

**MIELENTERVEYSHÄIRIÖIHIN LIITTYVÄ STIGMA JA
SEN PROSESSIT**

Haaste ammatilliselle avun hakemiselle

Jasmin Hakala

Kandidaatintutkielma

Sosiaalityö

Yhteiskuntatieteiden ja Filosofian laitos

Humanistis-yhteiskuntatieteellinen tiedekunta

Jyväskylän yliopisto

Kevät 2021

TIIVISTELMÄ

Mielenterveyshäiriöihin liittyvä stigma ja sen prosessit

Haaste ammatilliselle avun hakemiselle

Jasmin Hakala

Sosiaalityö

Kandidaatintutkielma

Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos

Humanistis-yhteiskuntatieteellinen tiedekunta

Ohjaaja: Kaisa Haapakoski

Kevät 2021

Sivumäärä 37

Tässä kandidaatintutkielmassa lähdetään käsittelemään mielenterveyshäiriöihin liittyvää stigmaa ja stigmatisointia, sekä sen seurauksia mielenterveyshäiriön omaavien ihmisten avun hakemiseen terveydenhuollon ammattilaisilta. Stigma ja stigmatisointi on yleinen ilmiö, jota tapahtuu maailmanlaajuisesti ja se tarkoittaa yksilön negatiivista sosiaalista leimaamista ja syrjintää. Stigman olemassaoloa nostetaan tutkimuksessa rakenteellisella tasolla esiin, mutta pääpaino on yksilötason tarkastelussa.

Tarkastelu kohdistuu teorialta kattavaan stigman käsitteeseen. Tutkimus on tehty kirjallisuuskatsauksena ja se pohjautuu laajalti länsimaissa tehtyyn kirjallisuuteen. Aihetta pyritään käsittelemään suomalaisessa kontekstissa ja siinä tuodaan esiin sosiaalityön näkökulmaa.

Tutkielmassa hahmottuu miten, mielenterveyshäiriön omaavat kohtaavat tietynlaisia ennakkoluuloja ja oletuksia, jotka johtavat leimaamiseen ja syrjintään. Leimaaminen ilmenee valtaväestössä, terveydenhuollon ammattilaisissa ja mielenterveysongelmien omaavissa ihmisissä ja sillä on seurauksia avun hakemiseen. Kokemus avun tarpeesta, häpeän tunne ja itseen kohdistuva stigma, sekä tiedon puute, nousevat rakenteellisten tekijöiden ohessa avun hakemisen esteiksi. Mielenterveyden ongelmiin liittyvä stigmaa on tärkeä lähteä purkamaan, koska se vaikuttaa ihmisten ajatteluun ja toimintaan negatiivisesti ja luo näin yhteiskunnallista epätasa-arvoisuutta kaikkialla maailmassa.

Avainsanat: Stigma, Stigmatisointi, Mielenterveyshäiriöt, Avun hakeminen

Sisällys

1 JOHDANTO	3
3 STIGMA JA SEN PROSESSIEN AVAAMINEN	7
4 MIELENTERVEYSHÄIRIÖIHIN LIITTYVÄ STIGMA.....	12
5 STIGMA RAKENTEELLISELLA TASOLLA MIELENTERVEYSPALVELUISSA	17
5.1 Hoitoon hakeutuminen ja siitä jättäytyminen.....	17
5.2 Stigma mielenterveystyöntekijöiden ammatillisessa toiminnassa.....	19
6 AVUN HAKEMISEEN VAIKUTTAVAT YKSILÖTASON TEKIJÄT	22
6.1 Kokemus avun tarpeesta.....	22
6.2 Häpeän tunne ja itseen kohdistuva stigma	23
6.3 Tiedon puute mielenterveyshäiriöistä	26
6.4 Sosiodemografisten tekijöiden merkitys avun hakemisessa.....	27
7 POHDINTA	29
8 LÄHDELUETTELO.....	33

1 JOHDANTO

Tässä kandidaatintutkielmassa lähdän tarkastelemaan mielenterveyshäiriöihin liittyvää stigmaa ja stigmatisointia eli negatiivista sosiaalista leimaa ja leimaamista, joka muodostuvat erilaisten prosessien kautta (Korkela & Koski 2017, 237, 239). Haluan tarkemmin tarkastella sitä, mitä seurauksia mielenterveyshäiriöihin liittyvällä negatiivisella leimalla saattaa olla ihmisten ammatilliseen avun hakemiseen ja saamiseen mielenterveyspalveluissa. Stigma on ilmiönä hyvin yleinen ja jokainen on jossain vaiheessa elämää törmännyt leimaaviin näkemyksiin, jotka ovat ongelmallisia ja pahimmillaan vahingollisia. Stigman olemassaoloa muokkaavat ja siihen vaikuttavat yksilöt, institutionaaliset rakenteet ja kulttuuriset käsitykset, sillä ne määrittävät poikkeavan ja normaalin rajan. Ominaisuus, mikä määritellään poikkeavaksi, joutuu stigmatisoinnin kohteeksi. Stigmatisointia tapahtuu yksilöiden välillä, mutta myös laajemmissa yhteiskunnallisissa rakenteissa. (Holder ym. 2019, 370–372.) Se on selvästi siis laaja ongelma, jota on tärkeä tarkastella. Pyrin tutkimuksessa painottamaan stigman yksilöllistä tasoa, jolloin keskityn mielenterveyshäiriön omaavien ihmisten näkökulmaan ja heidän kokemukseensa stigmasta, mutta nostan esiin rakenteellisia ja kulttuurisia tekijöitä ja käsittelen stigmaa myös sosiaalityön ammatin valossa. Tutkielma on toteutettu kirjallisuuskatsauksen keinoin. Tarkemmaksi tutkimuskysymykseksi muodostui: ”Mitä seurauksia stigmalla ja stigmatisoinnilla on kirjallisuuden perusteella mielenterveyshäiriön omaavien henkilöiden avun hakemiseen?”

Kiinnostus ilmiöön syntyi puhtaasti ensin omasta mielenkiinnosta mielenterveyden ongelmia kohtaan. Koin aiheen käsittelyn hyvin olennaiseksi myös mielenterveyshäiriöiden yleisyyden ja ajankohtaisuuden takia. Ihmisille mielenterveys on osa kokonaisvaltaista hyvinvointia ja se toimii voimavarana, joka tukee tasapainoista ja hyvää elämää. Yleisesti väestön fyysinen terveys on vuosien aikaan parantunut, mutta mielenterveys ei ole kokenut yhtä positiivista kehitystä, vaikka sairauksista ja niiden hoidosta tiedetään enemmän. Mielenterveyteen liittyvistä häiriöistä on muodostunut kansanterveydellinen ongelma, jotka kuormittavat niin yksilöä kuin yhteisöä maailmanlaajuisesti. (Vorma ym. 2020, 11, 13.) Suomessa aikuisväestöstä arvioltaan noin 20–25 prosenttia sairastaa jotain mielenterveyshäiriötä (Reini 2016, 6), mikä on mielestäni yllättävän suuri määrä ja se motivoi minua pohtimaan aihetta enemmän. Jäin miettimään, miten ongelmien yleisyydestä,

sekä tietoisuuden lisääntymisestä huolimatta niihin kohdistetaan vielä paljon negatiivisia asenteita ja ne nähdään häpeällisenä ja tarpeellisenä piilottaa.

Minkälaisia seurauksia näillä asenteilla voi olla yksilölle? Mielenterveyshäiriöihin liittyvään stigman on kuvattu olevan yksi hoitoon hakeutumisen ja avun saannin este, jolla on vaikutusta ihmisten hyvinvointiin ja elämänlaatuun (WHO 2001, 10). Stigman leimoilla ja niistä johtuvalla syrjinnällä voi olla negatiivisia seurauksia palvelujärjestelmiin, väestöön ja häiriöiden omaaviin ihmisiin (Vorma ym. 2020, 31; Holder ym. 2019). Stigmalla voi näin olla merkittäviä ja kauaskantoisia jälkivaikutuksia yksilölle ja yhteiskunnalle, joten halusin tarkastella kyseistä ilmiötä, sen prosesseja ja olemassaoloa tarkemmin. Päätelen, että stigman ja siihen liittyvän syrjinnän tunnistaminen ja siihen tarttuminen voi kohentaa mielenterveyden häiriön omaavien tilannetta. Omien lähtökohtieni takia pyrin tuomaan tarkasteluun mukaan sosiaalityön näkökulmaa.

Haluan tarkastella ilmiötä yleisellä tasolla, joten tutkimukseni tarkastelee laajasti mielenterveyden ongelmia. En pyri käsittelemään mitään tiettyä mielenterveyshäiriötä erikseen, mutta tarkastelu jaottuu osittain lieviin ja vaikeasti oireileviin häiriöihin. On hyvä huomioida, että iso osa mielenterveyshäiriöiden stigmaan keskittyvästä tutkimuksesta, sekä käyttämäni lähdekirjallisuus tarkastelee vakavaoireisia häiriöitä, kuten skitsofreniaa ja vakavaa masennusta, joilla voi olla huomattavia seurauksia yksilön elämään. Suurin osa kirjallisuudesta on muissa länsimaissa, kuten Yhdysvalloissa tehtyä, joten en tehnyt tarkkaa rajausta pelkkään Suomeen. Pyrin silti tuomaan esiin ja painottamaan tutkimuksessa suomalaista kontekstia ja käytän Suomessa tehtyjä tutkimuksia. Osa suomenkielisestä lähdekirjallisuudesta käytti stigma käsitteestä suomenkielistä käännöstä häpeäleima, mutta olen päättänyt kääntää sen tutkielmassa stigma termiin. Molemmat näyttävät olevan oikeaoppisia käyttöä, mutta stigman käsite on juurtunut enemmän tutkimuskirjallisuuteen. Käsitteillä on myös vivahde-eroja, joten halusin selvyuden vuoksi pidättäytyä yhdessä termissä. Termejä valitessa tein päätöksen käyttää mielenterveyshäiriön tai mielenterveysongelman omaava ihminen termiä, mielenterveyshäiriöisen, mielenterveysongelmaisen tai mielisairaana sijasta, koska koen, että nämä termit ovat enemmän neutraaleja mielenterveyshäiriön omaavia ihmisiä kohtaan.

Lähden ensimmäisessä kappaleessa kertomaan hieman tiedonhaun prosessista. Sen jälkeen määrittelen sitä, mitä stigmalla ja sen prosesseilla tarkoitetaan ja millä eri tavoin kyseistä

käsitettä voi tarkastella. Tämän jälkeen käsittelen sen suhdetta juuri mielenterveyshäiriöihin, jonka jälkeen lähdän tarkastelemaan stigman vaikutusta avun hakemiseen tarkemmin. Tutkielma päättyy lopulta pohdintaan.

2 TIEDONHAKU

Aloitin ensimmäisenä hakemaan alustavaa tietoa aiheesta yliopiston JYKDOKin sivuilta suomalaisilla hakusanoilla *stigma* ja *mielenterveys*. Päätin jo tiedonhaun alussa rajata etsimäni lähteet vertaisarvioituihin artikkeleihin. Kävin läpi kirjaston kokoelmat, kotimaiset artikkelit, sekä kansainväliset e-aineistot näillä hakusanoilla. Osumia sivuilta tuli yhteensä vain noin 40 ja vain pari niistä osoittautui hyödylliseksi. Januksen sivun hauissa tulokset olivat hyvin samanlaiset. Pyrkimyksenä oli ensin rajata ilmiön käsittelyä laajalti vain Suomessa tehtyyn tutkimukseen, mutta hakutulosten vähäisyys pakotti minut nopeasti laajentamaan etsintää.

Vaihdoin etsintäni englanninkielisiin hakusanoihin *stigma* AND *mental health*, jolloin JYKDOKin kansainvälisissä aineistoissa osumat nousivat yli 72 448. Samassa tietokannassa *stigma* AND *social work* hakusanat johtivat 94 765 osumaan. Päädyin käyttämään sosiaalityön tietokantoja, kuten Social service abstractia (PROQUEST), jossa samojen hakusanojen käyttö johti 6 013 ja 7 074 osumaan. Hyödynsin myös European journal of social work tietokantaa. Stigmasta tehty tutkimus on runsasta, mutta iso osa hakujen tutkimuksista keskittyi mielenterveysongelmien lisäksi muihin ominaisuuksiin kuten rotuun, sukupuoleen tai seksuaalisuuteen. Tarkoitukseni ei ollut tarkastella näitä, joten jätin ne huomiotta. Rajasin tarkastelun vain länsimaalaisiin lähteisiin ja aloin tarkentamaan hakusanoja aiheen lähikäsitteisiin *prejudice*, *stereotype*, *helps-seeking* ja *mental health work*, jota liitin *mental health* ja *social work* termeihin. Myöhemmin tiedonhaussa aloin löytämään enemmän suomalaista kirjallisuutta aiheesta, jota rupesin soveltamaan.

