavan taipumus merkitysten huomiottajättämiseen oli Fulfordin mukaan yksi antipsykiatrian liikkeellepanevista voimista. (Fulford 2002, 119, 124-125.)

Lääketieteellinen malli on vuosikymmenien kuluessa monesti osoittanut vahvuutensa mitä tulee varsinkin lääkkeiden käytön kasvuun ja niistä saatuun hyötyyn puhumattakaan neurotieteen kehityksestä yleensä. Siksi monet pitävät selvänä, että antipsykiatria on kuollut. Fulford näkee asian moninaisemmin: jos antipsykiatria-liikkeen tavoite oli kapean lääketieteellisen mallin kaataminen, voi sen sanoa onnistuneen tässä projektissa. 1980-2000-luvulla antipsykiatria-liikkeen esiintuomat teemat ovat ainakin osittain sulautuneet osaksi psykiatrian valtavirtaa: lääkäreiden kliininen auktoriteetti on hajonnut yksittäisiltä henkilöiltä ”tiimeille” (ryhmille); avohoito ja psykoterapia ovat lisääntyneet vaihtoehtona laitoshoidolle ja pelkille lääkkeille; palveluiden käyttäjäliike on lisännyt vaikutusvaltaansa ja myös omaiset ovat järjestäytyneet. Fulfordin mukaan siinä missä ennen vallitsi yksi malli mielenhäiriöiden käsitteellistämässä, vallitsee nyt erilaisten mallien demokratia. (Fulford 2002, 120-121, 128.)

Ja vaikka antipsykiatriaan kytköksissä oleva leimaamisteoria ei kykenisikään selittämään psyykkisten häiriöiden syntyä, on sen ansioksi luettava että se olennaisella tavalla käsittelee tärkeitä ”toisen asteen haittoja” (secondary impairments), joita sairaaksi lukemisesta voi olla seurauksena. (Field 1976, 353.) Kokonaisvaltaisena sairauden käsitteellistämisyriytyksenä se on kuitenkin todettu naiiviksi jättäessään huomiotta sen kärsimyksen, mitä sairastuneet kuitenkin kokevat (ks. esim. Fee 2000, 13-14.)

Eräänlaiseksi käytännön työtä tekevän puolustuspuheeksi tai vastaukseksi antipsykiatrialle voidaan tulkita Ojaseen ja Sariolan ajatuksen siitä, että mielisairaaloitten ja muiden ”totalitääristen laitosten” (ks. Goffman 1980) kuten vankiloiden, nuorisokotien, jopa lasten- ja vanhainkotien epävirallisena tehtävänä on toimia yleisenä, koko sairaalan ulkopuolisen yhteiskunnan, ahdistuksen ja syyllisydentuntojen kaatopaikkana. Tällä tarkoitetaan kollektiivista syyllisydentuntoa siitä, että yhteisö ei kykene millään paremmalla tavalla torjumaan onnettomuutta jäsentensä yltä. Nämä laitokset eivät itse käy keräämässä asiakkaitaan, vaan ottavat vastaan ihmisiä, joita muu yhteiskunta niihin lähettää. Tästä huolimatta laitokset saavat syyt niskoilleen siitä, että ihmisiä vastoin tahtoaan pidetään hoidossa tai vangittuna. Toisaalta esimerkiksi mielisairaaloita syytetään paitsi siitä, että ne eivät päästä ihmisiä pois, myös siitä, että ne päästävät, nimittäin toisia ihmisiä häiritseviä mielisairaita. Ojanen ja Sariola kirjoittavat, että kun jokin ongelma yhteisössä on tarpeeksi suuri ja syyllisyys tarpeeksi voimakasta, joutuu ongelmaa hoitava laitos syytetyksi, tekipä se mitä hyvänsä. (Ojanen & Sariola 1986, 314.)

Onkin tärkeää huomata, että monilla yhteiskunnan instituutioilla aina perheestä erilaisiin valtion palveluburokratioihin on *sekä* auttamisen *että* kontrolloimisen funktio, eikä kumpaakaan puolta ole syytä laiminlyödä instituutioita koskevissa analyyseissa. Abram deSwaan kirjoittaa, että huolimatta kaikesta siitä mitä mielenterveysliikkeessä, aikamme terapiakultteissa, auttaja-professioissa ja sosiaaliturvabyrokraateissa on vialla, suurin osa Euroopan ja Amerikan kansalaisista todennäköisesti kärsii kuitenkin enemmän sen puutteesta, mitä he näiltä instituutioilta voisivat saada, kuin saman asian yliannostuksesta. (de Swaan 1990, 166.)

2.5.2. Kulttuurirelativismin rajat

Jos psyykkisen sairastamisen synty ja luonne nähdään ensisijaisesti sosiaalisena leimaavien sosiaalisten prosessien tuotoksena tai psyykinen sairaus jopa pelkkänä myyttinä (kuten Szaz), erityisen mielenkiintoisia silloin ovat antropologiset havainnot eri kulttuureista. Se, mikä meille tässä kulttuurissa on normaalia tai epänormaalia, ei välttämättä ole sitä muille; tähän relativismiin on purettu myös terveyden ja sairauden käsitteitä. Sitä, mitä pidetään sairaana, pidetään usein myös epänormaalina, vaikka kaikkea epänormaalina pidettyä ei aina pidettäisikään sairaana. Missä määrin olisi perusteltua puhua sairaudesta tai epänormaaliudesta ylikulttuurisella tasolla?

Cecil G. Helman tiivistää kulttuurin ja psyykkisen sairastamisen välisen suhteen neljään kohtaan: kulttuuri määrittelee sen, mikä on normaalia ja epänormaalia tietyssä yhteisössä; kulttuuri voi olla osaltaan vaikuttamassa tiettyjen sairauksien syntyyn; kulttuuri ohjaa sairauden kliinistä ilmenemismuotoa ja levinneisyyttä; kulttuuri määrää tavat, joilla psyykinen sairaus tunnistetaan ja luokitellaan sekä sen, kuinka yhteisön muut jäsenet sitä selittävät ja hoitavat. (Helman 1990, 214-215.)

Helman esittää ajatuksen jatkumoista, joita jokaisessa kulttuurissa on paitsi akselille normaali-epänormaali käyttäytyminen, myös koskien epänormaalien käyttäytymisen kontrolloituja ja kontrolloimattomia muotoja. Epänormaalien käyttäytymisen kontrolloitua muotoa edustaa ehkä selkeiten eri kulttuureille tyypilliset juhlintamenot, joissa tunnetusti käyttäydytään ”arkisesta normaalista” selvästi poikkeavalla tavalla. Esimerkkeinä mainitaan erityisesti Latinalaisen Amerikan sekä Kariibian festivaalit ja karnevaalit; suomalaisesta vastineesta käynee vappuhulinat. Tällaisessa tapauksessa poikkeavalla käyttäytymisellä on kuitenkin tietty ennustettava konteksti ja ajoitus, eli ne ovat normeihin tarkkaankin kontrolloituja tapahtumia. (Helman 1990, 215-216.) Kovin pitkälle tällaisesta tapahtuma-luonteisesta ja siten normitetusta käyttäytymisestä ei tietenkään ole mielekäs-täkään puhua poikkeavana tai epänormaalina; esimerkithän vain todistavat normaaliuden ja poikkeavuuden suhteellisesta luonteesta.

Jos normaalius määrittyy eri yhteisöissä ja konteksteissa eri tavoin, kuinka pitkälle psyykkistä terveydentilaa voi pitää absoluuttisena, kulttuurien rajat ylittävänä tutkimuskohteena? Olisiko psyykkisen terveyden suhteen perusteltua puhua kaikista kulttuurisista variaatioista riippumattomasta normaaliudesta? Leimaantumisteorian –jonka Helman (1990, 222) samastaa Szaczilta peräisin olevaan näkemykseen psyykkisestä sairaudesta myyttinä- mukaanhan psyykkinen sairaus on enemmän sosiaalinen kuin biologinen tosiasia, vain eräs poikkeavuuden luokitus, joka kylläkin voi vaikuttaa myös biologiset tekijät. Näin ollen psyyken sairaudet voidaan määritellä psyyken sairauksiksi vain suhteessa siihen yhteiskuntaan, jossa ne esiintyvät.

Sosiaali/kulttuuriantropologit ovat kuitenkin löytäneet -paitsi liudan enemmässä tai vähemmässä määrin eksoottisia, meidän länsimaisessa katsantokannassamme oireiksi luokiteltavia käyttäytymismuotoja- myös tiettyjä yhtäläisyyksiä siinä, millaista käyttäytymistä eri yhteisöjen jäsenet itse pitäisivät epänormaalina tai sairaalloisena. Yhteistä on ensinnäkin se, että ongelmallisena pidetty käyttäytyminen sijoittuu epänormaalin jatkumolla kontrolloimattomaan päähän; ei-toivottuna sitä kuvataan hulluksi tai sitten pahaksi, "mad or bad". Kulttuurin kontrolloimattomissa oleva, ilman ymmärrettävissä olevaa syytä tai tarkoitusta tapahtuva toiminta; ahdistus, masennus ja kiihtymys hallitsemattomassa muodossa; sekavuustilat ja väkivaltaisuus on tutkimuksissa todettu ainakin jossakin määrin ylikulttuurisesti leimaaviksi käyttäytymismuodoiksi. Kontrolloidun suunnan poikkeavuus liittyykin usein uskonnollisiin tai yleensä kosmologisiin harjoituksiin ja menoihin. Länsimainen psykiatri saattaisi pitää transsitilassa olevaa shamaania skitsofreenisenä, mutta rituaalia toteuttava shamaanikin toimii sopusoinnussa kulttuurissa vallitsevien uskomusten kanssa, eikä tosiasiallisesti skitsofreniaa sairastava yksilö voisi selvittääkään tästä vaativasta roolista. (Helman 1990, 215-219.)

2.6. Miten sosiaalinen konstruktionismi kohtaa kokemuksen?

Sosiaalisen konstruktionismin ydintä on, että todellisuus, kieli ja tieteelliset käsitteet ovat yhteiskunnallisesti tuotettuja. Yhteistä ajattelutavan eri suuntauksille on filosofinen pohja, jonka mukaan kielen ei ajatella ainoastaan kuvaavan maailmaa vaan myös muokkaavan ja luovan sitä (esim. Honkasalo 2000, 53). Terveys sosiologiassa sosiaalisen konstruktionismin alkuteoksia voidaan Honkasalon mukaan pitää Erving Goffmanin Stigmaa ja Eliot Freidsonin teosta Profession of Medicin. Vaikka hyödynnänkin tässä työssä Erving Goffmanin käyttöön vihkimiä käsitteitä ja jaan monelta osin hänen näkemyksensä stigmasta siihen liittyvine prosesseineen, en kuitenkaan täysin allekirjoita sosiaalisen konstruktionismin lähtöoletuksia. Ainakin on selvää, että konstruktionismi ja kokemuksen tutkiminen voivat joutua ristiriitaan –vähintään ne tarjoavat vastauksia eri kysymyksiin.

”Miten sosiaalinen konstruktionismi kohtaa kohtaa kokemuksen?” kysyy Marja-Liisa Honkasalo artikkelissaan sairauden sosiaalisesta rakentumisesta. Hän pohtii fenomenologian ja sosiaalisen konstruktionismin suhdetta ja toteaa sairautta käsittelevässä yhteiskuntatieteellistä tutkimuksessa olevan vallalla jonkinlaisen kahtiajaon, jossa ”tuotettu” ja ”eletty” eivät kohtaa toisiaan. Hänen mukaansa ”fenomenologia on saanut huonon maineen yhteiskuntatieteissä ilmeisesti sen vuoksi, että siinä keskeisen ”puhtaan kokemuksen” on ymmärretty tarkoittavan puhtautta ja aitoutta jos-sakin diskursseja edeltävässä merkityksessä. Sellainen on tietysti sosiaalisesti jaettavan tuolla puolen ja siten myös yhteiskuntatieteen tutkimuskohteiden ulkopuolella.” Jonkinlainen välittävä kanta voisi hänen mukaansa –Merleau-Pontyyn ja Bourdieuhun viitaten- kuitenkin olla mahdollinen, sillä ”maailma ja ruumiit fenomenologian piirissä ovat alun alkaen, jo lähtökohdissaan kulttuurisia. [...] Yksi perustava ero on kuitenkin jäljellä: sosiaalinen konstruktionismi sisältää julki-lausumattoman ajatuksen maailmasta (ihmisten ja diskurssien) tuotteena ja luomuksena, kun fenomenologia on äärellisyyden filosofiaa. Sen mukaisesti olemme myös kiinni maailmassamme, juurtuneina siihen.” (Honkasalo 2000, 70-72.)

Omassa kroonista kipua käsittelevässä tutkimuksessaan hän havaitsi biolääketieteen olennaisen roolin sairauskokemuksen rakentajana. Potilaat, jotka kärsivät kroonisesta kivusta, mutta joille ei löytynyt sopivaa lääketieteellistä diagnoosia, joutuivat moraalisiin vaikeuksiin. Diagnoosi merkitsi sairauden totuudellisuuden tunnustamista, sen tunnustamista ”oikeaksi” sairaudeksi, ja ilman sitä potilaita voitiin epäillä esim. valehtelemisestä tai sosiaalitukien hyväksikäytöstä. Ilman diagnoosia jääneet potilaat alkoivat eristäytyä ja tuntea häpeää, mitä Honkasalo kuvaa sosiaalisesti eli yhteiskunnallisissa käytännöissä rakentuvaksi kivuksi. (Honkasalo 2000, 69-71.)

Joukko viime vuosien tutkimuksia ovat osoittaneet, että toisinaan potilaat itse vaativat lääketieteellistä luokitusta silloinkin, kun lääkärit ovat vastahakoisia sitä antamaan. Yksi selitys tähän, ei tosin ehkä merkitykseltään ensimmäinen, on potilaan kannalta lääketieteellisen legitimaation saaminen erilaisille eduille kuten toimeentulon turvaamiselle. (Bury 1997, 101-102.) Lääketieteen pohjaava legitimaatio on taloudellisia etuja laajemminkin helppo ymmärtää oireiden tunnistamiseksi, jota ilman niistä kärsivä helposti turhautuu ja kokee ettei häntä oteta vakavasti.

Myös psykiatrisilla diagnooseilla voi olla vastaava funktio: ne legitimoivat diagnosoidun sairaan rooliin, mikä vapauttaa tämän tavallisista velvollisuuksistaan (sairaana roolista seuraavassa kappaleessa). On luonnollisesti helpompaa kärsiä jostakin sellaisesta, joka on tunnettu ilmiö, ja jolle löytyy nimi sekä hoitokeinot, kuin jostakin sellaisesta, joka elää vain omassa kokemuksessa ja voidaan aina ulkopuolelta kyseenalaistaa. Psykiatrian yhteydessä yhteiskunnallinen kipu - Honkasalon käsite- ei kuitenkaan diagnoosin saamisen ja lääketieteellisen tunnustamisen myötä

välttämättä vähene, vaan voi myös lisääntyä. Silloin on kuitenkin kyse enemmän häiriön /sairauden stigmasta kuin ensisijaisesti ulkopuolisten epäilyistä ongelmien todellisuuden suhteen.

Tällainen lääketieteen antaman legitimaation funktionaalisuus ei tietenkään todista legitimoitavan ilmiön olemassaoloa juuri sellaisena, kuin miksi se lääketieteen kielessä on määritelty. Lääketieteellä sekä psykologialla on kuitenkin olennainen rooli psyykkisten häiriöiden käsittelyssä, ja vaikka korostaisikin häiriöiden sosiaalista puolta, on niiden näkeminen pelkkänä sosiaalisena konstruktiona ihmisten ongelmien todellisuuden vähättelyä. Psyykkisellä sairaudella on sosiaaliset seurauksensa, jonka kuvaamiseen Goffmanin stigmaa koskevat käsitteet sopivat hyvin. Sairaus itsessään on kuitenkin olennaisesti jotakin muuta kuin ainoastaan sosiaalista konstruktiota. Se on jotakin hyvin tosiasiallista, jonka kanssa sairastuneen ihmisen on vain elettävä. Esim. skitsofrenialla, kuten useilla muillakin psyykkisillä häiriöillä, on nyky menetelmin todennettavasti myös biologista taustaa. Miten muuten olisikaan selitettävissä esim. oireiden häviäminen lääketietyksen seurauksena? Vaikean asteen mielenterveyden häiriöitä voi perustella myös jonkinasteisella ylikulttuurisuudella (ks. edellä Helman 1990).

2.7. Sairaalan rooli

Talcott Parsonsinkin funktionalistiseen selittämisen tapaan perustuva sairaalan roolin käsite on terveys sosiologian perinteisimpiä ja tunnetuimpia teoreettisia näkemyksiä ja kuuluu suomalaisenkin terveys sosiologian perusvälineistöön. Parsonsinkin sairaalan roolissa minua viehättää oman aiheeni kannalta se, että siinä erotetaan toisistaan sairauden biologisesti määräytyvä ja sosiaalisesti määräytyvä puoli. Sosiaalisesti määräytyvä osa viittaa sairaalan rooliin, jonka turvin sairastunut yksilö voi omaksua yhteiskunnassa tiettyjä erityisoikeuksia, ja palata asteittain normaaleihin rooleihinsa oikeuksineen ja velvolluuksineen. Sairautta pidetään poikkeavana, mutta tahattomana käyttäytymisenä. Sairas vapautetaan tavanomaisista velvolluuksistaan, eikä häntä pidetä vastuullisena kykenemättömydestään hoitaa rooleihinsa liittyviä tehtäviä. Sairaalan roolin tarjoamat oikeudet ovat kuitenkin ehdollisia: sairaalla on myös velvollisuus parantua, mikä tarkoittaa myös hoitoon alistumista tarvittaessa. (Mannila 1992, 183-184.)

Uta Gerhardtin mukaan Parsons-kritiikin kohteena on yleensä ollut sairauden kykenemättömyysparadigma, Parsonsinkin toisen, poikkeavuutta koskevan ja psykoanalyttiseen teoriaperinteeseen pohjautuvan sairausparadigman jäädessä huomiotta (Gerhardt 1987, 110). ”Kykenemättömyysmallissa” sairautta tarkastellaan kykenemättömyytenä suoritua niistä rooleista, joita yksilöllä elämäntilanteessaan on. ”Poikkeavuusmallissa” sairaalan rooli taas nähdään myönteisenä saavutuksena. Myös tämä poikkeavuus johtuu Parsonsinkin mukaan kykenemättömyydestä suoritua

sosiaalsiin rooleihin liittyvistä velvollisuuksista, mutta ”se on myös motivoitu, joskin tavallisesti tiedostamaton ratkaisu”. (Mannila 1992, 185.)

Sairaan roolin käsitettä on Uta Gerhardtin (1987, 110) mukaan aiheetta kritisoitu siitä, ettei se soveltuisi kroonisen sairauden tarkasteluun. Pitkäaikaissairaudet ja vammaisuus vaativat kriitikkojen mukaan erityyppisen käsitteen, sillä niihin ei liity parantumisen velvollisuutta samalla tavoin kuin lyhytkestoiseen sairastamiseen. Juuri pitkäaikaissairauksien merkitys länsimaisissa yhteiskunnissa on lisääntynyt, kun niitä tunnustetaan entistä paremmin, hoidot ovat kehittyneet ja ihmisten elinikä kasvanut. On myös huomautettu, että koska vain osa ihmisistä pitää itseään täysin terveenä, on virheellistä pitää terveyttä oletusarvona ja sairautta poikkeamana tästä. Terveystieteiden kaikkien teoreettiset suuntaukset kuitenkin jakavat perusolettamuksen terveydestä sosiaalisesti määräytyvänä normaalitilana, joten Parsons ei tässä suhteessa ole kritiikin kohteena yksin (Gerhardt 1987, 113; Mannila 1992, 183).

Monet ovat katsoneet sairaan roolin käsitteen toimimattomaksi erityisesti psyykkisen sairauden suhteen. On huomautettu, että jos psyykkisesti sairas henkilö täyttää odotuksen parantua sitä kautta, että hankkiutuu ammattimaiseen hoitoon, tämä altistaa hänet samalla elinikäiselle stigmatisoitumiselle. Niinpä onkin ehdotettu, että psyykkisen sairauden suhteen velvoite parantumiseen korvattaisiinkin velvollisuudella *pysyä sairaana*. Tällaisen erottelun fyysisen ja psyykkisen sairauden välillä ovat jotkut katsoneet perustuvan siihen, että edellinen on selvästi henkilön oman vastuualueen ulkopuolella; jälkimmäisen psyykkinen luonne taas nostaa esiin kysymyksen henkilön omasta vastuusta mitä hänen tilaansa tulee. (Gerhardt 1987, 113.)

Eteeni ei ole osunut tietoa siitä, millä tavoin Parsons itse teoretisoi -tai olisi teoretisoinut- psyykkisestä sairaudesta. Olisiko hän siinäkin erottanut biologisen ja sosiaalisen puolen, ja kohdellut sitä analyysissään kuin mitä tahansa fyysistä sairautta sosiaalisine seurauksineen; vai olisiko hän pitänyt sitä vain poikkeavuuden muotona, johon (tiedostamatta) ryhdytään roolin suomien etujen vuoksi? Lähden tässä siitä oletuksesta, että sairaan roolia voidaan soveltaa psyykkisiin sairauksiin vastaavalla tavalla kuin muihinkin pitkäaikaissairauksiin (tarkoittamatta että kaikki psyykkiset häiriöt olisivat pitkäaikaisia). Gerhardtin mukaan krooniseen sairauteen vertaava sairaan roolin kritiikki on perusteetonta, sillä Parsons itse on esittänyt, ettei parantumisen velvoite ole ehdoton. Velvollisuus parantumiseen on tendenssimäinen, joten kroonisen sairauden tapauksessa yksilöllä tulee olla pyrkimys hoitaa sairauttaan ja minimoida sen haittavaikutukset. (Gerhardt 1987, 119; Mannila 1992, 185; Mannila 2000, 21.)

3 Metodologia

3.1. Teemamuotoinen ryhmähaastattelu

Aineistonkeruumenetelmäksi valitsin teemamuotoisen ryhmähaastattelun. Teemahaastattelu on strukturoidun lomakehaastattelun ja avoimen haastattelun välimuoto, jota kutsutaan myös puolistrukturoiduksi haastatteluksi. Teemahaastattelun puolistrukturoitu luonne ilmenee siinä, että jokin näkökohta haastattelussa on ennalta määrätty, mutta ei kaikki. Ennen kaikkea vastauksille ei anneta valmiita vaihtoehtoja. Esimerkiksi kysymysten muoto ja järjestys voivat vaihdella haastattelusta toiseen, vaikka aihepiirit eli teema-alueet ovat kaikille haastateltaville samat. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 47).

Teema-alueet ovat alueita, joihin haastattelukysymykset kohdistuvat. Tietty väljyys haastattelukysymyksissä on hyväksi, kun tavoitteena on selvittää sitä, miten tutkittava ilmiö konkretisoituu juuri haastateltavan maailmassa ja hänen ajatuksissaan. Haastattelumenetelmän suurimpana etuna omassa tutkimuksessa pidän juuri joustavuutta; aineiston keruuta voi säädellä tilanteen edellyttämällä tavalla ja vastaajia myötäillen. Aiheen tutkittavuudesta ja tutkimuksen lopullisesta suunnasta ei voinut vakuuttua vielä suunnitteluvaiheessa, joten suoran kielellisen vuorovaikutuksen mahdollistama tunnustelu ja esitettävien kysymysten valikointi olivat menetelmän tärkeitä ominaisuuksia. Haastattelumenetelmän valinnalla halutaankin yleensä huomioida tutkittava ihminen merkityksiä luovana subjektina, jolla on tutkimuksessa aktiivinen rooli. (Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara 1997, 200-202; Hirsjärvi & Hurme 2000, 66.)

Sulkusen (1990, 264) mukaan ryhmien haastattelu on otollinen valinta varsinkin silloin, kun halutaan päästä käsiksi pienoiskulttuurien merkitysrakenteisiin. Tällöin ryhmissä tuotetun puheen ajatellaan edustavan sellaisia jäsenyyksiä ja merkitysrakenteita, "joiden avulla ryhmien jäsenet jäsentävät sosiaalista todellisuuttaan, keskinäisiä suhteitaan ja omaa identiteettiään ei ainoastaan ryhmähaastattelussa vaan elämässä yleensäkin" (Sulkunen 1990, 265-266). Muina lähestymistapoina ryhmähaastattelujen analyysiin hän jaottelee faktuaalisen informaation keräämisen, yhteisten normien tai ihanteiden tutkimuksen, ryhmän sisäisen vuorovaikutuksen tutkimisen, sosiolingvistisen kommunikaation tutkimisen ja viimeisenä edellä jo mainitun puheen tarkastelun kulttuurisia jäsenyyksiä artikuloivana tekstinä.

En lähtökohtaisesti ajattele mielenterveyskuntoutujien muodostavan yhtenäistä pienoiskulttuuria omine merkitysrakenteineen; ei liene aiheellista puhua 'kulttuurista' kun haastateltavien keskinäinen kanssakäyminen on hyvin rajallista ja taustat erilaisia. En myöskään väitä, ettei jotain kulttuurinsuuntaista yhteistä ja yhdistävää voisi heidän välillään olla, mutta sitä en kuitenkaan ensisijaisesti ole tutkimassa. Sulkusen mainitsema kulttuurisemioottinen lähestymistapa on kuitenkin

puhtaista muodoista lähinnä oman tutkimukseni näkökulmaa aineistoon. Kuten Sulkunen (1990, 266) kirjoittaa, ovat lähestymistavat usein päällekkäisiä näin tuottaen omaperäisiä -enemmän tai vähemmän onnistuneita- analyysiotteita.

Haastattelumenetelmän etuna voi tässä tapauksessa pitää sitä, että aihe koskee arkoja ja vaikeita asioita; toisaalta juuri arkojen kysymysten tapauksessa lomakekyselyn etäisyydestä ja anonyymiydestä saattaa olla hyötyä (Hirsjärvi ym. 1997, 202). Sekä yksilö- että ryhmähaastattelulla on luonnollisesti hyvät ja huonot puolensa. Ryhmähaastattelun etuja on ensinnäkin taloudellisuus: tietoa saadaan samanaikaisesti usealta vastaajalta (Hirsjärvi & Hurme 2000, 63). Kuten Hirsjärvi ym. (1997, 207) toteavat, on ryhmähaastattelu erityisen käyttökelpoinen silloin, kun voidaan ennakoida, että haastateltavat arastelevat haastattelua. ”Ryhmä antaa tilaa keskustella vaikeistakin asioista, sillä tarkoitus ei ole paljastaa henkilökohtaisuuksia, vaan jäsenet toimivat pikemminkin omaa viite- tai väestöryhmäänsä edustavina informantteina”, kirjoittavat puolestaan Pötsönen ja Välimaa (1998, 3).

Ryhmätilanne tuottaa myös omat haasteensa, joita yksilöhaastatteluun ei liity. Ryhmä tai sen yksittäiset jäsenet voivat vaikuttaa, ja jollakin tasolla aina vaikuttavatkin, toisiinsa kontrolloivasti. Kuten Pötsönen & Välimaa (1998, 4) toteavat, tuottaa ryhmähaastattelu tietynlaisen sosiaalisen ympäristön ja ei-luonnollisen tilanteen, joten siinä lausutut kommentit on hahmotettava tätä taustaa vasten. Haastattelijan rooli ja kokeneisuus korostuvat ryhmän haastattelussa, joka on ainakin joiltain osin yksilön haastattelemista vaikeampaa. Perusedellytys ryhmämuotoisen haastattelun onnistumiselle luonnollisesti on, että haastateltavat ovat sekä kykeneviä että halukkaita kertomaan ajatuksiaan ja mielipiteitään muille. (Pötsönen & Välimaa 1998, 4-8.) Viimeistä ja edellistä ehtoa pidän oman tutkimukseni heikoimpina kohtina mitä tulee menetelmän valintaan.

Haastateltavat voivat kuitenkin saada myös tukea toistensa läsnäolosta, ja toimia toistensa ”stimulantteina”, jatkaa siitä mihin toinen jäi (Pötsönen & Välimaa 1998, 3). Ryhmähaastattelun etuna voi pitää myös sitä, että siinä haastattelijan ja muiden läsnäolijoiden huomio jakaantuu usean ihmisen kesken, mikä voi haastateltavien kannalta olla vapauttavaa. Tässä tutkimuksessa valinnan ryhmä- ja yksilöhaastattelun välillä ratkaisi viime kädessä toteutuksen helppous. Oli valmis käsiteltävää aihetta edustava ryhmä, eikä haastateltavien valinta päässyt korostumaan liikaa. Yksilöhaastatteluilla tai toistuvilla saman ryhmän haastatteluilla olisi saanut kerättyä toisenlaisen aineiston, ja tutkimuskysymyksen olisi silloin ollut toinen.

3.2. Haastateltavat / kohderyhmä

Keitä tutkimuksessa on haastateltu, ja miten olen heidät löytänyt? Haastateltavat ovat erään keskisuomalaisen mielenterveystoimiston aikuisikäisiä asiakkaita, joiden haastattelemisen järjestyi sopivasti reseptien uusimiseen liittyvien tapaamisten yhteydessä. Prosessi sai alkunsa syksyllä 2001 yhteydenotostani mielenterveys- ja päihdepalvelujen ylilääkäriin Olli Piirtolaan, joka myös myönsi luvan haastattelujen tekemiselle. Haastattelut on tehty kevätlukukauden 2002 aikana viimeistä lukuunottamatta, jolle löytyi sopiva ajankohta vasta samalta syksyltä. Reseptiryhmät kokoontuvat kukin kolmen kuukauden välein, tosin haastatelluista ryhmistä kaksi on poikkeuksellisia: toinen kokoontuu myös vapaamuotoisesti mielenterveystoimiston ulkopuolella kerran kahdessa viikossa, ja toinen ryhmä tuli haastateltavaksi asumispalvelusäätiö Aspan kautta. Molemmat poikkeavat ryhmät ovat kuitenkin tutkimuskysymyksen kannalta olennaisilta ominaisuuksiltaan muita vastaavia: sairaalan ulkopuolella asuvia avohoidon mielenterveyskuntoutujia.

Haastateltavat saivat etukäteen tiedon haastattelusta mielenterveystoimiston henkilökunnan välittämän kirjeen kautta, jossa kerroin haastatteluun osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja aineiston käsittelyn luottamuksellisuudesta (Liite1). Tarkoitus, ja ehto haastattelujen tekemiselle, on, etteivät ihmiset ole tunnistettavissa aineistokatkelmista: henkilöiden ja kaupunginosien nimet on niissä muutettu. Haastateltavat ryhmät on valittu henkilökunnan, lähinnä lääkärin, arvioinnin mukaan. Kaikki paikalle tulleet eivät olleet halukkaita osallistumaan, jotkut osallistuivat mielellään, ja joku joutui vaikean olonsa vuoksi poistumaan kesken haastattelutilanteen. Nuorten ryhmästä, jolta asiaa myös kysyttiin, ei lopulta kukaan halunnut osallistua.

Ryhmäkohtaista vaihtelua ja haastattelijan vaikutusta haastateltaviin tasaa riittävän monen ryhmän haastattelemisen (vrt. Sulkunen 1990, 264). Tässä tutkimuksessa mukana on kuusi ryhmää, joissa oli mukana kolmesta viiteen ihmistä kussakin. Voidaan miettiä myös sitä, missä määrin haastateltavani ovat valikoituneet ja kuinka hyvin he edustaisivat –jos tätä nimitystä halutaan käyttää- psykiatrisia kuntoutujia yleensä. Valikoituneita he ovat ainakin siinä mielessä, että läheskään kaikki avohoidon kuntoutujat eivät ole mukana sellaisissa kokoontumisissa tai ohjelmasa, jossa nämä haastateltavat, kaikki tuskin ylipäätään avohoidossa. Toisekseen koska osa paikalle tulleista kieltäytyi osallistumasta haastatteluun, voi miettiä, olisiko heillä ollut muista vastaajista poikkeavaa sanottavaa. Kolmanneksi, en ollut haastattelemassa kaikkia vastaavia ryhmiä, vaan vain niitä, jotka hoitohenkilökunta, etupäässä lääkäri, katsoi tilanteeseen sopiviksi.

