

Diagnoosin varjossa:

Mielenterveyden häiriödiagnoosi arvottavan kannanottamisen
kohteena – laadullisen asennetutkimuksen näkökulma

Tommi Mikael Linner

Helsingin yliopisto

Valtiotieteellinen tiedekunta

Sosiaalipsykologia

Pro gradu -tutkielma

Huhtikuu 2020



Tiedekunta/Osasto – Fakultet/Sektion – Faculty
Valtiotieteellinen tiedekunta

Laitos – Institution – Department
Sosiaalitieteiden laitos

Tekijä – Författare – Author
Tommi Mikael Linner

Työn nimi – Arbetets titel – Title
Diagnoosin varjossa: Mielenterveyden häiriödiagnoosi arvottavan kannanottamisen kohteena – laadullisen asennetutkimuksen näkökulma

Oppiaine – Läroämne – Subject
SOSIAALIPSYKOLOGIA

Työn laji – Arbetets art – Level
Pro gradu -tutkielma

Aika – Datum – Month and year
Huhtikuu 2020

Sivumäärä – Sidoantal – Number of pages
117 + 14

Tiivistelmä – Referat – Abstract

Mielenterveyden häiriöihin kohdistetaan erilaisia kielteisiä mielikuvia. Kielteiset mielikuvat toimivat mielenterveyden häiriödiagnoosin ohella sosiaalisen poikkeavuuden perustana. Yksilön näkökulmasta mielenterveyden häiriödiagnoosin saamiseen liittyvän kokemusmaailman tarkastelussa on aiemmin tukeuduttu muun muassa sosiaalisen stigman tulkintakäsitteseen. Mielen sairauden näkökulma puolestaan asettaa diagnosoidun potilaan toimija-asemaan, johon kytkeytyy potilaalle ominaiset oikeudet ja velvollisuudet. Toisaalta mediassa on nostettu mielenterveyden häiriöt esiin myös toisenlaisessa valossa. Mielenterveyden häiriöitä koskeva kulttuurinen asenneilmasto vaikuttaakin olevan murroksessa. Mielenterveyden häiriöitä varjostava häpeäleima on kääntynyt paikoin myös positiiviseksi sosiaalisesti pääomaksi ja aihetta koskettavaa keskustelua käydään vilkkaasti myös sellaisen narratiivin viitekehityksessä, jossa korostuvat toiveisuus, selviytyminen, sankarillisuus ja elämänmyönteisyys. Samanaikaisesti mielenterveyden häiriöt on noussut näkyvään rooliin yhteiskunnan työhyvinvointia, syrjäytymistä ja kansantaloutta koskevassa keskustelussa. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää sitä, millä tavalla mielenterveyden häiriödiagnoosi jäsentyy diagnoosin saajan puheessa arvottavina kannanottoina sekä minkälaista identiteettiä diagnoosin saaja rakentaa itselleen yksilöhaastattelun vuorovaikutustilanteessa.

Tutkimuksen metateoreettisen viitekehityksen muodostavat sosiaalinen konstruktionismi ja diskursiivinen psykologia. Aineiston tarkastelussa hyödynnetään lisäksi positiointiteoriaa ja analyttisinä tulkintakäsitteinä tukeudutaan subjektiposition ja tulkintarepertuaarin käsitteisiin. Mielenterveyden häiriöitä tarkastellaan kielellisesti rakentuvina konstruktioina, joiden merkitys nähdään muotoutuvan asianomaiselle vuorovaikutuksessa. Tällainen lähtökohta ei kuitenkaan pyri palauttamaan tutkittavaa ilmiötä olemuksellisesti pelkästään kielelliseksi ilmiöksi sinänsä. Yksilökeskeinen näkökulma ilmiötä koskevasta erilaisista arvottamisen ja merkityksen muodostamisen tavoista kuitenkin suosii tutkittavan ilmiön tarkastelua kielellisesti rakentuvana ilmiönä. Tutkimuksessa mielenkiinto kohdistetaan arvottavaan kannanottamiseen sekä aineistossa ilmenevien puhetapojen analyttiseen tulkintaan.

Tutkimuksen laadullisessa tutkimusasetelmassa hyödynnetään metodologisena lähestymistapana laadullista asennetutkimusta. Laadullisen asennetutkimuksen periaatteiden mukaisesti asenne nähdään suhderekäsitteenä, joka muotoutuu argumentaatiossa arvottajan ja asenneilmaisun kohteen tuottamisen myötä subjektiivisesti. Laadullisen aineiston analyysissä havaintoyksiköksi otetaan näin ollen arvottava puheoiminta. Arvottavan puheoiminnan tarkastelusta voidaan tunnistaa kannanottajan rakentama subjektipositio eli puhuja-asema, josta käsin arvottaminen tapahtuu. Sen lisäksi havaitaan puheenresurssina hyödynnettävä kulttuurinen puhetapa eli tulkintarepertuaari sekä asenteen kohde. Arvottavaa kannanottamista viritetään haastattelutilanteessa väittämän muotoon esitetyillä virikekysymyksillä.

Haastatteluaineisto koostuu seitsemästä yksilöhaastattelusta. Aineisto kerättiin syksyllä 2019. Tämän tutkimuksen käyttöön aineistoksi rajattiin yksi virikekysymys. Tutkimusaineiston analyysin perusteella aineistosta tunnistettiin yhteensä kuusi asenneilmaisua. Asenneilmaisut havaittiin muotoutuvan neljän subjektiposition ja tulkintarepertuaarin pohjalta. Aineiston analyysin perusteella tehtiin kolme keskeistä havaintoa. Ensimmäisenä havaintona nähdään, että mielenterveyden häiriödiagnoosin saaminen lääkäriltä jäsentyy diagnoosin saajalle merkitykseltään moniulotteisempaan, kuin pelkästään sairauskeskeisenä kokemuksena. Tutkimuksen tuloksista voidaan havaita, että diagnoosin saamiseen kytkeytyy laaja-alaisesti erilaisia sosiaalisia ja psykologisia merkityksiä. Toiseksi tutkimuksen tuloksista huomataan, että mielenterveyden häiriödiagnoosi viritää diagnoosin saajassa sellaisia asenneilmaisuja, jotka voivat olla myönteisiä tai kielteisiä ja jotka voivat kohdistua erilaisiin sidosryhmiin ja kohteisiin. Kolmantena huomiona tutkimuksen tuloksista ilmenee se, että mielenterveyden häiriödiagnoosi mahdollistaa asianomaiselle erilaisia puhuja-asemia. Tämän havainnon perusteella voidaan esittää tulkinta siitä, että mielenterveyden häiriödiagnoosi mahdollistaa mielenterveyden potilaan ohella myös sellaisia vuorovaikutuksessa muodostettavia identiteettejä, jotka antavat asianomaiselle keinoja hallita esimerkiksi diagnoosin saamiseen liittyvää sosiaalista jännitettä.

Avainsanat – Nyckelord – Keywords

Mielenterveyden häiriöt, identiteetti, subjektipositio, tulkintarepertuaari, sosiaalinen stigma, poikkeavuus, sosiaalinen konstruktionismi, diskursiivinen sosiaalipsykologia, positiointiteoria, laadullinen asennetutkimus

Sisällys

1 JOHDANTO	1
2 PSYKIATRINEN DIAGNOSTIIKKA	6
3 SOSIAALITETEELLISIÄ NÄKÖKULMIA MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖIHIN	8
3.1 Mielenterveyden häiriötä koskevat yhteiskunnalliset diskurssit.....	9
3.1.1 Sairaudet ja mielenterveyden häiriöt poikkeavuuden perustana	9
3.1.2 Asenteet ja mielikuvat mielenterveyden häiriötä kohtaan	13
3.1.3 Mielenterveyden häiriöt yksilön kokemuksena	17
3.1.4 Medikalisaation ja sosiaalisen kontrollin kritiikki	18
3.2 Tutkielman asemointi ja tutkimuskysymykset.....	21
4 TUTKIELMAN TEOREETTINEN VIITEKEHYS	25
4.1 Sosiaalinen konstruktionismi	25
4.2 Diskursiivinen sosiaalipsykologia (DP).....	29
4.3 Positiointiteoria	33
4.4 Keskeiset käsitteet.....	41
5 TUTKIMUSMENETELMÄ JA AINEISTO	44
5.1 Aineisto ja aineiston keruuprosessi.....	44
5.2 Tutkimusmenetelmänä laadullinen asennetutkimus	48

6 TULOKSET	53
6.1 Luokittava analyysi	54
6.1.1 Lauseväittäjä ja väittämälle esitetyt kannanotot	55
6.1.2 Yhteenveto aineiston luokittavasta analyysistä.....	64
6.2 Tulkitseva analyysi.....	67
6.2.1 Väittämän virittämät asenneilmaisut.....	70
6.3 Yhteenveto asenteiden tulkinnasta aineistosta	82
7 DISKUSSIO	88
7.1 Tutkielman keskeiset tulokset.....	89
7.2 Tutkielman keskeisten tulosten arviointi ja johtopäätökset	93
7.3 Näkökulmia yhteiskunnalliseen keskusteluun	103
7.4 Tutkimuksen rajoitukset ja eettisyys.....	106
7.5 Tutkielman virittämiä jatkokysymyksiä.....	109
LÄHDELUETTELO.....	110
LIITTEET	118

1 JOHDANTO

Ennen omista mielenterveyden ongelmistaan uskalsivat puhua vain kroonikot, eivät työssään menestyvät, timmissä kropassa poseeraavat nuoret miehet. (Nykänen, 31.1.2018)

Deontay Wilder shockingly accuses Tyson Fury of using his mental health issues to build US profile. (Seward, 13.7.2019)

Indeed, a handful of mental-health disorders — depression, post-traumatic stress disorder and anorexia among them — now appear to be spreading across cultures with the speed of contagious diseases. These symptom clusters are becoming the lingua franca of human suffering, replacing indigenous forms of mental illness. (Watters, 8.1.2010)

Keskustelu mielenterveyden häiriöistä on ajankohtainen ja säännöllisesti yhteiskunnan eri foorumeilla esillä oleva aihe. Mielenterveyden häiriöt nähdään paikoin vakiintuneen ilmiönä osaksi länsimaista elämäntapaa ja kokemusmaailmaa. Esimerkiksi masennustiloja koskevat kokemukset vaikuttavat olevan varsin tavanomaista ja yhteisesti jaettua kulttuurista tietoutta maailmanlaajuisesti (Räty ym. 2006). Edellä mediasta tehtyjen lainausten valossa voidaan huomata, että mielenterveyden häiriöistä ja mielenterveyteen liittyvästä oireilusta keskustellaan myös julkisuudessa tällä hetkellä avoimesti ja ennakkoluulottomasti. Helsingin Sanomien kolumnisti Anna-Stina Nykänen (2018) kirjoittaa edellisessä lainauksessaan siitä, kuinka menestynyt poptähti rohkenee kertoa mielenterveyteen liittyvästä kamppailuistaan julkisesti, jota olisi aiemmin pidetty täysin poikkeuksellisena tekona. Nykäsen mukaan mielikuvia mielenterveydestä ei ole aiemmin totuttu kytkemään osaksi nuorekasta ja menestyvää narratiivia. Toisessa lainauksessa Jordan Seward (2019) kirjoittaa, kuinka nyrkkeilyn silloinen raskaansarjan maailmanmestari yhdysvaltalainen Deontay Wilder arvelee kanssakilpailijansa Tyson Furyn käyttävän kokemuksiaan mielenterveydenhäiriöistä omaksi edukseen, julkisen imagon rakentamisen tukena. Viimeisessä sitaatissa Ethan Watters (2010) esittää, kuinka mielenterveyden häiriöt ovat popularisoituneet osaksi länsimaista kulttuurista hegemoniaa. Wattersin (2010) mukaan mielenterveyden häiriötilat ja niitä heijastavat diagnoosit, ovat arkipäiväistyneet kulttuurisena tietovarantona kuvaamaan ihmisten vastoinkäymisiä ja

kokemusmaailmaa. Mielenterveyden häiriöihin kohdistettujen ennakkoluulojen tarkastelussa on lisäksi havaittu, että julkisuuden henkilöiden esiintulo vaikuttaa mielenterveyden häiriöihin kohdistuvaan sosiaaliseen syrjintään sekä niitä koskeviin kielteisiin stereotyyppien muodostumiseen lieventävästi (Wong ym. 2017).

Vaikka mielenterveyden häiriöitä käsittelevää tematiikkaa voidaan paikantaa lukuisista sellaisista yhteyksistä, joissa ilmiö kuvataan myönteisessä valossa, liittyy mielenterveyden häiriödiagnoosin saamiseen yksilön näkökulmasta myös voimakkaita sosiaalisen stigman eli häpeäleiman ulottuvuuksia sekä kielteisiä mielikuvia (esim. Aromaa, 2011; Feldman & Crandall, 2007; Goffman, 1963). Yhteiskunnallisesta perspektiivistä tarkasteltaessa voidaan huomata myös, että mielenterveyden häiriöt ovat nousseet länsimaissa keskeiseen rooliin kansanterveyttä ja työhyvinvointia koskevassa keskustelussa. Työhyvinvointikeskustelussa mielenterveyden häiriöiden merkitys on korostunut jo 1990 -luvulta lähtien. (Järvensivu ym., 2018; Wainwright & Calnan, 2002.)

Suomessa mielenterveyden häiriöt ovat lisääntyneet työikäisten keskuudessa, joka on herättänyt huolestunutta keskustelua muun muassa työhyvinvoinnista ja arjen kuormittavuudesta (Niinistö, 2020; Valtavaara, 2020). Kansaneläkelaitoksen (KELA) tuoreen julkaisun mukaan mielenterveyden häiriöistä johtuvat sairauspoissaolot lisääntyivät viime vuonna 2018 edellisvuodesta selvästi noin puolella miljoonalla päivällä (4,1→4,6 milj.). Mielenterveyden häiriöt ovat tällä hetkellä yleisin syy sairauspäivärahalle Suomessa. Mielenterveyden häiriöiden perusteella sairauspäivärahaa saavien määrä on kasvanut vuodesta 2016 noin neljänneksen. (KELA, 2019.) Mielenterveyden häiriöiden yleisyys ilmenee myös masennuksen hoitoon tarkoitettujen lääkkeiden kulutuksessa. Esimerkiksi Kelan masennuslääkkeisiin lukeutuvien lääkkeiden lääkereseptin omaavia henkilöitä oli vuonna 2018 yli 400 000 (KELA, 2018). 1990 -luvulta lähtien mielenterveyden häiriöt ovat nousseet samalla yhdeksi merkittäväksi seikaksi työikäisten suomalaisten työkyvyttömyyttä selittävänä tekijänä. Vuonna 2012 yli 70% nuorten aikuisten (18 – 34 vuotiaat) nostamasta kuntoutustuesta sekä työkyvyttömyyseläkkeistä johtuivat mielenterveyden häiriöistä (Ahola ym., 2014; Järvensivu ym., 2018).

Ilmiöalueena mielenterveyden häiriöt ovat ennen kaikkea lääketieteellinen, joka kytkeytyy psykiatrisen erikoislääketieteen tutkimusalaan. Lääketieteellinen viitekehys ja näkökulma ovat yksi luonteva tapa lähestyä ja ymmärtää mielenterveyden häiriöt, sekä niitä koskevat diagnoosit. Lääketieteellinen kuva mielenterveyden häiriöistä rakentuu psykiatrisen oirediagnostiikan mukaiseen luokitusjärjestelmään. Psykiatrisen lääketieteen näkökulmasta mielenterveyden häiriöllä tarkoitetaan sille ominaisten oireiden muodostamaa kokonaisuutta, oireyhtymää eli syndroomaa. Psykiatrisen taudinmääritys eli psykiatrisen diagnostiikka on noin satavuotinen, alati kehittyvä ja muuttuva lääketieteen haara. Oireiden kliinisen diagnoosin takeeksi edellytetään sitä, että oireet aiheuttavat asianomaiselle henkilölle merkittävää, tämän toimintakykyä heikentävää haittaa. Toimintakyvyn heikentyminen ilmenee asianomaisen sosiaalisissa, ammatillisissa tai muissa toiminnoissa. Mielenterveyden häiriöluokituksen ulkopuolelle jäävät sellaiset ihmiselle tyypilliset inhimilliset kokemukset, kuten stressitekijät ja menetyksen kokemukset, kuten esimerkiksi läheisen kuolema. (Lönnqvist ym. 2017.)