Pyrkimyksenä oli rajata lähteet 2000-luvulla kirjoitettuun kirjallisuuteen, mutta esimerkiksi käsitteen määrittelyssä lähteet ovat vanhempia. Rajauksista huolimatta englanninkielisiä tuloksia hauissa oli runsaasti, jolloin päädyin valitsemaan kirjallisuutta, mikä vastasi otsikon mukaan aihetta parhaiten. Tärkeänä osana kirjallisuuden hakua oli lumipallomenetelmä, jossa käytin luotettavien ja aihetta käsittelevien lähteiden lähdeluetteloa. Valintaprosessissa oli myös esteitä, sillä useat artikkelit olivat maksumuurin takana tai niitä ei voinut muuten lukea, mikä vaikutti kirjallisuuden valintaan. Päädyin netistä saatavan kirjallisuuden lisäksi käyttämään lähteinä myös Jyväskylän yliopiston kirjastosta saatavilla olevia kirjoja.

3 STIGMA JA SEN PROSESSIEN AVAAMINEN

Stigmaa on käsitelty hyvin paljon ja siitä on vuosien aikana luotu runsaasti erilaisia teorioita eri tutkijoiden ja tieteenalojen toimesta. Määritelmiä on tehty siitä mitä stigma on, millä sosiaalisilla ulottuvuuksilla se ilmenee ja mitkä ovat sen syntyprosessit. Stigman monimuotoisuus mahdollistaa monenlaisia tulokulmia, johon eri tutkijat ovat kiinnittäneet huomiota, mutta se aiheuttaa samalla haasteita käsitteen yksimieliseen ymmärrykseen (Link & Phelan 2001, 365). Lähden tässä tuomaan esiin muutamia eri teorioita ja määritelmiä, joiden avulla haluan itse lähteä tarkastelemaan ja käsittelemään ilmiötä.

Stigma nähdään yleisesti negatiivisena sosiaalisena leimana, jonka yksilö saa, kun yhteisö määrittää hänet poikkeavaksi muusta yhteiskunnasta jonkin eroavan ominaisuuden vuoksi (Korkeila & Koski 2017, 237). Sosiologi Erving Goffmanin (1963, 13, 15) suosittu ja paljon viitattu teoria näkee stigman yksilön tiettyinä häpeällisenä ominaisuutena, jonka takia hän joutuu ympäristön vähättelyn kohteeksi. Yksilö menettää oman arvons muiden ihmisten silmissä ja ihmisarvon menettäminen heikentää leimatun yksilön asemaa. Tutkijat Link ja Phelan (2001, 366–367) ovat kehittäneet eteenpäin Goffmanin luomaa teoriaa. He ovat jaottelleet stigman neljään eri osatekijään, jotka kuvastavat ilmiötä mielestäni laaja-alaisesti ja tuovat esiin sen syntymisen ja kehityksen prosessit. He ovat perehtyneet jokaiseen osa-alueeseen tarkasti ja jaottelu on tarkoitettu mielenterveysongelmiin kohdistuvan stigman käsittelyyn. Nämä neljä osa-aluetta ovat luokittelu tai leimaaminen, stereotyyppien muodostuminen, toiseuttaminen ja lopuksi syrjintä, joita tulen seuraavaksi avaamaan.

Luokittelussa tai leimaamisessa ihmisissä tunnustetaan sosiaalisesti merkitseviä eroavaisuuksia ja ominaisuuksia, jotka sen jälkeen luokitellaan. Näiden eroavaisuuksien luokittelu johtaa stereotyyppien muodostumiseen eli yleistykseen, jotka liitetään tiettyihin ryhmiin ja ihmisiin. (Link & Phelan, 2001, 367–369.) Stereotyyppioista tulee ryhmän kaikkia jäseniä ja heidän olemassaoloon kuvastavat, jolloin yksilöllisyys ja positiiviset piirteet katoavat negatiivisten yleistysten alle (Korkeila & Koski 2017, 237). Niiden avulla voidaan kategorisoida informaatiota nopeasti erilaisista sosiaalisista ryhmistä. Ne ovat ”sosiaalisia”, sillä ne ilmentävät yhteisesti hyväksytyjä ideoita ja oletuksia ryhmistä ja ihmisistä. (Corrigan 2004, 616.) Stereotyyppit luovat oletuksia ja ennakkoluuloja ja niiden käsite näyttää olevan keskeinen monissa stigmaa kuvaavissa teorioissa.

Stigman kolmannessa osa-alueessa eli toiseuttamisessa eroja tehdään “meidän” ja “heidän” välillä. Negatiivisen luokittelun ja leimaamisen kautta ryhmistä luodaan huono kuva, jolloin stigmatisoidun ryhmän erottaminen “meistä”, kenellä ei ole negatiivista leimaa nähdään perusteltuna. Heistä luodaan erillinen ihmisryhmä ja heihin on turvallista ja jopa oikeutettua liittää erilaisia stereotyyppioita. (Link & Phelan 2001, 370.) Tällöin muodostuu me, jotka ovat piirin sisäpuolella ja he, jotka ovat piirin ulkopuolella. Stigman neljäs osa-alue Linkin ja Phelanin (2001) mukaan on arvon lasku ja syrjimineen. Kun ihmisiä leimataan, luokitellaan ja heidät erotetaan muista ihmisistä, se aiheuttaa väistämättä arvon ja hierarkkisen statuksen laskua. Alempi hierarkkinen status johtaa epätasa-arvoiseen asemaan ja yksilön syrjintään. Syrjintä voi olla ilmeistä, mutta se voi myös tapahtua huomaamattomasti ja hiljalleen esimerkiksi vuorovaikutuksessa pienillä eriarvoistavilla teoilla, kuten syrjityn henkilön puheen keskeytyksellä tai sivuuttamisella. Syrjinnällä on monia muotoja ja se voi toteutua yksilöllisenä syrjintänä, joka tapahtuu ihmisten välillä, sekä rakenteellisenä syrjintänä, joka ilmenee instituutioiden käytännöissä ja järjestelmissä. (Link & Phelan 2001, 370–372.)

Näiden lisäksi stigman yhtenä tärkeänä piirteenä on vallan ulottuvuus, johon ei teoria keskustelussa usein kiinnitetä huomiota. Ryhmien leimaaminen ja stigman syntyminen on mahdollista vain sen takia, että sitä suorittaa valta-asemassa olevat ihmiset. Se vaatii sosiaalista, ekonomista ja poliittista valtaa. (Link & Phelan 2001, 367, 375.) Vallan ulottuvuus kuvastaa hyvin stigman sosiaalista luonnetta, sillä se tuo esiin sen, miten stigman syntyminen vaatii kollektiivisen enemmistön yhteisymmärrystä ja jonkinlaista hyväksyntää. Stigma ei muodostu siis siitä, että yksittäinen ihminen kokee, jonkin piirteensä tai ominaisuutensa, esimerkiksi sinisilmäisyyden, epämiellyttävänä ja päättää tämän takia syrjiä sen piirteensä omaavia. Stigmassa painottuu juuri sen vuorovaikutuksellisuus ihmisten välillä (Elliot ym. 1982, Aromaa 2011, 18 mukaan). Se voidaan nähdä sosiaalisen kontrollin välineenä, sillä negatiivisen leimaamisen eli stigmatisoinnin avulla pyritään säätelemään sitä, kuka voi osallistua yhteisöön ja ryhmiin (Goffman 1963; Dijker & Koomer 2007, 6, Korkeilan & Kosken 2017, 237–238 mukaan). Sosiaalista kontrollia voi kuvata tekemisen prosessina, jolla hallitaan tässä tapauksessa poikkeuksellisen piirteensä omaavia ihmisiä, yleensä sillä verukkeella, että toimitaan näiden parhaaksi (Schur 1980, Scheytten 2008, 84 mukaan). Leiman saaneilla on vaikea muuttaa normeja, joiden rajojen sisällä muu yhteisö tekee luokittelua poikkeavan ja normaalin välillä. Heistä muodostuu tällöin enemmistön kontrollin alla oleva ihmisjoukko, jonka on hankala vaikuttaa omaan asemaan. Stigman

purkamisen ja sen poistaminen on vallassa olevien vastuulla. Olennaista siinä on se, että stigman olemassaolo tunnustetaan, myönnetään ja sen purkamisen keinoja kehitetään.

Koska stigma syntyy alun alkaen sosiaalisissa suhteissa, se on kulttuurisesti kontekstisidonnainen. Stigmaa on olemassa kaikkialla, mutta jokainen kulttuuri määrittelee sen omalla tavalla. Poikkeavan, normaalin ja tavallisen, määritelmät vaihtelevat paikoittain ja käsitys muuttuu myös ajassa. Mikä jossain nähdään sairautena, on se jossain muualla aivan normaalia. (Conrad & Scneider 1992, 30, Korkeilan & Kosken 2017, 238 mukaan.) Esimerkkinä tästä on homoseksuaalisuus, joka oli Suomessa vielä virallisena tautiluokituksen vuoteen 1981 mennessä, mutta tänä päivänä yleisesti hyväksyttyä. Miten paljon ja millä tavalla jotain ominaisuutta stigmatisoidaan vaihtelee maasta ja kulttuurista toiseen ja eroja esiintyy myös Euroopan maiden välillä (Evans-Lacko ym. 2012). Linkin ja Phelanin (2001) jaottelun lisäksi stigman voi jakaa kolmeen eri tasoon. Tasot eivät kuvasta hierarkkista tärkeyttä vaan ne tarkastelevat stigmaa sen eri sosiaalisilla osa-alueilla. (Ahmedani 2011, 4.) Nämä tasot ovat väistämättä vuorovaikutuksessa keskenään ja vaikuttavat toistensa kehittymiseen, jonka takia on tarkoituksenmukaista tuoda niistä jokainen esiin.

Kaikkein suosituin tutkimuksen kohde näistä on sosiaalinen stigma. Sosiaalinen stigma on yhteiskunnassa olevaa rakenteellista stigmaa. Tällä rakenteellisuudella tarkoitetaan ensinnäkin sitä, että suurin osa yhteisössä olevista ihmisistä oppii ja omaksuu stigmatisoivat uskomukset omaan ajatusmaailmaansa. Näiden uskomusten mukaan stigmatoidut ominaisuudet tekevät yksilöstä ja ryhmistä vähäarvoisempia. Koska uskomusjärjestelmä sisäistetään osaksi valtaväestön ajatusmaailmaa, ne toimivat voimakkaana eronteon ja syrjinnän välineenä. (Ahmedani 2011, 4.) Stigmatisoivat ajattelutavat ja uskomukset vaikuttavat siis ihmisten toimintaan. Sen lisäksi, että sosiaalinen tai toiselta nimeltään rakenteellinen stigma muokkaa yksilöiden ajatusmaailmaan se vaikuttaa tätä kautta laajempiin systeemeihin, rakenteisiin tai niissä oleviin toimenpiteisiin. Stigmasta tulee järjestelmällistä syrjintää mielenterveysongelmien omaavia kohtaan. (Holderi ym. 2019, 370.) Tämä voi ilmetä esimerkiksi palveluiden saannin epätasa-arvoisuutena tai kehnona kohteluna työpakoilla (Wallace 2010, 6–9; Ahmedani 2011, 4).

Corrigan (2004) puhuu myös teoriassaan sosiaalisesta ja yhteisöön vaikuttavasta stigmasta. Kyseisessä teoriassa hän jaottelee stigman kahteen erilliseen stigmaan, joista ensimmäinen

on julkinen stigma ja toinen itseen kohdistuvaan stigmaan. Hän käyttää julkisen stigman käsitettä määrittelemään sitä, miten yleinen väestö stigmatisoi ihmisiä, jolla on mielenterveyshäiriö. (Corrigan 2004, 616.) Julkinen stigma on siis toinen termi sosiaaliselle stigmalle. Toinen stigman tasollinen kategoria on itseen kohdistuva stigma. Siinä yksilö, joka kuuluu ryhmään mihin stigma kohdistetaan, tunnistaa muun väestön leimaavat ja syrjivät näkemykset ja toimintatavat. Se johtaa siihen, että yksilön omat mielipiteet leimatusta ominaisuudesta ja omasta itsestään alkavat muuttua pikkuhiljaa negatiivisiksi ja hän alkaa tuomitsemaan niitä. Tällöin valtaväestön stigma sisäistetään ja kohdistetaan itseen. (Corrigan 2000, Aromaan 2011, 24 mukaan.)

Corrigan (2004) jaottelee nämä molemmat stigman osa-alueet vielä kolmeen sosiaaliskognitiiviseen prosessiin. Ensimmäinen näistä on stereotypiat, joka nostettiin esiin aikaisemmin Linkin ja Phelanin (2001) teoriassa. Corrigan (2004) näkee stereotypiat tiedon rakenteina, jotka valtaväestö oppii eri sosiaaliryhmistä. Esimerkiksi stereotypia voi olla, että “kaikki mielenterveyshäiriön omaavat ovat vaarallisia”. Toisin kuin Link ja Phelan (2001), Corrigan (2004) tuo esiin ennakkoluulon käsitteen yhtenä stigman kehittymisen osa-alueena. Ennakkoluulot ovat negatiivisia ajatus ja tunne reaktioita ja eroavat stereotypioista. Kaikki ihmiset, jotka tunnistavat tai ovat tietoisia itseensä tai muihin kohdistuvista stereotyypeistä, eivät välttämättä itse ole samaa mieltä stereotyyppien kanssa, jolloin he eivät leimaa ihmisiä. Sen sijaan ennakkoluuloiset ihmiset uskovat ja kannattavat kielteisiä stereotyyppejä. Kolmas ja viimeinen prosessin osa on jo aiemmin mainittu syrjintä, joka on ennakkoluulojen seurauksena tapahtuvaa negatiivista toimintaa ja käyttäytymistä ihmisiä tai ryhmää kohtaan. (Corrigan 2004, 616.)