Tutkimukseni on luonteeltaan kokeileva. Olen haastatellut näitä ihmisiä siitä syystä, että he ovat -tai ovat olleet- enemmän tai vähemmän psyykkisesti sairaita, ja samasta syystä en kohdistu heihin "aineistontuottajina" aivan samanlaisia odotuksia kuin tekisin silloin, jos haastatteluni syy olisi toinen. Täytyy ottaa huomioon se, että psyykkiset häiriöt tai sairaudet, kuten skitsofrenia, rajoitta-

vat nimenomaan sosiaalista vuorovaikutusta, ja ryhmätilanne saattaa vaikeuttaa sitä entisestään. Osalla haastateltavia tällaiset seikat todennäköisesti vaikuttivat vastaamiseen, toisilla ei. Kaikilla vastaajillahan ei edes ole skitsofreniaa, vaan muita sairauksia tai häiriöitä. Jotkut haastateltavat kertoivat oma-aloitteisesti saamastaan diagnoosista ja kokemistaan oireista. Tämän enempää en olekaan selvillä haastateltavien sairauskertomuksista, sillä en pidä niitä tämän tutkimuksen kannalta kovin oleellisina. En silti kiellä, etteivätkö toiset sairaudet voisi olla huomattavampia ja sosiaalisesti hankalammin käsiteltäviä kuin toiset. Tarkempi erottelu ei kuitenkaan tunnu tässä yhteydessä tärkeältä, ja olisi sitä paitsi ollut hankala toteuttaa. Riittää, että ryhmiä vetävän lääkärin mukaan kyseessä on ”vaikean tason mielenterveyden häiriöt” eli psykoottistasoiset häiriöt tai sairaudet, kuten skitsofrenia ja maanis-depressiivisyys.

Kielen keskeinen asema korostuu haastattelututkimuksessa. Kielelliseen vuorovaikutukseen tulee kiinnittää huomiota varsinkin kun koko menetelmä perustuu siihen, ja kun toisaalta kielellisissä valmiuksissa ja tyyleissä tiedetään ihmisten välillä olevan suuria eroja. Hirsjärven ja Hurmeen (2000, 53) mukaan tiedonkeruun pitäisi tehdä oikeutta haastateltavien kyvyille ja ajatuskuuluille. Tämä minun täytyi ottaa huomioon aineistoa kerätessäni, ja silti osa, joskin pieni osa, haastatteluvastauksista on sellaisia, että niitä on vaikea seurata. ¹

3.3. Haastattelutilanteen ehdoista

Myös tilanne asettaa omat rajoitteensa aineistolle ja sen tulkinnalle. On aiheellista miettiä, mitkä seikat tekivät haastattelutilanteesta, ja sitä kautta kustakin itse haastattelusta, juuri sellaisen kuin millaisiksi ne muodostuivat. Käsissäni on lopputulos tästä eri tekijöille alttiista prosessista, ja voin esittää vain perusteltuja oletuksia siitä, millaiset tilanteiset seikat ovat vaikuttaneet haastateltavien ja myös muiden läsnäolijoiden puheeseen. Ensimmäisenä tilannetta rajaavana seikkana mainittakoon aika, jota haastattelun tekemiseen oli varattu noin tunnin verran. Joillakin haastattelukerroilla lisäaika olisi ollut tarpeen, sillä vastaukset saamani vaikutelman mukaan jossain määrin vapautuivat loppua kohden, ja silloin jatkokysymykset olisivat olleet paikallaan.

Reseptiryhmissä ei tavallisesti käsitellä aivan tämänkaltaisia asioita kuin haastattelukerralla. Lääkäri uusii kävijöiden reseptit ja lisäksi puhutaan joistakin suhteellisen konkreettisista asioista arkiseen pärjäämiseen liittyen. Vaikka haastateltavat saivatkin ennakkotiedon haastattelusta ja sen aiheista, on niihin orientoituminen silti saattanut olla hankalaa. Varsin olennaista haastattelupu-

¹ Sikäli kuin kyse on skitsofreniasta, voidaan sen sanoa olevan vaikea-asteinen psykoosisairaus, jolla on useita ilmenemismuotoja ja moninaiset oireet liittyen todellisuudentajun, ajattelun ja tunne-elämän häiriöihin. Sitä onkin tarkasteltu kognitiivisena psykoosina, sillä se vaikeuttaa paitsi keskittymistä myös käsitteenmuodostusta ja abstraktin tason ajattelua. (Ojanen ja Sariola 1986, 13-20).

heen arvioinnissa on sen huomioiminen, keitä tilanteessa on ollut paikalla. Henkilökunnan läsnäolo on saattanut vaikuttaa siten, että haastateltavat ovat mahdollisesti kontrolloineet kriittisiä arvioitaan mitä tulee mielenterveyspalvelujen käyttämiseen. Paikalla oli tavallisesti haastateltavien ja haastattelijan lisäksi lääkäri sekä yksi tai kaksi hoitajaa. Henkilökunnan läsnäoloa on kuitenkin syytä tarkastella myös tilannetta jäsentävänä ja ”aisoissa pitelevänä” tekijänä, sillä ainakin yksi ryhmistä oli jonkin verran levoton, ja jotkut haastateltavista lähdössä jo pois toisten vielä vastatessa kysymyksiini. Viimeinen haastattelukerta oli siitä poikkeuksellinen, että eräs haastateltava piti parempana henkilökunnan poistumista huoneesta, joten sillä kertaa paikalle paikalle jäivät vain minä ja haastateltavat.

Yhtenä tilanteen muotoutumiseen vaikuttaneista seikoista voi ajatella myös ryhmän vetäjän viitekehystä, eli sitä, millaisesta psykiatrisesta tai psykologisesta näkökulmasta hän ryhmätilannetta lähestyy, ja millaisin periaattein pyrkii sitä ohjaamaan. Varsinaisen haastattelun aikana ryhmiä vetävällä lääkärillä ei tosin ollut tätä ohjaavaa roolia, vaan haastattelua ohjasin pääasiassa minä. Voisi kuitenkin olettaa haastateltavien orientoituvan kyseisiin ryhmätilanteisiin pitkälti aiemman kokemuksensa perusteella, ja olihan hoitohenkilökunnalla oma osuutensa myös haastattelutilanteessa.

4 Epistemologisista kysymyksistä

4.1. Positivismi, emotionalismi ja konstruktionismi

David Silverman (2001, 86-114) esittelee kolme haastattelututkimuksen tyyppiä: positivismi, emotionalismi ja konstruktionismi. Nämä eroavat toisistaan paitsi käsityksissään haastattelemalla saadun tiedon luonteesta myös siinä, mikä on relevantti tutkimustehtävä. Lähestymistapojen kariatyyrinomaisia tyypittelyjä luettuaan tuskin kukaan haluaa kannattaa mitään näkemystä sellaiseen, mikä lienee opettavaisten tyypittelyjen tarkoituskin. Hahmottelen seuraavassa Silvermanin esittämää kolmijakoa vasten oman työni lähtöoletuksia haastattelusta menetelmänä sekä tämän menetelmän avulla saadun tiedon luonteesta.

Positivistit pitää haastattelupuheen sisältöjä faktoina, joiden totuudellisuutta uhkaavat vain tutkimusproseduurin mahdollisesti sisältyvät vinouttavat tekijät. Kysymykset sekä haastattelutapa ovat näiden ”virhelähteiden” ehkäisemiseksi mahdollisimman pitkälle standardoidut, joten oikeat tulokset käsitetään tilanteesta riippumattomiksi itsenäisiksi tosiasioiksi. Konstruktionismissa merkitykset rakentuvat haastattelutilanteessa haastattelijan ja haastateltavan välisessä vuorovaikutuksessa, mistä tulee tutkimuksen aihe itsessään. Tutkimustuloksia vääristäviä tekijöitä ei perinteisessä mielessä ajatella olevan olemassakaan, sillä ne ovat vain tilanteeseen ja vuorovaikutuk-

seen liittyviä seikkoja, jotka on sisällytettävä tutkivan tarkastelun kohteeksi. Konstruktionisti siis tutkii sitä, miten merkitykset rakentuvat, ja millä tavoin haastattelupuhe on itsessään osa sitä maailmaa, jota se kuvaa. Emotionalismissa pääosassa on haastateltavan oma eletty kokemus, joka pyritään tavoittamaan autenttisenä, ilman tutkijan ja tutkittavan välisen valtasuhteen rajoittavaa vaikutusta. (Silverman 2001, 86-98; vrt. Holstein & Gubrium 1995, 9-13.)

Yhteistä konstruktionismille ja emotionalismille on se, että haastateltavat käsitetään merkityksiä luovina subjekteina, jotka aktiivisesti konstruoivat sosiaalista maailmaansa. Emotionalismissa Silverman pitää kuitenkin positivistisen retoriikan ilmentymänä sitä, että haastateltavien puhetta tarkastellaan ikään kuin subjektiivisena representaationa kaikille yhteisestä maailmasta; konstruktionisti taas on tutkimassa nimenomaan tuon maailman rakentumista, jota haastattelupuhe itsessään on luomassa. Konstruktionismin siis erottaa sekä positivismista että emotionalismista se, ettei siinä –tiukimmillaan- viitata haastattelutilanteen ulkopuoliseen maailmaan lainkaan. (Silverman 2001, 94-95.)

Omassa työssäni emotionalismia lähestyy keskittyminen haastateltavien omaan kokemukseen. Lähtökohtani ei kuitenkaan ole niin naiivi, että uskoisin haastattelun kautta saatavan suoran, autenttisen yhteyden haastateltavien elettyyn elämään ja sisäiseen kokemukseen. Silverman (2001, 93) kirjoittaa siitä, kuinka humanismin hengessä ihmisten käsitetään olevan autenttisimmillaan silloin, kun he itse asiassa vain toisintavat kulttuurista käsikirjoitusta (cultural script). Omasta kokemuksesta puhuminen, tunnepitoinenkaan, ei tietenkään sinänsä anna puheelle aitouden, välittömyyden ja ainutlaatuisuuden arvoa. Subjektiivisen kokemuksen totuusarvoon ja merkityksellisyyteen on eri yhteyksissä suhtauduttava eri tavoin. Esim. terapiakontekstissa voi olla aiheellista painottaa nimenomaan sitä, miten yksilö asiat kokee, ja näin riippumatta siitä, kuinka ylyksilöllistä ja kulttuuristen mallien ohjaamaa omasta kokemuksesta kertominen on. Yhteiskuntatutkijan näkökulma on toinen.

Tutkimukseni pyrkii tarkastelemaan haastateltavien kokemusta sellaisena kuin se minulle haastattelutilanteessa välittyy, enkä ota kantaa siihen, kuinka tämä kuvaus vastaa asioiden todellista, objektiiviseksi ymmärrettyä tilaa. En siis ota tehtäväkseni arvioida, miten haastateltavien subjektiiviset kokemukset vastaavat objektiivista todellisuutta –tarkoittaen objektiivisella tässä esim. laajamittaisempaa tutkimusta siitä, millaisia asenteita suomalaisilla on mielenterveyspotilaita kohtaan tai riittävätkö avohoidon palvelut niitä tarvitseville. En kuitenkaan lähtökohtaisesti hyväksy ajatusta, ettei haastattelutilanteessa välitetty representaatio olisi lainkaan yhteydessä tilanteen ulkopuoliseen todellisuuteen. Kysymyksen subjektiivisen haastattelupuheen ja jonkinlaisen sitä objektiivisemmän ulkoisen todellisuuden vastaavuuden asteesta rajaan kuitenkin käsillä olevan tutkimuksen ulkopuolelle. Tässäkin mielessä lähtökohtani vastaa Silvermanin positivistis-

viritteistä emotionalismia: pidän haastattelupuhetta representaationa maailmasta (joka tosin lävistää myös itse haastattelutilanteen). Oletan siis haastattelutilanteen ulkopuolisen maailman, joka on muutakin kuin konstruktioita. Mielenkiintoista voi tästä huolimatta olla se, millaisia konstruktioita haastateltavat (yhdessä haastattelijan kanssa) kyseisessä tilanteessa rakentavat, ja millaiset tilanteiset tekijät ohjaavat sitä, mitä sanotaan ja millä tavalla.

4.2. Konstruktioismi?

Holstein ja Gubrium (1995) korostavat Active Interview –kirjassaan haastattelujen konstruktivistista luonnetta. Aktiivinen haastattelu aineistonkeruun teoreettisena lähestymistapana hylkää pyrkimyksen neutraaliuteen, jolla haastateltavista ajateltaisiin saatavan vääristymätöntä tietoa. Useimmat tutkijat tunnustanevat haastattelusuhteen pysyvän erityisluonteestaan huolimatta sosiaalisena suhteena, joka altistaa tutkimuksen monenlaisille vääristymien lähteille. Holsteinin ja Gubriumien näkökulmasta ei ole lainkaan syytä puhua vääristymistä, sillä sekä haastateltava että haastattelija ovat aina ja väistämättä aktiivisia tiedon ja merkitysten tuottajina, ja koska tämä ei ole vältettävissä, on se parasta tehdä mahdollisimman tietoiseksi prosessiksi. Yhtä tärkeää kuin tutkimuksessa on siis se, *mitä* siinä on kysytty ja vastattu, on sen selvittäminen, *kuinka* tuo tieto on tilanteisesti rakentunut. Aktiivisessa haastattelussa tutkija voi esim. tarkoituksellisesti aktivoida vastaajaa puhumaan eri rooleista ja näkökulmista käsin. Olennaista on haastateltavan ”stories to tell” eli haastateltavan tilanteessa rakentuva kerronta, jota haastattelija ohjailee rajaamaansa alueeseen. Haastattelijan ja haastateltavan aktiivisuus ja yhteinen osallisuus merkityksien rakentamisessa sekä haastateltavan tilanteittain vaihteleva identiteetti eivät siis ole tutkimuksen kannalta ongelmia vaan väistämättömiä huomion keskiöön otettavia seikkoja. (Holstein & Gubrium 1995, 1-6, 18, 33-37, 56.)

Holstein & Gubrium kirjoittavat jopa, ettei haastatteluvastausten voi odottaa replikoituvan tilanteesta toiseen, koska niiden epistemologis-tuotannollinen tausta on aina erilainen. Samoin vastausten validiuden ei katsota riippuvan niiden vastaavuudesta haastateltavassa piilevien merkitysten kanssa, vaan niiden kyvystä välittää tilanteisia kokemuksellisia todellisuuksia paikallisin ehdoin. (Holstein & Gubrium 1995, 9.)

Tutkijan osallisuuden ja samalla neutraaliuden mahdottomuuden myöntäminen ei kuitenkaan ole yksinomaista konstruktioistiselle lähestymistavalle. Esim. fenomenologista metodologiaa käyttänyt tutkija kirjoittaa: ”Tutkijana kuuluiin tutkimukseen osallistuvien kanssa samaan todellisuuteen, oli osana sitä merkitysyhteyttä, jota tutkin. Oma tapani ymmärtää tutkimiani ilmiöitä vaikutti koko ajan tutkimuksessani. Kysymys liittyy tutkijan vastuullisuuteen.” (Lukkarinen 2003, 156-157).

Pyrin käsittelemään haastattelun tilanteisia ehtoja haastateltavien kannalta ja samaten omaa vaikutustani haastateltaviin ja heidän vastauksiinsa, mutta edellytän vastauksilta kuitenkin jonkinasteista pysyvyyttä, myös tilanteesta toiseen. Ihmiset luonnollisesti voivat muuttaa kantaansa ja antaa asioille myöhemmin erilaisia merkityksiä; läsnäolevat ihmiset ja heidän merkityksensä vaihtuvat jne, ja vaikka tulkinnallinen pääpaino onkin annettava sille, että ”juuri tässä tilanteessa nämä ihmiset sanoivat tällä tavalla”, uskallan odottaa, että vastausten ydinsisältö ei ole niin tilannesidonnaista, ettei siinä lainkaan sopisi nähdä jonkinlaista yleispätevyyttä. Mitä siis omaan työhöni tulee, otan askeleen pois päin Holsteinin & Gubriummin edustamasta konstruktionismista, ja siksi Bourdieun kuvaama lähestymistapa vastaa paremmin suhdettani omaan haastatteluuni sekä aineistoon.

Weight of the World –kirjan lopussa (1993, 607-625) Bourdieu esittelee metodologista ajattelua kirjan haastattelujen takana. Se ei ole kaukana aktiivisen haastattelun ideasta, sillä molemmat tekstit tunnustavat haastattelun konstruktivisen luonteen sekä sen, ettei tutkijan ja tilanteen ja kaiken muun mahdollisen vaikutuksia haastattelupuheeseen voida kokonaan poistaa, joten niistä on vain pyrittävä demaan mahdollisimman hyvin selvillä. Bourdieu pitää kuitenkin aiheellisena puhua erilaisista tutkimussuhteeseen sosiaalisena suhteena sisältyvistä seikoista nimenomaan mahdollisina vääristymien (distortions) lähteinä. Lisäksi hän antaa selvästi käsityksen, että tutkimuksessa on tavoitteena saavuttaa haastateltavan tilanteesta nimenomaan sellainen ymmärrys, että se vastaa haastateltavassa itsessään piileviä, jokseenkin tilanteesta riippumattomia merkityksiä. Hän ei myöskään väheksy haastateltavan taikka lukijan emotionaalista puolta, ja käsittää haastattelutilanteen tutkittavan kannalta poikkeuksellisen tilaisuutena tulla kuulluksi, tehdä oma konstruktionsa maailmasta julkiseksi, ja saada itsensä ymmärretyksi. (Bourdieu ym. 1999, erit. 607-608, 612-615, 621, 623 ks. myös esipuhe 1-2.)

Tutkimussuhteeseen sosiaalisena suhteena sisältyy siis Bourdieun mukaan monenlaisia vääristymän mahdollisuuksia, jotka täytyy ymmärtää ja joita täytyy oppia hallitsemaan. Tämän on mahdollista tapahtua osana käytäntöä, joka voi olla sekä refleksiivinen että metodologinen soveltamatta kuitenkaan mitään tiettyä metodologiaa tai käyttämättä mitään erityistä teoriaa. Bourdieun mukaan kommunikaation tutkimisessa riittää keskittyminen niihin samalla sekä käytännöllisiin että teoreettisiin ongelmiin, jotka syntyvät tutkijan ja haastateltavan välisessä vuorovaikutuksessa. Kehitellymmät metodologiset periaatteet voivat toisinaan ilmentää halua jäljitellä vakiintuneempien tieteenalojen tieteellisen ankaruuden ulkoisia merkkejä. Toisessa ääripäässä taas vallitsee mystiikka, joka vältetään tuomalla selvästi esiin millaisiin aikomuksiin ja periaatteisiin sekä toiminnan vaiheisiin tutkimus on toteutettu, tarkoituksena välittää lukijalle ymmärrys ja konstruktiot, joiden kautta tutkimuksen tulokset syntyivät. (Bourdieu ym. 1999, 607-608.)

Holstein & Gubrium esittävät myös ajatuksen kuvitteellisesta vastaajasubjektista, joka jokaisessa tutkimuksessa hämöttää todellisen vastaajan taustalla. Haastattelun epistemologista aktiivisuutta mietittäessä joudutaan kysymään, millä tavoin haastattelijat suhtautuvat vastaajiin kuviteltuina subjekteina ja keskusteluihin heidän kanssaan tässä roolissa. Perinteisissä lähestymistavoissa vastaajasubjekti on nähty kirjoittajien mukaan epistemologisesti passiivisena vastausten säällönä, johon tutkija häiriintymättömässä ideaalitulanteessa saa suoran yhteyden ja saavuttaa autenttista tietoa vastaajan kokemuksesta. Aktiivisessa lähestymistavassa vastaajasubjekti nähdään aktiivisena tiedonmuokkaajana, joka vastatessaan aina konstruktiiivisesti lisää, poistaa ja muuttaa kokemuksensa tosiseikkoja ja yksityiskohtia, ilman että minkään voidaan sanoa vääristyvän. (Holstein & Gubrium 1995, 7-9.)

Mielenkiintoista on, että Holstein & Gubrium ovat kiinnostuneita paitsi muodosta myös sisällöstä, eli haastattelun tilanteisen konstruktion lisäksi myös siitä, mitä vastaajat sanovat sisällöllisesti. Kirjoittajat edustavat siis edellä olevasta huolimatta välittävää kantaa, jossa mitä- ja kuinka- kysymykset ovat tasa-arvoisen tärkeitä huomion kohteita. On siis yhtä tärkeää tarkastella sitä, kuinka merkitykset tutkimuksessa rakentuvat, kuin sitä, mitä sisällöllisesti kysytään ja vastataan. (Holstein & Gubrium 1995, 4, 56.) Voin kaikesti sanoa soveltavani omassa työssäni tällaista kaksiraiteista linjaa. (vrt. Silverman 2001, 97-98, 113.)

4.3. Vastaajien valinta ja symbolinen väkivalta

”Mistä merkityksien rakentamisprosessi alkaa?” kysyvät Holstein & Gubrium (1995, 19), ja vastaavat sen alkavan tutkijasta itsestään. Tutkimusprosessin alkuvaiheessa valitaan keitä tutkitaan ja kuunnellaan, eli keistä tulee vastaajasubjekteja. Perinteisen lähestymistavan mukaisesti on ajateltu, että kompetenssi tai valmiudet osallistua haastatteluun on ominaisuus, joka yksilöillä joko on tai ei ole. Aktiivisessa lähestymistavassa vastauskompetenssi nähdään vuorovaikutussuhteissa syntyvänä leimallisena ominaisuutena, ei ihmisissä sinänsä piilevänä kykyinä tai piirteinä. (Holstein & Gubrium 1995, 19-20.)

Tyypillisesti toisen puhe voidaan mitätöidä, jos kyseessä on esim. pikkulapsi, alkoholin vaikutus, vanhus tai mielenterveyspotilas. Narratiivisesti pätemättöminä, kuten Holstein & Gubrium kirjoittavat, on aikoinaan pidetty mm. köyhiä ihmisiä. Lontoon köyhälistöä 1860-luvulla tutkinut Henry Mayhew oli ensimmäinen tai ensimmäisiä, joka kirjasi köyhien kokemuksia ja elinolosuhteita heidän omasta näkökulmastaan lähtien; aina siihen saakka sana 'köyhyys' oli implikoinut narratiivista epäpätevyyttä. Aktiivisessa lähestymistavassa on kiinnitettävä huomiota paitsi (edustavuuteen tai) näytteen valintaan perinteisessä mielessä myös siihen, mitä vastaajien valinta implikoi suhteesta ihmisiin yleensä. Ainakin englannin kielen sanalla 'people' on hyvin demokraattinen leima,

mutta keitä tutkimushaastatteluvien valinta vihjaa tuon yleistason ilmauksen pitävän sisällään? Ketkä katsotaan päteviksi kertomaan oma tarinansa, ja kenellä on oikeus saada äänensä kuuluksi? Aktiivisen haastattelun näkökulmasta kaikki ihmiset ovat lähtökohtaisesti päteviä kertomaan oman tarinansa, eikä heidän ”kulttuurinen kompetenssinsa” rajaa tätä pätevyyttä. (Holstein & Gubrium 1995, 19-29.)

Omassa tutkimuksessani haastateltavana ovat nimenomaan psykiatrisen avohoidon kuntoutujat –ihmisryhmä, jonka uskottavuutta usein koetellaan. Sairauden takia heidän oma äänensä jää monasti kuulematta, vaikka siihen ei olisikaan perusteltua syytä. On tietenkin selvää, ettei psykoottisessa tilassa olevan ihmisen puheita kannata ottaa sellaisenaan. Psykkinen sairastaminen ei kuitenkaan merkitse jatkuvaa todellisuudentajun kadottamista, vaikka sosiaalinen leima pysyisikin samana sairauden eri vaiheissa ja sen jäätyä jo taaksekin. Sairaudessa, kroonisessakin, on erilaisia vaiheita. Psykkinenkään sairastaminen ei ole kokopäiväinen tehtävä, joka määräisi kaikkea sitä mitä ihminen on itselleen ja muille.

Bourdieu (1999, 608-609) korostaa sen seikan merkitystä, mikä käsitys tutkittavalla itsellään on tutkimuksesta, sen aiheesta ja haastattelutilanteesta. Tässä kaikessa täytyy olla hänen kannaltaan järkeä, kuten koko käsiteltävässä problematiikassa; he voivat antaa mainitsemisen arvoisia vastauksia vain, jos onnistuvat ottamaan haastattelun jollakin tapaa haltuunsa ja tulemaan sen subjekteiksi. Myös Hirsjärven ja Hurmeen (2000, 95-96) mukaan on tutkimuksen onnistumiselle olennaista se, millaiseksi haastateltava käsittää oman roolinsa. Ihmisillä ei välttämättä ole minäkäänlaisia kokemuksia haastattelusta, ja tutkimushaastattelukin voi tuoda heidän mieleensä lähinnä televisio- tai gallup-tyyppisen haastattelun. Teemahaastattelussa tutkijan voi Hirsjärven ja Hurmeen mukaan olla tarpeen ”opettaa” tutkittavalle tämän rooli, johon kuuluvat mm. syvällisyyteen pyrkivät, pitkätköt vastaukset ja teema-alueittainen pohdiskelu. Eräänlaisena roolin väärinymmärtämisen he pitävät myös sitä, ettei haastateltava tahdo antaa omille mielipiteilleen ja näkemyksilleen arvoa. Tällaisessa tapauksessa haastattelijan on heidän mukaansa hyvä korostaa mielipiteen ja tiedon eroa.

Edellämainitussa Silvermanin kolmijaossa Bourdieu sijoittuisi varmaankin emotionalisteihin, sillä hän korostaa ennen kaikkea tutkijan ja tutkittavan välistä hierarkkista epäsymmetriaa mahdollisten vääristymien ja väärinymmärrysten lähteenä. Bourdieun mukaan sosiaalinen kanssakäyminen sisältää aina jossakin määrin mielivaltaista tunkeilua (intrusion): tutkimustilanteessa esimerkiksi tavassa, jolla haastattelijat esittelevät itsensä ja tutkimuksensa, ja rohkaisuissa, joita hän antaa tai jättää antamatta; jonka vaikutuksista jokaisen itseään kunnioittavan tutkijan tulisi pyrkiä selville. Tutkija on jokataapauksessa se, joka aloittaa pelin ja määrää sen säännöt, ja tavallisesti myös yksipuolisesti ja ilman neuvotteluja samoin sen aiheen ja käyttötarkoituksen. Tutkijan ja

tutkittavan välistä epäsymmetriaa vahvistaa entisestään se, jos tutkija sijoittuu sosiaalisessa hierarkiassa tutkittavaa edullisempaan asemaan mitä tulee erilaisiin pääoman muotoihin, erityisesti kulttuuriseen pääomaan. (Bourdieu 1999, 608-612.)

Omassa tutkimuksessaan Bourdieu & kumppanit ovat luonnollisesti pyrkineet vähentämään mahdollisen symbolisen väkivallan minimiinsä. Heidän tavoitteenaan on ollut luoda ”aktiivisen ja metodologisen kuuntelun suhde”, jossa yhdistyy toisaalta täydellinen saatavillaolo haastateltavaa henkilöä kohtaan ja kuuliaisuus tai alistuminen tämän yksittäisen elämäntarinan ainutlaatuisuudelle; toisaalta metodologinen konstruktio, joka perustuu tietoon koko sosiaaliselle kategorialle yhteisistä objektiivisista olosuhteista. (Bourdieu 1999, 609.) Jotakin tämänkaltaista ratkaisua olen omassa tutkimuksessanikin tavoitellut.

5 Aineisto ja analyysi

5.1. Analyysin pääpiirteet

Aineiston analyysi merkitsee tässä tutkimuksessa ennen kaikkea aineiston monipuolista tarkastelua, sen selkeyttämistä ja tiivistämistä sekä tulkintojen tekemistä. Kaikki tämä pohjautuu aineiston toistuvalla lukemiselle ja sitä kautta sen perusteelliselle tuntemiselle. Analyysin ja tulkinnan suhteesta vallitsee erilaisia käsityksiä: tässä yhteydessä sisällytän tulkintojen tekemisen osaksi analyysia. (vrt. Eskola & Suoranta 1998, 138, 150-151).

Prosessina analyysin voi katsoa alkaneen jo haastattelutilanteiden reflektoinnista sekä paikan päällä ja heti sen jälkeen tehdyistä muistiinpanoista, mitä seurasi haastattelunauhojen purkamisen paperille tekstiksi². Pidin myös tutkimuspäiväkirjaa, johon kirjasin henkilökohtaisempia haastattelutilanteisiin liittyviä havaintoja ja tuntemuksia sekä prosessin etenemisen seuranta. Varsinainen analyysivaihe alkoi haastattelupuheen luokittelusta helpommin käsiteltävään muotoon. Tämä ryhmittely syntyi varsin luontevasti paitsi haastattelurungon ohjaamana myös siksi, että samat asiat toistuivat muutenkin eri haastattelukerroilla, vaikka en niistä erikseen olisi kysynytkään. Alkuperäinen luokitus muutti vielä muotoaan, mutta ei mitenkään ratkaisevasti. Luokitus on, vaikkakin luontevan tuntuinen, oma tulkintaa sisältävä jäsenykseni siitä, mistä haastattelupuheessa on kyse ja mitä se kuvaa.

Analyysissa olen jossain määrin pyrkinyt asettamaan haastattelukatkelmia suhteeseen toistensa kanssa. Ensinnäkin tämä tapahtuu sen kautta, että analyysi on aineiston tiivistys, joka kerää yh-

² Nauhojen purkamista vaikeutti äänityksen taso, mikä näkyy myös tekstin haastattelukatkelmissa lukuisina epäselvinä kohtina –pyrkimys oli kuitenkin sanatarkkaan litterointiin. Monet haastateltavat myös puhuivat hyvin hiljaa.

teen koko aineistolle tyypillisiä piirteitä yhdeksi kokonaisuutta käsitteleväksi esitykseksi. Toiseksi katkelmat ovat suhteessa toisiinsa sitä kautta, että vertailen niitä ja etsin niissä ilmenevien erojen merkityksiä. Lähestymistavassani aineistoon on tiettyjä kvantitatiivisen tutkimuksen piirteitä: en ole saanut sammutettua kiinnostustani siihen, onko jokin haastatteluissa esiin tullut seikka yleinen haastateltavien keskuudessa, vaiko ”vain” yksittäisen ihmisen sanomaa (taipumuksen ei-toivottavuudesta Eskola & Suoranta 1998, 180-181). Tällaista yleisyystarkasteluahan tarvitaan jokatapauksessa siihen, että voidaan tarkastella joitakin aineiston esiintymiä poikkeuksina ja toisia havaitun säännön tai logiikan mukaisina ilmiöinä.

Haastattelusitaatteja on tässä analyysin ja aineiston kuvauksessa mukana varsin runsaasti pitkinäkin katkelmina. Tämä johtuu ensinnäkin siitä, että kyseessä on ryhmähaastattelu, jossa useat ihmiset ovat äänessä peräkkäin puhuen toisinaan myös eri asioista, mutta palaten tarkastelun kohteena olevaan asiaan hetkeä myöhemmin. Toiseksi katkelmien runsautta perustelee se, että niiden avulla lukija saa mahdollisuuden arvioida aineiston kokonaisuutta koskevien päätelmien ja tekemieni tulkintojeni paikkansapitävyyttä tai uskottavuutta.

5.2. Sosiaalinen liittyminen

Marja-Leena Lahti (1991, 46-47) tarkastelee mielenterveyspotilaiden köyhyyttä ja syrjäytymistä Erik Allardtin hyvinvointiteorian kehikkoa vasten. Toisin kuin yksinomaan elintason keskittyvissä tutkimuksissa Allardtin elämänlaatua koskevassa hyvinvoinnin teoriassa sosiaaliset suhteet saavat merkittävän osan. Ihmisen hyvinvoinnin kannalta on teorian mukaan olennaista elintason, yhteisyys-suhteisiin ja itsensä toteuttamiseen liittyvien tarpeiden tyydyttyminen. Kuten Lahti (1991, 47) huomauttaa, tulee myös subjektiivisten kokemusten huomioonottaminen tärkeäksi, ”kun yhteisyys-suhteet ja itsensä toteuttamisen kaltaiset yleensäkin eksistenssiin liittyvät alueet ovat mukana hyvinvointikäsitteissä”. Samasta syystä Allardtin käsitys hyvinvoinnin osa-alueista ja niiden sisällöstä sopii hyvin käsillä olevan tutkimuksen pohjaratkaisuksi.