Aiheesta käytävä laaja-alainen ja ajankohtainen yhteiskunnallinen keskustelu tekee siitä mielenkiintoisen tarkastelukohteen myös sosiaalitieteenaloille. Yksilön näkökulmasta voidaan huomata, että mielenterveyden häiriödiagnosi voi olla saajalleen monimerkityksellinen, johon sisältyy kielteisen sosiaalisen leimautumisen riski. Toisaalta ajankohtainen kulttuurinen ilmapiiri heijastelee myös mielenterveyden häiriöitä kohtaan osoitettujen mielikuvien ja asenteiden murrosta kohti myönteisempiä näkemyksiä. Mielenterveyden häiriöistä käytävä ajankohtainen keskustelu on synnyttänyt lisäksi kriittisiä yhteiskunnallisia näkökulmia muun muassa länsimaista elämäntapaa -ja arvopohjaa sekä medikalisaatiokehitystä kohtaan (esim. Crowe, 2000; Lee & Mysyk, 2004).

Aihetta koskevien näkökulmien ristiveto korostaa tarvetta tarkastella myös sitä, millä tavalla mielenterveyden häiriödiagnoosin saajat suhtautuvat itse saatuun diagnoosiin ja minkälaisia erilaisia kannanottamisen tapoja saatu mielenterveyden häiriödiagnosi virittää diagnoosin saajien keskuudessa. Ilmiötä koskevat erilaiset puhettavat ja diskurssit kannustavat aihepiirin tarkastelua siten kielenkäytössä jäsentyvänä ilmiönä (vrt. Alasuutari,

2011, s.176–177; Silverman & Peräkylä, 1990). Tämän tutkimuksen lähtökohdat mielenterveyden häiriöiden tarkastelusta nominalistisena ilmiönä jakaa muun muassa Silvermannin ja Peräkylän (1990) tutkimuksien tavoin käsityksen siitä, että terveyden ja hyvinvoinnin piiriin luettavan ilmiöalueen tarkastelu kielenkäytössä rakentuvana ilmiönä voi tuottaa tutkimuksellista lisäarvoa osoittamalla esimerkiksi sen, millä tavalla aiheesta keskustellaan arkiymmärryksen tuottamien merkityksien pohjalta. Tämän tutkielman kontekstissa mielenkiinto kohdistetaan siihen, minkälaisia arvottavan kannanottamisen tapoja on mahdollista havaita aihepiiristä käytävän keskustelun yhteydessä diagnoosin saajan näkökulmasta, sekä mihin kaikkeen tällainen arvottaminen mahdollisesti liittyy. Lisäksi mielenkiinto kohdistetaan siihen, minkälaista mielenterveyden häiriödiagnoosin saajan identiteettiä haastateltavat tuottavat puhetapasidonnaisesti haastattelun kontekstissa. Tässä tutkimuksessa tarkastelun keskiöön nostetaan näin ollen mielenterveyden häiriödiagnoosi ja yksilön tapa orientoitua saatuun diagnoosiin yksilöhaastattelun vuorovaikutustilanteessa.

Mielenterveyden häiriöiden tai häiriödiagnoosin saamiseen liittyvän kokemusmaailman tarkastelua yksilön näkökulmasta on tuotettu sosiaalitieteen tutkimuskentällä myös aiemmin. Ilmiötä on tarkasteltu 2010-luvulla laadullisessa tutkimusasetelmassa muun muassa tietyn mielenterveyden häiriön, kuten masennuksen viitekehyksessä, yksilön kokemuksena (Esim. Immonen, 2014; Rikala, 2013). Masennuksen hallintaa, toipumista ja masennuksen vaikutuksia yksilön toimijuuteen, on niin ikään tarkasteltu aiemmin (Romakkaniemi, 2010). Syömishäiriöiden diskursseissa ilmenevää toimijuutta suhteessa syömishäiriön kulkuun ja toipumiseen on tarkastellut Sallamaarit Välimäki (2014). Pitt ym. (2009) tarkastelivat puolestaan mielenterveyden häiriödiagnoosin saamiseen liittyviä merkityksiä ja vaikutuksia diagnoosin saajan näkökulmasta laadullisessa tutkimuksessaan.

Tässä tutkimuksessa hyödynnetään metateoreettisena viitekehysenä sosiaalisen konstruktionismin ja diskursiivisen sosiaalipsykologian lähtökohtia (esim. Berger & Luckmann, 1966; Burr, 2015; Potter & Wetherell, 1987; Wiggins, 2017). Teoreettisena tulkinnallisena viitekehysenä sovelletaan positiointiteoriaa ja analyttisinä

tulkintakäsitteinä tukeudutaan identiteetin, subjektiposition ja tulkintarepertuaarin käsitteisiin (esim. Davies & Harré, 1990; Jokinen ym., 2016; Langenhove & Harré, 1999).

Laadullinen asennetutkimus toimii tässä tutkimuksessa metodologisena lähestymistapana (Vesala & Rantanen, 2007). Laadullisen asennetutkimuksen lähtökohdista asennetta tarkastellaan argumentaation kautta rakentuvana ilmiönä. Asenneilmaisu konstruoi asenteen kohteen ja asenteen määritelmä tunnistetaan suhdekäsitteenä, subjektiivisesti jäsentyvänä ilmiönä arvottajan ja asenteen kohteen välillä. Laadullinen asennetutkimus nojaa retorisen ja diskursiivisen sosiaalipsykologian teoreettisissa lähtökohdissa, joka korostaa kielenkäyttöä aktiivisena, asiantiloja synnyttävänä ja funktionaalisenä toimintana. (Mt.)

Tämän tutkimuksen aineistona toimii seitsemän yksilöhaastattelua, jotka toteutettiin Helsingissä syksyllä 2019. Tutkielma toteutettiin laadullisen yksilöhaastattelun tutkimusasetelmassa. Jokaiselle haastateltavalle esitettiin samanlainen puolistrukturoitu kysymyspatteristo. Haastattelukysymyksiä esitettiin jokaiselle haastateltavalla yhteensä kuusi kappaletta. Tämän tutkimuksen aineistoksi on päätynyt ainoastaan yksi, järjestyksessään ensimmäisen virikekysymyksen tuottama kommentointiaineisto.

Haastateltaville esitettiin väittämän muotoon rakennettuja virikekysymyksiä, joihin vastaajat saivat ottaa kantaa vapaasti. Laadullisen asennetutkimuksen periaatteiden mukaisesti huomio kiinnitettiin haastateltavien puhetapaan ja arvottavaan kannanottamiseen. Kommentointiaineiston analyysivaihe eteni kaksivaiheisesti. Luokittavan analyysivaiheen analyysiosion perusteella aineistoa jäsennettiin kannanottojen perusteella pääluokkiin, jonka pohjalta tunnistettiin myönteiset, kielteiset ja kaksijakoiset asenneilmaisut. Tulkinallisen analyysivaiheen aikana aineiston tulosten tulkintaan sovellettiin tulkinnallisina apuvälineinä subjektiposition ja tulkintarepertuaarin tulkintakäsitteitä.

Tutkimuksen tuloksia tarkastellaan tarkemmin luvussa kuusi (6). Diskussio-osiossa luvussa seitsemän (7) pohdin analyysin pohjalta tehtyjen havaintojen merkitystä ja johtopäätöksiä,

sekä suhteutan saatuja tutkimustuloksia aiempaan tutkimukseen. Tätä ennen perehdyn tarkemmin mielenterveyden häiriöiden aihepiiriin sosiaalitieteen tutkimuskohteena. Ilmiötä koskevia sosiaalitieteellisiä näkökulmia esitellään luvussa kolme (3). Luvussa neljä (4) perehdyn tämän tutkielman teoreettiseen viitekehykseen tarkemmin sekä avaan tässä tutkielmassa keskeisesti esillä olevaa käsitteistöä. Luvussa viisi (5) paneudun empiirisen metodologian esittelyyn sekä kuvaan aineistoa ja aineiston keruuseen liittyvää prosessia. Seuraavassa luvussa (luku 2) kuvailen lyhyesti mielenterveyden häiriöitä lääketieteellisenä ilmiöalueena ja tuon esiin psykiatrisen diagnostiikan käytänteitä sekä vakiintuneet mielenterveyden häiriöluokitukset.

2 PSYKIATRINEN DIAGNOSTIIKKA

Mielenterveyden häiriöt ovat lääketieteellinen ilmiöalue ja häiriöiden kliiniset oirekuvaukset ovat tallennettuna alati muuttuvaan ja kehittyvään psykiatriseen diagnostiikkaan. Psykiatria on erikoislääketieteen tutkimushaara, jonka tehtävänä on tutkia ja hoitaa mielenterveydenhäiriöitä (Lönnqvist & Lehtonen, 2017). Psykiatrian näkökulmasta mielenterveyden häiriöillä (*mental disorder* tai *mental illness*) tarkoitetaan sellaisia psyykkisiä oireita, jotka muodostavat erilaisia oireyhtymiä. Erilaiset oireyhtymät on kirjattu niitä kuvaaviin virallisiin tautiluokituksiin, joissa oirekuvien kriteerit eli häiriöiden kulku, kesto sekä niiden aiheuttama haitta asianomaiselle, ovat kuvattuna. Mielenterveyden häiriöiden kriteerit voivat ilmaista myös lääketieteelle tunnetun syytekijän. Mielenterveyden häiriöitä luonnehtii niiden aiheuttama merkittävä haitta suhteessa yksilön toimintakykyyn ja kokijan psyykkisiin oireisiin. Tautiluokituksessa kullekin mielenterveyden häiriölle on annettu sitä vastaava nimike eli diagnoosi, sekä sille ominainen koodi eli diagnoosinumero. (Lönnqvist, 2017).

Lönnqvist ja Lehtonen (2017) esittelevät psykiatrisen diagnostiikan mukaisia, tunnettuja mielenterveyden häiriöitä, jotka jakautuvat oirekuvansa mukaan erilaisiin pääluokkiin. Mielenterveyden häiriöitä on luokiteltu psykiatrisessa diagnostiikassa seuraavasti:

Mielenterveyden häiriöitä ovat muun muassa klassiset mielisairaudet eli psykoosit, elimellisten aivosairauksien ja kemiallisten aineiden aiheuttamat oireyhtymät, aivojen kehitykseen liittyvät mielenterveyden häiriöt, kaksisuuntaiset mielialahäiriöt, masennustilat, erilaiset ahdistuneisuushäiriöt, pakko-oireiset häiriöt, poikkeavat psyykkiset reaktiot ja traumaattisiin tilanteisiin liittyvät mielenterveyden häiriöt, unihäiriöt, syömishäiriöt, seksuaalihäiriöt, käyttäytymiseen ja persoonallisuuteen liittyvät häiriöt sekä päihteiden käyttöön liittyvät häiriöt. (mts.19; lisäksi APA, 2019; WHO, 2019)

Psykiatrian näkökulmasta mielenterveyden häiriöiksi ei lueta sellaisia ihmisen normaaliin elämäkokemuksen kirjoon luettavia ja tavanomaisiksi tulkittavia psyykkisiä tiloja tai reaktioita, jotka voivat synnyttää voimakkaita tunnereaktioita tai ristiriitoja yksilön ja ympäröivän sosiaalisen ympäristön vuorovaikutuksessa. Tällaisia voivat olla muun muassa henkilökohtaiset menetyksen kokemukset, suru tai esimerkiksi persoonallisiksi piirreominaisuuksiksi luettavat yksilölliset seksuaaliset suuntautumistavat. Nämä eivät täytä diagnostiikan kliinistä kuvaa mielenterveyden häiriöistä. Kliinisesti merkittävänä kriteerinä mielenterveyden häiriöihin liitetään aina toimintakyvyn alentuminen, elämänlaadun heikentyminen sekä henkilökohtaisesti koettu kärsimys. Kliinisesti mielenterveyden häiriön diagnosoinnin kohde on lisäksi aina yksilö. Häiriödiagnoosia ei voida asettaa sosiaaliselle viiteryhmälle, perhekunnalle tai yhteiskunnalle. (Lönngqvist & Lehtonen, 2017).

Psykiatrinen kliininen diagnostiikka huomioi tällä hetkellä kaksi mielenterveyden häiriöiden luokitusjärjestelmää. Maailman Terveysjärjestö WHO:n (*World Health Organization*) organisoima ICD -luokitus, sekä Amerikan Psykiatriyhdistys APA:n (*American Psychiatric Association*) omaava DSM -luokitusjärjestelmä. (esim. APA 2019; Lönngqvist 2017; Korkeila 2011; Reichenberg 2014; WHO 2019). WHO:n ICD -luokitusjärjestelmä on näistä kahdesta vanhempi. Ensimmäinen ICD-luokituksen mukainen järjestelmä julkaistiin vuonna 1948. Jälkimmäinen APA:n julkaisema ja järjestyksessään ensimmäinen DSM-nimellä kulkeva luokitusjärjestelmä DSM-3 julkaistiin vuonna 1980. Mielenterveyden häiriöiden kriteerit tulivat ensimmäisen kerran viralliseen käyttöön Suomessa vuonna 1987. WHO:n ICD 10 -luokitus on ollut kansallinen tautiluokitus vuodesta 1996 eteenpäin. (Lönngqvist, 2017).

Psykiatrinen diagnostiikka on uudistunut ja kehittynyt jatkuvasti sen ensimmäisten luokitusjärjestelmien ilmestymisen jälkeen. APA:n uusimman DSM-luokitusjärjestelmä DSM-5:n kehitystyö alkoi vuonna 1999, ja vuonna 2013 julkaistiin ensimmäinen DSM-5 luokitusta vastaava manuaali (APA 2019; Korkeila 2011; Reichenberg, 2014). WHO on puolestaan julkaissut vuonna 2018 uuden ICD-11 luokitusjärjestelmänsä (<https://www.who.int/classifications/icd/en/>), jonka arvellaan jalkautuvan käyttöön ICD - luokitusjärjestelmää hyödyntävissä maissa 2020 -luvulla (Lönnqvist, 2017).

Luokitusjärjestelmien uudistustyön tarkoituksena on korjata aiemman luokitusjärjestelmän ongelmia uuden tutkimustiedon valossa. Uusi tutkimustieto muun muassa neurologian, käyttäytymistieteiden, genetiikan ja psykologian saroilta ohjaa luokitusjärjestelmien oirekuvien tarkkuutta sekä niiden käyttökelpoisuutta kliinisessä työssä. (esim. Lönnqvist, 2017; Korkeila, 2011; Reichenberg 2014, 1–11).

3 SOSIAALITIEEELLISIÄ NÄKÖKULMIA MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖIHIN

Sosiaalitieteellisenä tutkimuskohteena mielenterveyden häiriöiden aihealue kattaa hyvin laaja-alaisen tutkimustradition kirjon. Tässä kohden sosiaalitieteellisestä tutkimustraditiosta rajataan esiin ainoastaan muutama sellainen näkökulma, jonka arvellaan olevan hyödyllistä käsitellä juuri tämän tutkielman viitekehyksessä. Erotan tässä yhteydessä karkeasti kaksi sellaista teemaa, joiden lähtökohdista käsin on aiemmin tuotettu sosiaalitieteellistä tutkimusta, ja joiden esilletuomisen koen tästä syystä hyödylliseksi. Yhtäältä tällainen sosiaalitieteellinen kiinnostus on kohdistettu vallitsevan kulttuurin tapoihin tuottaa ja uusintaa sairauksiin, terveyteen sekä mielenterveyden häiriöihin kohdistuvia sosiaalisia merkityksiä ja puhekäytäntöjä. Toisaalta voidaan erottaa myös yksilön ja sairauden välistä merkityssuhdetta korostava, yksilökeskeisempi näkökulma. Tämän luvun lopussa asemoin tutkielmaa sosiaalitieteen kentällä vielä tarkemmin ja esitän tutkielmalle valikoituneet tutkimuskysymykset.