Itseen kohdistuvan stigman (*self stigma*) lisäksi on tehty erottelua vielä havaitun stigman (*perceived stigma*) ja henkilökohtaisen stigman (*personal stigma*) välillä. Henkilökohtainen stigma keskittyy yksilön omiin uskomuksiin ja asenteisiin leimatusta piirteestä. Havaittu stigma on taas stigman saaneiden ihmisten oletuksia ja pelkoa siitä, miten yhteisö ja yhteiskunta mahdollisesti syrjii, kohdistaa ennakkoluuloja tai stigmaa heihin. (Griffiths ym. 2008, 343–343.) Juuri havaittu stigma voi kehittyä itseensä kohdistuvaksi stigmaksi. Viimeinen kategorisoitu taso keskittyy ammattilaisten ilmaisemaan, tuottamaan, sekä heidän itsensä kohtaamaan stigmaan eli ammatilliseen stigmaan. En lähde käsittelemään työntekijöihin itseen kohdistuvaa eli assosiativista stigmaa vaan keskityn heidän leimaaviin näkemyksiin asiakkaita kohtaan. (Rovamo & Toikko, 2019.)

Vaikka asiaa saattaa olla vaikea uskoa, terveydenhuollon ammattilaiset voivat omata leimaavia uskomuksia asiakkaistaan, huolimatta siitä, että heidän työtehtäviinsä kuuluu ihmisten auttaminen ja tukeminen (Ahmendani 2011, 6). Esimerkiksi ammattilaisten ja yleisen väestön halut etäännyttää itsensä skitsofrenian omaavista eivät Nordtin ym. (2006) tutkimuksen mukaan eroa toisistaan. Valtaväestön tavoin ammattilaiset saattavat sisäistää ympäröivän yhteisön näkemykset. (Nordt ym. 2006, 711.) Jos stigma on syntynyt yhteiskunnan ja sosiaalisten rakenteiden tuottamana ei alalle opiskelu ja ammattiin siirtyminen välttämättä poista ajattelutapoja. Viitaten Ackerin ja Lawrence (2009) tutkimukseen Ahmedani (2011, 7) päätelee, että työskentely vakavien mielenterveyshäiriöiden omaavien kanssa, saattaa jopa vahvistaa ennakkoluuloja, jos ne aiheuttavat työntekijän loppuun palamista ja työuupumusta. Todellisuudessa tutkimusta stigman ja ammattilaisten suhteesta on tehty paljon, ja ne ovat nostaneet esiin ilmiön monimuotoisuuden ja kompleksisuuden (kts. Bruna ym. 2019). Jotkut tutkimukset viittaavat ammattilaisten positiivisempaan suhtautumiseen (Stull ym. 2013, 1078) ja toiset tuovat esiin ammattilaisten ennakkoluuloiset ja syrjivät asenteet (Rao ym. 2009, 281). Kaiken kaikkiaan ammatillista stigmaa on olennaista tarkastella erillisenä kategoriana, sillä ammattilaisten valta-asema avun tarjoajana tai sen estäjänä on uniikki. Työntekijöiden on tärkeä reflektoida omaa työskentelyä ja varmistaa etteivät negatiiviset ennakkoluulot ja uskomukset rapauta työn tekoa.

4 MIELENTERVEYSHÄIRIÖIHIN LIITTYVÄ STIGMA

Stigmatisointi eli negatiivinen leimaaminen on ilmiö, joka kohdistuu erilaisiin ihmisryhmiin ja ominaisuuksiin. Näitä ovat esimerkiksi erilaiset terveydelliset ongelmat, etnisyyden, seksuaalisuus tai työttömyys monien muiden asioiden joukossa. Terveydellisistä ongelmista mielenterveyshäiriöt ovat sairauksia, jotka aiheuttavat yksilölle eniten negatiivista leimaa (Scheyett 2005, 86). Negatiivisten leimojen kirjo on suuri, sillä jokaiseen ryhmään kohdistetut stereotyyppit ja ennakkoluulot ovat erilaisia. Tässä kappaleessa lähden avaamaan, minkälaisia leimaavia näkemyksiä juuri mielenterveyden häiriöihin liitetään ja miten väestö suhtautuu tähän ryhmään.

Mielenterveyshäiriöt ovat psykiatrisia häiriöitä, jotka sisällyttävät itseensä monia tautiluokituksia, jotka vaihtelevat vaikeusasteen ja oireiden mukaan. Niihin sisältyy niin psykoositasoisia sairauksia, kuten skitsofreniaa ja väestöllisesti yleisimpiä häiriöitä, kuten masennusta. Kaikkia tautiluokituksia yhdistää pitkäkestoisuus ja psyykkisten oireiden ilmeneminen, jotka tuottavat yksilölle kärsimystä ja haittaa. Ne voivat heikentää elämänlaatua ja madaltaa toimintakykyä, ja pahimmillaan ne lamauttavat yksilön täysin. (Terveyskirjasto, 2021.) Mielenterveysongelmien seurauksia voi olla esimerkiksi elämän kapeutuminen, eristäytyminen, sekä sivuun jääminen yhteisöstä ja tämän toiminnoista kuten opiskelusta ja työstä (Raitakari 2011, 334).

Stanglin ym. (2019) mukaan terveyteen liittyvä stigma risteää muiden marginaaliin suuremmalla todennäköisyydellä ajavien ominaisuuksien kuten etnisyyden, luokan ja sukupuolen kanssa, mikä aiheuttaa yksilön asettumista vielä heikompaan asemaan. Eri stigmatisoidut ominaisuudet voivat olla päällekkäisiä ja leikata toisiaan ja niiden yhteisvaikutus tuottaa yksilölle enemmän haasteita. Eri mielenterveyshäiriön omaavat ihmiset saattavat tulla kohdatuksi eri tavalla riippuen siitä, mihin muihin yhteiskunnallista asemaa heikentäviin kehiin he kuuluvat. (Stangl ym. 2019, 5.) Goffman (1963) jaottelee stigman erilaisiin tyypeihin sen mukaan, minkälaisiin ominaisuuksiin stigma kohdistuu ja nämä eroavat toisistaan suuresti. Ensinnäkin on stigmaa, joka keskittyy kehoon ja sen poikkeavuuksiin. Toisena kohteena on yksilön käyttäytymistä ja olemusta "heikentävät" asiat, kuten mielenterveyshäiriöt, riippuvuudet ja työttömyys. Viimeisenä on "heimo" stigma, joka keskittyy periytyvään ja suvussa eteenpäin liikkuviin piirteisiin, kuten etnisyyteen, uskontoon ja kansalaisuuteen. (Goffman 1963, 14.)

Mielenterveyshäiriöiden omaaviin ihmisiin kohdistetaan tietynlaisia vahingollisia ennakkoluuloja ja odotuksia valtaväestön toimesta. Ensinnäkin henkilöt, joilla on mielenterveysongelma, leimataan usein arvaamattomiksi ja väkivaltaisiksi (Angermeyer & Dietrich 2006, 174). Väkivaltaisuus nähdään uhkana omalle fyysiselle koskemattomuudelle ja se herättää ihmisissä pelkoa. Uhaksi koetaan myös normaalien käytäntöjen ja kulttuurillisten arvojen rikkominen, arvaamaton ja outo käyttäytyminen, sekä pelko siitä, että mielenterveyshäiriö sattuu omalle kohdalle tai jollekin läheiselle. (Reidy 1993, Scheyettin 2005, 86 mukaan.) Goffmanin (1963) mukaan ihmiset pyrkivät suojelemaan itseään siltä ajatukselta, että heihin voi liittyä piirre, johon yhdistyy stigmaa. Sen takia he toiseuttavat ja tekevät selvää erontekoa leimattujen ihmisten ja heidän itsensä välillä. (Goffman 1963, 15–16.) Mielenterveyshäiriön omaavien määrittäminen vaaralliseksi ja siitä syntyvä pelko on yksi olennainen stigman ylläpitäjä ja johtaa välttelevään käyttäytymiseen (Scheyett 2005, 86). Käsitystä mielenterveyshäiriön omaavan vaarallisuudesta ja sen yhteydestä välttämiskäyttäytymiseen on havaittu myös Suomessa esimerkiksi farmasia opiskelijoille tehdyssä tutkimuksessa (Bell ym. 2009, 8).

Toinen olemassa oleva ennakkoluulo kohdistuu käsitykseen siitä, että mielenterveyshäiriön omaavat ovat arvottomia, vastuuttomia, eivätkä kykene tekemään päätöksiä omasta elämästään (Scheyett 2005, 85). Tämän arvottomuuden ja vastuuttomuuden voi liittää ajatukseen siitä, että mielenterveysongelman omaavat eivät toimi yhteiskunnallisesti asetettujen normatiivisten vaatimusten, kuten työnteon ehdoin. Elrazin (2018, 728–729) mukaan oletuksena on, että mielenterveyshäiriön omaavat eivät kykene tekemään työtä tai heille annetun työn täytyy olla helppoa ja vaatimatonta, sekä paineista vapaata.

Mielenterveysongelmista on noussut yksi kasvava työkyvyttömyyseläkkeen myöntämisen syy, ja ne ovat ohittaneet siinä jopa liikuntaelinsairaudet (Eläketurvakeskus, 2021). Tämä johtuu mahdollisesti ongelmien yleisyydestä, haastavimmista työnteon vaatimuksista, jotka johtavat uupumukseen tai paremmasta valmiudesta kertoa mielenterveyden ongelmista muille. Ongelmat eivät läheskään aina johda työnteon keskeyttämiseen, mutta joskus niin käy. Romakkaniemen (2010) mukaan vakavien mielenterveysongelmien oireet ja niiden seuraukset voivat heikentää yksilön kykyä toimia nykypäivän vaativilla työmarkkinoilla. Muiden roolien, kuten vanhemmuuden, täyttäminen voi muuttua myös hankalaksi. Tämä ei kerro pätemättömyydestä, sillä ihmisillä voi olla taitoja ja kykyä toimia, mutta sairaudet kuten masennus yksinkertaisesti estävät taitojen käyttämisen. Usko omiin kykyihin saatetaan

pahimmillaan menettää. Haluttomuus ja jaksamattomuus toteuttaa omia haluja voivat olla osa masennuksen oireiluja, ja ne herättävät yksilössä häpeän ja huonon omatunnon tunteita. (Romakkaniemi 2010, 142–147.) Tahtoa tekemiseen on, mutta motivaatio ja voimavarat eivät riitä. Romakkaniemi (2010) toteaa että arjen rutiinit ja työ saattavat uuvuttaa, mutta ne toimivat myös voimaannuttavina tekijöinä, jolloin tasapainon löytäminen arjesta ja työstä suoriutumiseen on tärkeää. Ihminen tarvitsee tukea, apua ja mahdollisuuden käsitellä asioita niiden ylitse pääsemiseksi. (Romakkaniemi 2010, 144–147.)

Corriganin (2007) mukaan stigma ja leimaaminen vähentävät mielenterveyshäiriön omaavien mahdollisuutta saada työtä tai asuntoa, koska työnantajilla ja vuokranantajilla on ennakkoluuloja näitä kohtaan (Corrigan 2007, 32). Tällöin mielenterveyshäiriön omaavan toimintamahdollisuudet elämässä rajoittuvat konkreettisesti syrjivien asenteiden takia. Suomalaista tutkimusta asiasta ei kuitenkaan ole ja itse olisin varovainen yleistämään väitettä suomalaiseen kontekstiin.

Ihmiset saattavat nähdä mielenterveyshäiriöistä kärsivät myös lapsenomaisina ja avuttomina. Ennakkoluulot mielenterveyshäiriön omaavien vaarallisuudesta ja arvaamattomuudesta liitetään erityisesti pahanlaatuisiin häiriöihin, kuten psykoositasoiseen skitsofreniaan. (Scheyett 2005, 86.) Kuitenkin käsitykset arvottomuudesta ja kyvyttömyydestä tehdä työtä ovat ennakkoluuloja ja oletuksia, jotka voidaan helposti liittää muihin häiriöihin kuten masennukseen ja ahdistukseen, jotka erityisesti vakava oireisena heikentävät yksilön toimintakykyä ja mahdollisuutta osallistua yhteiskuntaan. Myös lievempien oireiden omaavat saattavat kohdata tämänkaltaisia ennakkoluuloja, jos ihmiset yleistävät oletukset kaikkiin mielenterveysongelman omaaviin.