Elintasolle on eri tutkimuksissa annettu jonkin verran toisistaan eroavia määritelmiä, mutta yleisesti sen voidaan sanoa viittaavan aineellisiin ja persoonattomiin resursseihin. Tällaisia ovat esim. raha, tavarat, asunto, koulutus ja työllisyys. Elintason osatekijät ilmaisevat, lähtien fysiologisten tarpeiden tyydyttämiseen tarvittavista toimintaresursseista, sen mitä kaikki ihmiset tarvitsevat. Yhteisyys-suhteiden ja itsensä toteuttamisen tarpeet taas koskevat lähinnä sitä, miten ihminen käyttäytyy suhteessa muihin ihmisiin tai mitä hän on suhteessa yhteiskuntaan. Yhteisyys-suhteiden tarkastelussa lähdetään siitä, että ”ihmisellä on solidaarisuuden ja toveruuden tarve tai tarve yleensä kuulua jäsenenä sosiaalisten suhteiden verkostoon, jossa toisistaan pitäminen ja välittäminen ilmaistaan”. Täydellisimmässä muodossaan, kuten rakkaudessa, suhteet ovat sym-

metrisiä, jolloin sama ihminen toimii sekä saavana että antavana osapuolena. (Allardt 1980, 32-43.)

Yhteisyys auttaa yksilöitä toteuttamaan muita arvoja, ja sen puutteesta koituu tavallisesti ongelmia. Siinä missä elintason liittyvien resurssien jakaantuminen edellyttää suunnittelutyötä, vaativat yhteisyyteen liittyvät arvot (myös) spontaaneja prosesseja voidakseen toteutua. Onkin helppo yhtyä Allardt'n ideologiseen kantaan siitä, että olisi autoritaarista antaa ohjeita siitä, keiden kanssa ihmisten tulee tuntea yhteisyyttä. Allardt käsittelee myös yhteisyysuhteiden kielellistä luonnetta. Yhteisyysuhteet ja roolinmuodostus kielessä ilmenevinä tapahtumina edellyttävät paitsi ymmärrystä ja kykyä asettua toisen asemaan myös yhteistä kieltä yhteisen todellisuuskäsityksen perustaksi. Tässä yhteydessä monien heikkojen ryhmien ominaisuudeksi mainitaan kehittymätön tai sosiaalisia suhteita rajoittava kieli. (Allardt 1980, 43-46.) Varsinkin psykoottistasoisista oireista kärsiviin mielenterveyspotilaisiin tämä pätee erityisen hyvin, koska vakavissa häiriöissä kielellinen ilmaisu usein kärsii ja kokemus ympäröivästä todellisuudesta muuttuu, mikä luonnollisesti vaikeuttaa sosiaalista kanssakäymistä.

Itsensä toteuttamista hyvinvointiarvona ei käsitellä yksilön saavutuksien kautta, vaan se liittyy persoonan korvaamattomuuteen, yksilön osakseen saamaan arvonantoon ja mielekkääseen tekemiseen sekä poliittisiin resursseihin. Itsensä toteuttamisen vastakohtana Allardt mainitsee vieraantumisen. ”Menemättä tässä vieraantumiskäsitteen teoreettiseen analyysiin” hän kirjoittaa (1980, 46-47) vieraantumista esiintyvän silloin, kun ”inhimillisiä suhteita arvioidaan vain hyödyn kannalta, ihmisiä vain työvoimana tai kuluttajina, ja ihmiset näin ollen ovat verrattavissa helposti vaihdettaviin tavaroihin tai koneen osiin”. Näin ollen persoonan korvaamattomuuden ajatus on itsensä toteuttamisessa oleellista. Korvaamattomuuden käsite soveltuu moniin yhteyksiin; perheeseen, ystäväpiiriin, organisaatioihin. Sen lisäksi että Pohjoismaissa -kuten länsimaisissa yhteiskunnissa yleensä- on työelämä hyvin keskeisessä asemassa, käsiteltiin Allardt'n ja muiden hyvinvointitutkimuksessa itsensä toteuttamisen osatekijänä myös harrastusmahdollisuuksia ja muuta vapaa-ajan toimintaa (”tekeminen”). Toiminnan puutteella ja sosiaalisella eristymisellä on Allardt'n mukaan vahva yhteys. (Allardt 1980, 46-49.)

5.2.1. Eristäytyminen, osallistuminen ja läheissuhteet

Monet haastatteluvastaukset kertovat hyvin suorasanaisesti ihmissuhteiden vähyydestä ja suoranaisesta eristyneisyydestä. Nimenomaan yksinäisyys-ilmaisua käyttää kuitenkin vain yksi haastateltava. Ihmissuhteiden vähyydellä on puheessa nähtävissä ainakin kolmenlaista taustaa: kuntoutujan oma vetäytyminen, toisena pelot ja arkuus sekä kolmantena terveiden tuttavuuksien

kaikkoaminen. Tällaisen erottelu on tietysti paikallaan vain puheen tasolla; on selvää, että mainituilla seikoilla on paljonkin tekemistä toistensa kanssa.

II

KP: Mhn. Mites teillä kahdella, onks teillä jotain jotain ryhmiä mihin te niinku tunnutte että kuulute, jotain vaikka entistä ammattiryhmää tai niinku mitään sellasta suurempaa yhteisöä minkä kautta niinku jäsentäs omaa olemista?

M1: Ei, mä oon nuoresta pitäen kokenu että mä oon, (silleen sivullinen että mä oon) orpo piru tällä planeetalla, ihan nuoresta pitäen.

[N1 nauraa lyhyesti]

KP: Ai jaa, joo.

M1: ..pienestä pitäen

KP: Oma lajinsa kokonaan.

M1: Niiin on. Orpo piru tällä planeetalla..

KP: Mnn.

M1: (mull oo) oikeestaan yhtään sellasta ryhmä että mistä mä niinku samaistasin.. Joitakin hyviä kirjoja mitä mä oon lukenu

KP: Ai jaa

M1:..niin niihin mä oon voinu että noin, noin mäkin koen että ei]

V

H: Mitäs te muut tuumaatte tosta että millä lailla se psyykinen sairastaminen..?

N1: (kaikella.. [epäselvää]) Se vaikuttaa joka asiaan ja.. se vaikeuttaa kontaktin saamiseen ihmisten kanssa ja.. aika yksinäistä.

H/KP: Mnn.

KP: ..joo. Joo ett se--

N1: ..ett vaik ois seuraakin niin [epäs. loppu]

KP: joo. (..) Mnn. Oisko teillä tähän jotain niinku psyykkiseen sairastamiseen yleensä suhteessa niinku fyysiseen..? Ei.. [M2:lle ja M3:lle, M2 pyörittää päätään]

M3: pelaan tuota (uhkapeliä?), pelaan tuota ravipeliä

KP: ai jaa

M3: niin siellä (.) ois paljon (.) kavereita mutta mä käyn pelaamassa aina silleen että (.) mä käyn jättämässä aina ne pelit ja sitte seuraan tekstiteevee(ltä).. sitte mä oon taas niinku itsekseni

KP: ai jaa

M3: mä koitan kuitenkin niinku.. välttää (.) että en mee sinne

KP: niin. Välttää ihan tietosesti että, vaikka siellä olis >kaveriporukkaa<

H: Mnn.

M3: (sitte--)

KP: Joo. Ett se on just se sosiaalinen puoli mikä siinä sitte..]

II

KP: [alku pois] Mut ihan siitä vois alottaa että tunnetteks te toisianne yhtään? Tapaatteks te misään muualla muualla kuin täällä?

N1: Ei. Ainakaan minä. Minä asun yksin yksin asun ja olen, yksineläjä olen.

KP: Joo.

N1: Minä en tapaa yleensä en tapaa ihmisiä ollenkaan että..

KP: Ai jaa.

N1: ..että eristäytyvää elämää vietän. En välitä (ihmisistä) suoraan sanottuna. [painokkaasti]

KP ja M1: Mhnnn.

KP: Joo. Kaipaatko sä sitten kuitenkin (niinku) enemmän seuraa?

N1: Joskus kaipaen, joskus en että.. vähän vaihtelevasti että. (..)

KP: Mnn.

(..)

M1: Sama vika [epäselvä sana]. Kun vanhemmiten vanhemmiten tulee niin tää sairaus eristää sillä tavalla että

N1: Kyllä. Haluaa olla yksin.

M1: ..haluaa eristäytyä.

KP: Joo.

M1: Kyllä nuorempana oli paljon vielä muitten (potilaitten?) kanssa tekemisissä mutta mitä vanhemmaks tulee niin sitä eristäytyy.

Eristäytymisestä mainitessaan muutamat kuntoutujat esittävät sen itse valitsemanaan vaihtoehtona. Toisinaan eristäytyminen on siis vähintään näennäisellä tasolla itse valittua kontakteista vetäytymistä; myös tällöin voivat taustalla vaikuttavat tekijät kuitenkin olla omasta halusta riippumattomia. Sosiaalisten pelkojen yhteydessä vetäytyminen on luonnollisesti helpompi mieltää ongelmalliseksi ja elämää kaventavaksi asiaksi, sama pätee puheeseen kuntoutujien kokemasta sosiaalisen verkoston rajoittumisesta toisiin potilaisiin ja terveiden taholta koetusta karttelemisesta.

II

N1: Ehkä siinä kun mä oon niin kova puhumaan luulis että mä kaipaun seuraa mutta.. mä viihdyn kyllä yksinkin että. Sairasiin suhtaudutaan negatiivisella tavalla että se on hullu tai mikä vaikka muu.. että eihän eihän sairas (.) sairas saa olla yksin!

KP: Ei saa olla yksin? [epäilevästi]

N1: Saa saa, saa olla!

KP: Saa..

N1: .. Ei ole sairaalla ystäviä!

VI

KP: ai jaa. (joo) Onks teill (krhm) onks teill muilla (.) sellasia kokemuksia että joku niinku sanoo päin naamaa ett...

N2: [alku epäs.] sitte sellaset yhteydet yhteydet muihin tämmösiin .. terveisiin ihmisiin.. (harve-nee)

KP: (mnn)

N2: [jatkaa jotain hiljaa]

M1: en mä tiedä kuuluuko niihin tai.. vanhat tuttavat niinku hylkää sillee että..

N2: niin, niin.. (jää yksin..)

M1: kun ne kuulee kuulee että on ollu sairaalassa niin ei ne välttämättä ota yhteyttä enää ollenkaan että..

N2: niin..

M1: (semmosta on moni) (??)

N2: niin on

KP: joo. (mitäs..?)

N1: kaikki loppuu siihen sillee.. Mäekin kun opiskeluaikoihin just niin.. [epäs.] niin ne jäi, kaikki jäi.. postikorttia ehkä tai joulukorttia mutta.. [epäs.](kaikki oli ihan) ..maailma muuttu..

KP: haluutsä kertoo tarkemmin ett (krhm) millä tavalla se muuttu.. ett opiskelukaverit jäi..?

N1: no kyllähän siis, mä näin -- tästä tuli se, mutta kyllähän muutenkin mutta, tästä tuli niinku mieleen että tuttavapiiri ja ystävät niinku muuttu täysin

KP: joo. Oliko se (.) se uus tuttavapiiri sitte sairaita (ihmisiä)..?

N1: oli (joo). Sairaita, potilaita ja siellä keskenään.. tai kuntoutujat niinku sanotaan

KP: joo (just)

N1: ett joku sit niinku (.) mun yks sukulainen mikä pitää intensiivisesti yhteyttä (ja hän on terve ja?) [loppu epäs.]

KP: joo

N1: (niin sitä jätetään?)

Yleisesti ottaen sanoisin sosiaalisten kontaktien vähyyden olevan luokituksessani vahva kategoria, eli harvat ihmissuhteet, ja usein myös ulkopuolisuuden tunne, tulevat aineistossa selvästi esiin. Jottei tekisi liian pitkälle meneviä johtopäätöksiä, on kuitenkin syytä pitää mielessä, että sosiaaliset tarpeet ovat yksilöllisiä tarpeita, eikä suhteiden määrä välttämättä korvaa laatua; harvojenkin suhteiden merkityksellisyys voi pelastaa yksinäisyyden ja ulkopuolisuuden kokemuksesta. Monien kuntoutujien suhteen on kuitenkin aivan ilmeisesti niin, että tällaisista suhteista on puutetta.

Yhteenkuuluvuuden ja osallisuuden kokemuksia tavoittelin suoralla kysymyksellä siitä, millaisiin ryhmiin kuntoutujat tuntevat kuuluvansa. Ryhmällä tarkoitan tässä identiteettiä määrittävää laajaa mutta rajattua sosiaalista taustaa. Sosiologiseen ajattelutapaan tottumattomalle tämä ei välttämättä johda mieleen mitään, joten annoin vastaamiseen suuntaa-antavia ”esimerkkiryhmiä”. Tämä kategoria ei ole ollenkaan yhtä vahva kuin sosiaalisten suhteiden harvalukuisuudesta kertova edellinen, minkä voi tietysti nähdä niin, että kategoriat tukevat toisiaan. Jos eristäytyminen on voimakasta, niin ei voi odottaa, että erilaisiin yhteisöihin kuuluminen olisi sitä samanaikaisesti. Vastaukset kysymykseen erilaisiin ryhmiin kuulumisen tunteesta vaikuttavat monesti hiukan pakotetuilta. Vaikutelma syntyy ehkä juuri siitä, että luettelin esimerkkejä mahdollisista yhteenkuuluvuuden kohderyhmistä helpottaakseni vastaamista ja selventääkseni kysymystä, ja vastaukset taas heijastelevat juuri näitä tarjoamiani ryhmiä. Toisaalta sain myös muutaman varmanoloisen vastauksen perheeseen kuulumisesta ja läheissuhteista. Katson tämän perheen ja muun lähipiirin merkityksen korostumisen liittyvän muiden taholta koettuihin torjumisiin ja ulkopuolisten enakkoluuloihin näiden vastakohtana.

V

KP: joo.. no, sitte sellanen että.. sillee yleisesti ottaen niin, millasiin ryhmiin teistä tuntuu että te kuulutte? Ihan noin niinkun ihmisinä yleensä että.. jos joku käy töissä tai (.) jos on entistä ammattiryhmää tai jos on jotain (.) hoitoryhmää tai tai jotain.. mitä voisikin keksiä.. Päiväkeskuksella jos joku käy ja.. jos on perhettä ja tai jos on.. niinku ihan mikä tahansa.. vaikka suomalaiset niin.. millasiin ryhmiin te tunnutte kuula-kuuluvanne? (..) Voitte vaikka miettiä vähän aikaa, tuli ehkä vähän äkkiä ehkä...

M2: No mull on kaks ryhmää, tietenkin perhe (.) lähiomaiset.. ja sitte toisaalta tuo Klubitalon porukka

KP: Joo.

M2: niin kun kaks tällasta

KP: Joo.

N1/H?: Mnn.

N1: mull on ihan sama, mull on tytär ja (.) vanhemmat.. Ja sit on tää Klubitalo.

KP: Joo-o, just.

H: Että te käytte kumpikin siellä Klubitalolla?

N1: Joo.

Huomattavasti yleisempää kuin läheissuhteista puhuminen oli kuitenkin erilaisista kuntoutukseen liittyvistä ryhmistä tai työtoiminnasta mainitseminen. Tässä yhteydessä sen arvioiminen, millaisen merkityksen tällainen toiminta saa kuntoutujien mielissä, on hyvin tulkinnallista. Ainakin yksi vastaaja kuitenkin piti sitä selkeästi merkityksellisenä itselleen.

VI

N1: joo määhän käyn päiväkerhossa tossa ni, se on semmonen niinku.. se on semmonen niinku.. mä oon siellä niinku (terveenä?).. tai kai määhän oon sielläkin potilas ja kuntoutuja mutta (.) etunimi.. mä oon niinku Maija kuitenkin siellä että tota.. siellä.. se on mulle sellanen niinku hen-henkireikä etä..

KP: joo

N1: ..tai sanotaan että se on yks semmonen (.) olohuoneen jatke (tässä näin että), tapaa ihmisiäkin (ja)..

KP: joo. Onk]

N1: ..juttelee asioista ja [epäs.]

KP: mnn.. osaatsä sanoo ett onkse niinku ne toiset kuntoutujat siellä vai se henkilökunta vai mikä siinä niinku on se..?]

N1: yhdessä [kaikki]

KP: [yhdessä, joo]

N1: ett (toiset?) kuntoutujat on [epäs.] tärkeitä ja jos [epäs.] henkilökunnan.. ja voi niinku esimerkiksi (puhua), vaikka pölynimuri menee rikki niin voi siitäkin vaikka puhua.. että on niinku.. että voi puhua erilaisista asioista

KP: joo, joo. Just

Muutama kertoi enemmän tai vähemmän määrin tuntevansa kuuluvan siihen ryhmään, jossa haastateltaessa oli (yli)lääkärin tavoite). Kaksi opiskelevaa kuntoutujaa mainitsi ryhmittelevinä määrinä opiskelijan statuksen, ja eräs koki eläkeläiset omaksi kansanosakseen. Kroonisiin psyykepotilaisiin erikoistunut Lamb (1983, 189-193) kirjoittaa sosiaalisen kuntoutuksen yhteydessä siitä, kuinka tärkeää kuntoutujille on saada identiteettimääreekseen jotakin muutakin kuin mielenterveyspotilaan rooli, ja sitä kautta kokea olevansa kuka tahansa kansalainen siinä kuin muutkin.

Toisaalta ilmeni, että toiminnallisen kuntoutuksen ryhmissä käytiin toisinaan vain lääkärin määräyksestä ilman omaa motivaatiota, uusia tuttavuuksia ei juuri syntynyt, eikä erilaisissa ryhmissä kävijöillä ollut keskinäistä kanssakäymistä järjestetyn toiminnan ulkopuolella. Joku oli suojatyöhön tai kuntouttavaan toimintaan osallistumisen lopettanutkin juuri viihtymättömyytensä vuoksi.

IV

M1: [kiertää jotain helvetin kaupunkia eestakas [naurahtaen]] Sillon siellä sillon täällä

M2: niin reseptiryhmissä ainoostaan vaan silleen, ei siinä muuten sitten.. [mutt kun se sitte kaikki vaan]

M1: ..yöks myö rauhotutaan, nukutaan sitte..

M2: ...niin ei siinä muuta muuta tuota että.. ei siinä mittää muuta yhteistä ole kun joskus vaan tuolla (tavataan)...

KP: Te ootte kuitenkin nähny jossain osastolla aikasemmin?

M2: Niiin, onhan nyt joskus voinu olla..

M1: Joo [myöntää naurahtaen]

III

N2: Olihan niitä aikoja (?) että olin Päiväkeskuksessa..

KP: Niin justii..

N2: ..ryhmässä mutta mää tuota (.) lopetin siellä käymisen.

KP: Joo.

(..)

KP: Minkä takia sä lopetit siellä käymisen, olikse niinku (..) olikse sust ihan –eiks siel ollu kiva käydä siellä vai olik siin jotain muuta?

N2: Rupes tympäseen

5.2.2. Kuntoutuajat keskenään

Reseptiryhmät kokoontuvat kolmen kuukauden välein. Kuten edellä kävi ilmi, eivät ryhmäläiset tavallisesti ole toistensa kanssa muuten tekemisissä. Kuudesta haastatteluryhmästäni kuitenkin kaksi toimi eri periaatteella: toisen ryhmän jäsenet tapasivat viikoittain ja toiset kahden viikon välein. Minua kiinnosti tietää, tuntevatko haastateltavat jonkinlaista yhteenkuuluvuutta siltä pohjalta, että näkevät toisiaan toistuvasti, ja reseptiryhmän puitteissa kuulevat myös jossain määrin toistensa kuulumisia. Voisi ajatella, että kokemus psyykkisestä sairaudesta, asia, joka ei usein arkikeskusteluissa tule esiin, yhdistäisi ihmisiä. Toisaalta mieleen nousee helposti epäily, voisiko sairaus mahdollisesti ainoana yhteisenä nimittäjänä riittää tuottamaan yhteenkuuluvuudentunnetta. Vastauksissa se kuitenkin tuli tällaisena esiin. Mitään muuta yksittäistä yhdistävää tekijää ei kukaan vastaajista maininnutkaan. Sairastuneiden keskinäinen avunannon eli ns. vertaistuen, josta viime aikoina on ollut yleisemminkin puhetta, merkitys tuli tässäkin haastattelussa selvästi esiin. Joku mainitsi, että tietäessään toistenkin olevan sairaita voi olla vapaammin oma itsensä.

I

KP: Niin sit sellanen miuta kiinnnostas että tuntuuks teistä että teillä on jotain yhteistä? Että te oisitte niinku joku ryhmä]

N1: No (minusta) tuntuu että on kiva nähdä semmosia ihmisiä jotka on samassa tilanteessa kun ite että...on kumminkin asunto lohdutuksena ja... joutunu (psykiatriseen hoitoon) [loppu hyvin hiljaa]

KP: Joo.

N1: ...että jonkinlaista helpotusta.

KP: Joo.

L: Just. Elikkä se semmonen tavallaan niinku semmosta vertaistukea...

N1: Nii o.

KP : Joo. Ett se on ihan pelkästään se että te näätte täällä, että sekin on jo mukavaa, että vaikka te ette sitte niinku muuten tapaakkaan paljon?

N1: Ett onhan sitä muillakin (.) ongelmia.

KP: Joo. Aivan. Just. (lomittain edellisen kanssa)

(..)

VI

KP: [alku pois] Mitä te ajattelette tosta ett (.) ett tuntuuks ett teillä jotain yhteistä? [osoittaen joillekuille]

N2: (että meille kaikille yhteistä? [äärettömän hiljaa]) no sairaus (ehkä)

KP: Joo.. (yhdistääkö se)? [selvittää kurkkuaan]

M1: niin no kyllä mä ainakin käyn yhen (.) kotiryhmäläisen kotona niin oon käyny ihan joka päivä että

KP: ai jaa

M1: niin tota.. aika paljon puhutaan niinku.. [naurahtaa] sairaudesta just että (hhh)

KP: joo

M1: että (kun on yhteisiä?) kokemuksia

KP: just, joo (.) joo

M1: ..kaikkia että.. (ei oikein oo että.. sen jälkeen) sitten säästä tai jostain muusta..

KP: joo

M1: ei oikeen (oo sellasta mitään aluetta) mikä ois yhteistä jotenkin muutenkin

KP: niin just, joo. (mutta että ootte tekemisissä ja..?) [M1: joo] sillä tavalla yhdistää sairaus kuitenkin

N1: ja sitte moneen on tutustunu niinku sairaalassa (ja sitä..)

KP: joo

N1: että nää on niinku (elämän historioita?? nää) nehän on ihan erilaisia

KP: niin. Sairaala ja sairaus on sitte.. (niin tai..) vai tuntuuks susta ett se yleensä niinku ees yhdistää ihmisiä millään tavalla? ..kun on ihmisillä kuitenkin niin erilaiset taustat..? (Minkälaisia ajatuksia siitä..?)

(..)

N2: (no kyllähän se niinku toisaalta yhdistää) [ei kuulu]

N1: (no kyllähän se niinku, kyllähän se niinku..) aseveli tai sillee että..

KP: Joo

N1: --- niin (sanaton (sellanen))...

KP: ymmärrys niinku..

V

KP: >(no te ootte ehkä välillä nähny myös..)< (..) Sellasta >mie oon kanssa tähän< alkuun kysy-ny että tuntuuko teistä että teillä on jotain yhteistä?

(...)

M1: suurin piirtein samanikäisiä ja samaan aikaan sairastettu! [naurahtaa]

(.)

KP: Joo-o, mitäs muuta?

(...)

M2: Joo kyllä se minustaki tuntuu kuitenkin ...

KP: Joo.

M2: ..ollaan samaa porukkaa..

KP: Joo.

N1: Jokanen joutuu kamppailemaan vähän samanlaisten asioitten kanssa..

KP: Joo. Se yhdistää.

N1: Mnn.

KP: Joo. (hh) (..) Mitäs (.) sanotkos-sanotkos sinä vielä jotain.. (en muista nimee mutta) tuntuuks susta niinku että (.) on jotain yhteistä tän ryhmän kanssa?

M3: (joo.. (epäs.) siellä) sairaalassakin kun ollu ni.. siellä on -siellä on terapiaa (on tota) potilaat on toisilleen

KP: Joo. (hh. joo)

M3: ainakin mää koin (monesti) silleen..

H?: Mnn..

KP: Joo.

M3: se oli (.) melkein paras hoitaja..

KP: Ai jaa, onks teill ihan jotain niinku järjestettyä juttua (.) keskenään (vai niin kun ihan sillee)..?

N1: tupakkahuonekeskusteluja [kauimpana mikistä, siksikin kuuluu hiljempaa]

KP: Joo.

H1?: (ei oo muuta).. että vapaamuotosta, niin

KP: Joo.

Aineistoni perusteella voin sanoa, että kokemus psyykkisestä sairaudesta yhdistää ihmisiä, ja sitä kannattaisi hyödyntää myös hoidossa ja kuntoutuksessa (kuten nykyään lisääntyvässä määrin käsittääkseni tehdäänkin). Toisaalta sairastaminen yksistään ei välttämättä tuo yhteenkuuluvuuden tunnetta. Haastattelemissani ryhmissä ihmisillä oli erilaisia taustoja ryhmässä käymisen suhteen, joku oli vasta aloittanut ja joku käynyt jo pidempään. Edellisten aineistokatkelmien vastapainoksi onkin sanottava, että joillekin vastaajille yhdistävät tekijät jäivät ulkokohtaisiksi; yhteistä oli vain se, että samassa ryhmässä käydään ilman erityistä yhteenkuuluvuuden tunnetta.

Mielenterveyspotilaiden, tai entisten mielenterveyspotilaiden, keskinäisten suhteiden vahvistuminen käy tutuksi myös Barhamin ja Hayworthin (1991) tutkimuksesta. He tuovat esiin myös asian toisen puolen: kuntoutujien keskinäinen kanssakäyminen voi luoda eräänlaisen potilaiden oman alakulttuurin ja vahvistaa näin itsen määrittelyä marginaaliin kuuluvaksi. Näin osallisuus laajempaan yhteiskuntaan sosiaalisine suhteineen saattaa kyseenalaistua. Tätä puolta asiasta korostaa myös Lamb (1983, 189-196). Hänen mukaansa kuntoutujien toimintaympäristö tulisi "normalisoida" niin pitkälle kuin mahdollista, kontakteja ei-sairaisiin edistää ja kuntoutusohjelmia järjestää mielenterveyspuitteiden ulkopuolella.

Toisaalta suhteiden muodostaminen psykiatrisen järjestelmän ulkopuolella ihmisiin, joita sairaus ei ole koskettanut, voi olla kuntoutujille hyvin vaativaa, eikä vähiten juuri itseä koskevien selonte-kojen vuoksi, joita kanssakäyminen monesti edellyttää. Suhteet toisiin potilaisiin / entisiin potilaisiin ja hoitojärjestelmään voivat olla käytännössä ainoa vaihtoehto tuskallisen täydelliselle eristy-neisyydelle. (Barham ja Hayworth 1991, 59, 137-138.)

VI

N1: sosiaalinen semmonen, sosiaalinen.. se että miten tosiaan potilastoverit [epäs.].. sellanen sosiaalinen tyhjän päällä olo.. tai semmonen tuota.. että tuota.. just jaksaa (sitä kotia pyörittää mutta).. että se semmonen niinku.. ihmissuhteiden kapeutuminen sillee että.. että aletaan seurustella potilaat keskenään >(tai entiset kuntoutujat?)< sitte että ihmissuhteet niinku kapeutuu se sek-tori että.. että jää ne terveet

KP: joo. Mnn..

Barhamin ja Hayworthin haastatteluissa myös jotkut osallistujat ('participants', kuten kirjoittajat haastateltavia kutsuvat) kertovat haittapuolista toisten kuntoutujien seuran suhteen. Joku välttelee ylipäänsä sellaisten ihmisten seuraa, jotka tietävät hänen sairaushistoriastaan; joku on kyllästynyt toisten kuntoutujien sairauden ympärillä pyöriiviin keskustelunaiheisiin; joku korostaa oman elämän ja uusien ihmissuhteiden rakentamista; joku taas on vahvasti sitä mieltä, etteivät toiset kuntoutujat sosiaalisena ympäristönä millään olennaisella tavalla poikkea muista ihmisistä. Barhamin ja Hayworthin tutkimuksessa myös he, jotka suhtautuvat varauksellisesti ns. vertaisryhmäänsä, arvostavat sen antamaa ymmärrystä ja tukea jossakin toisessa suhteessa. Samanlai-

set kokemukset yhdistävät, ja kanssakäynti on helpompaa kuin muiden ihmisten kanssa. (Barham & Hayworth 1991, 55-60.)

Omissa haastatteluissani ei ollut puhetta sosiaalisen rajautumisen ja toisten kuntoutujien seuran kielteisistä seurauksista sinänsä, vaikka entisten tuttavien ja ns. terveiden etäännyminen koettiin selvästi menetyksenä. Suuremman arvon suhteessa toisiin kuntoutujiin sai kuitenkin yhteyden ja ymmärryksen kokeminen (siellä missä sitä koettiin). Täytyy ottaa huomioon myös, että mahdollisten kielteisten arviointien antaminen toisten kuntoutujien seurassa olisi saattanut tuntua vastaajista hankalalta.

Myös Erving Goffman on kirjoittanut stigmatisoitujen ristiriitaisesta suhteesta toisiin kaltaisiinsa. Goffmanin lähtökohtana on, että stigmatoiduilla on samat perimmäiset identiteettiä koskevat käsitykset kuin normaaleillakin; kukaan ei pidä itseään millään merkittävällä tavalla poikkeavana. Stigmatoidut tietävät olevansa ihmisiä siinä kuin muutkin, yksilöitä, jotka ansaitsevat tasavertaisen osansa ja samat mahdollisuudet kuin muutkin ihmiset. Toisaalta stigman kantaja saa usein huomata, etteivät muut ihmiset hyväksy häntä joukkoonsa tasavertaisin perustein, ja näin ollen identifikaatiopohja löytyy helpommin toisten stigman kantajien joukosta. Kaikesta tästä huolimatta stigmatoidut jakavat laajemman yhteiskunnan normatiiviset käsitykset, ja stigmatoidun yksilön suhtautuminen toisiin stigmatoituihin voi olla hyvinkin samankaltainen kuin normaalien näkökulma hänen itsensä suhteen. Vaikka samaistuminen onkin helpompaa itsen kaltaisiin toisiin stigman kantajiin, voi myös suhde heihin muodostua hankalaksi ja häpeän värittäväksi, jos toiset stigmatoidut näyttävät vain toteuttavan kyseiseen stigmaan liitettyjä stereotyyppioita ja negatiivisia ominaisuuksia. Lisäksi Goffman olettaa, että mitä enemmän stigman kantajalla on yhteyksiä normaaleihin, sitä moninaisemmin hän kykenee näkemään itsensä ei-stigmatoiduin määrein. (Goffman 1986, 17-18, 131-132.)

5.3. Veteen piirretyt viivat?

5.3.1. Näkyvät ja näkymättömät, olemattomat ja tuntuvat rajat

Psyykkisesti sairaat on pitkin historiaa ja aina näihin päiviin saakka nähty jonakin olennaisesti vieraana, "toisena", kuten nykyisin akateemisissa keskusteluissa sanotaan (ks. Porter 2002). Tätä näkemystä ja mielikuvaa kuvaa hyvin edellä mainittu Barhamin ja Hayworthin (1991, 2) esiinnostama persoonan "uppoaminen" sairauden sisään, jolloin henkilö ikään kuin jälkiä jättämättä katoaa, ja sairaus astuu hänen tilalleen kuin hirviö kauhuelokuvan muodonmuutoksessa. Miten tämä toiseus mahdollisesti tulee esiin, kun asiaa tarkastellaan vastakkaiselta puolelta, sieltä päin, jossa määrittelyvaltaa ei yleensä ole? Millaista on haastateltavien näkemä toiseus, ja millaisena he pitävät omaa, usein epäedullisten määritteiden kohteena olevaa asemaansa?