3.1 Mielenterveyden häiriöitä koskevat yhteiskunnalliset diskurssit

Tämän tutkielman kontekstissa on hyödyllistä huomioida sosiaalitieteenalojen tutkimuksen saralta kiinnostus niihin yhteiskunnallisiin ja kulttuurisiin diskursseihin, jotka tuottavat mielenterveyden häiriöitä koskevaa merkityssisältöä, ja jotka toimivat samalla erilaisten sosiaalisten kategorioiden perustana. Tällaisista lähtökohdista on esitetty sosiaalitieteellisesti relevantteja kysymyksiä koskien esimerkiksi sitä, minkälaisia erilaisia sosiaalisia seurauksia sairastamiseen liittyy (Aromaa, 2011; Parsons, 1951). Sairastumiseen liittyvä sosiaalinen seurauksellisuus liittyy samalla kysymykseen siitä, millä tavoin diagnostiikka tuottaa sosiaalista järjestystä yhteiskunnassa (Jutel, 2009; Järvensivu ym. 2018). Keskusteluanalyttisestä näkökulmasta on saatettu rakentaa kysymyksenasetteluja koskien esimerkiksi sitä, millä tavalla hoitoinstituutiot itse tuottavat ja uusintavat diskursiivisia käytäntöjä terveyteen ja sairauksiin liittyvissä yhteiskunnallisissa keskusteluissa (Alasuutari 2011, s. 185). Tällaiseen aihepiiriin sosiologiseen tarkasteluun kurottava näkökulma on kirvoittanut esiin myös sosiaaliseen kontrolliin, medikalisaatioon ja institutionaaliseen vallankäyttöön liittyviä kriittisiä kysymyksiä, jotka ovat olleet näkyvästi esillä mielenterveyden häiriöitä koskevassa sosiaalitieteellisessä tutkimuksessa (esim. Andersson ym. 2001; Crowe, 2000; Jutel, 2009; Rapley ym. 2011).

Mielenterveyden häiriöitä koskevat diskurssit toimivat samalla erilaisten kulttuurisesti tunnistettavien sosiaalisten kategorioiden perustana, ja ne pitävät sisällään muun muassa normaaliuteen ja poikkeavuuteen sekä erilaisuuden tulkintaan menevien näkökulmien ulottuvuudet, mikä on tarpeen huomioida tässä yhteydessä (esim. Juhila, 2012, s. 183–190; Parsons, 1951; Radley, 1994; Speed, 2011).

3.1.1 Sairaudet ja mielenterveyden häiriöt poikkeavuuden perustana

Yhteiskunnassa vallitsevien, sairauksia ja mielenterveyden häiriöitä koskevien diskurssien nähdään rakentavan ne mahdollisuudet, joiden puitteissa aiheesta käytävää keskustelua on mahdollista käydä. Mielenterveyden häiriöitä koskevien diskurssien arvioidaan synnyttävän erilaisia mielikuvia, joilla voi olla vaihtelevia sosiaalisia seurauksia keskustelun

osapuolille. Esimerkiksi ”skitson” ja ”hullun” synnyttämät kielikuvat rakentavat kielteistä ja leimaavaa sävyä mielenterveyden häiriöistä kärsivistä ihmisistä, siinä missä ”palvelun käyttäjä” tai ”kuluttaja” rakentaa saman aihepiirin kontekstissa tyystin vastakkaisia mielleyhtymiä. (Aromaa, 2011; Speed, 2011, s. 123.)

Tällaisesta näkökulmasta katsottuna voidaan huomata, että vallitsevat diskurssit koskien mielenterveyden häiriöitä tai niitä kokeneita henkilöitä, luovat pohjaa sellaisille poikkeavuuden sosiaalisille kategorioille, jotka personoituvat juuri mielenterveyden häiriödiagnoosin saajiin tai laajemmin sairauksista kärsiviin ihmisiin. Juhila (2012, s.175) toteaa, että poikkeavuus liitetään kulttuurisesti usein johonkin tiettyyn kategoriaryhmään ja sen jäseniin valtavirrasta poikkeavien ominaisuuksien perusteella. Poikkeavien ominaisuuksien nähdään rikkovan tai horjuttavan sitä, mitä pidetään normaalina tai tavanomaisena. Tällaisten sosiaalisten kategorioiden nähdään nojaavan jaettuun kulttuuriseen tietoon ja ne liitetään herkästi juuri poikkeavuuteen. Yhtenä esimerkkinä poikkeavuudesta voidaankin pitää mielenterveyden häiriödiagnoosin myötä syntyviä kategorioita, kuten mielisairaan kategoria. (Mts. 190–191.) Juhilan (2012) esittämä ihmisten luokittelu jonkin kategoriaryhmän jäseneksi esimerkiksi mielenterveyden häiriön perusteella voidaan nähdä yhdeksi tavaksi hahmottaa sellaista sosiaalista seurauksellisuutta, joka liitetään johonkin tiettyyn sairauteen tai sairastamiseen.

Radley (1994) tuo esiin, että länsimaisessa kulttuuripiirissä kipuiluun ja inhimillisiin vaivoihin on yleisesti tavattu orientoitua lääketieteellisen terminologian avulla. Tällaisessa tapakulttuurissa on saattanut olla helppoa jättää huomiotta se, että lääketieteelliseen terminologiaan sisältyy samanaikaisesti myös inhimillisen kokemuksen merkityssisältö. Tällaisen merkitysmaailman ilmenemisen tarkasteluun on nähty mahdolliseksi soveltaa sosiaalitieteelle ominaisia näkökulmia. Radley (1994) korostaakin, että tavanomaisen biomedikaalisen perspektiivin ohella lääketieteen tutkimuskentän ilmiöihin on mahdollista soveltaa myös erilaisia käyttäytymistieteen, sosiaalitieteen ja kulttuuritutkimuksen näkökulmia. (Mts. 7.)

Radley (1994, s. 11) mainitsee, että sosiaalitieteellinen näkökulma lääketieteellisiin ilmiöihin viittaa yleisesti medikaalisen sosiologian tutkimusparadigmaan, joka toimii yläkäsitteenä lukuisille erilaisille sosiaalitieteellisille tutkimussuuntauksille. Radley (1994, s. 11) viittaa medikaalisen sosiologian lähtökohtien alkuperän perustuvan erityisesti Parsonsin (1951) esittämiin sosiologisiin näkökohtiin ja niiden mahdollisuuksiin tarkastella medikaalisia ilmiöitä.

Parsons (1951) korostaa tekstissään sosiaalitieteellistä ja lääketieteellistä tarkastelua yhdistävää näkökulmaa muun muassa sosiaalisen roolin käsitteellä. Parsons (1951) esittää, että länsimaissa vallitseva näkökulma sairauteen arvioidaan ilmiönä sellaisena, johon liittyy ihmisten käyttäytymisen suhteen erityislaatuisuutta. Sosiologisessa terminologiassa käyttäytymiseen liittyvä erityislaatuisuus sairauden ja sairastumisen kontekstissa voidaan arvioida normaaliudesta poikkeavana. Poikkeavuudella Parsons (1951) tarkoittaa tässä kohden sellaista poikkeavuutta, joka liittyy niihin normatiivisiin odotuksiin, joilla määritetään normaalina pidetty käyttäytyminen. Sairas ihminen määritellään ja arvioidaan siten suhteessa yhteiskunnan normatiivisiin rooliodotuksiin, jolloin sairastunut näyttää tältä taustaa vasten poikkeavana. Sairastunut henkilö on kykenemätön täyttämään normatiivisia sosiaalisia velvollisuuksiaan ja niitä odotuksia, joita yhteiskunta hänelle asettaa. Parsons (1951) huomauttaa lisäksi, että sosiaalisen yhteisön jäsenten yksi keskeinen jaettu ominaisuus on henkinen ja fyysinen terveys, jota sairastunut ei kykene täyttämään. Sairastunut henkilö täyttää sen sijaan normaalista poikkeavan roolin, joka on sairaan henkilön sosiaalinen rooli. (Mts. 452–453.)

Sairaan henkilön rooli sisältää myös sille ominaiset piirteet, joita voidaan kuvata rooliin kytkeytyvien sosiaalisen vastuun, velvollisuuden ja mahdollisuuksien perusteella. Parsonsin (1951) mukaan sairaan ihmisen rooli voi vapauttaa asianomaisen vastuusta esimerkiksi työn suhteen, jolloin sairaan ihmisen roolin asettamisen edellytyksiä tulee voida kontrolloida väärinkäytöksiensä estämiseksi. Sairaan roolin asettamisen tulee näin ollen olla säädelyä. Sairaan henkilön rooliin kytkeytyy lisäksi näkökulma henkilön velvollisuudesta tavoitella terveyttä ja asettaa itsensä avuntarvitsijaksi. Autettavana oleminen tarkoittaa esimerkiksi

aktiivista yhteistyötä hoitohenkilökunnan kanssa. Sairaana ihmisen rooli implikoi samalla normaaliuden legitimitettiin puuttumista ja sosiaalista eristyneisyyttä, joka osaltaan korostaa sairastumiseen liittyvää epäsuotavuutta sosiaalisten suhteiden kannalta. Tällöin korostuu sairaana ihmisen oma motivaatio parantua ja mahdollisuus palata normaalin yksilön sosiaaliseen rooliin ja osaksi yhteisöä. (Mts. 455–456.) Parsons (1951, s. 453) painottaa, että tällaisesta sosiologisesta näkökulmasta katsottuna sairaus ei ole pelkästään yksilön fyysinen olotila (*condition*), vaan samalla yksilölle itselleen sosiaalisia seurauksia tuottava sosiaalinen toimija-asema. Potilaan sosiaalisen roolin ja toimija-aseman nähdään lisäksi velvoittavan asianomaista etsimään itselleen ammattiapua ja tekemään kaikkensa oman toipumisensa eteen (Parsons, 1951; Radley, 1994, s. 85). Radley (1994, s. 102) toteaa lisäksi, että tällaisessa hoitosuhteessa ”hyvän” potilaan odotetaan olevan passiivinen ja hoitosuhteeseen alistuva osapuoli.

Mielenterveyden häiriöiden suhteen Parsons (1951, s. 456–457) huomauttaa lisäksi, että mielenterveyden häiriön perusteella diagnosoitu joutuu kamppailemaan sairaana ihmisen sosiaalisen roolin rinnalla myös ”mielenvikaisen” (*insane*) sosiaaliseen rooliin liittyvistä seurauksista. Mielenvikaisen sosiaalinen rooli eroaa sairaana roolista siinä, että mielenvikaisen ei nähdä olevan vastuussa omasta tilastaan, eikä hänen nähdä olevan vastuullinen tunnistamaan omaa hoidontarvettaan, joka on tällöin voitu nähdä oikeutuksena pakkohoitokeinoille hoidettavan suhteen.

Edellä kuvatun perusteella voidaan kokoavasti todeta, että mielenterveyden häiriödiagnoosi tai laajemmin kuvattuna erilaiset sairaudet, synnyttävät kulttuuriseen tietoon perustuvat edellytykset sellaisille poikkeavuuden sosiaalisille kategorioille kuten potilas tai mielenterveyshäiriöinen. Tällaisilla kategorioilla on henkilön tai ryhmän määrittämiseen pyrkivä funktio (Juhila, 2012).

3.1.2 Asenteet ja mielikuvat mielenterveyden häiriöitä kohtaan

Yhteiskunnassa vallitsevaa suhtautumista mielenterveyden häiriöihin poikkeavuutena on tarkasteltu sosiaalitieteen tutkimuskentällä laajasti. Asenteisiin ja mielikuviin mielenterveyden häiriöitä kohtaan on sovellettu erityisesti stigman tulkintakäsitettä. Erving Goffman (1963) teoretisoi sosiaalisen häpeäleiman eli stigman käsitettä jo varhain 1960-luvulla, ja se on sittemmin esiintynyt mielenterveyden häiriöihin liittyvien mielikuvien tarkastelun tulkintakäsitteenä valtavirtatutkimuksessa myös laajemmin. Mielenterveyden häiriöihin liitettävät kielteiset ennakkoluulot, uskomukset ja asenteet ovatkin yksi merkittävä ja vakiintunut sosiaalitieteellinen näkökulma ilmiöalueen tarkastelussa (esim. Abdullah & Brown, 2011; Aromaa, 2011; Bilic & Georgaca, 2007; Feldman & Crandall, 2007; Phelan ym. 2000). Goffmannin (1963) mukaan sosiaalinen stigma tulee ymmärtää sellaisena yksilön identiteettiin vaikuttavana ominaisuutena, joka on asianomaiselle syvästi epäedullinen ja leimaava. Goffman kuitenkin korostaa, että stigman käsite tulee ymmärtää ennemmin suhdekäsitteenä kuin staattisena ominaisuutena, joka olisi itsessään automaattisesti epäedullinen asianomaiselle. Esimerkiksi korkea-asteen koulutus voi olla työttömälle korkeakoulutetulle henkilölle häpeäleima, mutta toisinaan, vaihtoehtoisessa vuorovaikutustilanteessa, se saattaa puolestaan olla asianomaisen eduksi luettava ansio. Tällöin korkea-asteen koulutusta ei ole syytä nähdä itsessään negatiivisena tai positiivisena seikkana, vaan yksilön ominaisuutena, jonka merkitys rakentuu tilannesidonnaisesti. (Mts. 13.)

Goffman (1963) esittää kolmeosaisen stigman käsitettä koskevan luokittelun. Ensimmäinen stigman tyyppi viittaa henkilön fyysiseen vammaan tai epämuodostumaan (*deformities*), joka on selkeästi ulkopuolisen silmin havaittavissa. Toisena stigman muotona ovat yksilön mielensisäiset ominaisuudet, kuten sosioekonomiseen asemaan, seksuaalisuuteen tai radikaaleihin uskomuksiin liittyvät poikkeavuudet. Tähän luokkaan kuuluvat myös mielenterveyden häiriöt. Kolmantena luokkana ovat yksilön kansallisuuteen ja etnisyyteen liittyvät poikkeavuudet, jota Goffman kutsuu heimostigman (*tribal stigma*) käsitteellä. Näiden mainittujen leimallisten luokitusten ulkopuolelle jäävät ihmiset, jotka Goffmann mieltää ”normaaleiksi”, eli sellaisiksi, jotka eivät poikkea niistä normatiivisista odotuksista,

jotka liitetään käyttäytymiseen, ulkonäköön, uskomuksiin tai muihin sosiaalisiin piirteisiin. Poikkeavuus valtavirran normatiivisista odotuksista näihin liittyen aiheuttaa henkilölle hänen sosiaaliseen identiteettiinsä ulottuvan häpeäleiman. Henkilön tai ryhmän poikkeavuus ilmenee normaalien ihmisten parissa lisäksi myös päivittäisessä vuorovaikutustavassa, jossa poikkeavia henkilöitä saatetaan kuvata loukkaavilla kielikuvilla. (Mts. 14–15.)

Goffman (1963) kuvaa tällä tavoin leimattujen yksilöiden kantavan mukanaan sellaista särkynyttä sosiaalista identiteettiä, jonka keskiössä on pyrkimys sosiaaliseen hyväksyntään. Henkilöä seuraavan stigman perusteella häneen ei suhtauduta tasavertaisena osapuolena normaaleina pidettyihin yksilöihin nähden. (Mts. 19.)