Stigmaan ja sen prosesseihin näyttää vaikuttavan stigman piirteen näkyvyys. Kaikki leimat eivät ole yhtä lailla havaittavissa kuin toiset, kuten tuli jo ilmi aiemmin esiin nostamassa Goffmanin (1963) tekemässä jaottelusta kehollisiin ja käytökseen keskittyviin stigmoihin. Ulkonäöllisten piirteiden, kuten ihonvärin, olemassaolo on ilmiselvää heti kun henkilö astuu huoneeseen. Tämän takia ero muihin on alusta alkaen selvillä ja hänet on ”helppo” leimata. Mielenterveysongelmat voidaan piilottaa suhteellisen helposti, eivätkä ihmiset yleisesti kykene tunnistamaan mielenterveyshäiriön omaavia ihmisiä. Luokittelu mielenterveyshäiriön omaavaksi voidaan tehdä henkilön omasta tai muiden ihmisten toimesta tai assosiaation kautta. Jos henkilön nähdään esimerkiksi lähtevän psykiatrian

poliklinikalta, voidaan helposti olettaa, että henkilöllä on mielenterveysongelma. (Corrigan 2007, 32.)

Ahmedani (2011) tuo esiin tekstissään juuri mielenterveysongelmien näkyvyyden. Valtaväestön antamat leimat ja stereotypiat, jotka johtavat sigmaan ovat yleisesti pahempia häiriöitä, kuten skitsofreniaa kohtaan, joka on helpompi havaita ulkoisesti kuin esimerkiksi vakava masennus. (Corrigan 2001, Ahmedanin 2011, 3–4 mukaan.) Psykoositasoiset häiriöt voidaan tunnistaa muun muassa silmiin pistävästä tai oudoksi määritellystä käyttäytymisestä. Vaikka tarkoituksena on tarkastella mielenterveyshäiriöitä ja niiden stigmaa ilmiönä kokonaisuudessaan, ilman että tarkempaa erittelyä tai jakoa häiriöiden välillä tehdään, on silti tarkoituksenmukaista tuoda ilmi, mitä merkitystä häiriöiden eroavaisuuksilla voi olla stigman kokemisen kannalta. Stanglin ym. (2019) mukaan häiriöiden eroavuus siinä, kuinka helppo niitä on peittää vaikuttaa siihen, miten stigmaa havaitaan, koetaan ja sisäistetään, millä on vaikutuksia siihen, miten häiriön omaava henkilö käsittelee ja hallitsee omaa stigmatisoitua identiteettiään. Jos yksilöllä ei ole keinoja käsitellä stigmaa se voi kuormittaa terveyttä jo olemassa olevien mielenterveysongelmien lisäksi. Se aiheuttaa muun muassa stressiä, sekä vähentää yksilöille tarjottujen palveluiden käyttöä. (Stangl ym. 2019, 5.)

Näkyvyyden rinnalle voidaan nostaa käsitys siitä, miten häiriötä on mahdollista kontrolloida ja miten kontrolli vaikuttaa stigman syntymiseen. Mielenterveyshäiriöt ovat valtaväestön mukaan ihmisen oman hallinnan alaisia eli niiden nähdään olevan kontrolloitavissa. Yksilöä syytetään ja pidetään vastuussa häiriön olemassaolosta ja jos hän ei parane niin se johtuu vähäisestä panostuksesta ja yrittämisestä. (Crocker 1996, Ahmedin 2011, 3 mukaan.) Myös Suomessa enemmistö näyttää pitävän mielenterveysongelman omaavia vastuussa omasta toipumisesta ja kuntoutumisesta. Tosin suomalaisista enemmistö ei näytä syyttävän mielenterveysongelman omaavia itse sairauden syntymisestä. (Aromaa 2011 54; Rovamo & Toikko 2019, 285.) Mielenterveyshäiriöitä kuvaillaan usein tilana, jossa “itsensä pitää vain koota kasaan.” Käsitys on kulttuurinen ja tulee esiin ihmisten puhetaivoissa. Se lisää mielenterveysongelmien omaavien ahdinkoa ja vähentää heidän tahtoaan hakea apua tai kertoa sairaudestaan muille. (Issakainen 2014, 177, 180.) Aromaa ja Whalberck (2011) nostavat kuitenkin esiin, miten mielenterveyden ongelmiin liittyvän stigman esiintyvyydestä huolimatta tilanne Suomessa saattaa olla parempi kuin useissa muissa Euroopan maissa.

Tieto stigman olemassaolosta lisääntyy ja nuoremmilla sukupolvilla näyttää olevan myönteisempiä asenteita mielenterveysongelmia kohtaan. (Aromaa & Whalberck 2011, 74.)

Yhteiskunnassa suhtaudutaan eri tavalla somaattisiin sairauksiin ja mielenterveyden häiriöihin. Eronteko tapahtuu muun muassa siitä syystä, että mielenterveyshäiriöt nähdään yksilön heikosta luonteesta johtuvaksi. (Bishop ym. 2016; Holt & Peveler 2010, Holderin ym. 2019, 370 mukaan.) Näkemys ilmentää kulttuurissa vallalla olevaa stigmaa ja se on itsessään problemaattista. Sen lisäksi se erottaa somaattiset ja psyykkiset sairaudet toisistaan, vaikka mielenterveys on vahvasti sidoksissa yksilön muuhun terveyteen ja elämän osa-alueisiin ja niiden ongelmien on nähty toimivan riskitekijänä somaattisten sairauksien syntymiselle (Nordling 2010, 24–25). Se on yksi syy lisää, miksi mielenterveysongelmien hoitaminen pitäisi aloittaa nopeasti tai paremmassa tapauksessa jopa ennaltaehkäistä niitä. Eronteko näkyy ihmisten ajattelutavoissa, mutta sitä tehdään konkreettisesti ja fyysisesti myös rakenteissa kuten terveydenhuollossa, jossa mielenterveyspalvelut ja muu terveydenhuolto on eritelty toisistaan.

Kaiken kaikkiaan valtaväestön ennakkoluulot ja stereotypiat luovat ja ylläpitävät mielenterveyden ongelmiin liittyvää stigmaa ja leimaa, joiden saamista ihmiset pyrkivät välttämään. Toisin kuin joitain muita stigman kohteita mielenterveyden ongelmat ovat suhteellisen helppo piilottaa, joka voi mahdollistaa häiriön kanssa elämisen pitkään kenenkään huomaamatta. Jos stigma estää ihmisiä hakemasta apua läheisiltä ja ammattilaisilta, ympäristön voi olla vaikea tunnistaa tai havaita ongelmia. Se on ongelmallista erityisesti nuorten ja iäkkäiden kohdalla, joiden hoitoon hakeutuminen voi olla riippuvainen muista ihmisistä. Häiriöiden olemassaolon liittäminen ihmisen heikkoluonteisuuteen ja laiskuuteen ei rohkaise ihmisiä paljastamaan häiriötään tai hakemaan apua.

5 STIGMA RAKENTEELLISELLA TASOLLA MIELENTERVEYSPALVELUISSA

Stigma vaikuttaa yksilöllisellä tasolla ihmisiin ja heidän toimintaansa, mutta sillä on seurauksia myös rakenteellisella tasolla esimerkiksi mielenterveyspalveluiden tarjontaan ja laatuun. Rakenteissa ja ammatillisessa toiminnassa ilmenevällä stigmalla voi olla vaikutuksia mielenterveyspalveluihin hakeutuvan yksilön paranemisprosessiin, joten nostan tässä kappaleessa hieman esiin, miten mielenterveyspalveluihin hakeudutaan ja minkälaista stigmaa palveluissa voi esiintyä.

5.1 Hoitoon hakeutuminen ja siitä jättäytyminen

Mielenterveysongelmien psykiatrisia oireita kyetään selvästi parantamaan ja lievittämään erilaisilla hoidoilla (Aromaa 2011, 30). Hakeutuminen hoitoon on puutteellista, vaikka viime vuosikymmenen aikana psykkisten sairauksien hoito on ollut Suomessa nousussa. Palvelujen eli, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon avohoidon erillisyys toisistaan vaikeuttaa palvelujen saatavuutta ja oikeaa kohdentamista. Palveluita on pyritty parantamaan kehittämistyön avulla ja esimerkiksi palvelujen yhdistämisestä on puhuttu. Hoitoon pääsyssä ja monipuolisen psykiatrisen avohoidon tarjonnassa on alueellisia eroja ja kritiikkiä on kohdistettu hoitoon pääsyn korkeaan kynnykseen. (Vorma ym. 2020, 29–30.) Romakkaniemen (2010) tutkimuksessa mielenterveyskuntoutujat liittivät mielenterveyspalveluihin korkean kynnyksen, jonka ylittämisen jälkeen muutos kuitenkin koettiin mahdollisena. Olennaista kuntoutumisessa on, miten ihmisten tarpeisiin vastataan ja millaista vuorovaikutusta palveluissa syntyy. (Romakkaniemi 2010, 144.)

Hoitopalvelujen paraneminen käyttäjäystävällisemmäksi vaatii kehittämishankkeita ja mielenterveyspalveluihin panostamista. Ongelmana on, että stigmaa ilmenee ja se vaikuttaa myös poliittisessa päätöksenteossa, sekä rakenteiden uudistamisessa (Korkeila 2015, 563). Päätöksentekijöiden ja yhteisön negatiiviset näkemykset mielenterveyshäiriön omaavia kohtaan johtavat siihen, että heitä auttaviin mielenterveyspalveluihin ei haluta laittaa resursseja (Sartorius 2007, 810; Holder ym. 2019, 370). Tämä vaikuttaa väistämättä organisaatioiden toimintaan ja yksilön mahdollisuuteen saada hoitoa. Esimerkiksi monissa matala- ja keskitulon maissa mielenterveyspalveluissa on resurssien puutetta työntekijöistä, sekä rahoituksesta ja palvelua tarvitsevien ihmisten on vaikea päästä käyttämään niitä.

(Saxena 2007, Harrison & Rosen 2009, 98 mukaan.) Myös Suomessa järjestelmätasolla mielenterveyspalveluista, sekä päihdepalveluista leikataan suuremmalla todennäköisyydellä resursseja taloudellisen taantumana aikana (Korkeila 2011, 27; Korkeila 2015, 563). Se ilmentää Linkin ja Phelanin (2001) määrittämää poliittista vallankäyttöä, joka johtaa yhteiskunnalliseen ja rakenteelliseen epäoikeudenmukaisuuteen ja syrjintään.

Tutkimustulokset osoittavat sen, että yksilöt, jotka tarvitsisivat apua eivät usein hae sitä ja ne, jotka ovat sitä hakeneet jättävät hoidon usein kesken (Corrigan 2004, Ahmedanin 2011, 1 mukaan). Hoidon keskeyttäminen voi luonnollisesti haitata tai pysähdyttää paranemisprosessin. Tämän takia huomiota pitäisi yhtä lailla keskittää siihen, mikä aiheuttaa hoidosta jättäytymisen. Maailman mielenterveyskyselyssä nousi esimerkiksi esiin, että hoidon jättäminen kesken oli todennäköisempää hoidon alkuvaiheissa, ihmisillä, joilla ei ollut aikaisempia hoitokontakteja. Psykiatrisessa hoidossa sen sijaan pysyttiin suuremmalla todennäköisyydellä. (Wells ym. 2012, 45.) Lukuisia tutkimuksia on tehty hoidon keskeytyksestä ja niiden syistä, mutta selviä yhtenäisiä tuloksia tai syitä ei ole löydetty, sillä ilmiö on hyvin kompleksinen (kts. Wells ym. 2012, 45; Kasteenpohja ym. 2015, 11; O'Brien ym. 2008 565; Kasteenpohja 2018, 66–67). O'Brienin ym. (2008) mukaan suunnilleen noin 30 % hoitoa hakevista keskeyttää sen ja tarkemmat jatkotutkimukset aiheesta olisivat asianmukaisia (O'Brien ym. 2008, 565).

Hoidosta jättäytymisen lisäksi on tarkasteltu häiriön vakavuuden merkitystä hoitoon hakeutumisessa. Jotkut ovat tulleet siihen tulokseen, että vakavan häiriön, kuten skitsofrenian omaavat eivät hakeudu hoitoon sen todennäköisemmin kuin suhteellisen lievien häiriöiden omaavat, mutta Narrowin ym. (2000) tutkimustuloksissa he käyttävät esimerkiksi avohoitoa enemmän. Heille tarjotaan siis erikoissairaanhoidoa useammin. (Narrow ym. 2000, 147.) Kasteenpohjan ym. (2015, 11) tekemässä hoidon asianmukaisuutta mittaavassa tutkimuksessa he tulivat siihen tulokseen, että vakavien ongelmien omaaville ei tarjottu asianmukaista hoitoa sen enempää kuin lievien oireiden omaaville. Kasteenpohja (2018, 7) määrittelee asianmukaisen masennuksen hoidon seuraavasti: “--edellytti vähintään kaksi kuukautta kestävästä masennuslääkehoitoa ja neljää lääkärin kannanottoa hoitoon vuoden aikana tai vähintään kahdeksaa psykoterapian tai psykososiaalisen tuen käyntiä vuodessa tai vähintään neljä vuorokautta kestävästä sairaalahoitoa masennuksen oireiden vuoksi.” Narrowia ym. (2000) myötäillen myös Kasteenpohjan ym. (2015) tutkimuksessa vakavaa masennusta sairastavat saivat suuremmalla todennäköisyydellä lähetteen lääkärille

ja lääkärit tapasivat heitä enemmän. Tämän perusteella vakavan ongelman omaavat vastaavat paremmin tehtyihin lähetteisiin, vaikka asianmukaisen hoitoa ei heille tarjota sen useammin. (Kasteenpohja ym. 2015, 10–11.)