II

N1: Ei, kyllä on tosiasia että kyllä.. (ihan vaan) kaupungilla kun [naurahtaa] ihan pika-pikaa juoksen asiat läpi vaan että... vähän niinku ..että ..pelottaa se jotenki tavallaan että.. (että) kuitenkin kun mää oon yks- yksinäinen ihminen tuota olen sitte... että ne on (.) terveitä ja... menemistä tulemista asioitten hoitamista.. eihän mulla ole mitään asioita kaupungilla ole.. no pankissa käyn tai baarissa käyn tai.. kiireesti linja-autoon ja kotiin vaan ja.. en minä oikein täällä kaupungissa viihdy että.. eihän mulla ole täällä mitään tekemistä että.. eikä mitään asiaa.. jos ei ole mitään asiaa. Että mitäs minä täällä teen, en mittään.

Haastateltavien puheessa esiintyi suhteellisen usein heidän itsensä esiintuomana eronteko terveiden ja sairaiden välillä. Tällöin oli tavallisesti kyse sosiaalisten suhteiden rajautumisesta toisiin sairaisiin, ”maailmojen” eroista terveiden ja sairaiden välillä, kuten eräs haastateltava sanoo:

V

N1: Niin, ja muutenkin niin mä oon mielummin tekemisissä nykysin niin (.) ainoostaan sellasten ihmisten kanssa jotka on myös sairaita, että mä en, mä en enää jaksa yrittää päästä mihinkään terveitten maailmaan. Niin kun mää vielä silloin alkuaikoina yritin.

KP: joo

N1: en mää haluakaan.

(.)

V

M1: ni-ni.. mull on vähä semmonen tausta että... Helena [H] (oli) silloin työharjoittelijana ryhmässä kaheksan-viisi niin.. silloin mää lähin Päiväkeskukseen.. mutta se tota kääntyi aika nopeesti sitte että.. kun mää tapasin vaimoni niin.. ni-ni.. se veti minut aika nopeesti terveitten ihmisten pariin

KP: Aha, joo

II

M1: Niiin, jos minä haluan niin sanottujen normaalitten ihmisten kanssa tekemisissä olla niin minä en tiedä mielisairaudesta yhtään mitään enkä alkoholismista (paljon muustakaan sairauksista)..että puhun normaalia asioita vaan ja... (mää pidän tur

[...]

M1: Jos haluaa olla normaalitten kanssa olla tekemisissä niin.. turvat kiinni näistä.. alkoholismista ja mielisairauksista ja muista.

Kun teema oli alkupuolen haastatteluissa tullut esiin, ja kun eronteko terveiden ja sairaiden välillä vieläpä todettiin niin ongelmattoman itsestäänselvänä (ks. myös asenteita koskeva kappale), lähdin tarkoituksella kysymään haastateltavien käsitystä (psykkisen) terveyden ja sairauden välisestä erosta. Vastauksissa sekä tavoiteltiin määritelmällisyyttä että puhuttiin saaduista diagnooseista.

VI

KP: joo. sitte tota.. joo no siit voisikin sitte tosta.. niinku (.) (epäs.) terveet ja sairaat niinku erilaisissa piireissä liikkuu.. niin tota (.) mikä se se sit oikeesti on se terveen ja sairaan välinen ero..? ett millon ihminen on sairas ja millon se on terve? Voiks niitä jotenkin erottaa?

N1: (oliks täähän se..) sellasta klassista käytetään esimerkiks tuolla, siteeraan hoitohenkilökuntaa että.. (mä muistan?) Freudi aikoinaan että ”terveenä kykenee tekemään työtä ja rakasta-

maan”.. no heti työnteko-- se laittaa heti että no sää oot sairas, entäs se rakastaminen? ..(ett justii) että mitä kriteereitä käyttää...

KP: mnn, niin.. mitä mieltä muut on tästä Freudin määritelmästä..?]

N1: kai se Freudi oli ..?

KP: se oli muistaakseni joo.. (tehdä työtä ja rakastaa..)

N2: (niin.. kyllähän se sairaskin voi rakastaa..)

KP: mnn..

N1: sairaskin tekee työtä (kotonaan)

[N2? sanoo jotain, ei saa selvää]

KP: (mnn.. mnn)

N1: sillä varmaan tarkotetaan ansiotyötä (ja semmostaa..) rakkauttakin on niin monennäköstä, miten sen määrittelee..

KP: niin.. ja sitte jos sattuu (suuri?) työttömyys (>niin kovi moni ei tee töitäkään<).. mutta tota.. niin..? onko se (.) yleensä miten määriteltävissä se terveyden ja sairauden ero vai onks se niinku, (tuntuuks se..)??

M1: niin musta tuntuu esimerkiks että (me?) eletään niinku sovussa itsensä kanssa.. ja hyväksyy itensä (niin se on).. (siinä menee monet määrittelyt yhteen)

KP: joo (.) joo

M2: jos on oikeen kauheen älykäs niin sekun on jo lähellä (?) hulluutta (kanssa?)

III

N1: Psyy- siis psyykkisiä häiriöitäkin kun voi olla niin monenlaisia mutta tota.. No kais se on se että.. voi esimerkiks lamaanua sillai ettei ettei pysty tekemään mitään ja >voi itsemurha-ajatuksia liittyä< ja.. >ei oo esimerkiks< itsekontrollia liittyy maniaan ja.. no, siin oli pari pientä esimerkkiä.

M2: Psykoosissa sitä todelli-todellisuuden taju niinku hämärtyy ja..

N1: Kuitenkin kuitenkin niitä diagnooseja voidaan tehdä niin monenlaisia.. Mulla on ainakin se diagnoosi ollu aina sama että ei muista oo kokemusta

Mielenkiintoista on myös se, kuinka omaan asemaan sairaaksi määriteltynä toisinaan otetaan suorasanaisesti etäisyyttä tai siitä mieluiten vaietaan; ja toisinaan taas, kuten saaduista diagnooseista puhuttaessa, se otetaan vastaan kuin täydellä hyväksynnällä. Voisiko etäisyydellä olla tekemistä sen kanssa, miten eri tavoin asiaan suhtautuvat ihmiset näkevät diagnoosinsa ja yleensä psyykkisen sairastamisen luonteen? Missä määrin sitä siis pidetään sairautena siinä missä fyysisiäkin sairauksia, itsestä riippumattomana vaivana, joka voi osua kenen tahansa kohdalle; ja toiselta puolen kuinka paljon siihen yhdistetään esim. henkilökohtaista vastuuta, heikkoutta, epäluotettavuutta tai jopa älyllistä vajavuutta? Voisiko etäisyyden ottamisella olla tällä tavoin yhteyttä ennakkoluulojen sisäistämiseen ja yleensä siihen, millaisia merkityksiä psyykkiseen sairauteen itse kuntoutujana liittää? Tällaisessa merkityksenannossa on tietenkin suuri rooli yksilön sosiaalisella ympäristöllä ja sen suhtautumistavoilla, joiden vaikutukselta vain harvat ovat vapaita, vaikka itse ajattelisivatkin toisin kuin yhteisönsä.

II

M1: (No en tiedä kyllä. mä oon aika varma) että mä oon yliherkkä ollu ihan lapsesta lähtien mutta sitten mä mitään omaa sairautta sillä tavalla että. jos on tehny jotain sairasta niin silloin mä oon sairas mutta jos mä vaan muuten oon oma persoona niin mikä mä oon niin mulla on oikeus olla se että]

N1: Ilman muuta; jokainen on semmonen kun on]

M1: Niin ja sitte katopas hei, ei mulla elämässä mitään sairaita tekoja oikeestaan oookkaan niin että en mä katokaan itteeni sairaaks. Kyllä mä nuorempana sillon kun mä jouduin sairaalaan niin mä katoinkin silloin vähän että "voi jumala, huh, mielisairaalaan; nyt on peli pelattu" sitten kärsin paineita, mutta en mä nykyään enää. Mää, mää katon sillä tavalla että (..) teko ratkasee (..) (että ihminenhän se on) Me ollaan erilaisia persoonallisuuksia. Jokaisella oikeus olla se minkälainen, mikä on. Että se on jotkut pikkusielut vähän jos poikkeaa porukasta niin voi kattoo tommosta että vähän vinksahantut...

[...]

M1: Ajattelepa nyt (mää ajattelen monta kertaa nyt) kun ahdistaa tai masentaa tai muuta sillä tavalla, niin mää ajattelen.. se tukee mun itsetuntoo kun mä ajattelen että eihän tässä, tässä on nyt vaan joku ongelma sillä tavalla muuten vaan että, on vähän huono päivä muuten, mutta mää aina lohdutan itteeni tällä että mä mikään mielisairas ole sillä tavalla tai jotenkin kaheli tai muuta kun enhän mää oo tehny mitään. Teot ratkasee, ei se oma mielikuvitus tai mitä kuvittelee tai miltä tuntuu ei se ratkase yhtään mitään. Mää ajattelen näin]

[...]

M1: Kyllä (mulla) positiivinen suhde sillä tavalla että velipoika niin, mulla on neljä vuotta vanhempi velipoika niin ei velipoika mua koskaan pitäny mielisairas-, että ei hyväksynyt että.. et sää oo mielisairas..

KP: Joo. (krhm)

M1: ..no mää että no, luuletko sää että lääkärit on.. (mää kärsin) siihe aikaan sellasesta masenuksesta ja semmosta.. yliherkkyyttä ja muuta. mut velipoika ei koskaan se ei hyväksynyt sitä .. että "et sää oo mielisairas", sano mulle suoraan "et ole". (minun mielipiteeni?) mutt itse asiassa se teki, sehän teki mulle hyvää..

KP: Joo.

M1: .. se teki sillä tavalla.. (mutt se ei siis?) (mä sanoin) että luuletko että ne lääkärit huvikseen mut eläkkeelle kirjottaa ja lääkkeitä syöttää että ei ne huvikseen sitä tee, että pakkohan mussa on jotain vikaa olla.. sano että eihän hän sitä (kielläkään ettei vikaa), mutta et sää mielisairas .. ole (ainakaan) että se piti mua tavallaan niinku (..) terveenä

KP: Joo.

M1: Enkä mää sillä tavalla omasta mielestäni niin jos mää.. miten miten nyt mielisairaus määritellään..

KP: Niin just.

Toisaalta näitä tapauksia, joissa haastateltava puheessaan hakee eroa sairaaksi määrittelyyn ja tuo tämän kohtalaisen suorasti esiin, on aineistossani vain tämä yksi. Mitään suurta pyrkimystä pois päin sairaaksi määrittelyyn asemasta ei siis ole aineistossa havaittavissa. (Miksi olisikaan, tulen kysyneeksi. Palaan kysymykseen myöhemmin.)

Toinen selitys etäisyyden ottoon sairaan määritelmästä voisi löytyä sairautentunteen ja sairauden kieltämisen tai hyväksymisen kautta, josta myös jotkut haastateltavat puhuivat. Jos ilmiötä nimitetään sairauden kieltämiseksi, niin silloinhan tietysti jo lähdetään siitä, että ihminen, josta puhutaan, todella on sairas. Vaarana onkin, että lähes kaikki mitä hän sanoo tai tekee, tulkitaan oletetun sairauden kautta ja jotenkin siihen liittyväksi, joten tässä suhteessa on oltava varovainen. Toisaalta tässä tapauksessa voisi soveltaa hyvin praktista määritelmää: olen valinnut haastateltavani juuri siltä pohjalta, että he ovat psykiatrisessa hoidossa. Niin, mitä sairaalla sitten tarkoitetaan? Ja mihin tarkoitukseen rajanvetoa kulloinkin tarvitaan? Akateemisissa kirjoituksissa terveen ja sairaan rajaa on problematisoitu jo pitkään sekä psykologiassa että sosiologiassa, sama koskien normaaliutta ja epänormaaliutta. Määritelmällisesti kysymys onkin vaikea, näin

myös haastateltaville. Vastauksissa sitä kuitenkin lähestyttiin hyvin tuntuvalta tai käytännöllisellä tasolla, josta kaikilla voi sanoa olleen omaa kokemusta. Tässä yhteydessä puhuttiin usein oireista, siitä kuinka sairauden ja terveyden raja omassa elämässä on erottunut. Ainakin tällä tavoin katsottuna se vaikuttaa suhteellisen ongelmattomalta kysymykseltä.

V

KP: Mnn (.) >Mutt< se onkin se kokemus siinä (.) psyykkisessä sairastamisessa että (.) >kun< toiset >niinku< tietää että ne on sairaita ja toiset ei välttämättä tiedäkään niin (.) niin mitä te sanoisitte siitä että (.) millon sitte tietää että ihminen on psyykkisesti sairas? Mikä ois niinkun teidän määritelmä siitä että (.) mikä (.) millasta on –tai mitä on psyykinen sairastaminen? Että sitä rajaa niinku (sairaahan?) ja terveen välille.. voiks sitä vetää ja missä se niinku on..?

N1: no jos puhutaan näistä ihan (.) klassisista mielisairauksista niin kyllä ne voi ihan selvästi erottaa

KP: Joo.

N1: Mutta tämmösiä jotain lievempiä häiriöitä niin (epäs.)

KP: Mnn.

N1: joitain paniikkioireita tai muita

KP: Joo.

H: (mnn)

KP: Mites muut?

M2: Mää sanosin että käyttäytymisestä huomaa

KP: Joo.

M2: (kyllähän niinku) skitsofreniasta.. että (.) toimii (.)sillai poikkeavasti

KP: Joo. Siis niinkun.. tunnistaako itestaan myös sitt niinkun käyttäytymisestä..?

[M2 nyökkää]

Toki rajaa myös suhteellistetaan:

II

N1: Että niinku uskaltaa olla vapaammin oma itsensä kuin vaan terveitten joukossa että

KP: Joo]

M1: Missä niitä terveitä oot nähny?

KP: Mnn. [N1 naurahtaa]

M1: Mää ainakaan oo tavannu missään.

N1: No niin sanottuja terveitä, että..!

M1: Niin no joo (se on ihan eri)

Tämä on taas yksi asia, jonka yhteydessä haluan korostaa, että haastateltavillani varmasti on erilaisia ajatuksia ja suhtautumistapoja, eivätkä ne suinkaan kaikki tulleet haastattelun kulussa esiin. Joudun siis käsittelyssäni keskittymään vain niihin puheenvuoroihin ja ilmaisuihin, joita tuossa ryhmätilanteessa myös käytettiin.

Maailmojen välisenä erona terveiden ja sairaiden välinen ero tulee selkeästi esiin kahdessa kolmessa vastauksessa. Maailma -sanaa käyttää kaksi näistä vastaajista itse. Pidän tätä yksinkertaisesti viitteenä siitä, että sairaut ja terveet ainakin joiltakin osin ”pyöriivät eri piireissä”. Lisäksi voisi ajatella, että siellä missä sairastuneet kokoontuvat, on raja terveiden ja sairaiden välillä paikan roolijaon mukaisesti erityisen selkeä, esim. sairaalassa henkilökunta ja kuntoutujat / potilaat,

kun taas siellä missä näyttää olevan vain terveitä raja on liukuvampi, mutta sinne pitkään sairaustaneilla ei välttämättä ole kovin paljon yhteyksiä.

Jonkinasteisena sairauden ja siihen liittyvän aseman suhteellistamisena voi varovaisesti tulkiten nähdä myös siinä, kuinka jotkut haastateltavat antavat taustaa omalle sairastumiselleen. Tällaiset selonteot omasta henkilöhistoriasta ohjaavat kuulijaa näkemään syitä sairastumiseen ja sitä kautta viilaamaan epänormaaliutta hahmottavia kulmakohtia kohti normaalia ja ymmärrettävää; tiettyä taustaa vasten sairastuminen, joka saatetaan nähdä epänormaalina, tulee ikään kuin normaaliksi.

Tässä yhteydessä pohdittavaksi nouseekin kysymys, mikä yhteys on luokituksella tai jatkumolla normaali-epänormaali ja toisaalta terve-sairas? Eikö sairastumista voisi käsittää jonakin hyvin normaalina asiantilana tai reaktiona jossakin tilanteessa? Tilastollisesti maailman väestöä tarkastellessa voi hyvinkin paljastua, että vain murto-osa ihmisistä on esim. WHO:n määritelmän mukaan terveitä, täydellisesti tuskin kukaan. Voitaisiin sanoa, että on normaalia olla sairas.

II

M1: ..se on..mulla kävi näin, mulla tuli seinä vastaan.. loppu voimat, mä masennuin sillä tavalla ja... sit tuli semmonen tota.. tavallaan, siitä se alko semmonen kierre tota ja, putosin niinkun pelistä enkä päässy enää koskaan takasin

KP: Joo.

M1: Mä tiedä sitten miten se määritellään että..

KP: Mnn.

III

N1: Varmaanhan se (jo) tavallaan meikäläisen alamäki alko siitä kun äiti menehty vuonna yhdeksänkymmentäkolme ja samana vuonnaha mä sit eläkepaperitkin sain..

KP: Joo.

N1: ..(se oli) mulle erittäin raskasta aikaa..

KP: Mnn.

(..)

N1: Nyt sais toisetkin puhua välillä etten minä oo koko aikaa äänessä

II

M1: [epäs.] Mä kolmekymppisenä sairastuin sillä tavalla että... tota... mulla oli aika kova tota rankka lapsuus se johtu varmaan siitä kun (.) mä jouduin (.) 14-vuotiaana jouduin kasvatuslaitokseen. mä pääsin vasta armeijan jälkeen takasin yhteiskuntaan.. ja mä olin silloin jo valmiiks vähän katkera yhteiskuntaa kohtaan että perkele, mua on kohdeltu vähän väärin.. ja sit mä ajattelin että mä lähdän Norjaan tekee uutta uraa että ni (.) unohdan koko Suomen niemen ja otan Australian kansalaisuuden ja (.) unohdan (.) (nuoruuteni). Mä petyin tässä mä jouduin tulee takasin ja sitte mä (tavallaan) mul tuli seinä vastaan ja sitten mulla on tää tää sairaalakierre alkanu.

N1: Minä sairastuin seitsemäntoista vuotiaana.(...) Se on totta. Mnn. Minä olin kaupassa töissä ja kävin iltaoppikoulua, hoidin vielä [epäs.].. Jouduin liian koville!

Psyykkisesti sairaan kategorian tuskin kukaan pitää itselleen erityisenä meriittinä, ja siitä mieluiten vaietaan, kuten jatkossa tulee ilmi. Tämä yhdistettynä siihen, että rajaa sairaan ja terveen välillä voi pitää epämääräisenä ja sopimuksenvaraisena, antaisi aihetta uskoa, että sairaaksi luokituksesta yleisemminkin pyrittäisiin pois. Koska näin ei aineistoni perusteella näyttäisi olevan, herää kysymys, mitä etuja tai oikeuksia sairaaksi luokittelusta seuraa? Ilmiön nimeäminen sairaudeksi vapauttaa ainakin vastuusta, mikä ilmenee mm. rikosoikeudenkäynneissä, joita varten tehdään mielentilatutkimuksia, ja syyllisiä voidaan tuomita vankilan sijasta pakkohoitoon. Tällaiset seikat kuitenkin hyvin harvoin -jos koskaan- koskettavat tavallista mielenterveyspotilasta. Jos selitystä hakee tältä suunnalta, se voisi paremmin löytyä ilmiön ymmärrettäväksi tekemisestä ja yhteiskunnassa sairaalle varatusta avusta ja paikasta; poikkeava käyttäytyminen ja vaikea olo selittyvät sairaudella, ja siihen on saatavissa apua. Hintana kuitenkin on usein leimautuminen, jota käsittelen tuonnempana.

Toisaalta omankin sairauden läsnäolo voi olla niin itsestään selvää ja läpitunkevaa, että kysymys sairaaksi määrittelyn hyväksymisen funktioista voi tuntua mielettömältä. Voisin tulkita asiaa niin, että etäisyyden otto sairauteen ja diagnooseihin tulee tarpeelliseksi vasta siellä, missä ilmiötä ei tunneta ja siihen liittyy arvottavia asenteita. Esim. hoitoyhteisössä kuten sairaalassa tai kuntoutuskodissa toimivien ammattilaisten voi olettaa olevan suhteellisen ennakkoluulottomia sairaita kohtaan asioiden tultua heille tutuiksi. Tällaisissa paikoissa ei ole tarvetta piilotella diagnooseja, koska sairaus saa siellä toisen merkityksen kuin ulkomaailmassa. Tämä sopisi yhteen myös sen kanssa, mitä eräs haastateltava sanoi ”voi olla vapaammin oma itsensä”.

5.3.2. Sama universumi, yhteinen puheavaruus

Hiukan yllättävänäkin pidän sitä, kuinka käytetyssä käsittelemässä haastateltavani liikkuvat ”normaalien” ja sairaiden erottamisen suhteen. Tavallisista, normaaleista ja terveistä puhutaan sen verran ongelmattomasti, että tarkemman selvityksen perääminen saattoi tuntua hiusten halkomiselta. Onhan kussakin tilanteessa selvää, kuka on sairas ja kuka terve, tai ainakin se, ketä minäkin pidetään, ja usein tämä riittää siihen, että kaikkien oletetaan tietävän mistä puhutaan.

Tässä yhteydessä otan käyttööni Pertti Alasuutarin käsitteen puheavaruus, jota hän käyttää hiukan toisessa merkityksessä teoksessaan *Toinen tasavalta* (1996). Eri kohdin aineistoa tulee esiin kuinka terveet ja sairaat elävät keskenään samassa puheavaruudessa, jossa jäsenyyden kohteena ovat juuri terveyden ja sairauden kantajat. Yksinkertaisimmillaan tämä on sitä, että sairaat puhuvat normaaleista / terveistä ja ei-terveistä eli sairaista samalla tapaa kuin ns. terveet itse. Se miten kaksijakoisesti kieltä käytetään luokituksen molemmin puolin ei tietenkään todista kielen ja luokituksen paikkansapitävyydestä tai luonnollisuudesta, vaan sitä voisi pitää vain merkkinä en-

sinnäkin siitä, että monet sairastavat eivät pakene sairaaksi määrittelyään, ja toiseksi siitä, kuinka yhteistä käsitemaailmaa ihmiset käyttävät, oli se sitten osuvuudeltaan ja arvolähtökohdiltaan hyvä taikka huono.

V

M1: että kyllä mä nyt eilen kyllä aika paljon.. tuommosien tavallisten ihmisten kanssa.. kävin tekemässä semmosia (.) testauksia että

KP: Testauksia?

M1: Niin.. mä kun suunnittelen tuossa kaikenlaista, kun mulla on kaks romuautoa ja (.) pitäis yks auto niistä tehdä niin mä kävin Pyörteestä varmistamassa että jos mä (joudun ottaa kilivet autosta pois?) niin ottaako ne sen auton sinne. Sinne tota.. kyllä se sitte lupas ottaa sen ja (hhh)..

KP: Joo.

M1: ja päästiin aika hyvin sillee että..

KP: Joo.

M1: [(sujut?)]

KP: [Joo.] (>Tuossa kun sä>) sanoit että tavallisten ihmisten kanssa (niin).. tarkoitatko sä sillä niinku ei-sairaita vai..?

M1: ei-henkisesti sairaita

KP: ei-henkisesti sairaita, joo. Mutt eihän sitä aina tiedä että (.) kuka on sairas ja kuka ei.. (nauhahtaa loppuun) (hhh)

M1: Niin no en minä tiä. Mä (hhh), mun suvussa on, isällä on ollu ja veljellä on (.) skitsofrenia ja.

KP: Joo.

Yhteisen puheavaruuden ilmaisuna varsinaisen terve-sairas –jaottelun rinnalla voi ajatella myös sitä, kuinka kuntoutujat saattavat nähdä toisensa ja heidän poikkeavuutensa samoin kuin sitäkin, millä tavoin he puhuvat ns. päällenkäymisen teemasta (josta lisää stigmaa koskevassa kappaleessa). Kuten edellisessä luvussa Goffmanin mukaan kirjoitin, jakavat stigmatisoidut laajemman yhteiskunnan normatiiviset käsitykset, sekä jollakin perustavalla tasolla myös identiteettiä koskevan käsityksen omasta normaaliudesta; jokainen lienee itselleen helpommin käsitettävä kuin muille. Goffmanin mukaan stigmatisoitujen suhtautuminen ja asenteet toisia stigmatisoituja kohtaan voivat suurestikin muistuttaa normaaliensa asennoitumista stigmatisoituihin varsinkin silloin, kun stigmatisoitu yksilö löytää jonkun, joka on itseä selvemmin ja näkyvämmiin stigmatisoitu, ”pahempi tapaus”. Näin ollen mitä enemmän stigmatisoitu yksilö eroaa normaaleista rakenteellisesti, sitä enemmän hän tulee kulttuurisesti heidän kaltaiseksi. (Goffman 1986, 17, 130-131, 139.)

Suoranaista asenteellisuutta toisia potilaita kohtaan en aineistostani löytänyt; enemmän on kyse epäilyistä ja tunnistamisesta sekä siitä tiedosta, että itse tulee tunnistetuksi.

V

M1: ja tota.. en mä tiä, kyllä se leimansa lyö vaikka sitä ei silleen... tossa kun mä katoin yhtä, yks nainen meni tossa (.) Lahenkeskuksella, >niin< kun se veti perässään.. Ensinnä niinku, näytti niinku että ruumiinrakenteeltaan ja (epäs.), toi on ihan silleen.. tolleen.. mutta sitte mä että (hh), käyttääkö ne tommosta veto- niinkun... sitte mä huomasi sellasen vaan kaupassa että (.) se toimi hirveen hitaasti siinä niinku (.) niissä toiminnoissa.. niin kyllä mä vähän laitoin sen niinku semmosen piikkiin (.) että kyllä se niin voi olla sitte

KP: Joo. Mnn.

N1: mutta se voi olla joku fyysinenkin sairaus

H: Mnn. (Ihan hyvin.)

M1: Niin, toisaalta silleen.. (hh) Mnh.

N1: vaikeehan sitä on sanoa

KP: Niin on.

H: (Mnh.)

KP: Toisista (.) toisista epäilee ja toisista ei epäile ja.. kaikista kun (epäs.)

M1: Niin kyllähän tuolla (.) Kangasvuoressaki ykköselläkin näkee ihan niinku että (naurahtaa) mitähän näilläkin on että.. (sillee että)

Seuraavissa katkelmissa puhuja tuo itse esiin sijoittumisensa sairaiden kategoriaan, mutta astuu ikään kuin hetkellisesti rajan yli ja ottaa itsensä ulkopuolisen näkökulman. Ensimmäisessä näen tarkoituksena olevan hakea uskottavuutta ja tukea omalle kertomukselle, jonka arvellaan joutuvan epäilyksen alaiseksi; toisessa saattaisi saman kaavan mukaan nähdä jopa häivähdyksen ironiaa –”ettehän te kuitenkin usko, eihän minun arviointiini ole luottamista”- ellei sitä sitten pidä vain eksplisiittisenä oman arvioinnin nöyränä kyseenalaistamisena.

II

N1: Mutta (.) ei sieltäkään oikein saa mitään että.. Se kun on se, sitä on sairautta vai ei että.. lääkäri määrää, lääkärin määräyksen perusteella käyn siellä ja. Ja vähän pois kotoa tuolta asunnolta että. Kuitenkin mulla on rauhaton asunto –[painokkaasti] ei se ole mitään äänihallusinaatiota harhaluuloja, se on totta, siellä on rauhatonta ja aika pelottavaakin minusta on.

KP: Joo.

III

KP: Mistä se on niinku lähteny se ihmisarvo tai (.) missä se niinku tulee ilmi että sulla ei olis sitä? Se.. niin. (mikä se olis)?

N1: >No en mää tiä sitte< onko se jotakin sitte minun vainoharhasuutta tai semmosta, mä koen että mulla ei oo sitä, että en mä tiedä sitte. (Ku) mä koen sillai että toiset, minun kanssaihmiset ei arvosta minua. En tiedä sitten millä tavalla se pitäis tehdä mutta.. (mutta) minust vaan tuntuu siltä.. mulla on niin vähän näitä ihmissuhteita.. erittäin vähän.

KP: Joo.

Seuraavissa katkelmissa taas vaikeat asenteet yhdistetään siihen, etteivät ”heidänkäsiansa kunnossa ole”, saattavatpa kyseessä olla peräti ”kohtalotoverit”, jotka eivät välttämättä ole ”terveitten kirjoissa”.

II

M2: en mää sitä häpee ..ett omaa sairautta niinku yhtään ett.. mää ajattelen ett.. (jos pitävät hulluna niin) [epäselvästi, hiljaa].. siinäpäähän pitävät. se ei minua niinku (haittaa)

M1: Ei, ei...

N1: Se on toisten ongelma siinä, eikö olekin? niitten ongelma (.) jotka niin tekevät, sanovat ja nimittelevät

KP: Mnn.

M1: ..eei..

N1: että niillä on vakavasti vakavasti on (jotain) ongelmia tai (..) juttuja että (.) ei se, ei se oikein heidänkäsiansa kunnossa ole (.) elämänsä kunnossa eikä.. (noin menee huutelemaan) että ompa hullu tai (menee tuommosta huutelemaan niin..)

KP: Mnn.

III

N1: Niin ja mulla on ainakin käyny niin että moni on halunnu katkasta ne niin sanotut niin sanotut suhteensa minuun jotka on ollu erityisen löyhällä perustalla. Että ei oo ollukaan minu ystäviä. Ja se on ilmentyny sitte vasta että kun ne on minut hylänny kun mulla on tullu vaikee paikka että mä oon joutunu sairaalaan niin ne ei oo enää mua tietävinään, tuntevinaan. Niin. Mulle on käyny niin.

>Mut on hylätty.<

KP: Ne on ihan tehny niinku tietos]

N1: Va-vaikka ne ovat itsekin (.)monet niistä on (.) niin ihan kohtalotovereita.

KP: Joo.

N1: Mnh. Ettei ne itekään välttämättä (täydellisesti?) oo terveitten kirjoissa.

5.3.3. Asenneilmasto

Aiheessani psykiatristen kuntoutujien yhteiskuntasuhde voi luonnollisesti erottaa kaksi suuntaa: kuntoutujien yhteydet ja osallistuminen ympäröivään yhteiskuntaan instituutioineen sekä toisaalta yhteiskunnan suhtautuminen mielenterveyskuntoutujiin paitsi palvelujärjestelmän kautta myös eri tavoin esiin tulevina arvoina ja asenteina. Näitä arkielämässä vaikuttavia asenteita koitin tavoittaa suoralla kysymyksellä ”ovatko asenteet mielenterveyspotilaita kohtaan muuttuneet”. Mahdollisen muutoksen taustalla –sen syynä vai seurauksena?- ajattelin olevan ainakin julkisuudessa aiheeseen liittyvän avoimuuden lisääntymisen viime vuosina tai vuosikymmenenä. Mielenterveyskysymysten näkyvyys julkisuudessa liittyy tietysti myös muutoksiin hoitojärjestelmässä eli laitospaikkateiden purkuun ja avohoitoon painottumiseen.

I

KP: [epäs.] sellanen miut viel kiinnostas kysyy ett (.) sellanen tosi yleinen kysymys että (.) millanen käsitys teill on suomalaisesta nyky-yhteiskunnasta (.) ett millanen se on... tekin ootte katellu tätä yhteiskuntaa vähän pitempään kun minä että te ootte nähny siinä monenlaisia muutoksiakin... milt tää nykypäivä niinku näyttää?

L: Tartteeks siun mennä siihen bussiin nytte? [M1 on jäänyt ovelle kuin odottamaan jotakin]

M1: joo tarvii

KP: [naurahtaen] joo..joo

L: No niin, no niin

M1: Minusta niinku asenne ei oo muuttunu paljon mikskään vaikka puhutaan että näistä (.) näistä asioista on julkisuudessa puhuttu paljon (.hhh) mielenterveyden asioista niin minun mielestä (hh) asenne mielenterveyspotilaihin ei oo muuttunut juuri mikskään

KP: Ai jaa

M1: Että hulluina pitävät!

KP: Aha!

N2: jooo.. totta

M1: Mull on tämänanen mielikuva

Vastaukset ovat selkeästi yhdensuuntaisia: mitenkään merkittävästi suhtautuminen mielenterveyspotilaisiin ei ole parempaan muuttunut. Haastateltavat toivat hyvin selkeästi esiin sen että ovat oppineet vaikenemaan ongelmistaan. Muutamilla oli pieniä tosielämän tarinoita kerrottavinaan, ja näissä tarinoissa puhuttiin hulluista.