Goffmannin (1963) mukaan stigmalla on siten merkittäviä seurauksia asianomaisen sosiaaliseen elämään. Goffman esittää, että stigman haltijan orientoitumiseen vuorovaikutustilanteessa liittyy usein jännitteisyyttä, eikä stigmatisoitu voi olla varma siitä tavasta, jolla häneen suhtaudutaan, saati vastapuolen autenttisuudesta itseään kohtaan (mts. 24–25). Toisaalta esimerkiksi mielenterveyden häiriöksi rinnastettava stigma voi antaa stigmatisoidulle myös mahdollisuuksia asettua syyntakeettomaan asemaan vetoamalla omaan stigmaan esimerkiksi selonteon resurssina (mts. 32–33).

Myöhemmin esimerkiksi Corrigan (2000) on jalostanut stigman tulkintakäsitteen teoretisointia ja jakanut stigman käsitteen edelleen julkiseen (*public stigma*) ja yksityiseen (*self-stigma*) osa-alueeseen. Sekä julkisen että yksityisen stigman komponentit pitävät sisällään käyttäytymiseen ja uskomuksiin liittyvät ulottuvuudet, jotka jakaantuvat edelleen kolmeen osaan: *stereotypiat*, *ennakkoluulot* ja *syrvivät käyttäytymismallit*. Tämän perusteella henkilö liittyy tiettyyn ryhmään tai ryhmänjäseneseen, eli stigman kohteeseen, negatiivisia mielikuvia ja uskomuksia, jotka ilmenevät esimerkiksi väheksyvinä tulkintoina henkilön kykyihin liittyen. Tämänkaltaiset kielteiset uskomukset voivat ilmetä myös emotionaalisena pelkona tai vihan tunteina. Stereotyyppioilla ja ennakkoluuloilla voi olla edelleen käyttäytymiseen ulottuvia vaikutuksia. Syrjivä käyttäytyminen saattaa ilmetä

esimerkiksi sosiaalisena välttelynä. Yksityiseen (*self-stigma*) eli itseen kohdistuva stigma sisältää samat komponentit kuin julkisen stigman kohdalla, ulkoryhmään kohdistettuina. Tällöin väheksyntä ja kielteiset emotionaaliset tuntemukset kohdistetaan ulkopuolisten henkilöiden sijasta itseen, jolloin seurauksena voi olla esimerkiksi heikko pystyvyyden tunne ja huono itsetunto. Itseen kohdistuvat pessimistiset ja negatiiviset uskomukset voivat ilmetä oman käyttäytymisen suhteen passiivisuutena ja aloitekyvyttömyytenä. (Aromaa, 2011; Corrigan, 2000.)

Abdullah & Brown (2011) nostivat omassa stigmaa käsittelevässä tutkimuksessaan esiin myös paikallisen kulttuurin vaikutuksen stigmatisoivien käytäntöjen ilmenemisessä. Sen perusteella leimaavat uskomukset, ennakkoluulot, stereotypiat ja syrjivät käyttäytymismallit jäsentyvät paikallisen kulttuuripiirin mukaan, eivätkä ole siten universaaleja. Abdullah ja Brown (2011) tarkastelivat Pohjois-Amerikan intiaanivähemmistöjä sekä Aasian ja Afrikan kulttuuripiirejä ja esittävät, että kulttuurissa vaikuttavat osatekijät (*culturally-related factors*), kuten arvot, normit, paikallinen kulttuurihistoria ja sosialisatioon liittyvät käytänteet vaikuttavat siihen, millä tavalla julkinen tai yksityinen häpeäleima ilmenee käytännössä. Tällaiset kulttuurissa vallitsevien osatekijöiden nähdään vaikuttavan esimerkiksi siihen, minkälaiset kulttuuriset normit kulloinkin helpottavat määrittämään mielenterveyden häiriöihin liittyviä indikaattoreita. Toisin sanoen, tietyt kulttuuriset vihteet ohjaavat huomaamaan mielenterveyden häiriön ilmenemistä sosiaalisessa kanssakäymisessä. Lisäksi paikallinen kulttuuripiiri voi myös määrittää täsmällisesti esimerkiksi sen, minkälaisia stereotyyppisiä uskomuksia mielenterveyden häiriöitä kohtaan voidaan kulloinkin pitää hyväksyttävinä. (Abdullah & Brown, 2011.)

Tällainen kulttuurikeskeinen näkökulma on saanut tukea myös empiirisesti. Suomessa tehtyä tutkimusta ovat tarjonneet muun muassa Rätty ym. (2006), jotka tarkastelivat koeryhmän mielikuvia kuvitteellisesta kohdehenkilöstä, jonka esitettiin sairastavan masennusta. Koeryhmää pyydettiin määrittelemään kohdehenkilö ja kuvailemaan tämän kokemia oireita. Vastauksien analysoinnin perusteella voitiin havaita, että vastaajien tapa

määritellä kohdehenkilön oirekuva oli yksimielinen, minkä arvellaan olevan osin seurausta kulttuurissa vallitsevista jaetuista mielikuvista koskien masennusta ja masentuneita henkilöitä. (Mt.)

Stigmaan liittyvien sosiokulttuuristen prosessien analysointi on synnyttänyt myös huomionarvoisen havainnon siitä, että sosiaaliseen stigmaan ei välttämättä liity pelkästään kielteisiä sosiaalisia seurauksia leimautuneiden henkilöiden näkökulmasta. Verma ym. (2018) toivat esiin tutkimuksessaan sen, että Intiassa sosiaalisen stigman kohteeksi joutuneet ihmisryhmät saattoivat jossain määrin jopa hyötyä itseensä kohdistetuista kategorisoinneista ja siten kääntää kokemansa sosiaalisen häpeäleiman omaksi edukseen ja elämässä selviytymisen resurssiksi. Tutkimuksessaan Verma ja kumppanit (2018) toivat esiin sen, kuinka esimerkiksi kastijärjestelmän takia sosiaalisesti stigmatisoituihin ja vähempiosaisiin kastiryhmiin kuuluviin kohdistetaan Intiassa selkeästi syrjiviä asenteita ja mielikuvia. Samaan aikaan vähempiosaisille ryhmittymille on säädetty kuitenkin kiintiöt valtion työ- ja opiskelupaikkoihin, ja heille varataan mahdollisuus parantaa omaa sosiaalista asemaansa yhteiskunnassa. Samoin myös sosiaalisesti syrjittyjen ryhmittymien, kuten eunukkien ja kerjäläisten sosiaalisen aseman kuvattiin olevan Intian kulttuurissa heikko. Samaan aikaan tällaisten ryhmien edustajien läsnäolo ja osallistuminen erilaisiin kulttuurisiin rituaaleihin ja juhliin nähtiin kuitenkin välttämättömänä. Valtavirran taholta koettu sosiaalinen toiseus ja syrjiminä ilmeni siten toisaalta myös voimakkaana osallistamisen pyrkimyksenä kaikista syrjityimpien ja sosiaalisesti eristyneimpien ryhmien kohdalla. (Mt.)

Esimerkkinä mielenterveyden häiriöitä kohtaan ilmenevien asenteiden ja mielikuvien käytännön tutkimuksesta voidaan huomioida lisäksi jo edellä mainittu Aromaa (2011). Aromaa tarkasteli väitöskirjatutkimuksessaan mielenterveyden häiriöistä kärsiviä henkilöitä kohtaan ilmenevien leimaavien asenteiden esiintymistä ja luonnetta Suomessa. Tutkimuksessa nousi esiin mielenterveyden häiriöitä ja erityisesti masennusta koskevat syyllisyyden ja vastuun kysymykset. Tutkimuksen aineiston analyysin perusteella väestökyselyyn vastanneista henkilöistä enemmistö ei pitänyt masennuksesta kärsiviä

henkilöitä itse syyllisinä sairastumiseensa, mutta valtaosa vastaajista katsoi asianomaisen olevan itse vastuussa omasta toipumisestaan. Tämä empiirinen havainto tukee samalla edellä esitellyn Parsons (1951) näkemyksiä potilaan sosiaaliseen toimija-asemaan liitettävistä vastuun ja velvollisuuden kysymyksistä.

3.1.3 Mielenterveyden häiriöt yksilön kokemuksena

Mielenterveyden häiriöiden tarkastelu sosiaalitieteellisenä tutkimuskohteena on paikoin korostanut myös enemmän yksilölähtöistä näkökulmaa. Yksilökeskeisen näkökulman tarkastelun keskiössä on tällöin ollut muun muassa mielenterveyden häiriöihin liittyvä henkilökohtainen kokemusmaailma. Tällaista näkökulmaa suosineesta tutkimuksesta voidaan tässä kohden nostaa esiin muutama esimerkkitutkimus. Yksilön ja mielenterveyden häiriöiden välisen suhteen tarkastelua on tehty esimerkiksi kiinnittämällä huomiota yksilön toimijuuteen (*agency*). Marjo Romakkaniemi (2010) tarkasteli väitöskirjatutkimuksessaan yksilön toimijuutta erilaisten modaliteettien avulla. Romakkaniemi analysoi masennusta erilaisten toimijuutta heijastavien ulottuvuuksien, kuten osaamisen, kykenemisen, haluamisen, täytymisen, tuntemisen ja voimisen näkökulmista.

Jenna Immonen (2014) puolestaan tarkasteli Pro gradu -tutkielmassaan masennusdiagnoosin merkitystä kyseisen diagnoosin saaneiden elämässä. Immosen fenomenologisessa tutkimusasetelmassa korostui yksilön ja saadun masennusdiagnoosin välinen suhde, jonka merkitys ilmeni laajempaan kuin pelkkänä asianomaista määrittävänä sairauskuvauksena tai oireyhtymänä. Immosen (2014) empiirisen aineiston tarkastelu osoitti, että mielenterveyden häiriödiagnoosin saamiseen liittyy diagnoosin saajan näkökulmasta runsaasti myös sellaisia merkityksiä, joita voitiin tulkita varsinaisen lääketieteellisen tulkintakehyksen ulkopuolella. Masennusdiagnoosin saamiseen saattoi kytkeytyä voimakkaasti esimerkiksi pelko sosiaalisesta leimautumisesta. (Mt.)

3.1.4 Medikalisaation ja sosiaalisen kontrollin kritiikki

Sosiaalitieteiden saralla virinneeseen kriittiseen näkökulmaan kytkeytyy muun muassa yhteiskunnan medikalisaatiokehitykseen, institutionaalisen valtaan ja sosiaaliseen kontrolliin meneviä kysymyksenasetteluja. Tällainen kriittinen näkökulma kytkeytyy oleellisesti myös mielenterveyden häiriöitä tarkastelevan sosiaalitieteellisen tutkimusparadigman piiriin, ja siksi sen esiintuominen tässä kohden on perusteltua.

Peter Conrad (1992) määrittelee medikalisaation käsitteen sellaisena yhteiskunnassa käynnissä olevana prosessina, jonka myötä ei-medikaaliset ongelmat tulevat määriteltyiksi ja käsitellyiksi lääketieteellisinä ongelmina, jolloin ne tulevat samalla nimetyiksi sairauksina tai häiriöinä (*disorders*) (Mt). Conrad (1992) esittää, että medikalisaation käsite levisi sosiaalitieteellisen tutkimuksen keskuudessa laajemmin jo 1970-luvulla.

Medikalisaatiota kriittisesti tarkasteleva sosiaalitieteellinen näkökulma voidaan havaita kuitenkin jo 1950-luvulta aiemmin viitatus Talcott Parsonsin (1951) näkemyksistä.

Parsonsin (1951) esiin nostama käsitteellistys sairaan henkilön sosiaalisesta roolista nähdään yhtenä mahdollisuutena hahmottaa lääketieteen institutionaalinen legitimizeetti yhteiskunnassa, jonka avulla lääketiede voi kontrolloida ja hallita poikkeavuuteen tai sairastamiseen liittyvää kategorisointia. Sairaana ihmisen rooliin kytkeytyvät kysymykset muun muassa vastuusta ja velvollisuuksista ilmentävät konkreettisesti ihmisen toimintaan ja vapautteen ulottuvia sosiaalisen kontrollin mekanismeja, joita lääketiede instituutiona pitää hallussaan. (Conrad, 1992.)

1970-luvulla Irving Kenneth Zola (1972) toi niin ikään esiin lääketieteen ja sosiaalisen kontrollin välistä yhteyttä pohtivia näkemyksiä. Zola (1972) tarkasteli lääketieteen yhteiskunnallista institutionaalista asemaa Yhdysvaltojen yhteiskunnan kontekstissa, mutta piti kriittistä näkökulmaansa lääketieteen yhteiskunnallisesta roolista samalla varsin globaalisti soveltuvana. Zola esitti, että lääketieteellä on paljon valtaa määritellä oikeana ja absoluuttisena totuutena pidetyt asiat terveyteen ja hyvinvointiin liittyen. Yhteiskunnallista valta-asemaa nauttivana instituutiona lääketiede voitiin Zolan mielestä rinnastaa siten

kirjon ja lainsäädäntöelinten kaltaisten instituutioiden kanssa. Zolan mukaan terveyden ja sairauden kontekstissa muotoutuva terminologia ulottuu laajasti ihmisten arkielämään ollen samalla yhä enenevästi sosiaalisen kontrollin väline ihmisten arjessa. Sairauteen kytkeytyvä poikkeavuuden ulottuvuus käsittää samalla ihmisen toimijuuteen ja vastuuseen ulottuvia kysymyksiä. Poikkeavuuden kategoria sairauden perusteella antaa lääketieteelle mahdollisuuden kontrolloida ihmisen toimijuuteen ja autonomiseen itsemääräämiseen liittyviä kysymyksiä, jotka historiallisesta näkökulmasta katsottuna tavattiin ratkaista aiemmin ennemmin henkilöön kohdistuvan rangaistuksen tai vankeuden määritelmillä. Tästä näkökulmasta yksilön syyllisyyden, edesvastuun ja edesvastuuttomuuden kysymykset, joita ennen nähtiin mahdolliseksi soveltaa lähinnä oikeuslaitoksen rajapinnalla, voidaan nähdä nykyään rinnakkaisena yhteiskunnallisena ilmiönä lääketieteen viitekehyksessä. Tällaiset yhteiskuntamoraaliin, yksilön oikeuksiin ja edesvastuuseen sekä lääketieteen auktoriteettiin ulottuvat kysymykset, ovat Zolan mukaan yksi kriittinen tapa hahmottaa medikalisaatiokehitykseen liittyviä sosiaalisia näkökulmia. (Mt.)

Psykiatrisen lääketieteen valta-aseman on esitetty tiivistyvän oirediagnoosiikan luokitusjärjestelmiin. Amerikan Psykiatrisen yhdistyksen (APA) tuottaman DSM-luokitusjärjestelmän on esitetty olevan mielenterveyden häiriöiden määrittämisen suhteen ylin auktoriteetti länsimaissa (Crowe, 2000). Edellä määritellyn medikalisaation ilmiön yhteiskunnassa voidaan näin ollen nähdä koskettavan selkeästi myös mielenterveyteen liittyvää hyvinvointikeskustelua. Järvensivu ja kumppanit (2018) mainitsevat, että luokitusjärjestelmiin nojaavan psykiatrisen oirediagnoosiikan voidaan nähdä laajentavan mielenterveyden häiriöiden alaa, jolloin ihmisen inhimillisen kokemusmaailman kokemuksia, kuten surua ja pettymyksen kokemuksia, ei voida erottaa yksiselitteisesti esimerkiksi vakavasta masennussairaudesta (Mt).