Positiivisesti ajateltuna Suomen terveystalouden järjestelmä näyttää Kasteenpohjan (2018) mukaan tarjoavan asianmukaista hoitoa tasa-arvoisesti mielenterveyspalvelun asiakkaille, ottamatta huomioon asiakkaan sosioekonomista asemaa, jolloin varallisuus tai muut tekijät eivät määritä hoidon saantia. Terveystalouden täytyy kuitenkin osata tunnistaa paremmin ihmiset, jolla on vaikeita ongelmia ja tarjota heille tarvittavaa tukea. (Kasteenpohja 2018, 111.) Tiivistettynä kyseisten tutkimusten mukaan avun saantia ei määritä se onko häiriö vakava vai lievä. Tutkimukset keskittyvät kuitenkin rakenteisiin, kuten hoidon asianmukaisuuteen. Jotkut tutkimustulokset ovat sen sijaan viitanneet, että vakavat häiriöt taas lisäävät hoitoon hakeutumista. (Hämäläinen ym. 2008, 34). Näissä tutkimuksissa keskitytään enemmän yksilöllisiin tekijöihin kuten häpeän tunteeseen tai häiriön haittaavuuteen. Erilaiset tarkastelukulmat ovat varmasti yksi syy tulosten eroavaisuuksille. Nostan näitä tutkimustuloksia myöhemmässä kappaleessa esiin, jossa käsittelem avun hakemiseen vaikuttavia yksilöllisiä tekijöitä.

5.2 Stigma mielenterveystyöntekijöiden ammatillisessa toiminnassa

Suomessa ilmeni 1990-luvun laman jälkeen uusliberalistinen ideologia, mikä painottaa taloudellista tehokkuutta ja vaikuttaa sosiaalipalveluiden käytäntöihin. Se näkyy palveluissa esimerkiksi korostamalla asiakkaan aktiivista roolia niissä. Kansalaisten aktiivisuuden lisäksi se painottaa myös yksilön vastuuta omasta itsestään, sekä osallisuuden lisäämistä. (Närhi ym. 2014, 227–228.) Viitaten Hansseniin ym. (2015) Beddoe ja Keddell (2016) selittävät, miten valtio on ruvennut näkemään sosiaaliset ongelmat yksilölähtöisinä ongelmina. Yksilölähtöinen painotus peittää alleen ja unohtaa ongelmien taloudelliset ja rakenteelliset tekijät, jolloin usein keskitytään vain palveluiden käyttäjien yksilölliseen vastuuseen ratkaista omat ongelmat. Näkökulma vaikuttaa sosiaalityön rakenteisiin ja siihen, miten ja minkälaista apua asiakkaille voidaan tarjota. Sillä on vaikutusta sosiaalityön toimintatapoihin ja käytänteisiin, jolla yksilöä autetaan. (Beddoe & Keddell 2016, 150.)

Raitakari ym. (2011) liittyy yksilölähtöisen tulkintatavan ja velvollisuuden myös sairauksien, kuten mielenterveysongelmien hoitoon, jolloin terveyden ja hyvinvoinnin

ylläpito on yksilöstä kiinni. Terveyden edistämisen prosessit kohdistetaan tällöin yksilöön ja hänen kykyynsä hallita sairauttaan, muun muassa vaikuttamalla hänen käyttäytymiseensä, lääkitykseen ja terveystottumuksiin. Tarkastelun kohteeksi päätyvät yksilön oireet ja niiden hoito. Tulkintatapa on tärkeä ja olennainen osa terveyden edistämistä, sillä se lisää yksilön kykyä käsitellä ja elää sairautensa kanssa. (Raitakarin ym. 2011, 326.) Siitä huolimatta näkökulma on myös kapea ja häivyttää yhteiskunnallisten, sosiaalisten olojen ja sairauksien moninaiset yhteydet. Se estää erilaisten poliittisten tekojen, sekä kollektiivisen ajattelu- ja toimintatapojen muuttamisen. (Rogers & Pilgrim 2003, Raitakarin ym. 2011, 326, 338 mukaan.)

Sen lisäksi, että mielenterveyspalveluiden ja sosiaalityöntekijöiden työntekoon ja palvelun tarjontaan vaikuttaa laajemmat yhteiskunnalliset aatteelliset ja rakenteelliset muutokset, on työntekijöiden omilla asenteilla, arvoilla ja käsityksellä omasta ammatillisuudesta merkitystä työlle. Ammatillista stigmaa on tarkasteltu terveydenhuollon piirissä ja ilmi on noussut, että mielenterveyden ammattilaiset ovat ryhmä, jotka kohdistavat negatiivisia stereotyyppioita ja stigmaa palvelun käyttäjiin (Schulze_2007, Rovamon & Toikon 2019, 285 mukaan). Tällöin ammattilaisten, joiden päämääränä on voimaannuttaa ja tukea ihmisiä näkevät autettavat ja huonossa-asemassa olevat ihmiset negatiivisessa valossa. Tämä on moraalisesti jo hyvin kyseenalaista, mutta minkälaisia seurauksia sillä voi olla palvelujen käyttäjille?

Ammattilaisten asenteilla on vaikutusta muun muassa palvelujen tarjontaan ja laatuun. Rovamon ja Toikon (2019) mielenterveyskuntoutukseen keskittyvän tutkimuksen mukaan ammattilaisten stigmatisoivat asenteet ilmenevät mielenterveyskuntoutuksessa esimerkiksi eri työntekijöiden haluttomuutena työskennellä mielenterveysongelman omaavien parissa. Ne eli stigmatisoivat asenteet tulevat esiin myös kielteisissä puhetoivoissa häiriön omaavia kohtaan, sekä epätasa-arvoisena kohteluna terveydenhuollon parissa. Se vaikuttaa hoitomuotojen tarjontaan, sekä ilmenee epäkunnioittavana käytöksenä. Se on palveluissa tapahtuvaa stigmasta johtuvaa syrjintää. (Rovamo & Toikko 2019, 286.) Aromaan (2011) mukaan mielenterveyshäiriön omaavat ovat tietoisia terveydenhuoltojärjestelmän mahdollisista stigmatisoivista ja negatiivisista asenteista ja ennen palveluun menoa heillä on odotuksia syrjityksi tulemisesta. He odottavat, että ammattilaiset eivät ota mielenterveyden ongelmia vakavasti. (Aromaa 2011, 56.) Vaikka havaittu ja odotettu stigma (*perceived stigma*) ei näyttänyt estävän avun hakemista Aromaan (2011, 56) tutkimuksessa, niin

minkälaisia emotionaalisia seurauksia näistä odotuksista on mielenterveyshäiriön omaavalle? He elävät sen ajatusmaailman kanssa, että he joutuvat apua antavien tahojen syrjinnän kohteeksi. Entä jos he joutuvat oikeasti kokemaan syrjintää näiltä ammattilaisilta?

Sosiaalityöntekijöiden asenteilla ja ammatillisella toiminnalla on merkitys siinä, miten asiakkaat saavat apua, sillä he voivat tukea avun hakemista runsaasti tai toimia sille esteenä (Ahmedani 2011, 7). Mielenterveyden ammattilaisten asenteet ja uskomukset asiakkaista vaikuttavat siihen, millaiseksi työntekijän ja asiakkaan välinen suhde kehittyy. Hyvä suhde on yksi olennainen osa asiakkaan paranemisprosessia ja positiivisten tulosten saavuttamista ja se perustuu tasa-arvoon ja yhteistyöhön työntekijän ja asiakkaan välillä. Työntekijöillä täytyy olla uskomusta asiakkaiden kykyyn ja pystyvyyteen parantua. Luonnollisesti negatiiviset asenteet ja alhaiset odotukset vakavan mielenterveyshäiriön omaavia kohtaan taas heikentävät suhteen kehittymistä. (Borg & Kristiansen 2004; Bentley ym. 1991, Zellmannin ym. 2014 mukaan.) Erityisesti sosiaalityössä hyvän ja vuorovaikutuksellisen suhteen luomista painotetaan. Kaiken kaikkiaan ammattilaisten leimaavat näkemykset voivat vaikuttaa palvelujen käyttäjien hyvinvointiin. Työntekijöiden on tärkeä reflektoida omia asenteita ja toimintaa, sekä systemaattisesti korjata niitä.

On hyvä huomioida, että terveydenhuollon stigmaa käsittelevässä kirjallisuudessa hyvin rajallinen osa keskittyy juuri sosiaalityöntekijöiden asenteisiin. Tutkimuksia on tehty sosiaalityöntekijöiden opiskelijoille, sekä mielenterveyspalvelun ammattilaisille, joihin sosiaalityöntekijät myös kuuluvat. Leimaavia ja syrjiviä näkemyksiä esiintyy näissä molemmissa, sekä muilla terveydenhuollon aloilla kuten psykiatreilla. Zellmannin ym. (2014) sosiaalityön opiskelijoille tekemän tutkimuksen mukaan suurimmalla osalla ei ollut stigmatisoivia näkemyksiä (Zellmann ym. 2014, 674). Sosiaalityöntekijöiden työskentelevät läheisesti asiakkaiden, kuten yksilöiden ja perheiden kanssa. He voivat yhteisen työskentelyn ja vuorovaikutuksen avulla vähentää esimerkiksi asiakkaiden itseensä kohdistamaa stigmaa. Samaan aikaan he toimivat yhteiskunnallisessa roolissa ja heillä on mahdollisuus lieventää stigmaa olemalla mukana hankkeissa, jotka pyrkivät vähentämään stigmaa. (Ahmedani 2011, 7–8.)

6 AVUN HAKEMISEEN VAIKUTTAVAT YKSILÖTASON TEKIJÄT

Rüsch ym. (2013, 178) mainitsevat, miten palveluiden käyttämisen vähäisyyttä selitetään kolmella tekijällä, jotka vaikuttavat avun hakemiseen:

1. Tyytyväisyys omaan mielenterveyteen ja kokemus avun tarpeesta
2. mielenterveyshäiriöön liittyvä stigma ja siitä johtuva häpeä
3. mielenterveyteen liittyvä tieto.

6.1 Kokemus avun tarpeesta

Avun hakemista on selitetty teoreettisilla malleilla, jotka ehdottavat, että yksilö käy läpi tietyn prosessin ennen kuin hän hakee itselleen apua. Prosessin ensimmäisessä vaiheessa yksilölle ilmaantuu oireita, joiden merkitystä arvioidaan. Tämän jälkeen määritellään, pystytäänkö oireet hoitamaan ja käsittelemään itse vai tarvitaanko niihin apua. Sitten arvioidaan, millainen on avun saannin mahdollisuus ja mitä erilaisia vaihtoehtoja on tarjolla. Vasta näiden prosessien jälkeen ihminen joko päättää hakea apua tai ei. (Goldberg & Huxley 1980, Aromaa 2011, 31–32 mukaan.) Erilaisten kustannusten ja hyötyjen punnitseminen saattaa olla myös tärkeässä roolissa, kun päätetään avun hakemisesta. Yksi näistä kustannuksista, kun puhutaan mielenterveyden ongelmista voi olla stigmat saamisen riski. Leimautumisen uhka mielisairaaksi tai hulluksi saattaa estää palveluiden käyttämistä ja ihmiset haluavat välttää stigmat tuottamat negatiiviset seuraukset. (Aromaa 2011, 32.)

Useimmat tutkijat ovat nostaneet esiin, miten yksi yleisin syy sille, ettei apua haeta on ihmisten tyytyväisyys omaan mielenterveyteen ja kokemus, että he eivät tarvitse apua ja he halusivat käsitellä ongelman itse (Andrade ym. 2014, 6; Rüsch ym. 2013, 178). Aromaa (2011, 54) ehdotuksen mukaan syynä tälle voi olla kulttuurinen uskomus siitä, miten ongelmat pitää ratkaista yksin. Häiriön myöntäminen ja hoitoon meneminen tarkoittaa, ettei kykene selviytymään asian kanssa itse (Romakkaniemi 2011, 127). Bury (2001) mukaan ihmiset pyrkivät normalisoimaan sairauttaan, sillä he haluavat pitää yllä omaa identiteettiään tai elämäntapaa, jota sairaus uhkaa. Tällöin oireita minimoidaan tai peitellään ja olemassa olevista arkisista toiminnoista yritetään pitää tiukasti kiinni. (Bury 2001, 272.) Suomessa ja länsimaissa yleensä individualistista yksin pärjäämistä korostetaan. Häiriön normalisointi itelle ja kokemus siitä, ettei apua tarvita saattaa olla pyrkimys välttää leimatuksi tuleamista.

Nämä asenteelliset syyt avun hakemisen välttämiseen toimivat jopa suurempana esteenä kuin rakenteelliset tekijät (Andrade ym. 2014, Kasteenpohjan 2018, 60 mukaan).