II

KP: Tuntuuks teistä että ihmisten asenteet mielenterveysongelmaisia –ketä ne sitten onkin- niin tai yleensä mielenterveysongelmia kohtaan ois muuttunu? Nyt kun näit on julkisuudessa ainakin paljo enemmän käsitelty tällasia aiheita (musta)..? Onks teidän mielestä asenteet muuttunu?

N1: Eipä juuri ole. Jonkun verran.. [epäs.] ..osa haudassa kyllä mutta (.) nyt nykypolvi sitten mä en tiedä miten ne sitten suhtautuu en oo heihin sillä tavalla ollu juttusilla että.

KP: Mnn.

N1: Kyllä se vaan sitkeästi pysyy että (.) ainakin ainakin minun kohdaltani niin näen naapureis-tani mitä huomaan että.. enhän heidän kanssaan missään tekemisissä ole mutta kuitenkin että..

M2: Mull on taas ihan päinvastoin.. että mull on ihan hyvät hyvät naapurit missä mä asun. (epä-selvää) (naapureitten luona kylässä kahvilla ja.. käy (vastaavasti mulla?) [epäs.]

KP: Joo. Joo-o. (.) [M1:lle:] Haluatko sie sanoo jotain tähän?

M1: Niiin, jos minä haluan niin sitten normaalitien ihmisten kanssa tekemisissä olla niin minä en tiedä mielisairaudesta yhtään mitään enkä alkoholismista mitään (paljon muustakaan sairau-des-ta?)..että puhun normaalia asioita vaan ja... (mää pidän tu)

KP: Mnn.

M1: ..mää jos vähänkin vihjasee että (Kangasvuoresta) niin heti että ”täytyykin nyt tästä lähtee, että anteeks vaan että hei” [vilkaisee kelloaan]

KP: Ahaa..

M1: ..että parempi pitää että, kyllä ne ennakkoluulot on niin vahvat]

N1: Kyllä se totta kuule on, tosiasia on kyllä niin!

KP: Joo.

M1: Mä oon sitä mieltä.

KP: Joo. Edelleen.

M1: Jos haluaa olla normaalitien kanssa olla tekemisissä niin.. turvat kiinni näistä.. alkoholismista ja mielisairauksista ja muista.

KP: Joo.

M1: Mää vannon...(puhuttava muita asioita)

KP: Se on niinkun (.) koettu juttu?

M1: Kannattaa olla hiljaa ..(ei kannata mennä huutelemaan?)

KP: Joo.

M1: Jos haluaa olla ihmisten kanssa tekemisissä. Jos haluaa eroon päästä, niin sanoo vaan että ”tulen tässä Kangasvuoresta lomalta” niin että ”anteeks, mun on lähettävä” [naurahtaa]. Tulee tämmönen niinku...reaktio

KP: Joo. Mnnn.

II

M2: (Mää voisinkin kertoa) tässä yhden esimerkin tässä.. nimiä mainitsematta.. Yks.. yks tuota ni kävin kerran mun tuttava tuttavan luona ja.. (se oli sitten) soittanu mun isälle (kuulemma?) että ”sano sille hullulle pojalle ettei tuu tänne” (no mää sitten että) aha.. no se nyt sitten tuota ite joutu olemaan ainakin vuoden tuolla sairaalassa.. kyllä sen näki siitä että miten silläkin oli käsitys sitte muuttunu...

III

M2: Sillon kun mä muutin tuonne Harjulan kuntoutumiskotiin sairaalasta ni (.) yks tuota naapuri ni, mä kuulin kun se parvekkeella sano ett sano jollekin toiselle tyypille että ”kyllä hu- hulluilla on hyvät oltavat”

III

M1: Kylläpähän sitä niin ajatellaan vielä kun että ne on poissa pelistä että antaa niitten olla että niien niien kanssa tartte olla missään tekemisissä!

KP: Joo. Sull on kanssa tällanen kokemus.

M1: Oo-on (mulla) semmone..

KP: Joo. Joo. Mnn. (.) Teemu ja Pertti ja Hanna? Millasia kokemuksia teillä on? Tuntuuks susta että asenteet ois muuttunu mielenterveyspotilaita kohtaan? [N2: lle]

N2: En ossaa sanoa mittään tohon (asiaan). (sen kummemmin)

KP: Mitäs Teemu?

M2: No voi ne ehkä vähä vähän ollu muuttunu.. mutta en mä ainakaan ite viitti mainostaa että mä oon (.) psyykkisesti sairas.

KP: Mnn. Niin pitkälle ei oo muuttunu ainakaan että niinku vois sanoo (.) vois sanoo samalla tavalla kuin jonkun fyysisen..

M2: Eei.

KP: Joo.

M2: Tuntuu että joku (.) alkoholismikin on hyväksyttävämpi kuin psyykkinen sairaus.

N1: Kyllä varmaan näin on.

Hulluksi nimittämiseen voisi nähdä tiivistyvän sen ihmisarvoa alentavan ja koko persoonaa leimaavan suhtautumisen, jossa ihmisellä ei ajatella olevan järkeä, eikä hänen tämän vuoksi uskota vaativan minkäänlaista kunnioitustakaan. Pilkillinen suhtautuminen ja naureskelu olivat ehkä konkreettisinta arjessa koettujen asenteiden kuvausta, samoin välttely ja siihen liittyen se, että sairas jää helposti yksin. Vastauksille yhteistä oli vahva epäluottamus sosiaalisen ympäristön reaktioita kohtaan: vaikka edessäpäin kaikki näyttäisikin olevan kohdallaan, mikään ei anna syytä olettaa, että niin olisi myös kun kääntää selkensä. Psyykkinen sairaus näyttäisi vastausten perusteella olevan vielä kaukana neutraaliudesta tullakseen kohdatuksi kuin mikä tahansa muu sairaus.

V

KP: Joo, joo (hh). (..) Joo. (..) No sitte se mistä tuossa aikasemmin olikin, noista asenteista että.. millanen kokemus teillä on siitä kun.. mä aattelin vaan sitä että .. niinkun esimerkiks julkisuuden henkilöt on aika paljon puhunu mielenterveysongelmista (.) voi tietysti sanoa että ne on niinku aika erilaisia ongelmia että ne ei oo silleen niin niinku vakavan luokan mutta (.) kuitenkin niinku saanu kasvot aika –enemmän kun ennen niin (.) mielenterveyden ongelmat. Jotkut kirjottanu kirjoja ja sillä tavalla niin.. Onko teidän mielestä asenteet muuttunu?

N1: samalla lailla nauretaan kun ennenkin [kaataa kahvia itselleen]

KP: Joo. (..) Joo.

N1: [alku epä.] ja nauretaan ihan päin naamaa jotkut ihmiset jotka tietää että mä oon niin (sairas)

KP: Onko ne tuttuja vai vieraita?

N1: Vieraita.

KP: Jaa jaa. Millasia kokemuksia muilla.. (asenteista)?

M2: mulla on vähän sama kokemus että.. kun tuolla ulkona liikkuu niin.. joitakin ihmisiä huvittaa suunnattomasti se että toinen käyttäytyy oudosti

KP: Joo

M2: esimerkiks, mä kävelen aika jäykästi (.) en tiä johtuuko lääkkeistä vai jostain muusta ni.. sellanen (.) pilkkaava (.) asenne..

KP: Joo

M2: ..mua kohtaan (on selvästi havaittavissa)

KP: Joo. Nekin on vieraita ihmisiä (ihan)?

[(H?: Mnh.)]

[(M2: Joo.)]

KP: Joo. Joo. (...) Mitäs (.) te kaks..? Onks teillä (millasta näkemystä)? [M1:lle ja M3:lle]

M1: Kyllä mäkin vähän aattelen silleen että... kyllä ne ihmiset edessäpäin voi olla silleen (mutta)... mutta tahtoo tuntua että takanapäin [naurahtaen] siellä ollaan... silleen vaan semmosta... vaikka emmää nyt tiedä tossakin tossa... tossa pihayhteisössä niin.. olin tuossa auton luona niin.. semmonen kova juoruamaan oleva [naurahtaa] (hhh), asuntotoimikunnan puheenjohtajan vaimo

oli siinä ni, kyllä se taas sitte niinku jutteli ihan –keskenään, kahestaan niin siinä (.) parkkipaikalla ni, ihan (.) ihan niinku silleen että... kun mä otin niinku ihan selvästi että.. kun mä jymähdin kerran että.. (kun) mää olin just sairaalajaksolla niin.. -niinku nyt Kangasvuoressa isossa talossa on näitä vanhuspotilaita terveyskeskuksen- niin sen isä oli siellä, niitten auto oli siinä edessä ja oli pakko siinä sitten kun tuli että –ai jaa, nyt mää kärehdin niinku! Niin mää niinku suoraan alotin sen puheen, heitin siitä että ”me ei ollakaan nähty sitte” [epäs.] niin heti muisti siitä ja.. kyllä se siitä ihan asiallisesti niinku..

KP: joo

M2: ..alko kertomaan niistä huolista ja (mitä siinä on kaikkee)

KP: joo

M2: Mutta en mää sitä tiä mitä se sitten (selän taa) [naurahtaa] >mikä on semmonen< että ne oikein puhuu kahestaan siellä koko (.) taloyhtiön asiat..

KP: joo. (.) M-

Goffman Stigma-kirjassaan kiinnittää runsaasti huomiota siihen sosiaaliseen informaation säätelyyn, jota stigmatisoitu yksilö itsensä suhteen harjoittaa. Haastatteluissa tämän seikan olennaisuus käytännön arjessa tulee hyvin esiin. Stigmatisoidun sosiaalinen maailma jakautuu niihin, jotka tietävät, ja niihin, jotka eivät tiedä. Tähän liittyvä käsitepari on 'discredited' ja 'discreditable', jotka paremman puutteessa käännän paljastuneeksi ja paljastumattomaksi. Tämä siis koskee sellaista stigmaa, joka ei ole helposti näkyvissä ja voidaan näin ollen pitää salassa. Stigman kantaja on joko paljastunut, jolloin sosiaalisissa tilanteissa hänen kanssaan toimitaan tavallisesti siten kuin kyseinen poikkeavuus olisi täysin irrelevantti, se jätetään huomiotta; tai sitten paljastumaton, jolloin hän ei kamppaile sosiaalisten jännitteiden vaan oman yksityisen informaation säätelynsä kanssa. (Goffman kaikkine esimerkkeineen saa toden totta stigma-kohtalon kuulostamaan kovin lohduttomalta ja vaihtoehdottomalta sosiaaliselta tilalta!) Paljastumaton yksilö voi myös itseään paljastamatta joutua kohtaamaan ennakkoluuloja omaa poikkeavuuden ”ryhmäänsä” kohtaan, minkä vuoksi toisten hyväksyntään ei koskaan voi täysin luottaa. Stigman salaamiseen voi liittyä myös syyllisyydentuntoja kulttuurissa, jossa läheiset suhteet ratifoidaan molemminpuolisilla henkilökohtaisilla ”vajavaisuuksien” paljastuksilla. (Goffman 1986, 13-14, 92-94.)

Tätä paljastumattomana pysyttelemistä tai toisin sanoen ”käy normaalista” –ilmiötä varten Goffmanilla on käsite 'passing', jonka voisi kai kääntää läpäisyksi tai läpimenoksi. Koska normaaliutta pidetään niin suuressa arvossa, lähes kaikki pyrkivät esiintymään normaaleina aina kun se vain on mahdollista (sama, 57-58, 93-95.)

Kaikki mitä Blaxter (edellä stigmaa koskevassa kirjallisuuskappalessa) kirjoittaa stigmatisoitumista pätee paremmin kuin hyvin psyykkisiin sairauksiin ja häiriöihin sekä myös omaan aineis-
tooni. Blaxter (1980, 197) huomioi myös, että liian suora stigmaa koskeva kysyminen voi tuntua asiaankuulumattomalta, ja niinpä tutkimuksessa kiinnitettiin huomiota stigmaa indikoiviin seikkoihin kuten ystäväpiirin kaventuminen, halukkuus osallistua sosiaalisiin aktiviteetteihin, näkemykset naapureiden ”avuliaisuudesta” sekä vastaajan omasta aloitteestaan ilmoittama ahdistus sosiaali-

seen vuorovaikutukseen liittyen. Tavallaan ironisena voi nähdä Blaxterin tutkimuksen fyysisesti vammautuneiden ihmisten kuvaukset siitä, kuinka heidät saatetaan määritellä epänormaaleiksi luonteeltaan, älykkyydeltään tai psyykkiseltä tilaltaan (mental condition). He itse määrittelyivät itsensä normaaleiksi lukuunottamatta vammaa, joka on luonteeltaan *täysin* fyysinen. Yhteisenä piirteenä psyykkisesti sairastavien kanssa voi kuitenkin nähdä toiveen siitä, ettei sairautta ja ihmistä samastettaisi toisiinsa. Sairauden voi olettaa edustavan ei-toivottua asiaa kaikille (ainakin lähes kaikille) ihmisille riippumatta siitä millainen heidän oma terveydentilansa on. Vaikka puhutaankin epileptikoista tai skitsofreenikoista ja vaikka sairaus kulkisikin aina ihmisen mukana sinne minne tämä meneekin, on ihminen aina enemmän kuin sairautensa, ja odottaa lähtökohtaisesti saavansa osakseen samanlaista kohtelua kuin saisi ilman sairauttaankin.

VI

N1: ett kyllä sillee niinku.. esimerkiks (.) niinku taloyhtiö niin.. ett kyllähän ne päivää sanoo ja säästä kerrotaan mutta .. niinku (meiänkin?) talossa. Että kyllä kaikki niinku päivää sanoo ja iltalenkillä tervehtii ja näin mutta.. ei sit lähempää kontaktia synny.

II

KP: Mnn. (.) Missä se sit (niinku) tulee ilmi että sairasiin suhtaudutaan negatiivisesti, missä se näkyy? Millasiss tilanteissa se tulee esiin ja [missä niinku joutuu muistamaan sen että ..

N1: ..että on sairas?

KP: Niin, niin.

N1: Melkein, melkein joka asiassa että.. Ajatus ei oikein.. [naurahtaa lyhyesti]

KP: Mnnn.

N1: Siitä sitä kun on nuoresta asti sairastanut niin sitten on semmonen, ja on ollu hoitoloissa, niin sitten tulee semmonen leima että.. sairaan. niinku sairaan. vaikka onkin sairas niin kuitenkin että

KP: Tuleeks se niinku ihan jossain ihmisten suhtautumisessa esiin..?

N1: Tulee. Ehkä ehkä se on myöskin omaa omaa tommosta omaa ennakkoluulo.. tai en nyt tiedä mutta ihmiset suhtautuu sairasiin (.) vähän että ei ei miss.. että jos asuntoaluetta jotain asuntoa rakennetaan niin sinne ainakaan saa niitä ottaa .. että tämmöstä. Juoppoihin suhtaudutaan paljon myönteisemmin kun henkisesti sairasiin. [painokkaasti]

KP: Mnn.

M2: Eikö se alkoholismikin oo sairaus?

N1: Kai sekin on mutta kuitenkin että.. että ne vihaavat tuota sitte, vihaavat mielenterveysongelmaisia.

KP: Mnn.

II

N1: ..mutta kun se on tiedossa monta kertaa.. että on noissa kerrostalossa varsinkin (.) ja (hh) missä vaan että kuka missäkin on ja kuka kuka mitäkin sairastaa tai minkälainen on ja minkä näkönen on ja tommosta..

Kaupungissa ihmiset asuvat lähellä toisiaan, ja tiedot kiertävät naapurustossa. Ei ole mahdotonta sekään, että kielteisten asenteiden kohteeksi ja mahdollisesti silmätikuksi joutunut yksilö kokee ympäristönsä poikkeuksellisen voimakkaasti.

I

L: Onks teillä muilla vastaavia kokemuksia? (...) että sais kuulla jotenkin ikäviä kommentteja tai tulis jotenkin semmonen (epäselvä sana)?

M1: No mulla oli kun mä asuin *Kaupunginosassa 1* niin. (hhh) muutama vuosi sitten niin. Naapurit piti pilkkanaan ja...

KP: Joo.

M1: Ja tota. (.....) [huokaisee]

KP: Ihanks ne niinku sano (.) suoraan päin naamaa jotain ikävää vai miten se niinku ilmeni että ne piti pilkkanaan? (.) Tekiks ne jotain kiusaa vai?

M1: hhh. No tota noin niin. (..) miten mä nyt osaisin selittää..

KP: Mnn.

M1: Kun nää ihmiset asu yläkerrassa missä minä asuin (..) Niin sieltä ne huuti mulle niinku sieltä asunnolta.

KP: Aijaa.

M1: ...ja tuota pilkkasivat ja... Ulkonakin kun näki niin [yskähtää] semmosta halveksivaa ilmettä, hymyilivät tuota ja... sitt mä rupesin siellä kuulemaan ääniäkin.. [huokaisee] ja osinkin se johtui niistä naapureista.

KP: Joo.

M1: Ääniharjoja, ja jouduin sairaalaan sitte. En pystynyt muuttamaan takasin enää asumaan sinne.

KP: Aha.

M1: Nyt asun *Kaupunginosassa 2* ja [huokaisee] kaks ja puoli vuotta asunnu. Nyt ei oo ollu mitään häiriötekijöitä että.

Kuultavissa oli kuitenkin jotakin muutakin kuin huonoa; toisaalta yhtä hyvistä naapuruussuhteista puhujaa voi kai pitää poikkeuksena. Tälle poikkeavuudelle voisi hakea selitystä siltä suunnalta, että kyseinen haastateltava oli muita jonkin verran nuorempi; hän ei ehkä ole elänyt aikaa, jolloin suhtautuminen oli voimakkaammin kielteisistä ja pelokasta, ja toiseksi myös oma tuttavapiiri on mahdollisesti toisen sukupolven kasvatteja. Muutamat jo pitkään sairastaneet olivat kuitenkin huomanneet pitkän linjan kehityksen olevan positiiviseen päin.

IV

KP: (Joo.) Mnn. (..) No sitte sellanen vielä että.. teiltä kaikilta kysyisin yhteisesti ihan että.. (aaa) aika paljon (niinku tosissaan) ollu esillä nuo niinku mielenterveysongelmiin liittyvät asiat ni.. onko teidän mielestä asenteet muuttunu..? että millä tavalla suhtaannutaan.. (mielenterveyspotilaisiin)?

N1: Ennenhän sitä pidettiin hirveän häv-hävettävänä että jos oli, jos joku sano että on mielisairaalassa ollu ni sitä ennen piettiin hyvin hävettävänä.

KP: Ennen maailmassa?

N1: Niin, se oli ennen maailmassa niin suuri häpeä.

KP: Onko se sun mielestä nykyisin..?

N1: Eeei...

KP: Ei oo niinku samalla tavalla enää vai..?

N1: Eeei...

KP: Joo. Ootko sä ite tota (.) niinku (.) pitkään sairastanut että..?

N1: Yli kolmekymmentä vuotta jo

5.3.4. Ulkopuolisten pelot

Perinteisesti elokuvissa ei ole tavatonta, että vakavat mielenterveyden häiriöt tarjoavat ainekset hirviömäisille ihmisenpuolikkaille, jotka sarjamurhaavat ja nylkevät muita ihmisiä. Myös tiedotusvälineissä psyykepotilaat voivat päästä näkyviin, jos tekevät jotakin harvinaisen pahaa. Kuva

psykkisesti sairaista (kuten tietysti monesta muustakin asiasta) voi vääristyä helposti, jos se perustuu elokuvaan ja muihin populaarikulttuurin tuotoksiin tai lehtiotsikoihin. Väkivaltaisuus ja täydellinen arvaamattomuus ei kuvaa vakava-asteistenkaan mielenterveysongelmien arkitodellisuutta, josta sen sijaan on omakohtaista kokemusta kymmenillä tuhansilla suomalaisilla. Esimerkiksi skitsofrenian esiintyvyys väestötasolla on noin 1 prosentin luokkaa, lievemmistä ja yleisemmistä häiriöistä puhumattakaan (skitsofrenian epidemiologiasta Isohanni, Honkonen, Vartiainen, Lönnqvist 1999, 68-69).

Barham ja Hayworth (1991) ovat lainanneet kirjansa alkulehdelle keskustelunpätkän, jossa eräs haastateltavista antaa ymmärtää osallistuneensa tutkijoiden projektiin syystä, että projektin tuotoksena syntyvän kirjan kautta voitaisiin vaikuttaa ihmisten käsityksiin siitä mitä skitsofrenia merkitsee. Samaa teemaa käsitellään myös omassa aineistossani. En etukäteen ollut muotoillut mitään asiaa koskevaa kysymystä, joten se tuli esiin jokseenkin omaehtoisesti.

IV

M2: >se on vaan siitä< kun ne (.) joutuu tuonne neljän seinän sisälle ja tulee kahtoo mitä täällä tehdään tai ollaanko täällä potilaina (?) niin ei kai ne kovin riemullakaan varmaan lähtee kävelemään vastaan tule niin kato että se on taas täällä kävelemässä tai tuolla että.. touhuamassa jotakin, eihän ne tiedä vaikka mennee ovesta sisälle ja pankin sisälle tai.. mistä päin mennee että eihän siinä muuta että, se on vaan miten tuo laitoksella on että.. sieltä kun ne pannaan pellolle ni jonnekinhan ne on pantava potilaat myöskin tai kuka milläkin tavalla että, avopuolelle tai jonnekin kato eihän ne, joku saattaa olla kauankin siellä sitten mutta se on vähä vaikee aina kahtoo se että miten, kaikkikaan ei aina välttämättä niin suopeella kato (minkä takia ne??) joutunu sinne laitokselle ja sieltä sitte pois kato ni

KP: Mnn.

III

M2: Mää halusin sanoo semmosta että (.) niin sanotuille terveille ihmisille jotka ei oo koskaan käyny niinku psykiatrisessa sairaalassa ni... niillä niillä on varmaan ihan harhakäsitys ett minkälaista siellä nykyään on että..

KP: Mn.

M2: Kun musta tuntuu että ne niinku kuvittelee että siellä hypitään seinille ja.. mutt ei siel oo semmosta ett siellä on ihan... siellä on ihan tavallisia ihmisiä jotka on... os-osa ehkä normaalia herempiä vaan..

KP: Mnn. Joo.

M3/1?: Ne on niinku muutkin sairaalat.

KP: Mnn.

H1: Siellä on uskomattomia, upeita pe-persoonallisuuksia..ja]

N2: Anna! [huutaa eteisestä]

H1: ..vaikeita oireita

KP: Joo.

H1: Ja se on musta yllättävää aina että miten mahtava huumorintaju että (.) tuntuu että jokaselta löytyy sitä huumorintajua (.) kaiken sen kärsimyksen keskelläkin.

KP: Mnn.

H1: Sillä tavalla että.. hienoja persoonia kaikki kuitenkin on.. että ehkä se semmonen yleistäminen sen >persoonan hukkaa sinne alle?<. että ajatellaan että joku on yleinen laitos ett siellä on kaikki jotain samanlaisia

KP: Mnn.

H1: Siellä on valtava määrä [joku yskii, ei saa selvää] (hienoja persoonallisuuksia?)
M2: Eikä se sairaus niin se ei välttämättä näy näy niinku päällepäin
N2: Marjaa!
N1: Niin?
N2: Lähetsä sinne Viherlandiaan?
N1: E.
N2: En määkään.
M2: Joku on... [hälinää] mä en muista mistä mä oon lukenu tai kuullu että.. [huokaisee] jonkun jonkun niin sanotun terveen ihmisen mielestä psyykkisesti sairaat on niinku kieroja kun niistä ei näe päältä päin se että ne on sairaita [hiukan huvittuneesti] [hälinää, N2 ovella lähdössä]

II

N1: Minun äiti, äitini sanoi aina että elä mene (kukaan kelle) sanomaan että ihmisethän ihmisethän pelkää semmosia asioita että ihmisethän pelkää! Missään missään tapauksessa tuota mene huutelemaan siellä että... ihmisethän ihmiset pelkää sairaita! ..että (ne) on pelottavia.. ovat tehneet jotakin pahaa tai... [L:lle] Osa tekeekin, eikö vaan? (..) Vai mitä?
L: Paljon (..) niinkun..(hhh) paljon harvempi tekee kuin mitä pelätään.
N1: (Että) ehkä se pelko on suurempi kuin mitä on tosiasiat.
L: Niin, kyllä.
N1: Vähän, vähän epäluulosesti..että.. epä.ennakkoluulosesti..
M1: Kyllä mä (..) mull on sellanen näkemys että (esimerkiks) aito skitsofreenikko.. sehän on niin syyllisyydentuntonen ja herkkä (ihminen) että se ei tee hyttysellekään pahaa. Ja mä muistan (jumankauta) kun Hesassa se yks kaheli ampu ne kolme siellä ampumaradalla, se nainen..
?: Mn.
M1: ..Ja leimattiin julkisesti että (hullu?) (..) skitsofreenikko, niin niin.. kyllä kyllä tässä niinkun meikäistä pistetään (ha...[epäselvä sana]) päähän.. että mun mielestä niin skitsofreenikko kun (ei tapa hyttystäkään) aito, kun se on semmonen herkkä [ikään kuin naurahtaa hiukan] ja syyllisyydentuntonen ihminen ja..
N1: suorastaan pelkää toisia ihmisiä [painokkaasti]
M1:..niin niin nytte, ja tästäkin kun tehtiin oikein iso juttu että.. [epäselvää] (varmaan nyt sitte)
N1: Kyllä!
KP: Mnn.
M1: ...”se oli skitsofreenikko”
KP: Joo.
M1: ... mä muista mikä mikä se nyt oikein oli tuota ni noin se.. julkisesti televisiossa ja lehdistössä.. nämä kun (on jotenkin tota että)... tällä tavalla sitä (..) propagandaa pidetään yllä
N1: Ja sitten eikös joku skitsofreenikko lentokoneenkin kaapannu Suomessa..? kauan kauan aikaa sitten?
M1: niin..
N1: semmosenkin minä muistan
(...)
M1: (niin...niin)
M2: Ja (taksi..eiks) (epäselvää) ..taksiryöstö..
N1: Niin..
M1: niin, niin.. niin..
M2: Keski-suomalaisessa oli joku.. (tällainen?)
M1: Joo..joo, joo. ..(epäselvää) (puhutaankohan me(?)lainkaan) nyt skitsofreenikosta, ei se tapa hyttystäkään puhumattakaan että se ois väkivaltanen ..aito onhan tietysti, näissä on paljon (..) onhan psykoottisia tiloja ja tällasia että riippuu että... (mull on tällanen näkemys)
KP: Mnn.
(...)

Tähän kategoriaan olen siis luokitellut puheen, jossa kommentoidaan yleisiä tai ainakin yleisiksi koettuja käsityksiä psykiatrisista potilaista. Haastateltavat ikään kuin vastaavat itseään ympäröiviin mielikuviin ja asenneilmastoon. Nuo käsitykset haastateltavien puheessa heijastelevat usein vaaraa ja pelkoa, jota he sitten puolestaan koittavat purkaa. Psykkisesti sairaita koskevaa stereotyyppistä mielikuvaa voisi ajatella mustana pilvenä, joka ympäröi haastattelemani ihmisiä. Kuvaa ei kuitenkaan vedetä ainoastaan positiiviseen päin, vaan siinä missä toinen pyrkii erottamaan aidon skitsofreenikon julkisuudessa heikoin perustein sellaiseksi leimatusta ampujasta, muistelee toinen muita tapauksia, joissa rikolliseen tekoon syyllistynyt on ollut psykkisesti sairas. Tämä keskustelu käydään kuitenkin tiettyssä kohtaa yhden haastattelun sisällä, ja yleisempää onkin se, että ulkopuolisten pelot ja ennakkoluulot tulevat mainituksi yhteydessä, jossa niitä on tarkoitus vähentää, tai sitten niiden perustavuuteen ei viitata lainkaan.

V

N1: musta tuntuu että ihmisten pelot on vähän lisääntynyt mielenterveyspotilaita kohtaan.. kun tuota ni tosiaan tuolla nykysin näkee enemmän sellasia ihmisiä jotka esimerkiksi puhuu itsekseen tai.. tai jotain [epäs.]

KP: Joo

5.4. Mielikuvien ja kokemusten yhteiskunta

5.4.1. Mitä mieltä asemasta?

Koska olen kiinnostunut siitä, kuinka kuntoutujat itse kokevat asemansa yhteiskunnassa, kysyn sitä heiltä itseltään. ”Kulttuurin tutkimus ei ole mielipide- tai asennemittausta. Se, mitä haastateltavat sanovat on vain harvoin minkään kvalitatiivisen aineiston analyysissä sellaisenaan kiinnostavaa. Siitä on tehtävä tulkinta, ja vielä sellainen tulkinta joka tavalla tai toisella kiinnittää puheen pinnan alla oleviin kulttuurisiin jäsennyksiin tai habitukseen.” (Sulkunen 1990, 275.) Silverman (2001, 287-289) varoittaa samasta sudenkuopasta. Tietysti jos kyseessä on palvelutyytyväisyyden mittaaminen, on palvelun käyttäjän mielipiteellä aina painoa. Vaikka tässä ei varsinaisesti sellaisesta mittauksesta olekaan kyse, näen oman erityisarvonsa sillä palautteella, joka saadaan suorassa vuorovaikutustilanteessa. Tällä tavoin asiaan saadaan yksi olennainen näkökulma ehtoineen, ja sen lisäksi oheismateriaalia siitä, millä tavoin se sanotaan. Lopullista totuutta avohoidon riittävydestä tai riittämättömyydestä ei tiedossani ole, mutta itse hoitoa hyödyntävien henkilöiden näkemykset asiasta ovat tuskin täysin irrelevantteja tuon totuuden kannalta.

I

L: Voisko sen verran että (.) tuota jos mietit tätä asiaa niin ...mitä mieltä Juhani oot siitä että vastaako vastaako niinku että onko palveluita riittävästi (.)ja onko ne oikeenlaisia että pitäskö olla jotakin muunlaisia mielenterveyspalveluita ..kuin mitä nyt on.. tai pitäskö olla enemmän..?

M2: Noooo... [vetää takkia ylleen, huokaisee] ei mulla tarviis mitään muuttaa. mulla on ihan tarpeeks on ja.. hyvässä hoidossa tunnen olevani että ei mulla... valittamista tai mittään tommosta että..puutetta mistään uudesta tai että (..) mulla on nyt tää hoitosysteemi semmonen kun se tuntuu ihan hyvälle että..

H: Että oot ihan tyytyväinen näihin kuvioihin?
M2: Olen ihan tyytyväinen näihin kuvioihin.
H: Joo. No se on ihan mukava kuulla.
KP: Se on hyvä kuulla.
H: Mnnn.

V

KP: Joo. (joo) Mitäs muut.. mielenterveyspotilaan asemasta?
M2: No (.) mä voin sanoo että mä oon kyllä saanu apua [KP: joo] silloin kun mä oon tarvinnu. Mulla käy sit se hoitaja kerran kolmessa viikossa, ett mä en voi nykyään valittaa, ett mä oon tyytyväinen.
KP: Joo, ett sä oot pärjänny sillä
N1: joo kyllä siis, kyllä mulla nyt -nyt- menee hyvin [H/KP?: Mnn] mutta (.) kun mä pääsin tähän kuntoutukseen, mutta aikasemmin (oli vaikeeta)

II

M2: no onhan tässä Jyväskylässä (esimerkiks (mie?)) käyn usein silloin tällön aina käymässä tuo Klubitalo.. niin sieltähän ihan pääsee siirtymään ihan työelämään ihan normaaliin työhön pääsee (sisälle?)- en tiä nyt mikä se tuntimäärä on mutta se on ihan normaali (palkkatyö?)
KP: Joo. (..) Se on hyvä juttu?
M1: Ky-yllä se on. (Ei ennen ollu tommosta)
KP: Joo.

Asemaa koskevaan ja lähinnä mt-palveluihin kohdennettuun kysymykseen sain sekä kielteisiä että myönteisiä vastauksia. Kuten edeltä käy ilmi, monet tyytyväisiä hoidolliseen tilanteeseensa tällä hetkellä. Palvelutarpeen tyydyttävyyys on tietenkin yksilöllistä, kuten ihmisten elämäntilanteetkin ovat, ja eroja on myös siinä, kuinka helposti kokee hyötyvänsä siitä hoidosta, jota on tarjolla. Toisten tilanne on heikompi. Mukana on myös puheenvuoroja, jotka kertovat ammattiavun saamisen hankaluudesta, näin varsinkin loma-aikoina. Selvä enemmistö ajatuksensa ilmaiseista puhuikin aseman heikkouden puolesta.