Psykiatristen oireiden tulkinnan yksiselitteisyyteen liittyviä haasteita diagnoosiikan käytännön potilastyössä on tarkasteltu muun muassa Ruotsissa. Andersson ym. (2000) toteuttivat Örebrossa, Ruotsissa laadullisen haastattelututkimuksen terveydenhuollon yleislääkäreiden (*general practice*) keskuudessa. Tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella

yleislääkäreiden käsityksiä masennushäiriöstä sekä siihen liittyvästä hoidosta. Tutkimukseen osallistuneiden lääkäreiden käsityksiä masennuksesta tarkasteltiin neljän ilmiötä koskevan osa-alueen kautta. Näitä valittuja osa-alueita olivat masennushäiriödiagnosi, masennuksen hoitoon tarkoitettu lääkitys, hoitopäätös sekä psykoterapia. Tutkimuksen tuloksissa selvisi, että lääkäreiden kesken vallitsi konsensus koskien muun muassa masennuslääkityksen sopivuutta vaikea-asteisen masennuksen hoidossa. Lääkäreiden käsityksissä havaittiin kuitenkin myös merkittävää variaatiota masennusta koskevan neljän eri teeman ympärillä. Esimerkiksi käsitykset masennushäiriöstä saatettiin nähdä paikoin fysikaalisena ja somaattisena häiriötilana mutta toisaalta suurin osa vastaajista totesi kuitenkin myös, että raja terveyden ja sairauden välillä ei ole selväpiirteinen. Andersson ym. (2000) toteavat kuitenkin itse päätelmissään, että tutkimuksen selitysvaivo on sinällään vaatimaton, eikä yhdestä laadullisesta tutkimuksesta ole mahdollista vetää pitkälle meneviä johtopäätöksiä. Tutkijat kuitenkin huomauttivat myös, että maantieteellisesti on havaittavissa merkittäviä eroavaisuuksia muun muassa masennuslääkkeiden reseptien kirjoittamistiheydessä. Samoin vaikeiden masennustilojen havaitsemisen suhteen on esiintynyt alueellista vaihtelua ja epätarkkuutta kansallisella tasolla, jolloin esimerkiksi vaikeiden masennustilojen hoito on saattanut olla alimitoitettua. (Mt.)

Tämänkaltaiset havainnot saattavat myötävaikuttaa sosiaalitieteen tutkimuskentän kiinnostukseen tarkastella esimerkiksi mielenterveyden häiriöiden diagnostiikkaan liittyviä käytänteitä, kuten lääkäreiden tapaa tulkita potilaan esittämiä mielenterveyteen liittyviä oireita, ja sitä vuorovaikutusprosessia, jonka seurauksena mielenterveyden häiriödiagnosi asetetaan. Edellä mainitussa tutkimuksessa Järvensivu ja kumppanit (2018) tarkastelivatkin empiirisesti sitä, millä tavalla työterveyslääkärit asettavat mielenterveyden häiriödiagnosin, ja mitkä eri tekijät vaikuttavat mielenterveyden häiriödiagnosin asettamiseen. Haastatteluaineiston analyysin tulkinta johti tutkijat esittämään näkemyksen siitä, että mielenterveyden häiriödiagnosin asettaminen koostuu monista erilaisista taustatekijöistä, jotka ovat kuitenkin yhteen kytkeytyneitä ja limittäisiä. Diagnosin asettamiseen nähtiin kytkeytyvän biomedikaalista, psyko-emotionaalista sekä sosiaalis-taloudellista syiden ja seurausten välistä pohdintaa sekä niihin tukeutuvia perusteluja.

Biomedikaalisena ilmiönä käsiteltynä mielenterveysongelmaa lähestyttiin lähinnä lääketieteellisin kriteerein. Psyko-emotionaalisen ilmiönä mielenterveyden häiriötä lähestyttiin enemmän reaktiona sosiaaliseen ympäristöön ja olosuhteisiin. Mielenterveyden häiriön alkuperä paikannettiin tällöin enemmän yksilön ulko- kuin sisäpuolelle. Sosiaalitaloudellinen näkökulma puolestaan ilmeni muun muassa yhteiskunnan sosiaalisen oikeudenmukaisuuden ja taloudellisen turvan pohtimisena diagnoosin asettamisen taustalla. (Mt.)

2000-luvulla medikalisaatiota koskeva kriittinen keskustelu on laajentunut myös lääketieteen kaupallistumista koskeviin kysymyksiin. Conrad (2005) esittää, että lääketieteessä olisi tapahtunut 1980-luvulla käänne, jolla on ollut merkittäviä yhteiskunnallisia vaikutuksia lääketieteeseen ja terveyskäyttäytymiseen. Conradin (2005) mukaan keskustelussa tapahtui tuolloin selkeä paradigman muutos lääketieteellisen hoidon ja avun saatavuuden kysymyksistä kohti lääketieteellisten kustannusten kontrollointia ja hoidon uudelleen organisoitua. Conrad esittää, että lääketieteen käytäntöjen toteutuksen saralla voitiin huomata käänne kohti markkinavetoista organisoitumista. Potilaiden näkökulmasta tämä saattoi tarkoittaa kuluttajakeskeisempää orientoitumista terveydenhuollon palveluja kohtaan. Samoin lääketieteen instituutiot ja lääketieteen ammattilaiset saattoivat suhtautua potilaisiin enemmän asiakkaina ja kuluttajina kuin hoidettavina lääketieteellisen avun tarvitsijoina. Samaan aikaan esimerkiksi lääkkeiden ja biotekniikan kehittämiseen erikoistunut teollisuus valtasi markkinoita enenevästi. Conrad toteaa, että tällainen lääketieteen uudelleen organisoituminen on tarkoittanut muun muassa sitä, että vaikka lääkärit voidaan nähdä edelleen yhteiskunnassa terveyteen ja sairauteen liittyvien kysymysten suhteen portinvartijan roolissa, niin he ovat silti jossain määrin alisteisia uudelle markkinavetoiselle lääketieteellisyydelle, jonka auktoriteettia lääketieteen hoidon ja toteutuksen suhteen ei ole syytä aliarvioida. (Mt.)

3.2 Tutkielman asemointi ja tutkimuskysymykset

Tässä tutkielmassa tarkastelen mielenterveyden häiriödiagnoosin saaneiden henkilöiden orientoitumista saatua diagnoosia kohtaan yksilöhaastattelun kontekstissa. Tällaista

orientoitumista mielenterveyden häiriödiagnoosia kohtaan viritetään haastattelutilanteessa esittämällä haastateltaville väittämän muotoon kirjattu virikekysymys. Mielenterveyden häiriödiagnoosia käsitellään tämän tutkielman kontekstissa kielellisesti rakentuvana ilmiönä, joka jäsentyy haastateltavien arvottavan puhetoiminnan tuloksena. Kyseessä on laadullinen tutkimusasetelma.

Tutkielmassa pyritään kiinnittämään huomioita mielenterveyden häiriödiagnoosin saaneiden henkilöiden kielenkäyttöön haastatteluaineistoon perehtymällä. Kielenkäyttötavat ja mahdollisuudet erilaisten identiteettien tuottamiseen haastattelutilanteessa nähdään kulttuurisidonnaisesti kytkeytyneinä laajempiin yhteiskunnassa vaikuttaviin diskursseihin ja mielikuviin (vrt. esim. Lupton, 1992). Haastateltavien puhetoiminta nähdään puolestaan sellaisena, joka on luonteeltaan arvottavaa. Tällainen arvottamiseen pyrkivä puhe konstruoi samalla asenneilmaisun kohteen, johon analyysi kohdentuu niin ikään. Analyyttiseksi havaintoyksiköksi täsmentyy haastateltavien arvottava puhetoiminta, jonka tarkastelussa pyritään hahmottamaan asenneilmaisut ja niiden rakentuminen sekä se, millä tavalla puhetoiminta konstruoi mielenterveyden häiriödiagnoosin saajan identiteettiä haastattelutilanteessa. Haastatteluaineiston analyysissa tulosten tulkinnassa tukeudutaan laadullisen asennetutkimuksen empiiriseen metodiikkaan (Vesala & Rantanen, 2007). Tutkielman teoreettisiin lähtökohtiin ja laadullisen asennetutkimuksen metodiikkaan perehdytään tarkemmin seuraavissa luvuissa.

Olen tiivistänyt tälle tutkielmalle osoitetut tutkimuskysymykset kahdeksi kysymykseksi seuraavasti:

- 1) Miten haastateltavat arvottavat mielenterveyden häiriödiagnoosin saamista ja mihin kaikkeen tällainen arvottaminen mahdollisesti liittyy?
- 2) Millä tavalla haastateltavat rakentavat mielenterveyden häiriödiagnoosin saajan identiteettiä yksilöhaastattelun vuorovaikutuskontekstissa?

Tämän tutkielman kirjoittamista motivoi kiinnostus tarkastella terveyden ja hyvinvoinnin alaan kuuluvaa ilmiötä kielellisenä ilmiönä, jonka merkitys jäsentyy puhetoiminnan tuloksena (vrt. Silverman & Peräkylä, 1990). Osaltaan tämän tutkielman

tutkimuskysymykset kurottavat niihin näkökulmiin, joita esiteltiin edellisissä alaluvuissa. Vaikka tässä tutkielmassa ei tukeuduta sosiaalisen roolin käsitteeseen sinänsä tulkinnallisena käsitteenä, niin edellä kuvattujen medikaalisen sosiologian lähtökohtien uskotaan antavan perusteet rakentaa tämänkaltainen sosiaalipsykologinen kysymyksenasettelu mielenterveyden häiriödiagnoosia koskevasta arvottamisen tavoista sekä mielenterveyden häiriödiagnoosin saajan identiteetin rakentamisesta haastattelutilanteessa.

Mielenterveyden häiriöiden ilmiöaluetta sosiaalisena konstruktiona tarkasteleva näkökulma on herättänyt keskustelua sosiaalitieteen kentällä, jonka pohjalta on esitetty näkökulmia muun muassa mielenterveyden häiriöitä koskevan tiedon luonteesta ja todenperäisyydestä (esim. Eisenberg, 1988; Horwitz, 2012). Tämän tutkimuksen kontekstissa ei ole edellytyksiä ottaa kantaa siihen, missä määrin kliininen psykiatria kykenee selittämään mielenterveyden häiriöiden olemusta tai syntyperää. Tämän tutkielman kontekstissa korostetaan ainoastaan vuorovaikutustilanteessa tuotettavien kielellisten käsitteistöjen konstruktionistista olemusta. Tällaisesta näkökulmasta katsottuna asianomaisen nähdään rakentavan puheena olevasta mielenterveyden häiriödiagnoosista subjektiivisen version, johon hän edelleen asemoituu diagnoosin saajana. Tällainen asetelma korostaa kielenkäytön konstruktionistista luonnetta, eikä ota kantaa mielenterveyden häiriöiden olemukseen sairauksina sinänsä. Kulttuurissa rakentuvat ja mielenterveyden häiriöitä koskevat normatiiviset puhetavat sekä diagnoosin saajan tapa merkityksellistää ja jäsentää diagnoosin saamista itselleen, on erityisen kiinnostava sosiaalitieteellinen kysymys juuri diskursiivisen sosiaalipsykologian tutkimusasetelmassa mielenterveyden häiriöitä tarkastelevassa tematiikassa. Tästä syystä tutkielmaan valittu tarkastelutapa analysoi kielenkäyttöä puheena olevaa ilmiötä kohtaan subjektiposition, arvottavan argumentaation sekä asenteenilmaisujen tulkintakehyksessä (Davies & Harré, 1990; Vesala & Rantanen, 2007; Potter & Wetherell, 1987; Wiggins, 2017).

Tämän tutkielman asemointi voidaan tunnistaa myös sellaisena soveltuvana keskusteluntutkimuksena, jossa kulttuurisia ja sosiaalisia ilmiöitä tarkastellaan sellaisina kuin ne tuotetaan näkyviksi keskustelun ohessa ja kulttuuriseen ymmärtämiseen

perustuvilla tavoilla (Alasuutari, 2011, s. 176–182). Alasuutari (2011, s. 176–177) toteaaakin, että ilmiöiden tarkastelu kielellisesti rakentuvina nominalistisina ilmiöinä niiden eri käyttöyhteyksissä ei välttämättä tee niistä yhtään vähemmän autenttisia, vaikka analyttinen huomio siirretäänkin kielenkäyttöön ja puhetapeihin. Tällä perusteella voidaan nähdä mielekkääksi esimerkiksi juuri mielenterveyden häiriöitä koskevan kielenkäytön tarkastelu varsinaisen lääketieteellisen viite -ja tulkintakehyksen ulkopuolella. Silverman ja Peräkylä (1990) viittasivat samaan huomioon niin ikään omassa tutkimuksessaan, jossa he tutkivat seksuaalisuuteen liittyvien puheenaiheiden ilmenemistä arkipuheessa. Seksuaalisuuteen ja 1990-luvulla vallinneeseen HIV-epidemiaan nähtiin liittyvän lääketieteellisten kysymystenasettelujen lisäksi oleellisesti kysymys siitä, millä tavalla ihmiset puhuvat seksuaalikäyttäytymiseen liittyvistä asioista arjen tilanteissa. Seksuaalisuuden tarkastelu kielellisenä ilmiönä esitettiin siten autenttisenä ja relevanttina seksuaalisuutta koskevana tutkimuskysymyksenä, koska seksuaalisuuteen liittyvän ja kulttuurissa jäsentyvän puheanaston nähtiin olevan yhtä merkittävä osa ihmisen seksuaalisuutta, kuin esimerkiksi itse fyysinen kanssakäyminen partnerien välillä. (Silverman & Peräkylä, 1990, s. 293–294.)

Tässä tutkielmassa hyödynnettävät diskursiivisen sosiaalipsykologian lähtökohdat sekä kiinnostus kielen käyttötapoihin mielenterveyden häiriöiden aihepiirissä kytkee tutkielman laajemmassa merkityksessä sellaisen sosiaalitieteellisen tutkimusparadigman piiriin, jossa korostetaan diskursiivisten ja keskusteluanalyttisten tutkimusasetelmien mahdollisuuksia terveystutkimuksessa. Yhtenä lisäyksenä tällaisesta tutkimuksesta voidaan edellisten lisäksi mainita vielä Elina Weisteen ja kumppanien (2018) tekemä keskusteluanalyttinen tutkimus psykiatrin ja potilaan välisestä vuorovaikutuksesta. Weiste ym. (2018) havaitsivat, että psykiatrin lisäksi myös potilas itse on usein halukas tuottamaan selityksiä ja päätelmiä liittyen kokemuksiinsa terveysongelmiin. Tutkijat tunnistivat puheaineiston vuorovaikutuksen tarkastelun perusteella erilaisia tapoja, joilla potilaat hyödynsivät psykiatrisen diagnostiikan kategorioita oman puheensa resursseina psykiatrisen haastattelutilanteen kontekstissa sairaalaympäristössä. Potilaat saattoivat esimerkiksi pyrkiä perustelemaan ja jäsentämään omia elämäkokemuksiaan psykiatrisen diagnostiikan oirekuviin nojaamalla. Tällöin

esimerkiksi mielenterveyden häiriöiden kokemuksille saatettiin etsiä erilaisia ulkopuolisia syytekijöitä omien elämäntapahtumien pohjalta. Psykiatrisen sairaanhoidon kontekstissa potilaiden tavan pyrkiä jäsentämään mielenterveyden häiriödiagnoosia itselleen arvellaan olevan tärkeä osa henkilökohtaisen sairausnarratiivin rakentamista. (Mt.) Henkilön johdonmukaisen ymmärryksen olosuhteista, ympäröivästä yhteiskunnasta ja omasta itsestään arvellaan olevan tärkeä osa positiivisen minäkuvan ja itsearvostuksen säilyttämistä potilaan toimija-asemassa. Sairautta ei tällöin katsota pelkästään yksilön omana asiana, vaan ennemmin suhteena yksilön ja sosiaalisen ympäristön välillä. (Bury, 1991; Weiste ym. 2018.)

4 TUTKIELMAN TEOREETTINEN VIITEKEHYS

4.1 Sosiaalinen konstruktionismi

Raatikainen (2004, s. 60) mainitsee, että ”sosiaalinen konstruktio” olisi muodostunut viime aikoina muutokäsitteeksi ihmistieteiden kentällä. Raatikaisen (2004) mukaan on tehtävä ero sille, mitä todellisuudella kulloinkin tarkoitetaan silloin, kun siitä puhutaan sosiaalisena konstruktiona. Maltillisen sosiaalisen konstruktionismin mukaan inhimillistä sosiaalista kokemusmaailmaa voidaan kuvata sosiaalisena konstruktiona. Jyrkän konstruktionistisen näkemyksen mukaan myös ei-kulttuurinen, aineellinen maailma, esimerkiksi fysiikan ja tähtitieteen tutkima todellisuus on pelkkä tutkijoiden luoma sosiaalinen konstruktio.