6.2 Häpeän tunne ja itseen kohdistuva stigma

Mielenterveysongelmat kuormittavat elämää paljon ja tämän lisäksi niihin kohdistuva stigma lisää taakkaa ja kärsimystä. Yksi stigman haitallisimpia seurauksia on erityisesti yksilön itseen kohdistuva stigma, jossa yksilö sisäistää itseen valtaväestön ennakkoluuloiset uskomukset ja asenteet mielenterveyshäiriöistä. Tällä on lukuisia seurauksia hyvinvoinnin, sekä avun hakemisen kannalta. Itseen kohdistuvaa stigmaa Korkela (2015) kutsuu jopa mielenterveyshäiriöiden “toiseksi sairaudeksi” (Korkela 2015, 563). Ne aiheuttavat yksilölle automaattisia ajatuksia ja negatiivisia tunteellisia reaktioita. Yksi näistä tunnereaktioista, joka liitetään vahvasti itseen kohdistuvaan stigmaan, on häpeä, johon myös ilmiön suomenkielinen nimike häpeäleima viittaa. Rüschin ym. (2013, 178) mukaan itseen kohdistuvan stigma voi ajatella olevan stigman emotionaalinen puoli.

Häpeä on nähty tunteena, joka syntyy, kun näemme toisten ihmisten suhtautuvan meihin tai meidän tekoihimme kielteisesti. Se on tunne, joka rakentuu suhteessa muihin ihmisiin ja ympäröivään kulttuuriin. Viljanen (2011) avaa tekstissään Charles Taylorin (1985) näkemystä siitä, miten peilaamme itseämme laajoihin kulttuurisiin merkitysten järjestelmiin ja rakennamme omaa subjektiivista tapaa kokea maailma näiden kautta. Merkitysten järjestelmät muokkaavat sitä, miten näemme todellisuuden ja minkä koemme häpeälliseksi. Ihmiset arvioivat ja rakentavat omaa identiteettiä ja minuutta suhteessa muuhun ympäristöön ja sen tarjoamiin ajattelutapoihin. Jos tämä minuuden rakentaminen ja esittäminen epäonnistuu voi se herättää häpeän tunteita. Uhkaksi nousee se, että ympäristön näkemykset yksilöstä eivät kohtaa sitä, miten yksilöt haluaisivat, että heidät nähdään, jolloin näiden välillä syntyy ristiriita. Vaikka identiteetin rakentaminen kulttuurin suhteuttamisen kautta on Taylorin (1985) sanoin normaalia, on Viljasen (2011) mukaan häpeällä suomalaisessa kulttuurissa korostunut asema. Oma minuus, elämän ja toiminnan arvo rakennetaan sen kautta, miten ne täyttävät yhteisön hyväksytyt normit. (Viljanen 2011, 64–67, 69–70.)

Useiden tutkimuksien mukaan juuri häpeän tunne toimii yhtenä avun hakemisen esteenä (Rüsch ym. 2013, 178). Koska häpeä on tunne, jolla on sosiaalinen ulottuvuus, on se vahva

kontrollin keino. Jo pelko häpeän tunteen tuntemisesta, ei häpeä itsessään, voi Viljasen (2011) mukaan vahvasti ohjata toimintaa ja viitaten Foucaultiin (1980) hän kutsuu sitä sosiaalisen vallan välineeksi, joka on “*saanut otteen mielestä*”. (Viljanen 2011, 70.) Koska häpeää luonnehditaan näin merkittäväksi ja voimakkaaksi tunteeksi ei olisi ihme, että se toimii esteenä ihmisten avun hakemiselle. Maanmieli (2019, 182) nostaa artikkelissaan esiin sen, miten omaa tai läheisen psyykkistä sairastumista leimaa usein häpeän ja syyllisyyden tunteet, sekä sairauden salailu. Mielenkiintoisesti Aromaan (2011, 56) tekemän suomalaisen tutkimuksen mukaan masentuneet olivat samaa mieltä stereotyyppisen näkemyksen kanssa, jossa masennus koetaan häpeällisenä tautina. Tutkimuksessa vahvempi yhtä mielisyyttä tämän stereotypian kanssa ei kuitenkaan näyttänyt olevan esteenä avun hakemiselle. Sen sijaan stereotypian vahvempi kannattaminen oli yhteydessä mielenterveyspalveluiden runsaampaan käyttämiseen.

Aromaa (2011) antaa paradoksaaliselle tulokselle muutamia selityksiä. Ensinnäkin oireiden vakavuus saattaa selittää asiaa. Vakava oireisen mielenterveyshäiriön omaava ja vaivaansa enemmän häpeävä yksilö hakee mahdollisesti apua suuremmalla todennäköisyydellä, sillä pahoista oireista eroon pääseminen voi olla yksilölle tärkeämpää kuin häpeän tunteista ja stigmasta säästyminen. Tutkimuksessa häiriön oireiden vakavuus ja käsitys häiriöstä häpeällisenä tautina olivat toisiinsa yhteyksissä, jolloin pahemmat oireet lisäsivät häpeää. (Aromaa 2011, 56) Tämä myötäilee Hämäläisen (2008) tutkimusta, jossa vakavammat oireet, jotka aktiivisesti lamauttivat ja haittasivat yksilön toimintaa, viittasivat runsaampaan palveluiden käyttöön (Hämäläinen ym. 2008, 34). Kasteenpohja ym. (2015) nostavat esiin, miten ongelmien kestolla saattaa olla merkitystä hoidon saamiseen, sillä mitä pidempään ongelmat kestävät, sitä todennäköisemmin hoitoon hakeudutaan (Kasteenpohja ym. 2015, 10). Tämä viittaa siihen, että jos ihminen on pitkään ilman hoitoa he kärsivät oireista kauemmin ja oireet saattavat pitkällä aikavälillä jopa pahentua. Tällöin ihminen hakee apua suuremmalla todennäköisyydellä kuin henkilö, joka on oireillut vain vähän aikaa.

Toisaalta häpeän kokemukset voivat olla itse osa masennushäiriön oireita, eivätkä stigmasta johtuvia. Kokemukset mielenterveyspalveluista tai kontakti ammattilaisen kanssa voi myös vahvistaa ja lisätä stigman kokemuksia, jolloin häpeää koetaan sitä enemmän, kun palveluja käytetään. (Aromaa 2011, 56.) Maanmielen (2019) tutkimuksessa, joka käsittelee mielisairaalassa olevien asiakkaiden kertomuksia vuosien 1930–2015 ajalta paljastaa, miten sairaalahoitoon joutuminen syventää häpeän ja stigman tunteita ja jotkut yksilöt kuvaavat

häpeän sävyttävän yleisesti koko elämää. Leimautuminen hulluksi tai sairaaksi on alkanut muuttua osaksi häiriön omaavien identiteettiään. (Maanmieli 2019, 186.) Anttonen (2019) mukaan diagnoosin saamisen myötä ihminen voi alkaa leimaamaan ja näkemään itsensä sairautensa kautta, jolloin tästä tulee osa omaa identiteettiä (Anttonen 2011, 108–109). Diagnoosin on nähty myös lisäävän ja vahvistavan stigmaa ja stigmatisointia esimerkiksi ammattilaisten ilmaisemana, sillä se yksinkertaistaa ja luokittelee mielenterveysongelman omaavan sairautensa edustajaksi (Corrigan 2007, 37), mutta tätä tulosta ei ole vahvistettu kaikissa tutkimuksissa. Syynä saattaa olla eri väestöjen käyttäminen mittauksissa. (Aromaa 2011, 29–30.)

Muita negatiivisia tunnereaktioita, mitä itseen kohdistuvan stigma aiheuttaa ovat itsetunnon ja omanarvon madaltuminen, sekä vähenevä minäpystyvyys, jotka voivat vaikuttaa häpeän rinnalla yksilön toimintaan (Corrigan 2007, 32). Matalan minäpystyvyyden on nähty vaikuttavan negatiivisesti esimerkiksi ihmisten työn hakemiseen tai omilleen muuttamiseen, vaikka he olisivat täysin kykeneviä suorittamaan nämä taakat. (Link 1987, 108). Sisäistetty stigma voi itsessään aiheuttaa masennusta, passiivisuutta, toivottomuutta, auktoriteetin mukailua tai itseinhoa. (Reidy, 1993, Scheyettin 2005, 88 mukaan). Crocker & Major (1989) kuitenkin nostavat esiin, että yksilöt kykenevät sisäistämään stigmaa eri tavalla riippuen tilanteesta. Yksilölliset selviytymistavat voivat vaikuttaa siihen, miten stigmaa käsitellään ja kuinka paljon se vaikuttaa henkilön itsetuntoon. He ehdottavat, että jos negatiivinen leima saadaan yllättäen, yksilön on vaikeampi käsitellä sitä, sillä hän ei ole ehtinyt kehittää itselleen selviytymis- ja selityskeinoja itsensä suojelemiseksi stigman negatiivisilta seurauksilta. (Crocker & Major 1989, 612, 618–619.)

Itseen kohdistuvaa stigmaa ja sen seurauksia voi olla vaikea välttää, sillä sisäistäminen voi tapahtua, vaikka yksilö ei henkilökohtaisesti olisi kokenut stigmatisointia. Pelkästään tieto siitä, miten stigmaa on olemassa yhteiskunnassa voi riittää sisäistämisen prosessin tapahtumiseen ja häpeän syntymiseen, jolloin ihmisen ei tarvitse kokea syrjivää käyttäytymistä vaan pelkästään stigmaa ylläpitävien uskomusten olemassaolo riittää laukaisemaan häpeän, eristäytymisen tai vihan tunteet. (Ahmedani 2011, 6.) Pahimmillaan stigma voi johtaa juuri salailuun tai eristäytymiseen, joka pahentaa torjutuksi tulemistä yhteisössä ja aiheuttaa pahempaa ahdistusta, häpeää ja eristäytymistä. (Gilbert, 2001, Scheyettin 2005, 88 mukaan). Tällöin mukautuminen sosiaalisiin tilanteisiin saattaa olla

vaikeaa ja sosiaaliset suhteet voivat kärsiä (Perlick ym. 2001, 1628). Itseen kohdistuva stigma voi luoda häpeän ja piilottamisen noidankehän, josta voi olla vaikea päästä eroon.

Raitakarin ym. (2011) mukaan vakavan mielenterveyshäiriön omaavat ihmiset kuvailevat usein sitä, miten suhteet muihin ihmisiin muuttuvat ja toimiminen toisten odotusten mukaan on vaikeaa. He peilaavat omaa toimintaansa ja sen rajoitteita kulttuurisiin käyttäytymisnormeihin, odotuksiin sekä lähipiirin reaktioihin. (Raitakari ym. 2011, 335.) Mielenterveyshäiriöt usein madaltavat toimintakykyä, joten “normaalien” asioiden suorittaminen muuttuu vaikeaksi. Raitakarin ym. (2011) mukaan se, mitä yhteisö ja muut ihmiset odottavat yksilöltä on ristiriidassa sen kanssa, mitä hän kykenee sillä hetkellä tekemään sairauden takia. Sairaudesta kertominen on mielenterveyshäiriön omaavalle usein hankalaa ja muiden ihmisten on vaikea ymmärtää, hyväksyä tai toimia sairauden lomassa. Yksilöä usein painostetaan selittämään omaa sairauttaan ja sen seurauksia. (Raitakari ym. 2011, 335–336.) Vaikka jokainen häiriöstä kärsivä ei kohtaa torjuntaa on uhka torjutuksi tulemisesta aina olemassa. Läheiset voivat toimia suurena tukena, mutta samalla omista ongelmistaan kertominen näille voi herättää yksilössä pelkoa tai häpeää. Korkeila (2015) painottaa sosiaalisten verkostojen tärkeyttä häiriöistä kärsivien elämässä. Hyväntahtoisilla läheisillä voi olla myös negatiivinen vaikutus yksilöön, sillä leimaamista voi tapahtua pienien tahattomien tekojen avulla kuten, lipsautuksilla tai huonoilla sanavalinnoilla. (Korkeila 2015, 563.) Raitakari ym. (2011) korostavat muiden ihmisten merkitystä siinä, miten mielenterveysongelman omaava määrittää omaa sairauttaan ja siitä johtuvia seurauksia. Häiriö voi hankaloittaa esimerkiksi osallisuutta, mutta se miten muut ihmiset reagoivat tähän, vaikuttaa siihen, miten suurena esteenä mielenterveydenhäiriön omaava kokee sen. Muiden ihmisten reaktiot voivat herättää myös erilaisuuden kokemuksia. (Raitakari ym. 2011, 337.)

6.3 Tiedon puute mielenterveyshäiriöistä

Tiedon puutteella mielenterveyshäiriöistä on yhteys yksilöiden matalampaan hoidon ja avun hakemiseen. Thornicroft (2007) näkee tietämättömyyden eli tiedon puutteen yhtenä olennaisena stigman synnyttäjänä ja avun hakemisen esteenä (Thornicroft 2007, 192). Tiedolla tässä tapauksessa tarkoitetaan mielenterveyden lukutaitoja, jotka koostuvat monista eri tekijöistä. Niihin sisältyy tieto mielenterveyshäiriöiden oireiden ehkäisemisestä, tunnistamisesta ja niiden seurauksista. Jotta hoitoon voidaan hakeutua, on olennaista ensin

osata tunnistaa ongelma. Mielenterveyden lukutaitoon sisältyy myös tieto siitä, miten häiriöistä pystytään paranemaan. Tähän liittyy yksilön tieto itsehoito keinosta, jota voidaan käyttää lieviin häiriöihin tai palvelujärjestelmän tunteminen ja hyödyntäminen. Häiriön omaaville ihmisille epäselvyyksiä voi esiintyä esimerkiksi siinä, miten hoitaviin palveluihin päästään tai miten niitä on tarjolla, jolloin niihin ei osata hakeutua. He saattavat myös kyseenalaistaa hoitojen hyötyä. Yksi hyvä keino lisätä väestön kykyä käsitellä ja toimia mielenterveysongelmien kanssa on kehittää mielenterveyden lukutaitoja erilaisin intervention keinoin. Se hyödyttää väestöä ja toimii tukena mielenterveyspalveluiden ammattilaisten työlle. (Jorm 2012, 231–233, 338–240.)