VI

N1: elikkä sitä avohoitoo sillee niinku.. ainakaan niinku kesäaikanakin niin >tuntuu ett< sitä ei niinku ole. mtt viis viikkoo kiinni ja hoitajat.. ja sit niinku.. hoitajat sairaslomilla ja lomilla ja.. niinku ainakin mull oli niinku sellanen olo ett on niinku heitteillä
KP: joo, (ne on pitkiä lomia)
N1: heitteillä sillee (että)..
KP: mites talviaikaan..? (--)
N1: niin paremmin, joo

V

KP: [alku pois] Sanotkos sinä .. (millanen kokemus) sulla on asemasta?
M1: Ähh (hhh).. niin (tuon Katrin) sanomisesta mä aattelin just tota.. että perjantaina oli just vähän semmonen tilanne että mä aattelin niinku että onko se lääkärin keino testata [naurahtaa] että missä kunnossa se potilas todellisuudessa on, kun mulla oli niinku hermot pimahtamassa.. sitä siirrettiin sitä puhelu-aikaa koko päivän ajan edes-eteenpäin ja eteenpäin ja ..
[väli pois]
KP: Joo
M1: että onko se-- että pitääkö meiän (.) mennä ihan siis pois tolaltaan ennen kun (.) paikka tulee.. jos siinä tilassa on ihminen
KP: Niin (..) Onks sulla muita vastaavia kokemuksia vai oliko tää (.) ainut?

M1: ei se sillee.. kyllä määhän aika hyvin oon... Ilmeisesti toiset pääsee paremmin hoitoon ja toiset (.) vähän eri lailla

H: Mistä sulla semmonen kokemus?

M1: no en määhän tiiä, jotenkin musta tuntuu että.. mutta niin erilaisia on ihmiset ja (niillä on) erilaiset käyttäytymistavat (että)

KP/H: Mnnn..

Kysymyksen asenteista ja mielenterveyspotilaan asemasta saivat kaikki ryhmät (kun taas jotkin muut kysymykset saattoivat joiltakin osin jäädä väliin). Asema-kysymystä ei ehkä kannata lähestyä kaksijakoisesti hyvä-huono, mutta tällaisen karkean jaottelun olen kuitenkin siihen vedoten tehnyt, että pyrin käsittelemään vastauksia monipuolisesti. Samalla vastaajalla on luonnollisesti voinut olla sekä kielteistä että myönteistä sanottavaa palveluista ja mt-potilaan asemasta yleensä. Tärkeää tässä yhteydessä on huomata, että haastateltavani ovat mukana sellaisessa kuntoutuksessa, jossa kaikki avohoidon käyttäjät eivät ole, joten heidän asemansa voi uskoa olevan joiltakin osin parempi kuin joidenkin muiden.

Kaikki eivät osanneet vastata kysymykseen lainkaan. Muutamat vetosivat tietämättömyyteensä ja sitä kautta kieltäytyivät arvioimasta omaa kokemustaan mielenterveyspalveluiden riittävydestä ja yleensä yhteiskunnan tarjoamasta tuesta. Avohoitoa arvostettiin siitä, ettei tarvinnut olla laitoksessa, ainakin yksi haastateltava kertoi selvin sanoin, ettei ole mitään vailla, ja eräs kuvasi toiminnallista kuntoutusta itselleen ”henkireiäksi”.

V

KP: joo (joo). Tosta.. tosta avunsaamisesta sellanen (.) voitais mennä siihen että.. ollu noista.. siitä on ollu lehdissä ja televisiossa että kun laitospaikkoja on purettu -mikä nyt on ihan fakta- että avohoito, että missä tilassa se on, että saako ihmiset niin paljon apua kun tarvii..

N1: Ei saa. Sairaalaan joutuu jonottamaan kuukaudenkin ja (.) hyvin vaikeessakin tilassa että saattaa olla psykoosissa ja joutuu silti jonottamaan sairaalaan (>mulla on kerran käynyt niin<)

KP: Joo

N1: ja tota.. avohoitookin on aika vaikea saaha varsinkin jos on pitkään sairastanu

KP: joo

N1: ett.. mulla on semmonen käsitys että joitain ihmisiä siirretään terveyskeskuksenkin puolelle ja (.) ne käy vaan sitten uusimassa lääkkeensä (siellä)

KP: joo. (Aaa..) Millanen käsitys sulla on siitä että onko sit jotain, kun näitä on näitä vapaaehtois-, niinku Mobile ainakin ja sitte on joku- kirkolla on joku semmonen kun Lähimmäisenkammari ja tällasta, niin onko niistä sitte--

N1: No onhan ne apuna tietysti siinä sivussa [KP: mnn] muttei siellä semmosta (.) niinku jos, jos on (.) kovin vaikea olo niin en määhän tiiä pystyyks ne sitte auttamaan mitenkään, paitsi ehkä neuvomaan eteenpäin..

[H: mnn]

KP: niin just. Onks se aikasemmin ollu parempi se tilanne.. onks se muuttunu nyt?

N1: Kyllä se sillon kahekskyluvulla oli parempi.

Mikä on se standardi, joka haastateltavilla on mielessään, kun he arvioivat mt-potilaiden asemaa ja saamaansa apua? Itse olen tarjonnut ajallista vertailua puhuessani nyky-Suomesta tai sitten jonkinlaista ideaalitulua muotoilemalla kysymyksen tyyliin ”koetko saavasi niin paljon apua kuin

tarvitsit'. Olisikin mielenkiintoista tietää, minkälaista ja kuinka paljon tukea kuntoutujat tarvitsisivat ja olisivat halukkaita ottamaan vastaan, jos sille ei olisi minkäänlaisia ulkoisia rajoituksia. Muutamat haastateltavat ovat verranneet nykytilannetta 1980-lukuun, jolloin hoitoon pääsy oli heidän mielestään hoitoon nykyistä helpompaa. Tässä yhteydessä omakohtaisena kokemuksesta selkeimmin esiin nostettiin sairaalaan pääseminen, jonka koettiin vaikeutuneen sitten parempien aikojen.

III

KP: Ei kun se on hyvä että joku uskaltaa (puhua).. Mitäs muut mielenterveyspotilaan asemasta yhteiskunnassa.. onko siinä niinku... aiheellisesti oltu huolissaan vai... vai onko se turhaa (.) turhaa hätäennystä..? (..ketkä siitä on puhunu..)

M3: >Kyllä jos ois< oikee vaikeeta on ni vaikee päästä sairaalaankin nykysin (että)..

KP: Joo.

M3: Sitä pitää olla puolikuollut kun menee tuonne (ke..lle esimerkiksi?)..

KP: Joo. Aikasemmin se (.) sinne pääs helpommin..?

M3: Niin päästiin.

KP: Joo.

M3: Ja sairaaloita oli vielä enemmänkin

KP: Joo. (..) Mitäs Veijo sanois?

M1: N- mitä?

KP: Millanen on mielenterveyspotilaan asema? (...) Huolehditaanko tarpeeks?

M1: Täh?

KP: Huolehditaanko tarpeeksi?

(..)

M1: No en minä tiiä, ei se häävi ole..

KP: Joo.

M1: Mutta en sano sen enempää.

II

M1: Oon mä seurannu sen verran tätä just tätä yhdeksänkätäluvulla tapahtunutta muutosta jostakin että se oli jotain kuustoista vai kaheksantoista tuhatta mielisairaanhoitopaikkaa Suomesta vähennettiin. (.) Nää nää kun kun heitettiin niin sanottuun avohoitoon

KP: Mnn

M1:..mikä mun mielestä oli heitteillejättö, karsitaan ihmisiä törkeesti että. Tää on mun näkemys sillä tavalla että niin... [kohdistaa lääkärille] Eiks se ollu kuustoista tuhatta (kaheksäskytluvulla) kuustoistatuhatta vai kaheksantoista tuhatta paikkaa mielisairaanhoitopaikkaa lopetettiin Suomessa?

L: Joo, joo,] (osasto)

M1: Ja ja ja nämä heitettiin nämä (yksilöt(?)) niin sanottuun avohoitoon että kerran viikossa käydään kattomassa että mun mielestä se oli törkeetä (heitt)..... karsintaa, kylmää karsintaa.

M2: (Eiks se oo..)

M1: Ois kiva , ois kiva nähdä tulo tulos.. tilastoja paljonko niistä on vielä hengissä.

Karuimmin sanankääntein mt-potilaiden asemaa ja erityisesti avohoitoa kuvaavat haastateltavat puhuivat asiasta yleisellä tasolla, eivätkä kertoneet suoraan omasta kokemuksestaan. Kertooko tämä sitten siitä, että haastateltavani (jälleen) elävät samassa puheavaruudessa kuin muutkin kansalaiset; lukevat lehtijuttuja avohoidon rappiosta ja ehkä keskustelevat siitä tuttaviensa kanssa? Toisaalta karukin yleinen taso voi olla hyvin lähellä itse koettua, sillä asian omakohtaisuutta

ei syystä tai toisesta haluta välttämättä sanoa ääneen, mihin viittaa myös edellisen katkelman viimeisen puhujan vaitonaisuus.

Yksi syy tähän voisi löytyä, kun ottaa huomioon keitä kaikkia haastattelutilanteessa on läsnä; paikallahan on yhtä poikkeusta lukuunottamatta aina ollut palvelujärjestelmää edustavia avohoidon työntekijöitä, eli sairaanhoitaja tai kaksi ja tavallisesti myös lääkäri. Läsnäolijoiden vaikutusta vastaamiseen on sikäli vaikea arvioida, että haastattelemani ryhmät itsessään olivat aika erilaisia. Viimeisellä kerralla lääkäri ja hoitajat poistuivat huoneesta haastattelun ajaksi, sillä eräs haastateltava oli sitä ehdottanut. Joitakin viittauksia ongelmallisiin suhteisiin potilaiden ja henkilökunnan välillä tuli tässä yhteydessä esiin, mutta aiheen käsittely laajemmin olisi jo toisen tutkimuksen aihe.

VI

KP: mnn.. mnn.. joo. (..) mull ei nyt välttämättä oo mitään muuta kysyttävää mutt.. haluutteks te sanoo jotain (.) yleistä tällaseen niinku mielenterveyskuntoutujan yhteiskunta –teemaan liittyen..?

N1: me ollaan nöyrää porukkaa, (mää sanon silleen).. ett niinku.. (en sano muuta?)

KP: mnn.. nöyrää porukkaa..

N1: ja pakko on joutunu –niin, pakko, (on joutunu..)

[väli pois]

KP: haluuskä sä tarkentaa viel tosta ett mihin se nöyryys niinku.. minkälaisia asioita asioita sä >(oikeestaan)< ajattelit siinä?

N1: nooh (hhh).. esimerkiks kaikki.. >(ku aattelee tollee niin)< tietysti hoitohenkilökuntakin (.) hoitajat niin ne käyttää valtaa samalla ja.. kaiken näköstä että niin.. (kyllähän mielenterveyskuntoutujakin on kaikenlaisia?)..

KP: joo.. joo..

[väli pois]

KP: joo mää yhen kysymyksen >kysysin sulta<. Tosta (.) hoitajat käyttää valtaa niin tota.. se on aika mielenkiintosta.. mn.. haluuskä kertoo jonkun esimerkin siitä ihan että missä se tulee ilmi?

N1: esimerkin voin kertoa että.. mulle sanottiin kerran tälleen näin että.. ett ”jos et tee sitä niin mä en puhu sulle.. (koskaan)”. (Se oli hirveen tilanne(?)..) (loppu epäs.)

KP: joo.. se on aika huima.. sitä vois sanoo vallankäytöks jo... mn. Haluuko muut sanoo vielä (.) yleistä tai mitä tahansa.. (tähän liittyvää)?

Eräs jo edellä esiin tullut teema oli ”kadulla irrallaan juoksentelevat potilaat”, joka mielikuvana juontaa juurensa käsittääkseni jo laitoshoidon purkamisen alkuvuosilta 60-70-luvun Yhdysvalloista, jossa hoitojärjestelmän vajoitus sai katukuvaan saakka näkyviä seurauksia. Tätä voisi jälleen pitää yhtenä edellä käsitellyn ns. yhteisen puheavaruuden ilmentymänä.

V

M1: se on niin vaikee sanoo, vaikee sanoo että.. että-että (.) kuinka vaarallisessa tilassa on niinku .. muistan yhden mielenterveyspotilaan mikä kotosalla on ollu ni, se justii sano tästä avohoitotutusta että (.) tää on just semmonen että potilaat poukkoilee tuolla kadulla psykoosissa [naurahtaa].. niin tota.. en mä sitten tiä että ..

KP: mnn..

VI

KP: ahaa, niin joo, just joo.. että sä aattelit että jos ne lähti sen takia että kun sinä oot siellä.. (joo) mnn. Tota.. sanositteko yleensä mielenterveyspotilaan asemasta yhteiskunnassa, millanen se on? (.) Siitä siitä niinku nousee tää kysymys että (.) lehdissä ja televisiossa ollu viime aikoina aika paljon keskustelua.. ja jotkut on huolissaankin siitä, aika paljonkin, että kun laitospaikkoja on purettu niin paljon niin mikä se avohoidon tila on ja.. millanen kokemus teillä (.) ihan oma kokemus on siitä että miten pärjätään (.) avohoidossa?

(...)

M2: kyllähän tuolla sairaita ihmisiä tuolla kadulla näkee että.. [loppu epäs.]

KP: joo (.) onks siin sit jotain muutosta että.. oliko niit aikasemmin samalla lailla (vai)?

M2: en mä en niin huomannu kyllä aikasemmin

KP: ai jaa, joo. onks ne sulle vierait ihmisiä..?

M2: vieraita ihmisiä

KP: niin just.. mutt sää tiedät että ne on sairaita..?

M2: no.. vähän vaikuttaa.. mä en ihan varma en ole

KP: niin, joo..

5.4.2. Yhteiskuntakuva

III

KP: Joo. (Joo.) Joo. (.) Sitte vois siirtyä tollaseen laajempaan vielä kun (.) nuo (.) yhteiskuntaan. Nyt tää on tällanen niinku tosi yleinen kysymys.. Niin (.) Millanen käsitys teillä on suomalaisesta nyky-yhteiskunnasta?

N2: Vaikee kysymys.

N1: Eipähän mulla ainakaan kovin kaksinen ole.

KP: Mnn.

N1: Aika lailla kovat on asenteet. [huokaisten]

KP: Kovat asenteet.

N1: Mnn.

KP: Joo.

N1: Arvot koventuneet kovasti.

KP: Joo.

N1: Että niinku menestyjät (.) entisestäänkin menestyy ja ne syrjäytyneet ja vähäosaiset entistäkin niinku niille tulee niinku entistäkin kurjempi osa. >Se on minun näkemys.< En tiä sitte pitääkö paikkaansa mutta kyllä minun mielestä on näin.

KP: Mnn. Tuleeks se niinku omista kokemuksista sel]

N1: No varmaan aika pitkälti, joo. (hh) Ainakin mun kohalla.

KP: Joo. (..) Mites muut? (..) Onks samanlaista ajatusta vai jotain muuta?

M1?: No pakolaisia on otettu ihan liikaa ja (joku myöntelee) sitt nuo nuorten ja lasten verihirmutyöt niin ne ei muuta sen kun lisääntyä vaan.

N1: Näin on. (..) Että (.) niinkun kertoo että yhteiskunnassa on hyvin paljon semmosta pahoinvointia.

KP: Joo.

N1: ..että se on hyvin paljon lisääntynyt henkinen pahoinvointi.

M1: Nuoret voi pahoin yhteiskunnassa.

[myöntelyä]

M1: aika mon.. ei kaikki mutta aika use-useat.

Yleiskuvaa suomalaisesta nyky-yhteiskunnasta koskevissa vastauksissa huomiota kiinnittää niiden yksiselitteisen kielteinen luonne. ³ Haastateltavat käyttävät aikaamme ja yhteiskuntaamme kuvatessaan sellaisia sanoja kuin *kiire*, *henkinen pahoinvointi*, *kovat asenteet*, *menestyjät*, *syr-*

jäytyneet ja vähäosaiset, lasten ja nuorten verityöt, markkinavoimat. He näyttävät selvästikin samaistuvan yhteiskunnan vähempiosaisiin, mikä tietysti vastaa monien tilannetta myös todellisuudessa. Mielenterveyspotilaiden vähäosaisuudesta voi puhua paitsi tämän tutkimuksen haastatteluiden nojalla myös esim. SKS-projektin tutkijoiden mukaan (Salokangas ym. 2000). Yksi selitys "yhteiskuntakuvan" kielteisyyteen lienee siis kuntoutujien oma sosio-ekonominen tilanne ja sitä vastaava näkökulma. Käytössä olevat rahamäärät ja huoli oman taloudellisen tilanteen epävarmuudesta tulivat myös haastattelujen aikana useasti puheeksi.

Matti Kortteinen & Hannu Tuomikoski (1998) ovat käsitelleet sosiaalista epäluottamusta pitkäaikaistyöttömien selviytymistä koskevassa tutkimuksessaan. Tutkimuksen kysely-osuuteen sisältyi sosiaalista luottamusta indikoiva summamuuttuja, joka perustui siihen, mitä mieltä vastaajat olivat sen tyyppisistä väitteistä kuin "on paras olla luottamatta kehenkään" tai "useimmat ihmiset hankkivat ystäviä siksi, että näistä on todennäköisesti hyötyä". Tulosten mukaan sosiaalisella epäluottamuksella oli yhteys pitkäaikaistyöttömien sekä somaattiseen että psyykkiseen sairastavuuteen, mikä uskottavasti viittaa siihen, että luottamus muihin ihmisiin suojaa työttömyyden sairastamista vastaan. (Kortteinen & Tuomikoski 1998, 52-58.)

Sosiaalista luottamusta kuvaavaa muuttujaa, sen merkitystä ja havaintoon liittyviä vaikutussuhteita voi kuitenkin tarkastella monella tapaa. Viimeistään havaittuaan sosiaalisen epäluottamuksen vaihtelevan merkittäväällä tavalla vastaajan yhteiskunnallisen aseman ja myös iän sekä työttömyyden keston mukaan Kortteinen ja Tuomikoski hylkäävät yksilökeskeisen, psykologisen tuloksen yksinomaisena selityksenä. Voimakasta sosiaalista luottamusta kokevat painottuivat keskimääräistä korkeampaan ammattikoulutukseen, ylempiin tuloluokkiin ja toimihenkilöasemaan. Lisäksi sosiaalinen epäluottamus näytti lisääntyvän –ja luottamus vähenevän– iän myötä, kuten myös työttömyyden kestäessä; voi siis uskoa, että sairastavuuden ja epäluottamuksen taustalla on yksilön psyykkisen rakenteen lisäksi muitakin tekijöitä. (Kortteinen & Tuomikoski 1998, 58-61.)

Kortteisen & Tuomikosken mukaan epäluottamuksen taustan sosiaalinen hahmotus ei nimittäin ole ristiriidassa psyykkisen näkökulman kanssa. Molemmat voidaan mahduttaa tulkintaan, jossa aikuisiän hankalien ja mahdollisesti nöyryyttävien elämäkokemusten ajatellaan ylläpitävän tai voimistavan varhaisemmassa vaiheessa syntynsä saanutta epäluottamusta. Psyykinen näkökulma selittäisi muuttujan pysyvyyttä yli ajan; sosiaalinen näkökulma taas luottamuksen /epäluottamuksen syntymistä ja muotoutumista. (Kortteinen & Tuomikoski 1998, 61.)

³ Kielteisyydellä ja myönteisyydellä tarkoitan tässä luonnollisesti sitä, käsitteleekö puhuja itse asioita toivotuna vai ei-toivotuna; en siis viittaa siihen, mikä olisi jotenkin oikeampi näkökulma asiaan.

Mitä heikommassa asemassa siis yksilö yhteiskunnallisesti on, sitä vähemmän hänellä on sosiaalista luottamusta. Vaikutussuhteita voi ajatella molempiin suuntiin: sosiaalinen luottamus lisää mahdollisuuksia sosio-ekonomisen aseman parantamiseen samoin kuin aseman heikkous vähentää luottamusta. Työttömyystutkimuksen havainto sopii hyvin yhteen oman aineistoni kanssa, mikäli yhteiskuntakuvan negatiivisuudeksi nimeämäni ilmiö halutaan samaistaa sosiaalisesti epäluottamukseksi nimettyyn vastauskokonaisuuteen. Tämä kaikki on tietenkin paitsi mielenkiintoista myös hyvin tulkinnanvaraista. Voi helposti kyseenalaistaa, voiko tällaiseen yhteiskuntakysymykseen saaduista vastauksista sanoa mitään oleellista; on niin sattumanvaraista, mitä vastaajille juuri sillä hetkellä suomalaisesta yhteiskunnasta tulee mieleen –mihin edelliset puheenvuorot tai haastattelija heitä johdattelevat. Vastausten selvä linja yhteen suuntaan ansaitsee kuitenkin vähintäänkin yrityksen tulkinnaiksi.

On paikallaan tarkastella myös muita yhtäläisyyksiä pitkäaikaistyöttömien ja mielenterveyskuntoutujien välillä. Molemmat ryhmät ovat työelämän ulkopuolella, työttömät lähtökohtaisesti ja kuntoutujat suurimmaksi osaksi sairaseläkeläisinä. Yhteistä on ensinnäkin se, että jotkin aiemmat sosiaaliset suhteet käyvät hankaliksi tai kiusallisiksi, ja voi syntyä tarve vältellä tilanteita ja pitää yllä erityistä julkisivua. Toinen ja laajamittaisempi yhtäläisyys koskee sitä, kuinka "sosiaalinen eristäytyminen voi yhdistyä sosiaalisen ankkuroitumisen kiinteytymiseen" (Kortteinen & Tuomikoski 1998, 65). Monet työttömäksi jääneet kertoivat uudesta, entistä syvemmästä suuntautumisestaan perheeseen ja yhteisöllisiin arvoihin. Perheen piirissä voi parhaimmillaan tulla hyväksytyksi sellaisena kuin on, ja saada kokemuksen omasta tarpeellisuudestaan esim. kotia, lapsia tai omia vanhempia hoitaessaan. Työttömyystutkijat käsitteellistävät tätä elämänorientaatiota klassisen sosiologisen jaottelun kautta: yhteiskunnallisista suhteista on kyse, jos yksilö esiintyy niissä eriytyneen roolin kantajana ja yhteisöllisistä, jos näin ei ole (Gesellschaft ja Gemeinschaft –suhteet). (Kortteinen & Tuomikoski 1998, 63-69.)

V

M1: ja tota.. siihen liittyy seurakuntaan ja uskoontulo (sitte)

KP: joo

M1: sitte tota.. mulla on aika satunnaista tuo... (kyllä mää siellä joskus oon käyny ja sillee mutta) Kyllä mää niinku sen (ryhmäjutun?) koen niinku että (.) vaikka >meillä< tosi vaikeeta on ollu ni.. kyllä se toisaalta on vaan semmonen.. vaikka se nyt vähän rikkinäinen on tuo meidän perheyhteisö (.) niin kyllä se on jonkunlainen turvasatama (.) kuitenkin

KP: Mnn, mn.

Mielenterveyskuntoutujilla myös esimerkiksi päiväkeskus voi parhaimmillaan tarjota mahdollisuuden vuorovaikutukseen ja yhdessäoloon, joissa ihmisten välisiä suhteita määrittävät roolit ovat ikään kuin häivytettyinä vain toiminnan taustalla. Paikan päällä olevat hoitajat ovat luonnollisesti työroolissa, mistä huolimatta käymisen merkitys voi olla paikan kodinomaisuudessa ja ilmeisestikin muissa asioissa kuin ohjaamisessa tai opettamisessa. (ks. kappale 5.2.1.)

Työttömien suhteen näyttäisi toimivan yksinkertainen kaava: yhteiskunnallisesti hylätyksi tullut hakee tukea itselle oman elämänsä yhteisöllisistä puolista. Yhteisölliseen ankkuroitumiseen liittyy myös ongelmia, jotka usein pohjautuvat riippuvaisuuden ja itsenäisyyden ristiriitaan yksilöityneessä kulttuurissa. Myöskään yhteisöllisen suhteen yksilöllinen tyydyttävyyys ei ole vakio; kaikki eivät jaksu innostua kotitöistä ja lastenhoidosta pääasiallisena päivätoimenaan. Perheet ovat tällaisten ongelmien edessä vaarassa hajota, elleivät onnistu kehittämään arjen ratkaisuja vastaavaa yhteisöllistä moraalialueita ja ulkotaloudellista lahjan logiikkaa palveluksineen ja vastapalveluksineen, joita pyhittää perheenjäsenten jakama arvomaailma. (Kortteinen & Tuomikoski 1998, 69-104.)

VI

KP: niin.. niin se usein on.. on se iso työ.. vaatii >hyvin< paljon keskittymistä... tota.. sitte sellainen tosi yleinen kysymys että.. millanen käsitys teillä on suomalaisesta nyky-yhteiskunnasta?

N1: kova. Markkinavoimat.. voi lehestä lukee (.) koko ajan markkina-markkinatalous lisääntyy lisääntyy että tota.. parissa(?) vuodessa esimerkiksi mielenterveys- tai julkisten palvelujen ja.. että onko niitä.. että kaikki kaikki hoitokodit kaikki yksityiselle ja.. en tiiä sitte >muilla onko niillä hyvin(?)< mutta mua pelottaa

KP: joo

N1: markkinavoimat ja... sit sekin että nin tota (.) ite ikäännyy niin miten sitten, että miten pärjää ja mistä saa tukea ja apua että tota.. ett niinku.. ett kyllä mua ainakii (.) sillee huolestuttaa.. arvot kovenee koko ajan

KP: (niinpä)

N2?: [ei saa selvää]

N1: sekin vielä. taloudellinen lamakin tulee, niin.. sekin on tulossa että.. (joo..)

IV

KP: Ootko minkäänlaisia muutoksia huomannu.. [yhteiskunnassa]?

M2: [Kyllä se varmaan ainakii tekee sit se..]

M1: [Niin on]

M3: kireemmäks käy vaan aika

KP: kireemmäks..?

M3: Kireemmäks käy vaan tää el-elämä).. tiukemmaks muutt-, lakeja tulee enempi ja.. tiukemmaks menee vaan elämä (ja kovemmaks kuri)

KP: Ai jaa.. millasia lakeja..?

M3: Kaikenlaisia lakeja tekevät (meille), työttömyyttä on ja.. (eihän tässä muuta)

Seuraavassa yleisesti myönteiseksi mielletty asia kääntyy kielteiseksi, tai siitä nostetaan esiin sen ikävämmät seurannaisvaikutukset:

III

KP: Teemu. (.) Minkälainen kuva suomalaisesta yhteiskunnasta..? Mi-Minkälaisia ajatuksia siihen liittyy?

M2: (..) Elintaso on noussu. (.) Niistä ajoista kun mä olin nuori ja..

?: Joo.

KP: Joo.

M2: Ja nykynuorilla ne (.) niillä tota ne... Miten sitä sanois että... Niillä pitää olla kaikkee kännykkää (.) semmosta mitä ei oo mun aikana ollu että..

M1: Joo. Se on totta. Elintaso on noussu, mä olen ihan samaa mieltä (Teemun kanssa).
 KP: Mnn.
 M1: Kännykkä on melkeen tuon kokosella jo. [näyttää kädellä lattiasta]
 KP: Joo. (Joo.)
 N1: Polovenkorkusella niin..
 M1: Niin. Se on totta.
 (yleistä myöntelyä)
 KP: Tuo on aika jännä kun..
 M2: Se voi olla tuota ni (.) just joillekin sellasille vähä vähä-vähä varasemmasta perheestä olevalle nuorelle ni (.) voi olla tota ni... jos niillä ei ookaan varaa hankkia kaikkee (.) mitä muilla nuorilla on niin.. sitt voidaan kiusata ja..
 N1: Sitten kiusataan joo..mnn.
 KP: Mnn.
 M2: Kyllä niinku.. Yks päivä just aattelin että toisaalta <kyllä ni> nykynuorilla ni on.. tietyllä tavalla ra- rankempaaki ku ennen vanhaan.
 (yleistä myöntelyä: mnn, mnn)
 KP: Vaaditaanki sitt enemmän (niinku kaikkee..)
 [myöntelyä]
 KP: Joo-o.
 N1: Monessakin mielessä.
 KP: Mnn.

Aineistoni yhteiskuntakokonaisuutta koskevan puheen kielteisessä kuvauksessa on kuitenkin myös ainakin yksi selvä poikkeus.

VI

KP: (joo, joo).. sanotteko te tähän (.) yleiseen (.) yhteiskuntakysymykseen... minkälaisia ajatuksia nousee..?
 M1?: suomalaisesta (epäs)..?
 KP: suomalaisesta yhteiskunnasta
 M1: noo, aika rauhallista täällä on, (että ei täällä mitään..)
 KP: joo
 M1: (sillee..) että ei tartte sotia tai muuta (epäs).. aika turvallista
 KP: (turvallista joo..) miten jos]
 N2: (.se EU:hun liittyminen..) (ei saa selvää) (..mää välttämättä pitäny siitä että ulkomailta asti määrätään mitä...)
 (..)
 M2: >kyllä niinku< porvarit on vallassa >ainakin niinku?< poliittisesti että.. [loppu epäs.]
 KP: ..joo..
 M2: ett ne ei aja paljon köyhien asioita..
 KP: joo
 N2: (ja) markkinavoimat
 KP: (joo, sekin liittyy..) (.) haluutsää sanoo..? ihan voitte olla eri mieltäkin, ei tarvii (naurahtaa..) olla samaa mieltä muitten kanssa.. mnn.. sanoit tosta että.. (turvallista Suomessa)..?
 M1: joo
 KP: (joo)
 M1: ja kuitenkin aika hyvät o-oltavat että kaikki (.) (sosiaali- ja terveysalan..huippuluokkaa.. [loppu epäs.]
 KP: (mnn..)

Onko sitten sattumaa vai ei, että sama puhuja on ollut poikkeus toisessakin yhteydessä: hän on pitkään sairastaneista haastatelluista ainoa, joka kertoi käyvänsä, tai ainakin vielä vastikään käy-

neensä, töissä. Tältä pohjalta ja työttömyystutkimukseen vedoten voisi olettaa, että juuri työelämässä mukana pysyminen olisi yhteydessä sosiaalisen luottamuksen säilymiseen. Sairauden ja yhteiskunnan suhde taas näyttäytyy omassa elämässä usein juuri siinä, mitä kaikkea jää pois; yksi niistä asioista on yleensä työ, ja sen mukana entisenlainen toimeentulo. Työttömien ja kuntoutujien elämäntilanteiden yhtäläisyydet onkin helposti käsitettävissä tätä taustaa vasten.

Minkälaisia mielikuvia kysymys suomalaisesta nyky-yhteiskunnasta herättää? Tuskin mikään haastattelututkimus voi välttää seuraavien pohdintojen aiheellisuutta: Ikään kuin tietyt kysymykset tai avainsanat laukaisisivat ihmisen puhumaan tietyllä tavalla, niin että yhteys haastateltavan aitoon alkuperäiseen autenttiseen ajatus- ja kokemusmaailmaan olisi jo ennen haastattelun alkua iäksi menetetty. Jos vaikkapa käytetään ilmaisua "nykyajan nuoriso", tuo se varmaankin monille mieleen tietyn puhutavan tai diskurssin, jossa nykyinen nuori sukupolvi käyttäytyy aina edellistä paheksuttavammalla tavalla. Näin voi olla useinkin kun mennyt aika ja nykyaika asetetaan vastakkain, se suorastaan houkuttelee tällaiseen vertailuun; nykyisin on kaikki hurjempaa, kylmempää ja teknisempää. Tässä on tietysti olennaista se, mitä media-julkisuudessa puhutaan. Tällä näkökulmalla en tietenkään viittaa siihen, että haastateltavat automaattisesti olisivat väärässä, tai ettei puheessa olisi lainkaan sisältöä, jos se on alkuperältään jotakin hyvin tuttua ja paljon käytettyä -eiväthän haastateltavat osallistuisi tuohon puheeseen, jos se ei ainakin jossain määrin vastaisi heidän omia ajatuksiaan; onhan syytä luottaa myös ihmisten omaan arviointikykyyn.