(Raatikainen, 2004, s. 45, 60.) Maltillisempaa yhteiskuntatieteellistä sosiaalisen konstruktionismin tulkintakehystä Raatikaisen (2004) mukaan edustavat Peter Berger ja Thomas Luckmann (1966), joiden myötä sosiaalinen konstruktio myös levisi käsitteenä laajempaan käyttöön. Raatikainen (2004) viittaa maltillisella sosiaalisen konstruktion käsityksellä Bergerin ja Luckmannin tapaan puhua ”todellisuudesta”, jolla siis tarkoitetaan arkielämän ilmiöiden synnyttämää kokemusmaailmaa. (Mts. 60–61.)

Berger ja Luckmann (1966, s.70–79) määrittelevät sosiaalisen konstruktionismin olemusta ja viittaavat käsitteellä sosiaalisen todellisuuden luonteeseen, jonka he kuvaavat olevan ihmisen inhimillisen sosiaalisen toiminnan tuloksena syntyvä instituutioiden, sosiaalisten

käytäntöjen sekä sosiaalisen järjestyksen kokonaisuus, jonka kanssa ihminen elää vuorovaikutteisessa (*dialectical*) suhteessa.

Ihmisen sosiaalisen toiminnan tuloksena järjestäytynyt maailma (*the institutional world*) näyttäytyy ihmisen kokemusmaailmassa objektiivisena todellisuutena. Berger ja Luckmann (1966) kuitenkin huomauttavat, että vaikka ihmisen kokemusmaailmassa sosiaalinen todellisuus näyttäytyy objektiivisesti, niin tällainen todellisuus ei edellytä sellaista ontologista asemaa todellisuutena, joka olisi irrallaan ihmisen sellaisesta inhimillisestä ja sosiaalisesta toiminnasta, joka on sen tuottanut (Mts.78). Berger ja Luckmann (1966) esittävät, että ihminen on luonut itse ympäröivän yhteiskunnan, eli sen sosiaalisen todellisuuden, jossa hän elää, ollen myös samalla itse tämän sosiaalisen prosessin tuloksena syntynyt (Mts. 79).

Vivien Burr (2015) kuvailee sosiaalista konstruktionismia teoreettisena suuntauksena sosiaali- ja ihmistieteiden kentällä niin ikään sellaisena, jota ei ole mahdollista määritellä yksiselitteisesti tyhjentävästi (Mts. 2). Burr (2015) linjaa kuitenkin sosiaalisen konstruktionismin peruseriaatteita, jotka korostavat hänen mukaansa sosiaalista maailmaa koskevan tiedon luonnetta ja inhimillisen ymmärryksen rakentumisen reunaehtoja. Tämän näkemyksen mukaan sosiaalista maailmaa koskeva tieto ja sitä koskeva ymmärrys ovat kulttuurisesti ja historiallisesti jäsenyneet ajallis-paikallisesti. Tietoa ylläpidetään, toistetaan ja uusinnetaan ihmisten sosiaalisissa prosesseissa. Burr (2015) kuvailee, kuinka sosiaalisen konstruktionismin näkökulmasta tiedon ja totuuden erilaiset versiot ovat alisteisia sitä tuottaville sosiaalisen vuorovaikutuksen prosesseille. Burr (2015) mainitsee, että se mitä kulloinkin pidetään totuutena, muuttuu ja vaihtelee aikakausten mukaan sekä eri kulttuuripiirien välillä. Tällöin totuus voidaan ymmärtää ainoastaan sellaisena, jota kulloinkin pidetään hyväksyttävänä tapana ymmärtää maailma. Tästä näkökulmasta totuus ei ole rakentunut maailmasta tehtyjen objektiivisten havaintojen perusteella, vaan se on syntynyt sosiaalisten vuorovaikutusprosessien seurauksena. Samoin se, mitä kulloinkin pidetään oikeana ja samalla tiedon ylimpänä auktoriteettina, rakentaa yhteiskunnan sisäisiä valtasuhteita, jonka perusteella valtuutetaan tietyt sosiaalisten asemien, rakenteiden ja instituutioiden hierarkiat. (Burr, 2015, s. 2–10.)

Kenneth Gergen (2009) puolestaan korostaa itsestään selvänä pidetyn tiedon kyseenalaistamista sen perusteella, että asioiden totena pitäminen nojaa aina johonkin inhimilliseen merkityksen rakentamisen traditioon, jolloin tietoa ei tule nähdä absoluuttisena totuutena, vaan kielen merkitysjärjestelmän myötä rakentuvana ilmiönä. Gergen (2009) rakentaa sosiaalisen konstruktionismin määritelmää suhteisiin perustuvana sosiaalisena toimintana, jossa maailma ja ihminen itse tulevat määritellyksi tietyssä sosiaalisessa traditiossa jaetun kielen merkitysten verkostossa ja vuorovaikutuksessa ihmisten välillä. Gergen (2009) esittää, että asioiden merkitykset rakentuvat kielellisesti ja kielen merkitys on keskeinen inhimillisen ymmärryksen tuottamisessa. Tällöin sosiaalisen maailman ilmiöt tulevat ymmärrettäviksi ainoastaan suhteessa siihen kielelliseen traditioon, jonka myötä ilmiölle jäsentyy sen olemus ja sisältö. Gergen (2009) havainnollistaa tällaista suhteisiin perustuvaa prosessia ja tarjoaa esimerkkinä tällaisesta prosessista käsitteen ”ongelma”. Käsitte ”ongelmasta” ei esiinny itsenäisenä faktana maailmassa sellaisenaan, vaan ”ongelman” määritelmä syntyy sen perusteella, minkä ihmiset kulloinkin määrittelevät tavoittelemisen arvoiseksi. ”Ongelman” määritelmä jäsentyy tällöin sen perusteella ja suhteessa siihen, mikä kulloinkin nähdään muodostuvan tällaisten tavoiteltavien asioiden saavuttamisen esteeksi. Vasta tällöin ”ongelma” tulee määritellyksi. (Mts. 3–4, 6–11.)

Sosiaalisen konstruktionismin periaatteita tarkastelemalla voidaan huomata sen seuraukset sille, mistä näkökulmasta yksilöä tarkastellaan osana sosiaalista todellisuutta. Tässä kohden sosiaalisen konstruktionismin käsitys ihmisestä eroaa valtavirran psykologian individualistisesta ihmiskäsityksestä, koska konstruktionistinen näkökulma ei oleta ihmisellä olevan sosiaalisen rakentumisen ylittävää, pysyvää essentialistista olemusta. Burr (2015) kuvailee, että yleisesti jaettuna käsityksenä psykologiassa lähestytään näkemystä ihmisestä sellaisena, joka korostaa yksilökeskeistä näkökulmaa. Tällainen yksilökeskeinen näkökulma tarkastelee ihmistä essentialistisesti. Essentialistinen näkökulma olettaa, että ihmisen mielensisäinen maailma on järjestynyt pysyväluonteiseksi psykologiseksi rakenteeksi ja ihmisen ominaisuuksien joukoksi. Essentialistisen näkemyksen mukaan ihmisen sosiaalinen toiminta ja vuorovaikutus heijastavat näin ollen ihmisen sisäistä

olemusta. Burr (2015) viittaa tällaiseen ennako-oletukseen ihmiskuvasta myös dispositionaalisen näkökulmana psykologiassa, jolloin ihmisen oletetusta sisäisestä ja pysyvistä olemuksesta tehdään johtopäätöksiä tämän ulkoisen toiminnan ja vuorovaikutuksen perusteella. Burr (2015) arvioi, että tällainen dispositionaalinen ihmiskuva saattaa asettaa ihmisen alttiiksi sellaisille kausaaliselityksille, joissa ihmisen sosiaaliselle toiminnalle etsitään ennemmin yksilöstä lähtöisin olevia selityksiä, kuin kiinnitettäisiin huomio sosiaalisiin prosesseihin ja sosiaalisiin suhteisiin. (Mts. 7–8.)

Edellinen kuvaus erilaisista ihmiskäsityksistä on merkittävä näkemusero dispositionaalisen ja konstruktionistisen lähestymistavan välillä erityisesti suhteessa ihmiskuvaan. Näkemuserot ja taustaoletukset ihmiskuvaan liittyen ovat huomionarvoisia tämän tutkielman kontekstissa, sillä kliininen psykiatria (esim. Lönnqvist ym. 2017) vaikuttaa tarkastelevan ihmistä juuri tällaisesta dispositionaalista näkökulmasta käsin. Tässä tutkielmassa ei ole kuitenkaan tarkoitus syventyä konstruktionistisiin ja dispositionaalisiin näkemuseroihin mielenterveyden häiriöiden aihepiirissä. Tarkoituksena on sen sijaan korostaa sosiaalisen konstruktionismin lähtökohdista nousevia mahdollisuuksia tarkastella sitä, millä tavalla kokemukset mielenterveyden häiriödiagnoosista ovat sosiaalisesti rakentuneita. (Hacking, 2009, s. 143–148.)

Edellä kuvatut sosiaalisen konstruktionismin periaatteet, jotka toimivat samalla tämän tutkielman teoreettisena viitekehyksenä, voidaan esittää vielä kokoavasti yhteenvetona. Sosiaalinen konstruktionismi korostaa sosiaalisesta todellisuudesta rakentuvan ymmärryksen vuorovaikutusprosesseja sekä sosiaalisen todellisuuden luonnetta ajallis-paikallisesti muodostuvana sosiaalisten käytäntöjen, instituutioiden ja rakenteiden verkostona. Sosiaalisen konstruktionismin yleisinä peruseriaatteina voidaan siis pitää sitä, että tieto tuotetaan ja se kanavoituu sosiaalisissa vuorovaikutuksen prosesseissa, jonka tuloksena syntyy sosiaalisesti jaettu versio todellisuudesta. Toisekseen tieto sekä ymmärrys ihmisestä, ihmisluonteesta ja ympäröivästä yhteiskunnasta, on luonteeltaan muuttuvaa sekä aikaan ja paikkaan sidottua. Kolmantena, sosiaalinen todellisuus synnyttää valtahierarkioita, koska vallitseva käsitys oikeasta ja väärästä tiedosta edellyttää yhteisön

normatiivista hyväksyntää ja legitimizeettiä, mutta on samalla altis myös muutokselle. Neljäntenä, näkemykseen tiedosta absoluuttisena ja objektiivisena tai sosiaalisesta todellisuudesta erillisenä sosiaalinen konstruktionismi suhtautuu vähintäänkin varauksellisesti. (Berger & Luckmann, 1966; Burr, 2015; Gergen, 2009; Potter & Wetherell, 1987.)

4.2 Diskursiivinen sosiaalipsykologia (DP)

Discursive psychology is a theoretical and analytical approach to discourse which treats talk and text as an object of study in itself, and psychological concepts as socially managed and consequential in interaction. (Wiggins, 2017, s. 4.)

Sally Wiggins (2017) määrittelee edellisessä lainauksessa diskursiivisen psykologian yleistä luonnetta teoreettisena ja analyttisenä lähestymistapana. Määritelmän mukaan diskursiivinen tutkimusintressi nostaa puheen ja tekstin tarkastelun keskiöön ja on samalla kiinnostunut siitä, millä tavalla psykologisia ilmiöitä hallitaan sosiaalisesti vuorovaikutuksessa. Esitetty määritelmä tarjoaa tälle tutkielmalle luontevan teoreettisen kehyksen, sosiaalisen konstruktionismin ohella, jonka puitteissa kommentointiaineistossa esille nousevaa ilmiötä, eli mielenterveyden häiriödiagnoosia, tullaan tarkastelemaan.

DP:n peruseriaatteet rinnastetaan usein edellä kuvatun (luku 4.1) sosiaalisen konstruktionismin metateoreettisten lähtökohtien kanssa. Samoin kuin diskursiivisen sosiaalipsykologian piirissä, myös sosiaalisen konstruktionismin tutkimusperinne korostaa valtavirran psykologiasta poiketen kielen keskeistä asemaa sosiaalisen todellisuuden tarkastelussa (Burr, 2015, s. 52–53; Langenhove & Harré, 1999; s. 15). Potter (1998) esittää, että diskursiivinen sosiaalipsykologia voidaan rinnastaa (sosiaalisen) konstruktionismin mukaisiin metateoreettisiin näkökulmiin ainakin kahdella tavalla. Ensinnäkin diskursiivisen sosiaalipsykologian lähtökohdista käsin katsottuna ihminen jäsentää ympäröivän todellisuuden erilaisten kuvausten, kannanottojen sekä ymmärrystä rakentavien vuorovaikutusprosessien kautta. Ihmisen ei nähdä omaksuvan käsitystä maailmasta passiivisesti valmiiksi kategorisoituna sellaisenaan, jollaisena se tarjotaan esimerkiksi evoluutioteorian tai uskonnollisten ideologioiden kuvaamana. Ihmisen nähdään

sen sijaan osallistuvan itse aktiivisesti sosiaalisen maailman rakentamiseen ja sen merkityksellistämiseksi itselleen. Toisekseen diskursiivinen sosiaalipsykologia korostaa, että maailmaa kuvaava kielellinen merkitysjärjestelmä on itse luonteeltaan konstruktionistinen. Kielen symbolinen merkitysjärjestelmä erilaisine kielikuvineen on kontekstisidonnaisesti hyödynnettävä kielellinen resurssi. Tästä näkökulmasta diskursiivisen sosiaalipsykologian nähdään olevan lähellä sosiaalisen konstruktionismin metateoreettisia lähtöoletuksia. (Potter, 1998, s. 234–235.)

Diskursiivinen tutkimus toimii metateoreettisena yläkäsitteenä erilaisille näkökulmille ja erilaisille menetelmällisille lähestymistavoille kielen ja vuorovaikutuksen tarkastelussa (esim. Pietilä, 2010, s. 213). Diskursiivisen psykologian tutkimusparadigmaa yhdistää mielenkiinnon kohdentaminen erilaisten diskurssien eli puhuttujen ja kirjoitettujen keskusteluyhteyksien kautta muodostuvien aineistojen analysointiin, sekä erilaisten kielen käyttötapojen funktionaalisuutta korostaviin näkökulmiin (esim. Augoustinos ym. 2006; Harré & Gillett, 1994; Harré & Stearns, 1995; Jokinen ym. 2016; Potter & Wetherell, 1987). Tästä syystä diskursiivisen sosiaalipsykologian periaatteita hyödyntävän tutkimuksen tutkimusmateriaaliksi soveltuvat parhaiten autenttiset vuorovaikutusaineistot, joita myös tässä tutkielmassa hyödynnetään (Potter, 1998, s. 239).

Wiggins (2017) esittää DP:n lähestymistavalle kolme ydinperiaatetta, jotka ovat hänen mukaansa seuraavat: 1) diskurssi eli lausuttu tai kirjoitettu puhe, on luonteeltaan samanaikaisesti sekä sosiaalisessa maailmassa vuorovaikutuksen myötä konstruoitua, että maailmaa sosiaalisesti rakentavaa. 2) Diskurssi on paikallisesti jäsentynyttä, ja se saa merkityksensä tietyssä sosiaalisessa kontekstissa. Kielen katsotaan kytkeytyvän aina tiettyyn sosiaaliseen kontekstiin, jolloin kielen merkitys rakentuu siinä kontekstissa ja siihen tarkoitukseen, jossa kieltä kulloinkin käytetään. 3) Diskurssit ovat sosiaalista toimintaa (*action-orientated*). Kolmannen ydinperiaatteen mukaan, kielellä nähdään olevan funktionaalinen tehtävä, jonka perusteella kielen kuvataan aktiivisesti pyrkivän tuottamaan haluttuja asiantiloja ja versioita ympäröivästä sosiaalisesta maailmasta ja sen ilmiöistä. Kieli ei siis ole pelkästään asioita passiivisesti kuvaileva merkkijärjestelmä, vaan sosiaalista

maailmaa aktiivisesti muokkaava ja järjestävä työkalu. Sosiaalisen maailman ilmiöt ja objektit saavat merkityksensä kielen käyttötapojen myötä niissä sosiaalisissa tilanteissa ja käyttöyhteyksissä, joissa kieltä kulloinkin käytetään. Kielen tuottamisen käytännöt (*discursive practices*), eli se, miten ihmiset puhuvat ja kirjoittavat asioita sosiaalisesta maailmasta, on työkalu ja kanava, jonka kautta sosiaalinen todellisuus rakentuu. (mts. 8–15.)