Mielenterveyden lukutaidon lisäksi tietoa voi tarkastella kokemuksellisen tiedon näkökulmasta. Tutkimukset osoittavat, että yksilön aikaisempi kokemus mielenterveyshäiriöistä tuottaa myönteisempiä asenteita mielenterveyshäiriön omaavia kohtaan. Tällöin yksilöt ovat valmiimpia olemaan tekemisissä häiriötä sairastavien kanssa ja heidän ennakkoluulonsa näitä kohtaan ovat vähäisempiä. (Aromaa 2011, 27, 54.) Aikaisemmat kokemukset voivat syntyä esimerkiksi yksilön omista mielenterveysongelmista tai yksilö on voinut olla kontaktissa henkilön, kuten perheenjäsenen tai ystävän kanssa, joka sairastaa tai on sairastanut mielenterveyden ongelmia. Zellmannin ym. (2014, 671) mukaan jos yksilöt näkevät mielenterveyden häiriön omaavat hyvässä valossa eli heidän henkilökohtainen stigmansa on vähäistä, hakevat he suuremmalla todennäköisyydellä apua myös mielenterveyden ongelmaan.

6.4 Sosiodemografisten tekijöiden merkitys avun hakemisessa

Hoidon saamisen todennäköisyyttä on tarkasteltu muiden yksilöön liittyvien tekijöiden kuten sukupuolen, iän ja avioliitto statuksen kannalta. Kasteenpohjan (2018) tutkimuksen mukaan naiset kävivät miehiä suuremmalla todennäköisyydellä vähintään kerran vuodessa lääkärillä, sekä hankkiutuivat psykoterapiaan tai saivat psykososiaalista tukea enemmän. Tätä tulosta tukee muut tutkimukset, jossa on tultu siihen tulokseen, että naiset miehiä todennäköisemmin hankkiutuvat, käyttävät ja saavat hoitoa. (Kasteenpohja 2018, 105.) Syyksi tälle on ehdotettu sitä, että alitajuisen kärsimyksen ilmetessä naiset pystyvät tunnistamaan ja tiedostamaan paremmin, että ne johtuvat emotionaalisista ongelmista ja kykenevät näin hankkiutumaan helpommin hoitoon (Kessler ym. 1981, 59).

Yksilön iän on nähty olevan myös merkityksellinen avun hakemisessa. Hämäläisen (2008) tutkimuksessa hoidon hakeminen oli tasaista 60 ikävuoteen asti, minkä jälkeen se väheni. Tähän voi olla useampia selityksiä. Vanhemmilla ihmisillä voi olla vaikea tunnistaa mielenterveyden ongelmia, sillä heillä on taipumus liittää vaivat somaattisiin ongelmiin, jolloin psyykkisten häiriöiden olemassaoloa ei tunnisteta. Heidän asenteensa psykiatria kohtaan saattavat olla negatiivisempia verrattuna nuorempaan sukupolveen. Geriatrisessa terveydenhuollossa resurssit erikoistuneita mielenterveyspalveluja kohtaan ovat myös vähäiset, joka rajoittaa iäkkään ihmisen mahdollisuutta hakea apua. Muita tekijöitä, joita on yritetty tarkastella mielenterveysongelmien hoidon saamisessa, on henkilön parempi koulutus, työttömyys, sekä avioliitosta eroaminen tai leskeys. Hämäläinen ym. (2008) toteavat, että koulutuksella tai sosioekonomisella asemalla näytti suomalaisessa kontekstissa olevan vähän merkitystä. Tämä on mahdollisesti seurausta laajasta ja suhteellisen halvoista mielenterveyspalveluista, joita Suomi tarjoaa asukkailleen. (Hämäläinen ym. 2008, 34.)

Yhteenvedona mielenterveysongelmiin liittyvällä stigmalla on moninaisia negatiivisia seurauksia avun hakemiselle, tosin suorat syyseuraus suhteet eivät ole selvät. Ihmisten kokemus avun tarpeesta, häpeän tunne, tiedon puute ja erilaiset sosiodemografiset tekijät esitettiin haasteena avun hakemiselle ja stigma yhdistyi näihin eri tekijöihin eri tavalla. Erityisesti häpeän tunteella ja itseän kohdistuvalla stigmalla oli voimakkaita yhteyksiä. Stigman ja stigmatisoinnin vaikutukset ulottuvat niin yksilöön, hänen läheisiinsä kuin valtaväestöön laajemmin.

7 POHDINTA

Käsittelin tutkielmassani mielenterveysongelmiin liittyvää stigmaa ja erityisesti mitä seurauksia sillä on yksilöiden ammattilaisilta hakemaan apuun. Mielenterveyshäiriön omaavat ihmiset ovat heikossa asemassa oleva ihmisryhmä, joiden elämänlaatu ja kyky toimia yhteiskunnassa on vaarassa madaltua. Ongelmat voivat iskeä kenelle tahansa, huolimatta iästä tai elämänvaiheesta. Taistelu häiriön kanssa on henkisesti, psyykkisesti ja paikoittain fyysisesti rankkaa ja aiheuttaa toistuvaa kärsimystä, jolloin toimintakyvyn eheyttäminen saattaa viedä pitkään ja vaatia läheisten ja ammattilaisten tukea. Häiriön omaavilla on oikeus tulla kohdatuksi palveluissa ja arkielämässä tasa-arvoisesti. Perus- ja ihmisoikeuksien pitää taata nämä yhteiskunnalliset olosuhteet, jotka edistävät mielenterveyttä ja vähentävät sitä uhkaavia riskitekijöitä. Ne eivät aina toteudu, sillä mielenterveyshäiriön omaavat ihmiset kohtaavat leimaamista, ennakkoluuloja ja syrjintää. (Vorma ym. 2020, 25–26.)

Tutkimuskysymyksenä oli: “Mitä seurauksia stigmalla ja stigmatisoinnilla on kirjallisuuden perusteella mielenterveyshäiriön omaavien ihmisten avun hakemiseen?”. Stigman on yleisesti nähty olevan sosiaalista leimaamista, jossa ihmisten poikkeavuutta eritellään. Leimat vaihtelevat ihmisryhmistä toiseen ja itse stigmaa ja sen prosesseja määritellään eri tavalla eri tutkimusaloilla. Täysin yhdenmukaista käsitystä siitä ei siis ole. Linkin ja Phelanin (2001) mukaan moninainen käsitteellistäminen on järkevää niin kauan kun sitä tarkastelevat tutkijat selvästi ilmaisevat, mitä he stigmalla tarkoittavat (Link & Phelan 2001, 365). Oma tutkimukseni tarkasteli stigmaa ja sen prosesseja leimaamisen, stereotyyppien, ennakkoluulojen ja syrjimisen prosessin kautta. Sen lisäksi tein jaon stigman sosiaaliselle, yksilölliselle eli itseen kohdistuvalle, sekä ammatilliselle tasolle. Tasot ovat vuorovaikutuksessa keskenään ja toivat esiin sen, millä erilaisilla sosiaalisilla ulottuvuuksilla stigmaa on olemassa.

Mielenterveysongelmia nostetaan nykyään enemmän puheeksi ja niistä ollaan tietoisempia, jolloin niihin kohdistettu stigma on mahdollisesti vähentynyt. Suomen tilanne näyttää muihin maihin verrattuna olevan paremmalla mallilla ja nuoremmat sukupolvet näyttävät hyväksyvän mielenterveysongelmat helpommin. Osana tätä on varmasti tiedon lisääntyminen ja sen nopea leviäminen. Tästä huolimatta leimaavia ja syrjiviä näkemyksiä on edelleen olemassa Suomessa, mikä nousee esiin mielenterveyskuntoutujien omista

kokemuksissa ja valtaväestön mielipiteissä. Tutkimus nosti esiin, miten Suomessa häiriöt nähdään sairautena, mutta siitä huolimatta mielenterveyshäiriön omaavat ihmiset laitetaan vastuuseen omasta kuntoutumisesta ja ajatellaan, että heidän pitäisi vain koota itsensä kasaan. Näkemys on yksinkertaistava ja näkee ongelman johtuvan ihmisen heikosta luonteesta. Vaikka kuntoutuminen vaatii ihmisen omaa tahtoa parantua, on muistettava, että mielenterveyden ongelmat vaikuttavat kokonaisvaltaisesti ihmisten elämään ja musertavat toimijuutta. Sen lisäksi ilmiö on sosiaalinen ja sillä on rakenteellisia kytköksiä. (Romakkaniemi 2010.) Tällöin sitä ei voi pelkistää pelkkään tahdonvoiman puuttumiseen. Julkisissa stigmaa vähentävissä hankkeissa ei siis välttämättä riitä, että häiriöitä kuvaillaan ”oikeina sairauksina” (Aromaa 2011, 59).

Näiden lisäksi mielenterveyshäiriön omaaviin liitetään uskomuksia vaarallisuudesta, arvottomuudesta ja lapsenomaisuudesta (Scheyett 2005, 86). Ne saattavat aiheuttaa vaihtelevasti välttämiskäyttäytymistä tai epätasa-arvoista kohtelua mielenterveyshäiriön omaavia kohtaan niin arkielämässä, työssä kuin palveluissa. Erityisesti arvottomuuteen liitetty työnteko, sen vaarantuminen ja tärkeys nousi tutkimuksessa esiin mielenterveyshäiriöiden omaavien ja muiden ihmisten käsityksissä ja puheessa. Suomessa työnteolla on suuri merkitys ihmisen oman identiteetin ja hyvinvoinnin kannalta, mutta se on myös yhteiskunnallinen ihanne, jota painotetaan esimerkiksi tiukentuvan aktivointipolitiikan kautta. Miten yhteiskunta näkee ihmiset, jotka eivät kykene tekemään työtä ja mitä jos ongelmat ovat pitkittyneitä tai elinikäisiä? Miten se vaikuttaa ihmisen omiin käsityksiin itsestä ja miten se ylläpitää stigmaa?

Suurimpana kiinnostuksen kohteen tutkimuksessa oli, että onko leimaavilla näkemyksillä seurauksia yksilön avun hakemiseen. Jos seurauksia on, niin miten seuraukset ilmenevät? Tutkimuksessa syyt keskittyvät yksilöllisiin tekijöihin, mutta nostin esiin myös rakenteellisia tekijöitä, joilla on merkitystä hoidon saamiseen. Näihin kuuluu muun muassa terveydenhoitojärjestelmät ja niissä olevat käytänteet, sekä resurssit, joiden jakoa ohjaa vallassa olevat päättäjät. Esteeksi hoitoon hakeutumisessa rakenteellisten seikkojen lisäksi nousi tyytyväisyys omaan mielenterveyteen, itseen kohdistuva stigma ja häpeän tunne, sekä tiedon puute. Kokemukseen omasta hoidon tarpeesta voi vaikuttaa kulttuurinen vaatimus pärjätä omillaan tai leiman saamisen ja sen seurausten pelko. Negatiivinen leima ja sen välttely nousi toistuvasti ja merkittäväällä tavalla esiin tutkimuksessa. Yksilöt eivät halua, että heidät nähdään hulluina tai arvottomina ja tämä hyökkäys ihmisen identiteettiä kohtaan

ja sen mahdollinen mureneminen on pelottavaa, erityisesti silloin kun leimaajana on henkilön läheiset ihmiset. Kukaan ei halua, että läheinen kyseenalaistaa tai torjuu ja tämän lisäksi oman sairauden merkitystä määritellään paljolti muiden ihmisten kautta. Yleisesti ihmiset haluaavat nähdä itsensä kykenevinä ja omatoimisina ja mielenterveyden ongelmat toimivat sille uhkana.

Tutkimuksen mukaan itseen kohdistuvalla stigmalla on suurta merkitystä mielenterveyshäiriön omaavalle, sillä se tuottaa häpeää ja vähentää itsetuntoa ja minäpystyvyyttä. Häiriöiden luonteen takia, mielenterveysongelman omaavalla saattaa olla jo ongelmia matalan itsetunnon kanssa, joten itseen kohdistuva stigma vain ruokkii näitä negatiivisia tunteita. Vaikutus avun hakemiseen ei ole suoraviivainen ja saattaa vaihdella yksilöstä toiseen, mutta se ilmeni tutkimuksessa selvänä esteenä hoitoon hakeutumiselle. Itseen kohdistuvan stigman purkaminen vaatii valtaväestön stigmaan puuttumista, jotta yksilöt eivät voi sisäistää itseen niiden ennakkoluuloja ja uskomuksia. Nämä näyttävät olevan hyvin kulttuuriin ja sosiaalisiin rakenteisiin pinttyneitä ajatuksia.