5.4.3. Työ

Työssäkäynti merkitsee paljon monille ihmisille. Sen lisäksi, että työ toimii toimeentulon lähteenä ja strukturoi olennaisella tavalla päivänkulkua, antaa se aineksia myös aikuisen sosiaalisen identiteetin rakentumiseen. Useimmat mielenterveyskuntoutujat eivät käy työssä, monet ovat sairaseläkkeellä, mutta nämä asiat tulevat esiin -usein käänteisessä muodossa- myös heidän kohdallaan. Gabrielle Balazsin haastattelua kirjassa *Weight of the World* (Bourdieu ym. 2000, 600) lukiessa tulee mieleen tämä Imiö palata jo taakse jääneeseen työelämään. Hän haastattelee erästä vanhusta sairaalassa ja saa vaikutelman, että tämä puheessaan toistuvasti työaikoihinsa palaamalla pyrkii vahvistamaan ammatillista ja sosiaalista identiteettiään, jonka muut ihmiset ovat jo unohtaneet.

IV

KP: Joo. Ootko sä ite tota (.) niinku (.) pitkään sairastanut että..?

N1: Yli kolmekymmentä vuotta jo

KP: Onko siinä (.)--?

N1: Olin lastenhoitoharjoittelijana ja lähettinä ja sairaala-apulaisena ja (.) opiskelijana ja kotiapulaisena ja puutarhaharjoittelijana ja..

KP: Joo. (.) Joo. Se on kolkyt vuotta aika silleen pitkä aika että siinä ehtii moni asia muuttua että..

VI

N1: no siis mulla kun mä oon keski-ikänen ihminen niin, että tuota.. eläkkeellä että tässä iässä-hän ollaan yleensä eläkkeellä että >en mä sitä yhtään sinänsä pahana< enää koe että ni.. monet ihmiset tässä iässä ni jää ne jää eläkkeelle muutenkin jo että.. mulla on niinku aikaa sillee että. Sen mä koen niinku hyvänä sillee että mulla on aikaa että mä voin ajatella että mihin mä sen käytän

KP: joo. monet pyrkii siihen (.) että niillä ois aikaa niin, haluu työelämästä pois.. aika nuorena-kin..

N1: niin nuorena-kin joo.. ett se tässä on sellanen niinku.. ett niinku lohduttava puoli..

IV

KP: [alku pois] mä oisin vielä sitä että tota.. millasiin ryhmiin teistä tuntuu että te kuulutte? Että tuossa tuli niinku Päiväkeskuksesta oli pikkasen puhetta..

M2: Niin...

KP:..ja jos joku käy, jos joku käy töissä vai.. Onko niinku jotain ryhmää mitä kautta niinku jäsen-täis sitä omaa olemista?

N1: Mää käyn suojatyöpaikassani Kangasvuorella... varastolla, ennen mä olin keittiöllä ja pesu-lassa

KP: Ja kuinkas usein se on (siellä)?

N1: Mää käyn tiistaina, torstaina, perjantaina.. mä oollu niin kipee että.. kyllä kai mä meen tänäänkin vielä töihin ett tota ..

KP: Kolme kertaa viikossa

N1: Niin.. Mää en päässy tiistaina -mä en päässy perjantaina ollenkaan töihin, mä olin niin.. mä soitin sille rouvalle, se sano että älä tule, (että kun oli niin) kova kuume

KP: Onks sulla tuttuja siellä?

N1: On joo.. Minähän olen vakituista Kangasvuoren kalustoa.. [naurahtaa vähän]

KP: Mnhh.. Onks se (.) hyvä ryhmä?

N1: No miksei.. Minä olen siinä yksin siinä siinä potilaista siinä töissä ja sitten on henkilökuntaa yks rouva jonka kanssa me tehdään niitä töitä

Työhön liittyvät maininnat on siinä mielessä puhtaasti aineistosta noussut kategoria, että en kysynyt mitään erityisesti työhön liittyvää, vaan siitä puhuttiin aivan omaehtoisesti. Kovin yllätyksellistähän tämä ei tietenkään ole, kun huomioi millainen merkitys työssäkäynnillä yhteiskunnassamme on. Toisekseen mielenterveyskuntoutujille on tarjolla nimenomaan kuntouttavaa työtoimintaa, joten työtä koskeva puhe nousee myös omasta käytännön tason arkikokemuksesta. Työpuhe pitää sisällään viitteitä paitsi taaksejääneisiin työvuosiin, myös omaan jaksamiseen ja aikaansaamiseen sekä leimaantumisen ja häpeän kokemuksiin.

III

N1: tuntuu niinku ois joku pikkunen pelinappula vaan jota siirrellään sinne tänne... tiiä sitte (.) onko (.) onko oikein vai väärin (mutta) (tähän asti hiljaa). Mää mä niinku koen sillai että mulla ei oo mitään ihmisarvo... sillan >mää kai koin että mulla oli?< ihmisarvo kun mä olin töissä.. kun mä olin vielä niin sanotusti täältä latvasta terve. (.) (Mnh.)

II

N1: (..) No.. en minä (tiedä). Eihän se oikein mukava asia ole että kuitenkin että.. sehän on hirveen epä.. (semmosta) (..) huono asia että sairastuu [painokkaasti] että on .. heikko.. heikko, että on ollu heikko että on tullu kipeäksi, että ei ole jaksanutkaan... tehdä työ.. opiskella tai tehdä työtä tai tulla miksikään että on tullu että on tullu sairaaksi.. Onko se sitte oma syy vai kenen syy se on sitte että..?

II

KP: Joo. Millasissa tilanteissa sen sitte jout..millasissa tilanteissa sen sitte joutuu muistamaan että on..

N1:..että on sairas?

KP: Niin.

[joku huokaisee]

KP : Ett millon sen sit niinku joutuu tunnustamaan –tai tunnustamaan.. mutt niinku myöntämään ja hyväksymään..?

(...)

N1: Kuka nyt (epäs.) vastaa? Vastaapas sinä.

M2: [epäselvää] että ottaa lääkkeit

N1: Että muistaa ottaa lääkkeit ja sitten <se on pian hoitoonmeno jos ei lääkkeitä ota>!

M1: Niin ja kyll mä ajattelen sillä tavalla että jos ei ihminen mitään tähän yhteiskunnan eteen pysty tekemään, ett se joutuu tavallaan olemaan niinku sosiaalipummina tällai >niinkun mäkin oon joutunu oleen<, niin sitä on sairas sitä on niin avuton että sitä ei >ymmärrä< terve ihminen.. jos jotain jotain haluais tuottaa tähän yhteiskuntaan jotain rakentavaa oman pienen panoksen minkä vaan mutta jos tavallaan niinku siitä joutuu syrjään ettei mitään pysty tuottaa niin silloin ihminen tavallaan on niinku (..) se on niinkun..

KP: Mnnn.

M1: ett sillon.. Mä niinku omaa omalta.. ett jos mä oisin terveempi ja muuta niin kyllä mä jotain jotain rakentavaa olisin pystynyt tuottaa (tähän)

KP: joo

N1: No siinä mielessä elämä on mennyt hukkaan! että ei ole saanu mitään hyvää aikaseks, hyvää eikä huonoa, tai no huonoa kyllä mutta ainakaan mitään hyvää oo saanu (.) tehtyä mitään että (.) että siinä mielessä meni hukkaan koko elämä että (..) että turhaan tuli elettyä, että ei ma ha mittään!

KP: että se niinkun työ ja työkyvyttömyys on niinku semmonen (minkä kautta)..

N1: Kyllä, koska ja työn kautta.. sillon kun minä olin nuorempi ja mun eno vielä eli niin sitten että työtähän sitä tehdään että eletään tuota että.. tehdä, tehdä jotakin..(vaikka kä) minähän olin eläkkeellä jo sillon tuota ja (enkä minä sitten) .. eikä mulla työkykyä ollu ja.. ”kaikille, työ on kaikille terveellistä ” sano eno näin mulle kun eno eli niin se ”työ sopii kaikille!” sitten kun minä vaan istuskelin istuskelin siellä ja tupakoin niin..

KP: Mnn.

Työpuheen kautta haetaan myös terveyden ja sairauden välistä rajaa, kuten edelläkin on käynyt ilmi (ks. kappale 5.3.1.).

Vastauksista voi edelleen tehdä selvän tulkinnan siitä, kuinka suuri merkitys työn tekemisellä muodossa tai toisessa yksilöille usein on. Työ toimii ikään kuin kansalaisuuden arvon mittatikkuna, jota myös kuntoutujat itse käyttävät. Toisaalta heillä itsellään on myös kokemus siitä, miksi he (tai ainakin monet heistä) ovat työelämän ulkopuolella; he tietävät, etteivät jaksaisi tai pystyisi, mitä ulkopuolisten ihmisten voi joskus olla vaikea käsittää. Barhamin ja Hayworthin (1991) tutkimuksessa haastateltavat kertoivat myös asian toisesta puolesta, eli työn saamisen tai säilyttämisen vaikeudesta silloin, kun skitsofreniaan liittyvä menneisyys on työympäristön tiedossa. Tällöin eniten elämää hankaloittavaksi seikaksi voi lääkkeillä oireettomana pysyvän sairauden sijaan muodostua ympäristöt ennakkoluulot, jotka estävät pysyvän palkkatyön säilymisen. Omastakin aineistostani löytyy viittaus tähän, lajissaan ainoa.

VI

KP: (mnn >se on muuta sitte<..) [selvittää kurkkuaan] no sitte voitais mennä ihan tohon että... tuntuuks teistä että asenteet mielenterveyspotilaita kohtaan on muuttunu? .. parempaan viime vuosina tai millasia ne yleensä on ne asenteet?

M1: no en mä tiä mut kyl työ-työpaikkaa hakiessa ni on ainakin aika aika (kiusallista).. siellä ei (suvaita? kyllä yhtään että)

KP: ai jaa

M1: ..että se on lopputili (melkein?) jos tulee (niinku) julki että on (jossain) ollu hoidossa

KP: sehän on <laitonta, eikö oo semmonen..?>

M1: eeei, eei, een mää tiä, ei se mitään laitonta (yhtään)..

KP: joo

M1: se on ihan.. mää oon ollu siivoojana kymmenen vuotta mää tiän (mitkä ne..) [loppu epäs.]

KP: joo

N1: [kysyy jotain, ei saa selvää]

M1: niin.. niin.. no mua ei kyl oo (pantu) sen takia laitettu.. melkein laittoivat, kysyivät että mitäs jos työ määräaikaistettas tää työsuhde että.. että ei oo oikein [epäs.] pysyvää työsuhdetta

N1/2?: (..vaikee sitä pysyvää työsuhdetta..) [ei saa selvää...]

N1: (eläkkeelle määrätään?) mut sitte mää en tiä ketään joka ois voinu (purkaa sen)

KP: eläkkeen..? just.

M2?: siihen täytyy olla lääkärintodistuksesta asti että [epäs.]

KP: ??

M2: niin työtä varten

KP: niin joo..

M2: tai virkaa varten

KP: just. (Tosi) vaikeeta on sitte.. --

Myös sosiaaliseen liittymisen yhteydessä mainitut opiskelija- ja eläkeläinen-kategoriat ovat työjohdannaisia: opiskelijana olemisesta siirrytään työelämään ja työelämän jälkeen eläkeläiseksi. Kaiken kaikkiaan haastateltavien puheet tukevat käsitystä työstä aikuisen ihmisen identiteetin, talouden ja tekemisen olennaisena rakennuspalikkana. Puheessa esiintyvät entiset ammatit, kuntouttava työtoiminta ja mahdollisuus palata "normaaliin" työhön kertovat positiivisesta suhteesta työhön; sitä halutaan tai haluttaisiin tehdä, jos siihen olisi edellytyksiä. Työelämän ulkopuolelle jäämisestä sen sijaan voi muodostua taakka sinänsä, varsinkin jos tavanomaiseen eläkeikään on vielä matkaa ja ympäristön arvostukset ovat sisäistyneet myös oman sosiaalisen identiteetin ja itseä koskevan käsityksen pohjaksi.

Onkin sanottu, että kapitalistinen yhteiskunta on ehkä pahimpia ympäristöjä skitsofreniaan sairastuneelle. Jos näin halutaan ajatella, voitaneen se yleistää myös muihin työkyvyttömiin mielenterveyspotilaisiin: pitäisi olla hyvä työntekijä ja hyvä kuluttaja sekä muutenkin tehokas, tuottoisa ja joustava persoona samaan aikaan kun perheet hajoavat, orgaaninen yhteisyys on vähenevässä ja joukkotiedotusvälineet hallitsevat tietoisuuttamme maailmasta. Spontaanin avun saamisen mahdollisuudet vähenevät samalla kun todennäköisyys eristäytymiseen ja vieraantumiseen lisääntyy. Kovel kirjoittaa jopa, että skitsofreniaan sairastuneiden kokonaissopeutuminen on onnistunut paremmin köyhissä, esiteollisissa maissa, joissa psykiatriseen hoitoon on investoitu minimaalisen vähän. (Kovel 1987, 341-344). Ei tietenkään ole selvää, kuinka paljon nämä seikat

johtuvat kapitalismista sinänsä, mutta postmodernista taikka jälkiteollisesta yhteiskunnasta on yhtä kaikki helppo löytää kehityskulkuja, jotka irrottavat muutenkin "irrallaan" olevia ihmisiä yhteisöstään.

5.5. Väli-tilan koordinaatteja

5.5.1. Lääkkeet, persoona, sairaus

Psyykkisen sairauden sosiaalinen puoli tulee haastatteluissa hyvin esiin. On ensinnäkin nykyisen kanssakäymisen vaikeutuminen ja tuttavapiirin mahdollinen kapeutuminen, ja toiseksi se seikka, että oma elämäntapa ei tuota yhteiskunnallisia panoksia odotetussa, normatiiviseksi muotoutuneessa tahdissa ja järjestyksessä.

III

M2: Mulla on ainakin niin (.) elämäntapa on koko aika kaventunu.. kaventunu jo ennen ennen sitä (.) skitsofrenian puhkeamista sen jännittämisen takia. Sit mä en niinku.. mä en oo niinku... >kun se alko niinku < jo silloin murrosiässä se jännit-jännittäminen haitata mun elämää ni... mä en oo sillattii ainakaan omasta mielestäni ni.. Mä en sillattiin normaalisti aikuistunu että

KP: Joo.

N1: Juu en oo muuten minäkään. (Se jäi se??) nuoruus vähän kesken. Ehkä [epäs.] mutta eri syistä (.) mutta osittain ehkä samoistakin.

KP: Minkälaisia asioita te aattelette että siihen niinku normaaliin aikuisuuteen tai aikuistumiseen sitte ni..? Millasia ehtoja niinku sille ois.. tai mitkä on niinku ne merkit siitä että on ois ollu normaali aikuistuminen?

N1: No se että ois pystynyt itsenäistynyt ja ottaa vastuun omasta elämästään..

KP: Joo.

N1: että >ois pystynyt seisoo omilla jaloillaan< (?). Ne ainakin. En mnä muuta osaa sanoa.

KP: Joo.

Oikeastaan ainut tapa, jolla kuntoutujat sairaudestaan puhuvat, on juuri sen käsitteellistäminen sairautena – kaikki muu olisi itsestään selvästi aiheetonta. Näin ollen kuntoutujat kertovat saamistaan diagnooseista oma-aloitteisesti, ja mielenterveyden määrittelyssäkin tukeudutaan siihen, miten sairauksia tai häiriöitä on luokiteltu. Antipsykiatrinen tulkinta asiasta voisi olla, että "hallitut" ovat omaksuneet "hallitsevien" kielen, eli kielen, jolla heitä hallitaan. Totta varmaan onkin, ettei psykiatrisilla potilailla monesti ole juuri vaihtoehtoisia kielenkäyttömalleja tai jäsennyksiä ongelmilleen, eikä psykiatrian käsitteistön omaksuminen sinänsä todista sen yliveritaisuutta. Yhtä kaikki se kertoo kuitenkin siitä, että haastateltavat hyväksyvät tämän ammattilaisten käyttämän kielen sen tuomine näkökulmineen. (Täytyy tietenkin huomata, ettei suhde sairauteen tai ongelmien käsitteellistäminen yleensä tullut kaikkien haastateltavien puheessa lainkaan esiin.)

Vain yksi haastateltava haki etäisyyttä sairaaksi määrittelyyn, kuten raja-kappaleessa (5.3.1.) tuli ilmi. Hänen tapansa lähestyä asiaa oli sisällyttää positiivisen omintakeisuuden nimissä persoonaan kaikki se, mitä toiset pitävät oireellisina tai diagnosoitavina piirteinä. Yksi mahdollinen, jos-

kaan ei ainoa, syntypohja tällaiselle ajattelulle voi olla stigmatisaatio; leimautumisen välttämiseksi puhutaan erikoisesta persoonallisuudesta tai muuta vastaavaa. Psykiatrisen kielenkäytön ja diagnoosien leimaava vaikutus riippuu kuitenkin sosiaalisesta ympäristöstä, ja siitä millä tavoin niitä käytetään; sairaudesta puhuminen sinänsä ei ole leima, vaan stigma syntyy sosiaalisesti, tietyssä kontekstissa ja puhetavoissa.

Lääketieteen kieli tarjoaa mahdollisuuden tehdä ero itsen ja sairauden välillä. Tämä – mahdollisuus, jota tyhjentävät sosiaalisen selittämisen mallit kuten leimaamisteoria eivät tarjoa on tärkeää silloin, kun olotilat ja tietoisuuden tasot vaihtelevat. Puhumalla henkilönä, jolla on sairaus, ja kertomalla sen oireista voidaan omaa tilannetta ottaa haltuun. Samaa etäännyttämistä on käsittääkseni jälkeempään tapahtuvassa oireille nauramisessa, joka mainintana esiintyy paitsi omassa aineistossani myös Barhamin ja Hayworthin tutkimuksessa.

VI

KP: voiks sen unohtaa jossain (.) että on sairastunut? Vai onko se aina niinku mielessä?

[väli pois]

KP: joo. Haluutsää sanoo jotain tähän?

M1: minä? Niin mää, mää ainakaan pidä sitä mitenkään kovasti mielessä että mää oisin sairas että..

KP: joo

M1: vaikka vaikka kyllähän sitä tietysti tulee ajateltua ja noin ja.. tulee vähän niinku naurettua vanhoille (vitseille) että (kun mää oon?) seonnu.. (noin kovasti että?) (naurahtaa) että kyllä mää ainakin oon nauranu (sellasillekin jutuille) tota (.) ei silleen että se niinkun masentas..

KP: joo. Joo

[väli pois]

KP: joo, joo. (.) vois kuvitella ett se vaatii aika paljon tuollanen asenne ett niinku nauraa (.) sä sanoit että nauraa omille –miten sä sanoit että nauraa omille sekoiluilleen..?

M1: niin.. niille harhoilleen.?.

KP: niin, niin joo

M1: niin joo. Vaikka kyllä mulla on, mulla on .. yhekskytyks jouduin sairaalaan niin mä sen jälkeen nauroin niille harhoille mutt sittä kuitenkin sitten kun yhekskytyheksän mää jouduin toi- seuraavan kerran, niin ei se, ei se kuitenkaan, mä en ollu oppinu mitään vaikka mää olin nauranu.. ett mää luulin että ne on ohi nyt, tai takanapäin, kun mää olin nauranu niille ni että..

KP: mnn..

M1: ..mutt mutt ei se ollu ihan varma että..

KP: joo.. sairaus uusiutu sitte..

M1: niin joo..

Ongelmien käsitteellistäminen sairaudeksi ja oireiden tiedostaminen oireiksi ei kuitenkaan poista niiden hankaluutta. Pikemminkin tietoisuus omasta tilanteesta voi heikentää tulevaisuuden näkemistä valoisana ja täynnä mahdollisuuksia.

III

M2: Joskus mä oon aatellu sillai että (.) ei tää (..) ett ois niinku (.) melkein niinku helpompaa että kun ois (.) ois niinku ihan sekasin ettei tajuis mistään mitään niin (.) tai ois sitte kokonaan terve (että)..

N1: Niin se melkein ois.. toisaalta

M2: Mä oon nähny semmosia (.) jotka on niin sairaita ett ne ei niinku (.) tajua oikein (.) realiteetteja ollenkaan niin (.) ne on kumminkin vaikuttanu ihan onnellisilta! [nauraa, H1 ja muutkin nauravat]

N1?: Sepä se!

H1: Ihanasti (?) sanottu

?: Mn, nii-in.

N1: Tai tai sitte ois ois tosiaan terve. Toisaalta.

M2: Tämmönen(?) välitila..

N1: Niin, välitila.. (huvittuneesti)

KP: Onks (?) epäselvä alkua) ..välitila raskas?

N1: No on se kyllä vähän raskas.

KP: Mnn.

N1: Eikä ihan vähääkään aina.

(..)

Persoonan ja sairauden erottaminen ei ole tutkielmani varsinainen aihe; aihe, josta voisi kirjoittaa kirjoja omankin otsikkonsa alla; mutta tulee esiin eri yhteyksissä kirjallisuutta ja myös omaa aineistoani. Barhamin ja Hayworthin erottelu tuntuu järkevältä, ainakin kun kyse on yleisestä mielikuvien ja asenteiden tason suhtautumisesta psyykkisesti sairaisiin. Sairaus vaikuttaa persoonaan ja persoonallisuus sairauteen. Silti ne ovat eri asioita, joista toinen viittaa ihmiseen itseensä ainutlaatuisena yksilönä; toinen häiriöön, patologiaan. Ajatus persoonasta ja sen säilyttämisestä nousee esiin joissakin kohden omaakin aineistoani. Eräs haastateltava haluaa muistuttaa, ettei psykiatrisissa sairaaloissa "hypitä seinille", vaan siellä on ihan tavallisia ihmisiä, "osa ehkä vähän tavallista herkempiä vaan".

Yksi niitä asioita, joista haastattelujen yhteydessä toistuvasti tuli puhetta ilman että olisin asiasta erikseen kysynyt, oli lääkitys. Haastateltavien suhde lääkkeisiin oli kahtalainen, ristiriitainenkin; toisaalta niiden avulla voi viettää normaalia elämää, toisaalta kohtalaisen usein tuli esiin niihin liittyvä huoli mahdollisista seurannaisvaikutuksista. Lamb mainitsee havainnosta, että sairaalle itselleen lääkkeet voivat olla merkki ja vahvistus "parantumattomasta hulluudesta". Paradoksaalista on, että samalla kun lääkkeiden sivuvaikutukset voivat osaltaan vaikuttaa siihen, että sairaus on ulkoapäin tunnistettavissa, lääkityksen varsinainen tarkoitus toteutuu siinä, että se pitää sairauden varsinaiset oireet hallinnassa (Lamb 1982, 6).

II

N1: Niin mutta lääkkeet vie sen lopunkin mie...järjen! järjen kyllä ja lääkitys ja van..sitten..

M1: Heitä lääkkeet vessanpöntöstä alas [mitä niitä syöt sitten]

N1: [naurahtaen] E-en minä! Kyllä minä syön niitä vaan. (..) Tietysti sittenhän sitä ois ihan kauhee jos jättäis lääkkeet niin (.) niin minkälainen sitte olis..

V

M2: esimerkiks, mä kävelen aika jäykästi (.) en tiä johtuuko lääkkeistä vai jostain muusta ni.. sellanen (.) pilkkaava (.) asenne..

KP: Joo

M2: ..mua kohtaan (on selvästi havaittavissa)

II

M2: [epäs.] siellä sairaalassa että (omalta kohaltani?) että mä ensin ensin mä kielsin iteltäni sairauteni mutta sitten kun se haettiin se oikea lääkitys siihen niin (..) pystyy elää taas ihan täys-tasapainosta (.) normaalia elämää

KP: Joo.

M2: se lääkitys näyttölee se näyttölee siinä aika suurta osaa

KP: Niin just. Mnn.

M2: [epäs.] (ainaskin mun mukaan?)

Psykykinen sairastu/aminen kaikkine siihen liittyvine kokemuksineen näyttäytyy haastateltavien puheessa rajatun ihmisjoukon ilmiönä, jolla on ikään kuin sisäpiirin tietoa asiasta. Vaikka toisaalta ryhmissä käyvät ihmisyksilöt voivat ennestään olla ja pysyäkkin toisilleen muuten melko tuntemattomia, voi heidän välillään silti vallita jokin yhteys, joka syntyy jonkinlaisen kohtalotoveri-ajatuksen pohjalta (ks. kappale 5.2.2.). Tämä välitila ja jatkuvaa lääkitystä vaativa tietoisuuden tason säilyttäminen on usein asia, jonka parhaiten ymmärtää vain toinen saman kokenut.

II

M2: Kyyllä niitä on semmosiakin kavereita jotka on jotka lapsuuden lapsuuden ajat tuntenu.. ja jotka ei niinku (suhtautuu niinku sillä tavalla enempi) ei niinku tajua

KP: Tajuaa? Ei tajua?

M2: Ei tajua, niin.. Enkä mä usko että sitä kukaan joka ei oo sairastunu ite niin käsitäkään sitä sillä tavalla jos on ite kokenu.. että ei sitä niinku.. kirjoistahan sitä voi lukea että minkälainen sairaus mutta se ite kokenu tietää tietää todella sen mitä se on ja on oppinu suhtautumaan sitte toisiin ihmisiin jotka sairastaa.. ja tajuaa sen

KP: Mnn. [väliin myös]

Seikka, jota käsittelevät sekä Goffman että Barham & Hayworth, joka kuitenkin ei ole esillä omassa aineistossani, mutta josta kuitenkin katson aiheelliseksi mainita, on ammattilaisten psyykepotilaille tarjoamat mallit ”hyvästä sopeutumisesta”, siitä, millainen olisi kannustettava suhtautumistapa itseen ja toisiin ihmisiin sairauden viitekehyksessä. Lamb (1982, 24) muistuttaa, että avohoidon asetetut päämäärät ovat tavallisesti keskiluokan ja mielenterveysalan ammatti-ihmisten asettamia. Kuitenkaan työssä jaksamisen, sosiaalisen integroitumisen laajentamisen ja itsenäisen elämisen tavoitteet eivät välttämättä tuota tyydytystä potilaille itselleen. Monelle potilaalle työmarkkinoilla kilpaileminen, itsenäinen eläminen ja läheiset ihmissuhteet pikemminkin tuottavat ahdistusta kuin vähentävät sitä. Vastapuoleksi tähän on lisättävä, että omassa aineistossani sosiaaliset kontaktit olivat monille haastateltaville kuitenkin juuri niitä tärkeimpiä asioita, jotka tuottivat iloa tavallisessa arjessa.

Ehkä koko aineistoa voisi tarkastella myös eräänlaisen hypoteettisen vertailun näkökulmasta, jolloin keskitytään siihen, mitä siinä *ei* sanota. Mitä pitäisi ajatella esim. siitä, että eräs haastateltu-kandidaatti aikoi kieltäytyä osallistumasta haastatteluun koska ”ei enää jaksa vatvoa sitä miten itseä on kohdeltu”? Entä siitä, että nuorten kuntoutujien ryhmä kieltäytyi haastattelusta kokonaan,

tai siitä, että joku haastateltava vihjaa ettei mielenterveyspotilaan asema ”häävi ole”, mutta ei halua sanoa mitään tämän enempää? Vai voiko näistä päätellä yhtään mitään? Yleensäkin haastattelukysymyksiin voi mielikuvaharjoituksena kuvitella vastauksia, joita haastattelutilanteen erityispiirteet itse sairauden oireista ja stigmasta lähtien eivät rajoita. Ainakin uskoisin puheen olevan silloin vapaantuneempaa ja vilkkaampaa (ehkä myös järjestyneempää).

5.5.2. ”Se on paha jos jää neljän seinän sisälle”

Asunto on keskeinen oman elämän tukikohta kenelle tahansa kansalaiselle. Kuntoutujien puheessa yksityisen ja julkisen tilan välinen ero nousee esiin hyvin havainnollisella tavalla, mikä kertoo asunnon korostuneesta roolista suojapaikkana ympäröivää maailmaa vastaan. Asunto edustaa omaa ja yksityistä sfääriä, asunnon oven takainen maailma taas julkista tilaa, jossa valitsevat vieraiden ihmisten asenteet, ennakkoluulot ja omat kiireet.

V

N1: Mää en ainakaan viitti avata sen takia koska mä tiedän että mä puhun jotenkin poikkeavasti ja.. sit huomaa että mä oon sairas, ja siellä saattaa olla joku huoltomies tai.. kuka nyt sitten onkin, jehovan todistaja, kuka lienee ja... jotenkin sitä on niinku eristäytyny sinne asuntoonsa.

Yksityisessä tilassa kotona sairauden julkisivu on hallinnassa, ja parhaimmillaan ongelmat voi unohtaa, jos voi keskittyä vaikkapa johonkin tekemiseen. Eräs haastateltava sanoikin siihen tapaan, että hänestä tulee tietoisesti sairaudestaan aina vasta silloin, kun hän astuu kynnyksen yli ja lähtee kotiovesta ulos.⁴ Vaikka muuten sairautensa kanssa pärjäisikin hyvin, on ihmisen osana sosiaalista maailmaa vaikea olla välinpitämätön muiden ihmisten reaktioille. Asunto voi toimia ikään kuin tarvittavana haarniskana sosiaaliselle identiteetille.

Samalla asuntoon voi muodostua kaksijakoinen suhde, sillä sielläkään ei aina jaksata olla: asunnosta on päästävää pois, jotta sinne voisi palata. Ja myös kotona voivat pelot ja harhat saada ylliotteen. Eräs turvapaikka on sairaala, jonne *päästään*, ei jouduta, kun oireet pahenevat. Sairaala on kuitenkin laitos, ei koti.

II

N1: Ihan samaa mieltä kyllä, että ei ole mielenterveyspotilaitten asema kovin hyvä. Siinä mielessä on hyvä että on, että on avohoito olemassa että ei laitoksessa olla, siellähän on raskasta olla siellä laitoksessa olo että ei se niin helppoa sielläkään ole (että). Vaikkei nyt täällä vapaassa yhteiskunnassa omassa asunnossa olekaan aina niin helppoa tuota että kuitenkin että.

II

N1: Päiväkeskuksessa käyn silloin tällöin ryhmässä, semmosessa semmosessa vakiryhmässä kerran viikossa torstaina.

⁴ Tämä osa haastattelua jäi valitettavasti nauhoittamatta, koska unohdin laittaa nauhurin takaisin päälle saatuaani hiukan lisäaikaa haastattelun jatkamiseen.

KP: Joo.

N1: Mutta (.) ei sieltäkään oikein saa mitään että.. Se kun on se, sitä on sairautta vai ei että.. lääkäri määrää, lääkärin määräyksen perusteella käyn siellä ja. Ja vähän pois kotoa tuolta asunnolta että. Kuitenkin mulla on rauhaton asunto –[painokkaasti] ei se ole mitään äänihallusinaatiota harhaluuloja, se on totta, siellä on rauhatonta ja aika pelottavaakin minusta on.

KP: Joo.

N1: Eihän ne minun kimppuuni pääse kun ovet on lukossa ja seinä välissä mutta kuitenkin että, minä vähän pelkään niitä että.

KP: Joo.

Jos sosiaaliset pelot saavat vallan, voi julkisessa tilassa liikkuminen tai ylipäänsä liikkeelle lähteminen käydä hankalaksi.

I

N2: ..että se oli ..joku kerta Minna kävi mulla (.) kaks kertaa viikossa sillon mut se jäi pois sitte se.. (että)... se on siitä (epäselvää) että on sitte Raija kerran viikossa käyny... että nimenomaan siinä tappauksessa (.) jos on niinku että ois semmosta tarvittavaa tukea (.) siinä liikkeelle lähtemisessä ja...(se...)

KP: Onkse niinku...

N2: ..se on paha jos jos jää neljän seinän sisälle

II

KP M2:lle: Entäs sää kun sähän oot nuorempi, ootko sä enemmän ihmisten kanssa tekemisissä?

M2: (Kyllä mää olen).. tulee välillä ihan semmonen olo että pakko lähtee ulos sieltä kun kotona.. jaksa sielläkään koko aikaa [epäs.]