Augoustinos ym. (2006) jakavat samat, edellä kuvatut yleiset periaatteet, jotka luonnehtivat DP:tä teoreettisena lähestymistapana sosiaalisen maailman tarkastelussa. Augoustinos ym. (2006) mukaan diskursiivisen tutkimuksen pääasiallisena tutkimusintressinä on se, miten ihmiset käyttävät kieltä tehdäkseen jokapäiväisestä elämästään ymmärrettävän. Puheen käytännöt eli diskurssit nähdään refleksiivisesti ja kontekstuaalisesti jäsenyvinä, eli kielen nähdään rakentavan sosiaalisen maailman ilmiöt, objektit ymmärrettäviksi sellaisina, joihin ne kulloinkin kuvataan. Maailmasta rakentuu näin ollen tietynlainen versio ympäröivästä todellisuudesta, jota ylläpidetään, uusinnetaan ja tuotetaan erilaisissa puheyhteyksissä. (Mts. 55–57.) Myös Jokinen ym. (2016) korostavat diskursseja luonteeltaan dynaamisina puhetapoina, jonka mukaan diskursseja tuotetaan, uusinnetaan ja muunnetaan erilaisissa sosiaalisissa käytännöissä aktiivisesti. Tapahtumatilanteen, eli kontekstin moniulotteisuutta pidetään diskurssien seurauksena rakentuvan maailman luonteenomaisena piirteenä ja aineistojen analyysin kannalta niiden rikkautena. (Jokinen ym. 2016, s. 36.)

Augoustinos ym. (2006, s. 57–58) huomioivat omassa katsannossaan lisäksi sen, että puheen käytännöissä ei rakenneta pelkästään versiota sosiaalisesta maailmasta ja sen erilaisista ilmiöistä, vaan puheella konstruoidaan samalla myös osallisten henkilöiden identiteetit. Tämä näkemys jakaa edellisessä luvussa (kts. Luku 4.1) kuvatun sosiaalisen konstruktionismin esittämän kriittisen asemoitumisen ihmisen sisäistä, psykologisesti essentialistiseksi nimettyä, identiteettinäkemystä kohtaan. Kiinteän ja pysyväluonteisen psykologisen identiteetin sijaan, diskursiivisten käytäntöjen nähdään synnyttävän erilaisia subjektipositioita puhujille. Keskustelun myötä puhujat voivat identifioida saman henkilön eri tavoin esimerkiksi äidiksi, ystäväksi tai rakastajaksi. (Mts.)

Tämän tutkielman valossa mielenkiinto voidaan kohdentaa siihen, minkälaista mielenterveyden häiriödiagnoosin saajan identiteettiä haastateltavat rakentavat puheessaan, sekä minkälaisen asemoinnin ja uudelleen asemointiprosessin eli positioinnin tuloksena tällaista identifiointia tehdään. Augoustinos ym. (2006) esittävät, että ihmiset tekevät tällaista asemointiin liittyvää neuvottelua vuorovaikutuksen myötä aktiivisesti. Puheella asemoidaan ihmiset ottamaan erilaisia identiteettejä, joita kuvataan subjektiposition käsitteellä. Kielen merkitysjärjestelmässä tällaisella jäsennyksellä on seurauksia kuvatuille henkilöillä, sillä annetut identiteetit ja aseminnit sisältävät kulttuurisesti tunnistettavat moraaliset velvollisuudet, mahdollisuudet sekä oikeudet. Samanaikaisesti henkilöillä säilyy mahdollisuus neuvotella tai uudelleen muotoilla oma subjektipositionsa diskurssin sisällä. (Mts. 57–58.)

Diskursiivisen sosiaalipsykologian tutkimusperinteessä kieltä kuvataan aktiivisesti toiminnallisena ja erilaisia asiantiloja luovana tekemisenä. Monia psykologisia mielen ilmiöitä, kuten persoonallisuutta tai identiteettiä, tuotetaan käytännöllisesti kielen avulla näkyväksi, jolloin voidaan tarkastella sitä, millä tavalla se tapahtuu, vaikka samalla varsinaisia mielen sisäisiä ilmiöitä tai niiden kausaaliyhteyksiä ei tällä tavoin pystyttäisikään tyhjentävästi selittämään (Langenhove & Harré, 1999, s. 16–20). Tässä mielessä diskursiivisen sosiaalipsykologian tutkimusparadigma voidaan nähdä pragmaattisena ja empiirisen metodologian suuntaan kurottavana tutkimuspyrkimyksenä sosiaalisen maailmaan tarkastelun suhteen (Vesala & Rantanen, 2007).

Harré ja Gillett (1994, s. 27–32) kuvaavat kieltä normatiivisena merkkijärjestelmänä, joka sisältää tietyt säännöt sekä oikean ja väärän tavan käyttää tällaista merkitysjärjestelmää. Tällainen merkitysjärjestelmä kanavoituu edelleen erilaisten diskursiivisten käytäntöjen (discursive practices) eli tuotetun kielen käyttöyhteyksissä. Kielen nähdään ajavan tiettyjä päämääriä ja suorittavan tiettyjä kontekstisidonnaisia puhetekoja (speech-acts). Puheteoilla korostetaan kielen intentionaalisuutta. Puhe ei näin katsottuna ole pelkästään päämäärätöntä asioiden kuvailua, vaan puheella pyritään aktiivisesti tekemään asioita. Puhetekoja on

monenlaisia, niillä voidaan esimerkiksi esittää kutsuja, varoittaa ihmisiä, tehdä lupauksia, uhkauksia tai pahoitella omaa käyttäytymistä, ja niin edelleen. (Mts.)

Kielen käyttötapojen analyttinen tarkastelu kiinnittää huomiota siihen, mitä kielen merkkijärjestelmällä pyritään kulloinkin tekemään ja minkälaisia päämääriä ja tavoitteita kielenkäytöllä tavoitellaan. Harré ja Gillett (1994) esittävät näin ollen, että kielenkäyttö on siten aina myös seurauksellista. Valittu kielenkäyttö johtaa läsnäolijoita tekemään erilaisia johtopäätöksiä valitun kielen käyttötavan perusteella. Harré ja Gillett (1994) havainnollistavat esimerkiksi persoonapronominin käyttöä puheessa, joka johtaa kuulijat tekemään tulkintoja puheen luonteesta sekä siitä, mitä päämääriä puheelle mahdollisesti on asetettu. Kielenkäyttö on tässä mielessä seurauksellista suhteessa merkitysjärjestelmän säännönmukaisuuksiin, kielioppisääntöihin sekä kontekstisidonnaisesti suhteessa siihen kuka puhuu, kenelle puhe osoitetaan ja minkälainen narratiivi puheella kulloinkin rakennetaan. (Mts. 28–29.)

4.3 Positiointiteoria

Tässä luvussa avaan positiointiteorian sisältöä keskittymällä erityisesti Davies ja Harrén (1990) sekä Langenhove ja Harrén (1999) esittämiin teoreettisiin lähtökohtiin. Positiointiteoriaksi nimetty näkökulma muodostaa teoreettisen tulkintakehyksen tämän tutkielman laadullisen aineiston tarkasteluun. Positiointiteoriaan liittyy läheisesti myös muutamia tulkintakäsitteitä, jotka ovat hyödyllisiä apuvälineitä kommentointiaineiston analyttisessä tarkastelussa tuonnempana. Positiointiteorian peruseräpäätökset nojaavat niihin sosiaalisen konstruktionismin ja diskursiivisen sosiaalipsykologian metateoreettiin lähtökohtiin, joita käsiteltiin edellisissä alaluvuissa.

Puhuttaessa positiointiteoriasta yleisellä tasolla huomataan, että nimityksellä ei viitata ainoastaan yhteen tarkkarajaiseen teoriaan. Positiointiteorialla viitataan väljästi yhteisenä nimittäjänä sellaisiin teoreettisiin näkökulmiin, jossa huomio kiinnitetään vuorovaikutuksen dynamiikkaan ja erilaisten puhuja-asemien muodostumiseen. Positiointiteorian avulla on

tarkasteltu esimerkiksi sitä, millä tavalla yksilöiden identiteetit rakentuvat tilannekohtaisesti vuorovaikutusprosessissa. (esim. Davies & Harré, 1990; Gillespie & Martin, 2014; Hermans, 2001; Hermans & Konopka 2010; Langenhove & Harré, 1999; Potter & Wetherell 1987; Wetherell, 1998.)

Positiointiteoreetikot ovat tarjonneet positioinnin käsitettä vaihtoehdoksi roolin käsitteelle (vrt. esim. Goffman, 1959), joka positioinnin käsitteeseen nähden on koettu liian staattisena, eikä sen nähdä olevan käytännöllinen tulkintakäsite analysoimaan vuorovaikutustilanteiden dynaamista luonnetta riittävän tarkasti. Vuorovaikutustilanteen dynamiikan ymmärtämiseksi positioinnin käsitettä suositaan, koska sen arvellaan osoittavan roolin käsitettä täsmällisemmin ihmisen joustavia ja hienovaraisia kykyjä ja mahdollisuuksia neuvotella, uudelleen muotoilla sekä kyseenalaistaa omaa tai muiden osapuolien puherakenteessa tapahtuvaa asemointia. (Davies & Harré, 1990; Gillespie & Martin, 2014; Langenhove & Harré, 1999, s. 14–16.)

Positiointiteorian nimityksellä on tuotettu erilaisia sosiaalipsykologisia malleja, joissa painopiste on toisinaan enemmän sosiaalisen maailman ja yhteiskunnan rakenteissa (esim. Gillespie & Martin, 2014), toisinaan vuorovaikutusprosessien ja kielenkäytön dynamiikan tarkastelussa (esim. Davies & Harré; Langenhove & Harré 1999; Potter & Wetherell, 1987; Wetherell 1998) sekä toisinaan taas enemmän yksilöpsykologisissa prosesseissa (esim. Hermans, 2001; Hermans-Konopka, 2010).

Tämän tutkielman kontekstissa on hyödyllistä rajata positioinnin käsitteellinen ja teoreettinen esittely kahteen ensiksi mainittuun teoreettiseen painopistealueeseen, joiden uskon antavan parhaat edellytykset tämän tutkielman kommentointiaineiston analyttiseen tarkasteluun.

Gillespie ja Martin (2014) kuvaavat kehittämässään positioiden vaihdon teoriassa (*Position exchange Theory*, PET) sitä, kuinka ihmiset liikkuvat ensisijaisesti fyysisen, sosiaalisen ja institutionaalisen vuorovaikutuskehityksen rajapinnoilla. Tällä viitataan lähinnä ihmisen sosiaaliseen kanssakäymiseen fyysikaalisessa ja institutionaalisisessa tilassa, sekä sosiaalisen

position ottamista erilaisissa elämänvaiheen asiayhteyksissä. Teoreettisessa mielessä tällainen positiointi nähdään edeltävän abstraktimpaa positioitumista erilaisissa keskusteluyhteyksissä. Gillespie ja Martin (2014) kytkevät oman teoriansa mukaiset lähtökohdat näin ollen toisiin positiointiteorioihin, kuten Daviesin ja Harrén (1990) sekä Hermans-Konopkan (2010) esittämiin näkökohtiin. Näihin rinnakkaisiin positiointiteorioihin nähden Gillespie ja Martin (2014) arvioivat rakentavan omalla teoriallaan (PET) perustan, jonka he tulkitsevat olevan alusta sitä seuraavalla abstraktimman tason positioinnin ottamiselle erilaisissa keskusteluyhteyksissä. PET-teorian mukaan ihmisen mahdollisuudet erilaisten vuorovaikutustilanteissa otettavien positioiden omaksumiseen kehittyä ja muuttua ihmisen elämän aikana, esimerkiksi ihmisen kasvaessa kohti aikuisuutta. Yksilön elinkaaren eri vaiheissa hänelle avautuu jatkuvasti uusia mahdollisuuksia ja erilaisia sosiaalisia tilanteita, joissa erilaisten sosiaalisten positioiden ottaminen mahdollistuu. Ihmisen elämän aikana hänen fyysinen kehityksensä, sosiaalinen liikkuvuutensa esimerkiksi työn, harrastuksien tai opiskelun seurauksena, sekä institutionaalinen asemansa tuovat hänelle mahdollisuuksia ja toisaalta rajoittavat yksilön sosiaalisen positioinnin ottamista tilannekohtaisesti. Sosiaalinen positio nähdään tällöin dialogisena mahdollisuutena tilannesidonnaisesti, eli mahdollisuudet eri position ottamiseen vuorovaikutuksessa ovat sosio-institutionaalisesti määrittyviä, joita jäsentää tilanteessa kulloinkin vallitsevat ja tiettyä sosiaalista positiota sitovat oikeudet, velvollisuudet ja vaatimukset. Esimerkiksi lääkärin ja potilaan tai tuomarin ja oikeudessa syytetyn henkilön mahdollisuuksien, oikeuksien ja velvollisuuksien nähdään olevan kytköksissä vallitsevaan sosiaaliseen tilanteeseen. Sosiaaliset positiot nähdään lisäksi kontekstisidonnaisesti joko vakaina, muuttuvina, seurauksellisina, ohimenevinä, virallisina tai epävirallisina. PET-teorian mukaan sosiaalinen positio vaikuttaa kulloinkin myös yksilön tapaan ajatella ja toimia tilanteessa. Gillespie ja Martin (2014) korostavat lisäksi, että ihmiset liikkuvat erilaisten sosiaalisten positioiden välissä jatkuvasti. Henkilö voi esimerkiksi täyttää saman päivän aikana useita erilaisia positioita, kuten äiti, vaimo, työntekijä, kuluttaja, opiskelija ja opettaja. (Mt.)

Gillespien ja Martinin (2014) esittämänä sosiaalisen position näkökulma tulee lähelle aiemmin sivuttua sosiaalisen roolin käsitettä (esim. Goffman, 1959). Toisaalta, Gillespie ja Martin (2014) lähestyvät PET-teoriallaan myös sosiaalisen kategorian ja kategorisoimisen määritelmää (Jokinen ym. 2016, s. 39), jonka mukaan erilaiset luokittelevat sosiaaliset kategoriat, kuten esimerkiksi seksuaalinen suuntautuneisuus, sukupuoli tai kansallisuus, muuntautuvat ihmisten kanssakäymisessä kielenkäytön ja toiminnan resursseiksi, joihin ihmiset toiminnassaan ja vuorovaikutuksessa orientoituvat eri tavoin ja käyttävät eri tilanteissa erilaisin seurauksin. Toisten kategorisoinnin vuorovaikutustilanteessa nähdään muodostavan samalla ryhmäkategorian. Ryhmäjäsensuhteiden perusteella ryhmien jäsenillä oletetaan olevan yhteisiä ominaisuuksia ja samankaltaisia toimimisen tapoja (Jokinen ym. 2016, s. 176–178).

Sosiaalisen position näkökulma onkin hyödyllinen huomioida tämän tutkielman kontekstissa. PET-teorian (Gillespie & Martin, 2014) näkökulmasta voidaan nähdä, että mielenterveyden häiriödiagnoosi on medikaalisen kehyksen myötä rakentuva ja seurauksellinen sosiaalinen positio, joka saattaa sitoa mielenterveyden häiriödiagnoosin saajan tiettyyn sosiaaliseen positioon ja tarjota asianomaiselle sen perusteella tietyt mahdollisuudet, oikeudet ja velvollisuudet puheen ja toiminnan resursseiksi, mikä voi edelleen vaikuttaa yksilön tapaan toimia ja ajatella tilannekohtaisesti. Tämän huomioiminen saattaa antaa eväitä tarkastella sitä, millä tavalla asianomainen orientoituu häiriödiagnoosiin kielellisesti tästä ennalta asetetusta positioista käsin.