Tiedolla, kuten mielenterveyden lukutaidolla ja kokemuksella on merkitystä avun hakemiseen ja stigman syntymiseen. Mielenterveyden lukutaidon lisääminen suomalaisessa väestössä on kehittämisen ja kokeilemisen arvoinen hanke, sillä ne tukevat väestöä ja mielenterveyspalveluiden työntekijöitä. Tosin lukutaidon puute ei pelkiltään määritä stigmaa ja stigmatisoinnin kehittymistä, sillä mielenterveysongelmien ammattilaiset kohdistavat mielenterveyshäiriön omaaviin leimaavia ja syrjiviä näkemyksiä, vaikka he kohtaavat heitä työkseen ja ovat alan ammattilaisia. Tarkastelin ilmiötä tutkimuksessa vain vähän, mutta ammattilaisten tuottaman ja ilmaiseman stigman ainutlaatuista kehittymistä ja olemassaoloa olisi hyvä tutkia enemmän Suomessa ja erityisesti sosiaalityöntekijöillä, sillä tällä stigmalla on seurauksia avun hakemiseen.

Millainen rooli ja vastuu sosiaalityöllä on mielenterveyshäiriöihin liittyvässä stigmassa? Sosiaalityön rooli mielenterveysongelmien omaavien asiakkaiden auttamisessa ja palvelujen järjestämisessä alkujaan on merkittävä. Mielenterveyshäiriön omaavat kohtaavat usein laaja-alaisia ongelmia, jolloin hoitosuhteet sosiaalityöntekijöiden kanssa ovat usein pitkittyneitä. Eniten kyseisiin ongelmiin apua hakevia ihmisiä kohdataan terveydenhuollon sosiaalityössä, mutta mielenterveyden ongelmiin törmätään paljon myös muilla sosiaalityön toimintakentillä. (Tanttu 2016, 41, 80, 121.) Kaikilla alan työntekijöillä olisi hyvä olla

mielenterveyteen liittyvää osaamista, sekä myönteiset näkemykset näitä kohtaan. Sosiaalityön ammattilaiset pystyvät konkreettisesti puuttumaan itseen kohdistuvaan stigmaan asiakastyössä ja he voivat lisätä tietoa esimerkiksi avun saannin keinoista ja ohjata asiakkaita oikeille palveluntarjoajille. Sosiaalityön yhteiskunnallinen rooli mahdollistaa hankkeiden, tutkimuksen ja poliittisten muutosten tekemisen, jotka pyrkivät tarkastelemaan ja vähentämään stigmaa. (Ahmedani 2011, 8–9.) Heidän moniammatillinen, tasa-arvoa, ihmisoikeuksia ajava ja syrjintää estävä rooli on oivallinen stigman ja sen prosessien ennaltaehkäisemisessä ja poistamisessa.

8 LÄHDELUETTELO

Ahmedani, B. (2011). Mental Health Stigma: Society, Individuals, and the Profession. *J Soc Work Values Ethics*. 8(2), 4-1-4-16.

Angermeyer, MC. & Dietrich S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavia*. 113, 163–179.

Andrade, L.H., Alonso, J., Mneimneh, Z., Wells, J.E., Al-Hamzawi, A., Borges, G., ym., (2014). Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychological Medicine*. 44(6), 1303–1317.

Anttonen, S. (2011). Hyvää elämää leimasta huolimatta. Teoksessa J. Korkeila, K. Joutsenniemi, E. Sailas & J. Oksanen (toim.), *Irti häpeäleimasta*. *Duodecim*, 108–118.

Aromaa, E. (2011). Attitudes Towards People with Mental Disorders in a General Population in Finland. The National Institute for Health and Welfare (THL). Helsinki, Finland 2011.

Aromaa, E. & Wahlbeck, K. (2011). Mielenterveyden ongelmiin liittyvä stigmatutkimus Suomessa. Teoksessa J. Korkeila, K. Joutsenniemi, E. Sailas & J. Oksanen (toim.), *Irti häpeäleimasta*. *Duodecim*, 74–85.

Beddoe, L. & Keddell, E. (2016). Informed outrage: tackling shame and stigma in poverty education in social work. *Ethics and Social Welfare*. 10(2), 149–162.

Bell, J., Aaltonen, S., Airaksinen, A., Vomer, D., Gharat, M., Muceniece, R. Vitola, A., Foulon, V., Desplenter, F. & Chen, T. (2009). Determinants of mental health stigma among pharmacy students in australia, belgium, estonia, finland, india and latvia. *International journal of social psychiatry*. 56(1), 3–14.

Bruna, S., Ventura, A., Shireesha, J., Jacobina, O., Khenti, A. & Mende, I. (2019). Stigma in health professionals towards people with mental illness: An integrative review. *Archives of psychiatric nursing*. 33(4), 311–318.

Bury, M. (2001). Illness narratives: fact or fiction? *Sociology of Health & Illness*. 23(3) 263–285.

Crocker, J. & Major, B. (1989). Social Stigma and Self-Esteem: The Self-Protective Properties of Stigma. *Psychological review*. 96(4), 608–630.

Corrigan, P. (2004). How Stigma Interferes With Mental Health Care. *American Psychological Association*. 59(7), 614–625.

Corrigan, P. (2007). How Clinical Diagnosis Might Exacerbate the Stigma of Mental Illness. *Social Work*. 52(1), 31–39.

Elraz, H. (2018). Identity, mental health and work: How employees with mental health conditions recount stigma and the pejorative discourse of mental illness. *Human Relations*. 71(5), 722–741.

Eläketurvakeskus (15.4.2021). Mielenterveyden sairaudet yleisin työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen syy. Haettu osoitteesta: <https://www.etk.fi/ajankohtaista/mielenterveyden-sairaudet-yleisin-tyokyvyttomyyselakkeelle-siirtymisen-syy/>

Evans-Lacko, S., Brohan, E., Mojtabai, R. & Thornicroft, G. (2012). Association between public views of mental illness and self-stigma among individuals with mental illness in 14 European countries. *Psychological Medicine*. 42, 1742–1752.

Griffiths, K., Christensen, H. & Jorm, A. (2008). Predictors of depression stigma. *BMC Psychiatry*. 8(25).

Goffman, E. (1963). *Stigma notes on the management of spoiled identity*. Penguin books.

Harrison, G. & Rose, M. (2009). *Rethinking Social Work in a Global World*. Macmillan Education UK.

Holder, S., Peterson, E., Stephens, R. & Crandall, L. (2019). Stigma in Mental Health at the Macro and Micro Levels: Implications for Mental Health Consumers and Professionals. *Community Mental Health Journal*; New York. 55(3), 369–374.

Hämäläinen, J., Isometsä, E., Sihvo, S., Pirkola, S. & Kiviruusu, O. (2008). Use of health services for major depressive and anxiety disorders in Finland. *Depression and anxiety*. 25, 27–37.

Issakainen, M. (2014). Young People Negotiating the Stigma Around their Depression. *Young*. 22(2), 171–184.

Jorm, A. (2012). Mental Health Literacy - Empowering the Community to Take Action for Better Mental Health. *The American psychologist*. 67(3), 231–243.

Kasteenpohja, T., Marttunen, M., Aalto-Setälä, T., Perälä, J., Saarni, S. & Suvisaari, J. (2015). Treatment received and treatment adequacy of depressive disorders among young adults in Finland. *BMC Psychiatry*. 15(47).

Kasteenpohja, T. (2018). Treatment seeking, treatment adequacy and outcome of depressive and anxiety disorders among young adults in Finland. *Unigrafia*: Helsinki 2018.

Kessler, R.C., Brown, R.L. & Broman, C.L. (1981). Sex differences in psychiatric help-seeking: evidence from four large-scale surveys. *Journal of Health and Social Behavior*. 22(1), 49–64.

Korkeila, J. (2011). Mitä häpeäleima on? Teoksessa J. Korkeila, K. Joutsenniemi, E. Sailas & J. Oksanen (toim.), *Irti häpeäleimasta*. *Duodecim* 20–31.

Korkeila, J. (2015). Mielenterveyspalvelujen rakenteita korjaamalla parempaa hoitoa ja vähemmän häpeäleimaa. *Duodecim* 131, 563–564.

Korkeila, J. & Koski, K. (2017). Kummat kokemukset, häpeäleima ja psykoosit. Teoksessa M.L. Honkasalo & K. Koski (toim.) *Mielen rajoilla: Arjen kummat kokemukset*. Suomalaisen kirjallisuuden seura: Helsinki 235–267.

Link, B. (1987). Understanding Labeling Effects in the Area of Mental Disorders: An Assessment of the Effects of Expectations of Rejection. *American Sociological Review*. 52(1), 96–112.

Link, B. & Phelan, J. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*. 27, 363–385.

Maanmieli, K. (2019). Häpeä ja stigma mielisairaaloiden potilaiden ja heidän omaistensa muistoissa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*. 56, 181–191.

Narrow, W., Regier, D., Norquist, G., Rae, D., Kennedy, C. & Arons, B. (2000). Mental health service use by Americans with severe mental illnesses. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*. 35, 147–155.

Nordling, E. (2010). Mielenterveyden edistäminen sekä ehkäisevä mielenterveys- ja päihdetyö - Edistävä ja ehkäisevä mielenterveystyö. Teoksessa Partanen, A., Moring, J., Nordling, E. & Bergman, V. (Toim.) *Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Helsinki.

O'Brien, A., Fahmy, R. & Singh, S. (2008). Disengagement from mental health services- A literature review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 44(7), 558–568.

- Perlick, D. A., Rosenheck, R. A., Clarkin, J. F., Sirey, J. A., Salahi, J., Struening, E. L. & Link B. G. (2001). Stigma as a barrier to recovery: Adverse effects of perceived stigma on social adaptation of persons diagnosed with bipolar affective disorder. *Psychiatric Services*, 52(12), 1627–1632.
- Raitakari, S., Kulmala, A., Günther, K., Juhila, K. & Saario, S. (2011). Vakava mielen sairaus ja eriarvoisuudet arjessa. *Janus Sosiaalipolitiikan Ja Sosiaalityön Tutkimuksen Aikakauslehti*. 19(4), 326–341.
- Rao, H., Mahadevappa, H., Pillay, P., Sessay, M., Abraham, A. & Luty, J. (2009). A study of stigmatized attitudes towards people with mental health problems among health professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 16, 279–284
- Reini, K. (2016) Mielenterveyden edistämisen taloudelliset vaikutukset - Nuorten miesten syrjäytymistä ehkäisevän Aikalisä-tukipalvelun arviointi. Vaasan yliopisto.
- Romakkaniemi, M. (2010). Toimijuus masennuksen sosiaalisuutta jäsentämässä. *JanusSosiaalipolitiikan Ja Sosiaalityön Tutkimuksen Aikakauslehti*. 18(2), 137–152.
- Romakkaniemi, M. (2011). Masennus - Tutkimus kuntoutumisen kertomusten rakentumisesta. Lapin yliopistokustannus.
- Rüsch, N., Müller, M., Ajdacic-Gross, V., Rodgers, Corrigan, P. & Rössler, W. (2013). Shame, perceived knowledge and satisfaction associated with mental health as predictors of attitude patterns towards help-seeking. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 23, 177–187. Cambridge University Press 2013.
- Sartorius, N. (2007). Stigma and mental health. *The Lancet (British edition)*. 370(9590), 810–811.
- Scheyett, A. (2005). The Mark of Madness: Stigma, Serious Mental Illnesses, and Social Work. *Social Work in Mental Health*. 3(4), 79–97.
- Stangl, A., Earnshaw, V., Logie, C., van Brakel, W., Simbayi, L., Barré, I. & Dovidio, J. (2019). The Health Stigma and Discrimination Framework: a global, crosscutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas. *BMC Medicine*, 17(1).
- Stull, L. G., McGrew, J. H., Salyers, M. P. & Ashburn-Nardo, L. (2013). Implicit and Explicit Stigma of Mental Illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 201(12), 1072–1079.
- Tanttu, S.M. (2016). Auttamisen rajat ja mahdollisuudet kunnallisessa aikuissosiaalityössä sosiaalityöntekijöiden määrittämänä. Kuopio 2016.

Terveyskirjasto Duodecim (20.3.2021). Mielenterveyden häiriöt. Haettu osoitteesta: <https://www.terveyskirjasto.fi/lam00002>

Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A. & Sartorius, N. (2007). Stigma: ignorance, prejudice or discrimination? *British journal of psychiatry*. 290 192–193.

Viljanen, V. (2011). Häpeän filosofiasta. Teoksessa Korkeila, J., Joutsenniemi, K., Sailas, E. & Oksanen, J. (toim.) *Irti häpeäileimasta*. Duodecim 64–72.

Vorma, H., Rotko, T., Larivaara, M., & Kosloff, A. (2020). Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Zellmann, K., Madden, E. & Aguiniga, D. (2014). Bachelor of Social Work Students and Mental Health Stigma: Understanding Student Attitudes. *Journal of Social Work Education*. 50(4), 660–677.

Wallace, J. (2010). Mental health and stigma in the medical profession. *Health* 16(1) 3–18.

Wells, J., Browne, E., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A. & Alonson, J. ym. (2012). Drop out from out-patient mental healthcare in the World Health Organization's World Mental Health Survey initiative. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*.