6 Tutkimuksen arviointia

Yhteiskuntasuhteen käsittelyyn voi tietysti sisällyttää melkein mitä tahansa yksilön ja häntä ympäröivän sosiaalisen väliltä. Voidaankin perustellusti kritisoida yhteiskuntasuhteen ”operationalisointia” juuri sosiaalisiksi verkostoiksi, suhteeksi palvelujärjestelmään, koetuiksi asenteiksi sekä mielikuvaksi nyky-yhteiskunnasta kuten olen pääpiirteittäin tässä tutkimuksessa tehnyt. ”Ihminen yhteiskunnassa” käsittää niin paljon erilaisia rooleja, tilanteita ja asemia, että tuskin mikään yksittäinen tutkimus niitä tavoittaisi, ja voidaankin kysyä, mitä mieltä on ylipäänsä puhua yhteiskuntasuhteesta?

Kun tarkastellaan jotakin erityisryhmää, kuten mielenterveyspotilaat, voi yhteiskuntasuhteesta puhuminen kuitenkin olla mielekäästä. Tämä perustuu siihen, että erityisryhmien suhteessa ympäristöönsä, ja myös itseensä, voi odottaa esiintyvän sellaisia yksilöiden välisiä yhteneväisyyksiä, joiden kautta koko erityisryhmän edustama ilmiö ja sen yhteiskunnallis-sosiaalinen ulottuvuus tulee havainnollisesti esiin. Ryhmätilanteessa toisten vertaisten läsnäolo voi tukea omien kokemusten ja ajatusten tuomista esiin.

Yksilön suhdetta häntä ympäröivään yhteiskuntaan on luontevaa ajatella paitsi monitahoisena myös muuttuvana ja vuorovaikutteisena prosessina, jossa molemmat osapuolet vaikuttavat toisiinsa. Helpompaa lienee kyseenalaistaa yksilön vaikutus yhteiskuntaan kuin yhteiskunnan vaikutus yksilöön. Tässä tutkimuksessa keskitytään ainoastaan vastaantulevaan liikenteeseen, eli psykiatristen kuntoutujien kokemukseen osastaan ja asemastaan yhteiskunnan jäsenenä.

Tutkimusta suunnitellessani tavoitteena oli, että haastateltavista tulisi tutkimuksen subjekteja siinä mielessä kuin menetelmää koskevassa kappaleessa kirjoitan. Jälkeenpäin arvioin tämän tavoitteen jääneen saavuttamatta tai tulleen saavutetuksi vain osittain. Tuskin myöskään onnistuin ylittämään niitä muureja, joita Bourdieu kutsuisi symbolisen väkivallan ilmentymiksi. Tässä vaikutti myös ajan paine: reilu tunti ryhmätilanteessa ei jätä riittävästi aikaa tunnusteluun ja yhteisten olennaisuuksien ja ymmärryksen etsimiseen. Entä mitä voidaan päätellä siitä, että monet kieltäytyivät osallistumasta haastatteluun? Yksi, joskaan ei ainut, syy on varmaankin juuri psykiatriin sairauksien edelleen liittyvä stigma.

Toisaalta pyrin kyllä kannustamaan vastaajia kertomaan siitä, mitä he ajattelevat ja miten he ovat asiat kokeneet. Koitin myös antaa tilaa heidän puheelleen, ja olla pakottamatta muita haastattelurungon kysymyksiä käsiteltäväksi silloin, jos tilanne ei tuntunut niille valmiilta. Holsteinin ja Gubriummin (1995, 77) mukaan ei ole ollenkaan välttämätöntä esittää kaikkia haastattelukysymyksiä kaikissa haastatteluissa, vaan vastaajan vastaukset saavat ohjata haastattelijan tilanteessa tapahtuvia valintoja.⁵

Kokemuksesta ryhmien haastattelemisessa olisi luonnollisesti ollut hyötyä, mikä mahdollisesti olisi näkynyt aineistossakin. Kokeneempi haastattelija varmaankin sietää hiljaisuutta noviisia paremmin, ja toisaalta tietää milloin ja miten aktivoida haastateltavia oikealla tavalla. Ero tutkimushaastattelun ja tavanomaisen keskustelun välillä on seikka, johon törmäsin kuin kiviseinään. Vaikutelmakseni jäi, että haastattelijan voi hyvinkin olla tarpeen antaa jotakin itsestään saadaksesen jotakin haastateltaviltaan. Jotakin tarvitaan siihen, että ihmisessä syntyy halu kertoa ajatuksiaan toiselle, varsinkin silloin, jos kyse on kohtalaisen vaikeasti käsiteltävistä oman elämän ilmiöistä -toisaalta tämä pätee myös teemasta riippumatta perustuen siihen, mitä odotamme vuorovaikutukseen molemminpuolisuuden nimissä yleensä kuuluvan. Tarvitaan vähintäänkin sekä kielellisellä että ei-kielellisellä tasolla välittyvää kiinnostusta ja hyväksyntää, jonka ilmaiseminen

⁵ Taustaksi sanottakoon, että aktiivisen haastattelun kirjasta saattaa osin saada käsityksen, että useimmat haastateltavat alkavat tuottaa katkeamatonta puhevirtaa heti kun haastattelija on sanonut ensimmäisen kysymyksen viittaavan lauseensa, jolloin tämän tarvitsee vain näpsäyttää nauhurinsa päälle ja ohjata puhevirtaa niihin uomiin, joita pitää tutkimuksensa kannalta olennaisina. Omassa tutkimuksessani näin ei käynyt.

tuntui tässä tilanteessa kovin ristiriitaiselta. Kun kuitenkin tutkitaan ihmisiä, ei heihin voi suhtautua mekaanisesti, kuin koneina –jos haluaa vastauksia saada. Ilman kokemusta ja loppuun saakka perusteltua lähestymistapaa on vaikeaa löytää tasapaino osallistumisen ja myöntelyn ja toisaalta etäisyyden ja ulkopuolisuuden välillä.

Toisin oli Bourdieun ja muiden tutkimuksessa. Haastattelijat olivat tasolla, jolla osallistuminen oli luvallista; tämä mahdollisti koko aineiston. Bourdieun ym. tutkimuksessa haastatteluissa oli jotakin olennaisesti samaa vahvistavaa vastaanottamista kuin arkikeskusteluissa, ja tästä huolimatta myös jotakin olennaisesti erilaista kuin mielipidekyselyissä, jotka kysymyksillään tuottavat vastaukset, joita saavat. (Bourdieu ym. 1999, 618-619).

On paikallaan kiinnittää huomiota myös siihen, millä tavoin itse tämä työ vaikuttaa ilmiöön, jota se käsittelee, ja miten se muokkaa tutkittavaa asiaa koskevia käsityksiä. Pohdinnan aihe on yhteinen kaikille ns. poikkeavuutta koskeville tutkimuksille. Jo tutkimusaiheen määrittäminen poikkeavuudeksi asettaa ilmiön tiettyihin kehyksiin, ja kaipaa siksi selvennystä. Puhuttaessa sosiologisesta poikkeavuuden tutkimuksesta on Schurin (1979, 14) mukaan kyse poikkeavuudesta vain siinä merkityksessä, mikä poikkeavaksi milloinkin määritellään. Kuten tähän on huomautettukin, ovat poikkeavuuden tutkimuksen kohteena kuitenkin olleet useasti samat ilmiöt ja ihmisryhmät, joten on aihetta epäillä poikkeavuutta koskevan relativistisen ajattelun toteutumista käytännön tutkimustyössä.

Stigmaakaan ei ole syytä ylikorostaa. Työn yksi tarkoitus olisi osaltaan myös purkaa niitä rajoja, joita mielenterveyspotilaiden ja mielenterveyteensä luottavien välille on päässyt syntymään, eikä niistä kertoessaan vahvistaa niitä entisestään. Tuleehan esim. haastatteluissa selvästi esiin kuntoutujien eristäytyneisyys ja harvat kontaktit muihin ihmisiin, samoin kuin sairauden tosiasiallisuus usein vammauttavine vaikutuksineen. Asian käsittely sinänsä ei tee hyvää eikä pahaa, vaan esityksen tarkoittamattomatkin seuraukset syntyvät siihen liitettyjen arvojen ja merkitysten kautta.

7 Yhteenveto

Olen tässä kokeiluluonteisessa haastattelututkimuksessa selvittänyt psykiatristen kuntoutujien yhteiskuntasuhdetta painottaen psyykkisen sairauden sosiaalisia seurauksia. Yhteiskuntasuhde työni kattokäsitteenä pyrkii ilmaisemaan olennaisimman mielenterveyskuntoutujien kiinnittymisestä sosiaaliseen ympäristöönsä. Haastattelukysymykset koskevat sosiaalisia verkostoja, asenteita, ammattimaisen avun riittävyttä avohoidossa sekä yleiskuvaa nyky-yhteiskunnasta. Yhteiskuntasuhde on näin ollen käsitetty laajasti yksilöä ympäröivänä rakenteiden, suhteiden ja vuoro-

vaikutustilanteiden kokonaisuutena, jossa myös mielikuvilla on sijansa. Haastateltavat ovat aikuisikäisiä psykiatrisen avohoidon asiakkaita, ja haastattelin heitä kuudessa eri ryhmässä.

Sosiologiassa psyykkisiä häiriöitä on käsitelty sekä terveystieteiden että poikkeavuuden sosiologian piirissä. Psykyksen sairauksissa tai häiriöissä sosiaalinen ulottuvuus on erityisasemassa, sillä ne poikkeavat sekä etiologialtaan että sosiaalisilta seurauksiltaan monista muista terveysongelmistä. Yhtä lailla ne poikkeavat muista yleensä tutkimuksen kohteena olleista poikkeavuuden muodoista, joita sosiologiassa on perinteisesti tarkasteltu konstruktionistisesti ilmiön sosiaalista rakentumista painottaen. Lähtökohtana tässä tutkimuksessa onkin ollut lääketieteellisen sairauskäsityksen ja ilmiön tosiasiallisuuden periaatteellinen hyväksyminen mitä tulee ns. psyykkisen poikkeavuuden luonteeseen.

Tutkimuksen pääpaino on siinä sosiaalisessa merkityksenannossa, jonka yhteydessä mielenterveyskuntoutujat elävät. Olen ollut aineistoanalyysissä kiinnostunut paitsi vastaussisällöistä sinänsä myös puhumisen tavoista, joita kuntoutujat ovat käyttäneet tiettyjen asioiden suhteen. Olen näin havainnut tässä yhteydessä ovat ne samankaltaisuudet, jotka löytyvät sekä sairastuneiden että ei-sairastuneiden puheesta, ja joita kokonaisuutena kutsun yhteiseksi puheavaruudeksi. Kuntoutujat eivät esim. juurikaan suhteellista psyykkisen sairauden rajaa, vaan puhuvat suhteellisen ongelmattomasti terveistä ja sairaista ihmisistä. Tätä ei tietenkään ole syytä pitää merkinä tai todistuksena ihmisten yksiselitteisestä kahtiajakautumisesta mitä tulee terveys-sairaus - akseliin, vaan se osaltaan ilmentää sairastuneiden segregatiota muihin ihmisiin nähden. Segregoituminen ja sosiaalisen elämän kapeutuminen sairastumisen myötä tulee aineistossa esiin myös hyvin eksplisiittisesti. Yhteinen puheavaruus ilmenee myös joukkotiedotusvälineiden ruokkimien mielikuvien suhteen mitä tulee psykiatriin potilaisiin ja psykiatrisen avohoidon tilaan.

Mielenterveyskuntoutujien kaventuneeseen sosiaaliseen verkostoon on varmaankin monia syitä, eikä kuntoutujien omaa kontakteista vetäytymistä ole siinä yhteydessä syytä jättää huomiotta. Ilmiön voi kuitenkin perustellusti katsoa kertovan myös ympäröivän yhteiskunnan ymmärtämättömyydestä ja suvaitsemattomuudesta psyykkisten häiriöiden suhteen. Keskeinen teema tutkimuksessani on stigma eli sosiaalisen leimaantumisen kokemukset, jotka vastaavat hyvin sitä mitä aiheesta aiemmin on kirjoitettu. Haastattelujen perusteella kävi hyvin selväksi, että psyykkiset sairaudet koetaan edelleen hyvin leimaavina. Varsinaisen sairauden lisäksi voisikin puhua yhteiskunnallisesta kivusta, jota helposti syntyy psyykkisen sairauden seurauksena. Tämä tulee esiin ensinnäkin edellämainittuna sosiaalisen elämän kapeutumisenä, ja toiseksi siinä, kuinka kuntoutujat omankin kokemuksensa perusteella tietävät psyykkisesti sairaista puhuttavan. Tyypillinen merkki ikävästä suhtautumisesta on sairastuneen käsittäminen ”hulluna”, mikä viittaa siihen, ettei tällä olisi ”järkeä”, eikä tämä näin ollen ansaitsisi kunnioitusta persoonana, mitä jokainen

sairaudesta riippumatta kuitenkin aina on. Kaikesta huolimatta myös positiivista kehitystä on vuosikymmenien saatossa tapahtunut, minkä pitkään sairastaneet voivat todeta.

Mielenterveyden häiriöt ovat paitsi yksilöpsykkisesti myös sosiaalisesti erityisiä merkityksiä sitovia ilmiöitä sosiaalisine seurauksineen. Psykyen häiriötilat on vuosisatojen ajan liitetty paitsi uskonnollisiin seikkoihin, kuten ihmisen jumalasuhteeseen tai paholaisen valtaan, myös moraaliin, ja lopulta ne ovat sijoittuneet terveyden ja sairauden akselille. Psykyen ongelmien sijoittumisesta tälle akselille ei kuitenkaan ole ollut eikä edelleenkaan ole täyttä yksimielisyyttä, vaan ilmiön suhteen vallitsee näkökulmien moninaisuus. Lääketieteen osana moderni psykiatria on lähestynyt asiaa diagnostisin termein samalla kun sosiologiassa on korostettu ongelmien sairausluonteen näennäisyyttä, normatiivisten odotusten vastaista käyttäytymistä ja yhteisön luoman sairaan roolin –usein vastentahtoista- omaksumista.

Lääketieteen kieli diagnooseineen oli haastattelupuheessa varsin ongelmattomasti haltuunotettu. Olen tulkinnut tätä niin, että juuri lääketieteellinen kielenkäyttö tarjoaa valmiin mallin sairauden tai häiriön ja oman suojeltavan persoonan erottamiseen toisistaan. Mitään yleistä pyrkimystä pois-päin sairaaksi luokittelusta en aineistostani löytänyt –miksi olisinkaan? Poikkeuksia on tietenkin aina: eräs haastateltava käsitteellisti asiaa siten, ettei hän ole sairas, koska hän ei ole tehnyt mitään sairaita tekoja. Olennaista tässä on tulkintani mukaan se, mitä merkityksiä sairaaksi luokittelu sairastuneen omassa sosiaalisessa ympäristössä saa, ja miten sairastuminen käsitetään: toisaalla ilmiö on vahvemmin stigmatisoitunut kuin jossakin toisessa ympäristössä. Identiteetin ja oman toiminnan kannalta on tietenkin hyväksi, jos onnistuu välttämään segregoitumisen ja käsitteää sairauden suhteellisen joustavasti eikä ihmisiä kahteen ryhmään jakavana lopullisena totuutena.

Palveluiden suhteen haastattelupuheessa tulee esiin viimeaikainen hoitojärjestelmän muutos sairaalasta avohoitoon. Sairaalaan pääsy on haastateltavien mukaan vaikeutunut, ja myös lomakoina ammattilaisen puheille pääseminen voi olla hankalaa. Omaan tämänhetkiseen tilanteeseen avohoidon palveluiden suhteen haastatteluryhmissä oltiin kuitenkin varsin tyytyväisiä. Merkillepantavaa on se, että yleisen yhteiskuntakehityksen nähtiin hyvin yhdenmukaisesti olevan negatiivinen, mistä puhuttiin arvojen koventumisena ja köyhien köyhtymisenä. Olen tulkinnut tämän käsityksen ja sen välittämän epäluottamuksen heijastelevan paitsi julkista keskustelua myös kuntoutujien omaa, tosiasiallista sosiaali-ekonomista asemaa.

Tutkimukseni on siinä mielessä kokeileva, että psyykkisesti sairastuneiden haastattelut ovat ainakin sosiologisesta näkökulmasta tehtyinä harvinaisia. Toiseksi paremmalla aihepiiriin käytännön tuntemuksella ja haastattelukokemuksella haastattelut voisi tehdä jämäkämmin ja järjestää

niille paremmin aikaa. Aiheeseen syvemmälle pääsee, jos haastattelee samoja ihmisiä toistuvasti, tai yhden ihmisen tarinaan tarkemmin perehtyen. Silloin tutkimusta voisi myös laajentaa niiden merkitysten suuntaan, joita haastateltava itse näkee sairastumisen ja luopumisen historiassaan ja toisaalta siinä, millaista on hyvä elämä mielenterveyskuntoutujana tämän päivän Suomessa, ja mitkä ovat sen edellytykset. Käsillä oleva tutkimus nostaa esiin ja pyrkii käsittelemään uudella tavalla teemoja, jotka ovat avoimia muissa tutkimuksissa syvennettäviksi.

8 Lähteet

- Alasuutari, Pertti (1996) *Toinen tasavalta. Suomi 1946-1994*. Tampere: Vastapaino.
- Alanko, Antti & Sorri, Pentti (1983 –varsinainen painovuosi puuttuu) *Psykiatria ja muu lääketiede*. Teoksessa Kalle Achté, Jaakko Suominen ja Tapani Tamminen (toim.) *Seitsemän vuosikymmentä suomalaista psykiatriaa*. Helsinki: Suomen Psykiatriyhdistys r.y.
- Allardt, Erik (1980): *Hyvinvoinnin ulottuvuuksia*. Helsinki: WSOY.
- Anttinen, Erik E. (1983 –varsinainen painovuosi puuttuu): *Avohoidon ideologian kehitys*. Teoksessa Kalle Achté, Jaakko Suominen ja Tapani Tamminen (toim.) *Seitsemän vuosikymmentä suomalaista psykiatriaa*. Helsinki: Suomen Psykiatriyhdistys r.y.
- Barham, Peter & Hayward, Robert (1991) *From the Mental Patient to the Person*. Lontoo: Tavistock / Routledge.
- Barnes, Colin; Mercer, Geof; Shakespeare, Tom (2002) *Exploring Disability. A Sociological Introduction*. Cambridge: Polity Press.
- Blaxter, Mildred (1980) *The Meaning of Disability. A Sociological Study of Impairment*. Lontoo: Heinemann.
- Bourdieu, Pierre ET AL. (1999) *The Weight of the World. Social Suffering in Contemporary Society*. Stanford, California: Stanford University Press.
- Bury, Michael (1997) *Health and Illness in a Changing Society*. Lontoo: Routledge.
- Elosuo, Reino & Harenko, Aarno (1983 –varsinainen painovuosi puuttuu): *Mielisairaanhuoltopiirit*. Teoksessa Kalle Achté, Jaakko Suominen ja Tapani Tamminen (toim.) *Seitsemän vuosikymmentä suomalaista psykiatriaa*. Helsinki: Suomen Psykiatriyhdistys r.y.
- Eskola, Jari & Suoranta, Juha (1998) *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Vastapaino.
- Eskola, Jarkko (1983) *Psykiatrinen terveydenhuolto – lainsäädännön ja julkisen toiminnan kehitys*. Teoksessa Kalle Achté, Jaakko Suominen ja Tapani Tamminen (toim.) *Seitsemän vuosikymmentä suomalaista psykiatriaa*. Helsinki: Suomen Psykiatriyhdistys r.y.
- Estroff, S. (1989) 'Self, identity and the subjective experiences of schizophrenia'. *Schizophrenia Bulletin* 15 (2), 189-96.

- Fee, Dwight (2000) *The Broken Dialogue: Mental Illness as Discourse and Experience*. Teoksessa Dwight Fee (toim.) *Pathology and the Postmodern. Mental Illness as Discourse and Experience*. Lontoo: SAGE.
- Field, David (1977) *The Social Definition of Illness*. Teoksessa David Tuckett (toim.) *An Introduction to Medical Sociology*. Lontoo: Tavistock Publications.
- Foucault, Michel (1973, alkuper. 1961) *Madness and Civilization. A History of Insanity in the Age of Reason*. New York: Vintage Books.
- Fulford, K W M (2000) *Philosophy Meets Psychiatry in the Twentieth Century - Four Looks Back and a Brief Look forward*. Teoksessa Louhiala P, Stenman S (toim.) *Philosophy Meets Medicine. Acta Gyllenbergiana I*. Helsinki: Helsinki University Press.
- Gerhardt, Uta (1987) *Parsons, role theory, and health interaction*. Teoksessa Graham Scambler (toim.) *Sociological Theory & Medical Sociology*. Lontoo: Tavistock Publications.
- Goffman, Erving (1980, alkuper. --). *Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York: Penguin Books.
- Goffman, Erving (1986, alkuper. 1963) *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity*. New York: Penguin Books.
- Hardwick, Neil (1999) *Hullun lailla*. Helsinki: Otava.
- Helman, Cecil G. (1990) *Culture, Health and Illness. An Introduction for Health Professionals*. Lontoo: Wright.
- Hilbourne, J. (1973) *On Disabling the Normal*. B.J. Social Work, 2.4.
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena (2000) *Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula (1997) *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Holstein, James A. & Gubrium, Jaber F. (1995) *The Active Interview*. Lontoo: SAGE.
- Honkasalo, Marja-Liisa (2000). *Miten sairaus rakentuu sosiaalisesti?* Teoksessa Ilka Kangas, Sakari Karvonen ja Annika Lillrank (toim.) *Terveys sosiologian suuntauksia*. Helsinki: Gaudemus.
- Isohanni, Honkonen, Vartiainen, Lönnqvist (1999) *Skitsofrenia*. Teoksessa Lönnqvist, Heikkinen, Henriksson, Marttunen, Partonen (toim.) *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim.
- Joutsivuo, Timo (1998) *Ruumiin vai sielun hoitoa?* Kristinusko, sairaus ja lääketiede. Teoksessa: Joutsivuo, Timo & Mikkeli, Heikki (toim.) *Terveiden lähteillä. Länsimaisten terveystieteiden kulttuurihistoriaa*. Helsinki: Suomen Historiallinen Seura.
- Kelan sanomat 4/2003 *Mielenterveysongelma vie entistä useammin työkyvyn*. Toimittaja Hilka Arolan artikkeli s. 3-4.
- Koivisto, Tellervo (1999) *Päiväkirjan uudet sivut*. Helsinki: Otava.
- Korkeila, Jyrki (1996) *Julkiset mielenterveyspalvelut – Luottamus kriisissä?* Helsinki: STAKES, Aiheita: 17.

- Korkeila, Jyrki (1998) Perspectives on the Public Psychiatric Services in Finland. Evaluating the Deinstitutionalisation Process. Helsinki: STAKES, Research Report / Tutkimuksia 93.
- Kortteinen, Martti ja Tuomikoski, Hannu (1998) Työtön. Tutkimus pitkäaikaistyöttömien selviytymisestä. Helsinki: Tammi.
- Kovel, Joel (1987) Schizophrenic Being and Technocratic Society. Teoksessa David Michael Levin (toim.) Pathologies of the Modern Self. Postmodern Studies on Narcissism, Schizophrenia, and Depression. New York & Lontoo: New York University Press.
- Kusch, Martin (1993) Tiedon kentät ja kerrostumat –Michel Foucault'n tieteentutkimuksen lähtökohdat. Oulu: Kustannus Pohjoinen.
- Lahti, Marja-Leena (1991) Vähimmäistoimeentulolla mielisairaalassa. Teoksessa Jyrki Salo ja Ilkka Taipale (toim.) Mielisairaalan sosiaalinen asema. Kellokosken sairaalan julkaisu.
- Lamb, Richard H. (1982) Treating the Long-Term Mentally Ill. Beyond Deinstitutionalization. Lontoo: Jossey-Bass Publishers.
- Lukkarinen, Hannele (2003) Ihmisten kokemukset hoitotieteellisenä tutkimusilmiönä: fenomenologinen lähestymistapa. Teoksessa Sirpa Janhonen & Merja Nikkonen (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Mannila, Simo (1992) Sairaalan rooli. Teoksessa Antti Karisto, Eero Lahelma ja Ossi Rahkonen (toim.) Terveys sosiologia. Helsinki: WSOY.
- Mannila, Simo (2000) Terveys sosiologian varhaisvaiheet. Teoksessa Ilka Kangas, Sakari Karvonen ja Annika Lillrank (toim.) Terveys sosiologian suuntauksia. Helsinki: Gaudeamus.
- Ojanen, Markku & Sariola, Esa (1986) Skitsofrenia. Laitoskierteestä vapauteen. Helsinki: Otava.
- Porter, Roy (2002) Madness. A Brief History. Oxford: Oxford University Press.
- Pötsönen, Riikka & Välimaa, Raili (1998) Ryhmähaastattelu laadullisen terveystutkimuksen menetelmänä. Terveystieteen laitoksen julkaisusarja 9/1998, Jyväskylän yliopisto.
- Redick, R.W.; Witkin, M.J.; Atay, J.E.; Manderscheid, R.W. (1994) CMHS data highlights on: availability of psychiatric beds, United States: selected years, 1970-1990. Ment Health Stat Note 1994: 213:1-7.
- Riska, Elianne (2000) Interaktionismin teoreettiset juuret ja kehitys terveys sosiologiassa. Teoksessa Ilka Kangas, Sakari Karvonen ja Annika Lillrank (toim.) Terveys sosiologian suuntauksia, Helsinki: Gaudeamus.
- Räty, Hannu (1988) Mielisairaus, mielenterveysongelma ja tavallinen sairaus. Tutkimus eräiden mielenterveyskäsitteiden arvioinnista. Joensuun yliopisto, Psykologia, Keskustelualoitteita nro 13.
- Sarvilinna, A. (1938) Mielisairaanhoidon kehityksestä Suomessa vuoteen 1919. Uusikaupunki. (Helsingin yliopiston väitöskirja)
- Salokangas, Raimo K.R.; Stengård, Eija; Honkonen, Teija; Koivisto, Anna-Maija; Saarinen, Soile (2000) Sairaalaan yhteiskuntaan. Seurantatutkimus sairaalasta kotiuttamisen vaikutuksista skitsofreniapotilaan elämään ja hoitotilanteeseen. Helsinki: STAKES, Raportteja 248.

- Scheff, Thomas J. (1968) *Being Mentally Ill. A Sociological Theory*. Chicago: ALDINE Publishing Company.
- Schur, Edwin M. (1979) *Interpreting Deviance. A Sociological Introduction*. New York: Harper & Row Publishers.
- Silverman, David (2001) *Interpreting Qualitative Data. Methods for Analyzing Talk, Text and Interaction*. Lontoo: SAGE.
- Sjöström, Bengt (1992) *Kliniken tar över dårskapen. Om den moderna svenska psykiatrins framväxt*. Göteborg: Daidalos.
- Szasz, Thomas S. (1973) *Ideology and Insanity. Essays on the Psychiatric Dehumanization of Man*. Lontoo: Calder & Boyars.
- Sontag, Susan (1991 yhteisnide, alkuteokset 1978 ja 1989) *Sairaus vertauskuvana & Aids ja sen vertauskuvat*. Helsinki: Love Kirjat.
- Sulkunen, Pekka (1990) *Ryhmähaastattelujen analyysi. Teoksessa Klaus Mäkelä (toim.) Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta*. Helsinki: Gaudeamus.
- deSwaan, Abram (1990) *The Management of Normality. Critical Essays in Health and Welfare*. Lontoo: Routledge.
- Turunen, Sakari & Achté, Kalle (1983) *Seilin hospitaali 1619-1962. Teoksessa Kalle Achté, Jaakko Suominen ja Tapani Tamminen (toim.) Seitsemän vuosikymmentä suomalaista psykiatriaa*. Helsinki: Suomen Psykiatriyhdistys r.y.
- Vuoripalo, Tytti (1983) *Suomen Mielenterveysseura. Teoksessa Kalle Achté, Jaakko Suominen ja Tapani Tamminen (toim.) Seitsemän vuosikymmentä suomalaista psykiatriaa*. Helsinki: Suomen Psykiatriyhdistys r.y.
- Witkin, M.J.; Atay, J.; Manderscheid, R.W. (1996) *Trends in State and County Mental Hospitals in the U.S. from 1970 to 1992*. *Psychiatr Serv*: 47; 1079-1081.

Liite 1

23.4.2002

RYHMÄHAASTATTELUPYYNTÖ

Arvoisa vastaanottaja,

olen tekemässä pro gradu –tutkimusta Jyväskylän yliopiston sosiologian laitokselle psykiatrian avohoitoasiakkaiden yhteiskunnallista liittymistä koskevista kokemuksista. Tarkoitukseni on haastatella reseptiryhmäänne [paikassa X] 7.5. ja pyydän tähän suostumustanne. Haastattelu kestäisi noin tunnin. Pysin saamaan kuuluviin mielenterveyspalvelujen käyttäjien oman äänen, ja siksi teidän myönteinen suhtautuminen tähän tutkimuspyyntöön olisi arvokasta. On ensiarvoisen tärkeää kuulla ja tutkia sitä, miten mielenterveyspalveluiden käyttäjät itse sosiaalisen tilanteensa kokevat.

Olen kiinnostunut kuulemaan millaisena olette kokenut asemanne yhteiskunnassa ja sosiaalisissa verkostoissa, kuntoutukseen liittyvän työ- ja yhdistystoiminnan, palvelujärjestelmän merkityksen sekä mahdollisuudet vaikuttaa omaan elämäänne. Keskustelu käydään ehdottoman luottamuksellisesti ja siihen osallistuneet henkilöt pysyvät tunnistamattomina myös kirjoittamassani raportissa. Ryhmähaastatteluun osallistuminen ei vaikuta hoitoonne millään tavalla. Talletan keskustelut nauhalle analysointia varten. (Nauhat hävitetään myöhemmin.)

Kaikkiin suunnitelmiini liittyvissä kysymyksissä voitte ottaa minuun yhteyttä kirjeitse, sähköpostitse tai puhelimitse.

Ystävällisin terveisin,

Kaisa Perko
sosiologian yo

kaperko@st.jyu.fi
puh. 607931 (1.5. alkaen 607723)
Taitoniekantie 9 R 401
40740 JYVÄSKYLÄ

Liite 2

Haastattelurunko

Sosiaaliset verkostot

Tapaavatko toisiaan muutenkin kuin täällä (näissä tilanteissa kolmen kuukauden välein)

Mikä yhdistää heitä/ tuntuuko että heillä on ryhmänä jotakin yhteistä

Millaisien asioiden parissa käyttävät aikaansa/ harrastukset

Millaisiin ryhmiin tuntee kuuluvansa (perhe, harrastusryhmä, hoitoryhmä, ammattiryhmä, mikä vain)

Millaiset asiat tuottavat iloa tavallisina päivinä

Minkälaiset asiat vaikeuttavat kanssakäymistä arkitilanteissa

Yhteiskunta

Millainen käsitys suomalaisesta nyky-yhteiskunnasta

Yleinen käsitys tuntuu usein olevan, että mielenterveyspotilaan asema (tässä yhteiskunnassa) on kovin heikko, mitä mieltä

Mitä toivoisi yhteiskunnalta

Ennakkoluulot

Onko kohdannut ennakkoluuloja

Millaisissa tilanteissa ihmiset osoittautuneet ennakkoluuloisiksi

Millaisissa tilanteissa joutuu muistamaan, että on sairas/kuntoutumassa

Millaisissa tilanteissa helppo unohtaa

Suhde palvelujärjestelmään

Avohoidon ja kuntoutuksen merkitys itselle

Millä mielin tulee (vastentahtoista/turhauttavaa/odotettua)

Saako riittävästi apua/palveluita

Liite 3

LITTERAATIOMERKIT

(mukaillen vrt. Silverman 2001, 303)

Roomalainen numero I-VI aineistokatkelmien alussa on haastateltavan ryhmän numero.

M/N sukupuoli, jota seuraa henkilönnumero (puhumisjärjestyksessä).

L lääkäri, H hoitaja, KP haastattelija.

(...)	tauko
(xxx)	hiljaa puhuttua
(?)	tuskin kuuluvasti, mahdollinen sisältö
[]	päällekkäin puhuminen (aloitus ja lopetus eri puheenvuoroissa)
]]	puheen lopussa: keskeytys tai seuraava jatkaa ilman taukoa
<u>xxx</u>	tavallista voimakkaammin tai painokkaasti
hhh	(kuuluva) hengenveto tai uloshengitys
><	tavallista nopeammin puhuttu
<>	tavallista hitaammin puhuttu
[]	KP:n lisäämä kuvaus tai huomautus
xx	paikan oikea nimi jätetty pois