Tämän tutkielman kontekstissa positiointiteorioiden kirjon toinen painopiste rajataan lähinnä Davies & Harrén (1990) sekä Langenhove & Harrén (1999) esittämiin näkökulmiin, jotka korostavat keskusteluyhteyksissä tapahtuvaa abstraktimman tason positiointia. Tällainen näkökulma positioihin korostaa huomion kiinnittämistä kielen funktionaalisuuteen ja intentionaalisuuteen.

Langenhoven ja Harrén (1999) mukaan positioinnilla viitataan erilaisissa keskusteluyhteyksissä, eli diskursseissa, syntyviä mahdollisuuksia keskustelun osapuolille (*subjects*) asemoitua, eli positioitua eri tavoin. Positiointi määritellään vuorovaikutuksessa

tapahtuvaksi ilmiöksi, jota kuvataan vuorovaikutussuhteena diskurssissa esiintyvien osapuolten välillä. Positiot voivat rakentaa kuvauksia puhujasta itsestään tai toisista ihmisistä ja tehdä sen eri tavoin. Henkilön moraalialia tai persoonallisia ominaisuuksia voidaan pyrkiä kuvaamaan ottamalla erilaisia positiota. Puhuja voi pyrkiä esiintymään itsevarmana tai epävarmana, asiantuntijana tai maallikkona, alistavana tai dominoivana ja niin edelleen. Omaksutulla positiolla on seurauksia vuorovaikutuskontekstin ja muiden keskusteluun osallistuvien kannalta. Esimerkiksi avuntarvitsijaksi ja heikoksi positioituneen avunpyyntö voidaan tulkita eri tavalla kuin vahvaksi ja itsevarmaksi positioituneen vastaava. Jälkimmäinen saatetaan tulkita jopa epäsovivana käytöksenä tilanteessa ja se saattaa herättää muissa osapuolissa paheksuntaa. Omaksutut positiot kytkeytyvät myös sitä tukeviin tarinankerronnallisiin kuvauksiin, jolloin esimerkiksi asiantuntijan position ottanut voi tukeutua opettajalle sopivaan pedagogiseen tarinankerronnalliseen ilmaisuun. Position ottaminen suhteena ilmenee myös niin, että positioon kytketään tiettyjä sosiaalisia odotuksia tilannekohtaisesti, jolloin opettajan ja asiantuntijan position voidaan nähdä velvoittavan asianomaista kohti tietynlaista esiintymistapaa muun muassa luotettavana pidettävän ilmaisutavan kautta. (Langenhove & Harré, 1999, s. 16–17.)

Sosiaalinen konteksti voi tilannesidonnaisesti positoida osapuolia ennalta, kuten aiemmin kuvattiin PET-teorian kohdalla. Aloitteellinen positiointi voi ilmetä dominoivan keskusteluosapuolen toimesta, jolloin muilla osapuolilla on mahdollisuus haastaa osoitettu positio ja uudelleen määrittellä se omatoimisesti. Langenhove ja Harré (1999, s. 18) havainnollistavat vuorovaikutuksen dynamiikkaa positioinnin osalta kolmikantaisena mallina, johon kuuluu positiointi, tarinankerronnallinen ilmaisutapa (*storyline*) sekä itse puhetoiminta (*speech-act*), jonka myötä positiointia tehdään.

Langenhove ja Harré (1999, s. 20–23) esittävät näkemyksensä vuorovaikutustilanteessa tapahtuvan positioinnin rakenteesta. Tämän näkemyksen mukaan positiointia voidaan tehdä joko ensisijaisena (*first order positioning*) tai toissijaisena puhetoimintana (*second order positioning*). Ensisijainen positiointi viittaa tapaan, jossa henkilöt asemoivat itsensä ja

toiset henkilöt moraaliselle jakolinjalle käyttämällä useita erilaisia kategorioita ja narratiiveja. Esimerkiksi esitetty pyyntö voi sisältää toisen osapuolen positioinnin sellaiseen asemaan, jolla oletetaan olevan moraalinen velvollisuus toimia pyynnön esittämällä tavalla. Toissijainen asemointi seuraa ensisijaista asemointia, mikäli tällainen esimerkin mukainen pyyntö kyseenalaistetaan toisten vuorovaikutusosapuolten aloitteesta ja joudutaan siten neuvottelemaan uudestaan.

Langenhove ja Harré (1999) esittävät lisäksi analyttisen rakennekuvauksen keskustelussa tapahtuvan positioinnin intentionaalisuudesta. Positioinnin arvellaan olevan intentionaalista, joko tarkoituksenmukaisesti tai vuorovaikutustilanteessa pakotettua. Asianomaisen voidaan nähdä positioivan itsensä tarkoituksenmukaisesti ja oma-aloitteisesti, jolloin hän saattaa korostaa omaa identiteettiään ja persoonaansa yksilöllisen näkökulman, henkilöhistoriaa kuvaavan narratiivin tai oman toimijuutensa kautta. Tarkoituksenmukaisen itsensä positioimisen keskustelussa arvellaan olevan intentionaalista siinä mielessä, että sen nähdään tavoittelevan tiettyjä päämääriä keskustelussa. Itsen positiointia voidaan tehdä oman toimijuuden mahdollisuuksia korostamalla, omiin kokemuksiin tai havaintoihin vetoamalla tai omaa asiantuntijuutta painottaen. Toisten osapuolten tarkoituksenmukainen positiointi nähdään intentionaalisenä silloin, kun esillä oleva osapuoli pyritään asettamaan tiettyyn asemaan tarinankerronnallisessa kuvauksessa. Pakotettu tai yksilön itsensä aloitteen ulkopuolella tapahtuva positiointi viittaa asemointiin, jonka aloitteentekijänä on asianomaiseen itseensä nähden jokin ulkopuolinen taho. Langenhove ja Harré (1999) mainitsevat, että esimerkiksi instituutiolla voi olla valtaa tehdä moraalisia arvioita yksilöistä ja heidän käytöksestään, jolloin myös asianomaisten voidaan olettaa antavan selontekoja itsestään, omasta toiminnastaan tai toimimattomuudestaan. Tällöin positioidun asianomaisen selontekoa ei välttämättä tarvitse nähdä selityksenä tai tekosyynä, vaan itsen positiointina, jossa asianomainen pyrkii oikeuttamaan esimerkiksi avunsaannin tai oman avuttomuutensa vallitsevassa tilanteessa. Vastaavasti instituutioiden tuottama ja pakkona tulkittu positiointi voi ilmetä siten, että asianomaiselle jätetään mahdollisuus omaehtoiseen positiointiin, jonka perusteella asianomaisesta tehdään arvioita tai hänet kategorisoidaan tiettyyn ryhmään kuuluvaksi. (Mts. s. 23–28.)

Samaan tapaan kuin Langenhove ja Harré (1999), niin myös Davies ja Harré (1990) esittävät, että positiointi on keskusteluun ja vuorovaikutukseen liittyvä ilmiö. He kuvaavat vuorovaikutustapahtumaa dynaamisena sosiaalisena tapahtumana, jossa läsnäolijat tekevät vastavuoroisesti puhetekoja (*speech-acts*). Puheteot muodostavat laajempia yhteiskunnassa ilmeneviä ja kulttuurisidonnaisia diskursiivisia käytäntöjä (*discursive practices*), joilla Davies ja Harré (1990) viittaavat sellaisiin vuorovaikutteisiin toimintatapoihin, joiden myötä ihmiset osallistuvat kollektiivisesti sosiaalisten ja psykologisten realiteettien tuottamiseen. Diskurssi ymmärretään kielen merkkijärjestelmän institutionaalisenä hyödyntämisenä niin laajemmassa merkityksessä kulttuurisella makrotasolla, kuin pienemmässä mittakaavassa pienen ryhmän sisällä mikrotasolla. Davies ja Harré (1990, s. 45) mainitsevat, että diskurssit saattavat kilpailla keskenään, ja erilaiset diskurssit tuottavat erilaisia versioita todellisuudesta. Ihmisten ymmärrys sosiaalisesta todellisuudesta rakentuu diskurssien myötä siten, että asianomainen tarkastelee sosiaalisen todellisuuden näkymää vähintään yhden diskurssin rakentaman version perspektiivistä käsin. Diskurssit ovat moniulotteisia, julkisia sekä luonteeltaan kehittyviä ja dynaamisia. (Mt.)

Positiointiteoria korostaa ihmisten mahdollisuuksia vaikuttaa oman identiteettinsä rakentamiseen osana diskurssia. Davies ja Harré (1990, s. 46) mainitsevat, että diskursiiviset käytännöt ilmentävät sitä, että ihmisillä on kyky harjoittaa omaa autonomista vapauttaan keskustelujen yhteydessä. Daviesin ja Harrén (1990) mukaan, diskurssien luonteenomainen piirre on juuri subjektipositioinnin mahdollisuuksissa. Subjektipositioinnilla viitataan yksilön mahdollisuuksiin tukeutua tiettyihin kulttuurisesti jäsenyneisiin sanastoihin, eli repertuaareihin, joiden hyödyntäminen kytkee henkilön tiettyyn asemaan diskurssissa. Sanastot pitävät sisällään tietyn kulttuurista jäsenyvän ja positioon kytkeytyvän olettamuksen positioon liitettävistä moraalisisista oikeuksista, velvollisuuksista ja mahdollisuuksista. Davies ja Harré (1990) kuvaavat tällaista itsen positiointia ja repertuaarin hyödyntämistä itsen määrittelyssä seuraavasti:

A subject position incorporates both a conceptual repertoire and a location for persons within the structure of rights for those that use that repertoire. Once having

taken up a particular position as one's own, a person inevitably sees the world from the vantage point of that position and in terms of the particular images, metaphors, story lines and concepts which are made relevant within the particular discursive practice in which they are positioned. (Davies & Harré, 1990, s. 46.)

Ihmisen liikkumisvara ja mahdollisuus rakentaa itselle erilaisia minuuksia keskustelussa on positiointiteorian esittämä kuvaus ihmisen identiteetistä. Davies ja Harré (1990) kuvaavat ihmisen henkilökohtaista identiteettiä jatkumona, joka on samanaikaisesti jatkuva ja ei-jatkuva. Tällä he tarkoittavat sitä, että vaikka kyseessä on yksi ja sama henkilö, niin sama henkilö on samanaikaisesti usealla eri tavalla asemoitunut eli positioitunut keskustelussa. Positiointiteorian mukaan yksilön minuus nähdään monikossa, ja sen nähdään rakentuvan tietynlaiseksi erilaisten diskursiivisten käytäntöjen myötä eri yhteyksissä. Positioinnin käsitteen myötä, Davies ja Harré (1990, s. 47) pyrkivät omien sanojensa mukaan tarjoamaan sopivan ilmaisutavan kuvaamaan sitä tapaa, jossa puhekäytännöillä rakennetaan minuuden moninaisuutta.

Davies ja Harré (1990, s. 48) tekevät eron *interaktiivisen* (interactive) ja *refleksiivisen* (reflexive) positioinnin välille. Interaktiivisella positioinnilla viitataan sellaiseen puhetekoon, jossa henkilö positioi toisen osapuolen. Tämän tutkielman kontekstissa tällaisella interaktiivisella positioinnilla voitaisiin tarkoittaa esimerkiksi tilannetta, jossa haastattelija positioi kohderyhmään kuuluvan haastateltavan mielenterveyden häiriödiagnoosin saajana mielenterveysongelmaiseksi tai mielenterveyspotilaaksi. Refleksiivinen positiointi viittaa puolestaan sellaiseen puhetekoon, jossa asianomainen positioi itse itsensä. Tämän työn kontekstissa tämä voisi esimerkiksi tarkoittaa sellaista tilannetta, jossa haastateltava positioi itsensä mielenterveysongelmaiseksi tai sairaaksi saadun mielenterveyden häiriödiagnoosin perusteella haastattelun aikana, ilman vastapuolen aloitetta. Davies ja Harré (1990) huomauttavat, että tällainen positiointi ei ole välttämättä tietoista toimintaa, vaan se voidaan tehdä myös osapuolien huomaamatta. Tässä luvussa tarkastelin positiointiteorioiden kirjoa sosiaalitieteiden saralla. Positiointiteorioiden painopisteenä tässä tutkielmassa korostuvat PET-teorian (Gillespie & Martin, 2014) mukainen sosiaalisen position määritelmä. Sosiaalisen position määritelmä

korostaa positioinnin sosiologisia ulottuvuuksia yksilön konkreettisen toiminnan ja elämäntapahtumien varrella. Lisäksi tutkielman metateoreettiset lähtökohdat ohjaavat tarkastelemaan positiointia kielen käyttötapoihin perustuen kontekstisidonnaisesti. Tällä näkemyksellä korostetaan vuorovaikutuksen dynamiikkaa erilaisissa vuorovaikutustilanteissa, joita tässä luvussa esiteltiin Daviesin ja Harrén (1990) sekä Langenhoven ja Harrén (1999) teoreettisten näkökulmien kautta. Valitut positiointiteorioiden painotukset tarjoavat samalla aineiston analyttiseen käsittelyyn soveltuvan tulkintakäsitteistön. Positiointiteoria sisältää sellaisia hyödyllisiä tulkintakäsitteitä, joiden avulla tämän tutkielman aineistoa on mielekästä tarkastella. Tässä luvussa esiteltiin tällaisina analyttisinä tulkintakäsitteinä subjektiposition, tulkintarepertuaarin, identiteetin ja puheteon käsitteet. Tämän tutkielman keskeiset käsitteet on määritelty selkeyden vuoksi vielä omassa alaluvussaan seuraavaksi.

4.4 Keskeiset käsitteet

Tässä luvussa määrittelen tutkielmassa käyttämiäni keskeisiä käsitteitä. Tässä tutkielmassa esiintyy toistuvasti käsitteitä, joiden johdonmukainen käyttö ja tarkka määrittely on tärkeää huomioida. Esiintyvät käsitteet toimivat myös aineistosta tehtävän analyysin tulkintakäsitteinä.

Asenne. Asenteen määrittely ja käyttö tässä tutkielmassa määritellään laadullisen asennetutkimuksen menetelmän esittelyn yhteydessä (luku 5.2).

Diskurssi. Diskurssin käsitteellä viitataan tässä tutkielmassa Jokisen ym. (2016) esittämään määritelmään. Jokinen ym. (2016) määrittelevät diskurssit merkityssysteemeiksi, jotka rakentuvat sosiaalisissa käytännöissä ja samalla rakentavat sosiaalisen todellisuuden versioita. Diskurssit kuvataan eheiksi ja säännönmukaisiksi merkityssuhteiden systeemeiksi, jotka rakentuvat erilaisten viestintätapojen kautta sosiaalisissa prosesseissa, joissa sosiaalista todellisuutta ja sen ilmiöitä merkityksellistetään. (Mts. 34.) Diskurssin käsitettä käytetään usein tulkintarepertuaarin käsitteen kanssa rinnakkain. Tässä tutkielmassa diskurssin käsitettä käytetään viittaamaan laajempiin kulttuurissa rakentuviin

ja kulttuurisesti tunnistettaviin merkityssysteemeihin. Tulkintarepertuaarin käsite puolestaan sopii käytettäväksi viittaamaan pienemmissä aineistoissa rakentuviin merkitysjärjestelmiin, jotka voidaan kytkeä osaksi laajempia kulttuurisia merkitysjärjestelmiä. (Mts. 34–36.)

Identiteetti. Käsitteinä minuus ja identiteetti esiintyvät tässä tutkielmassa rinnakkain, ja niitä käytetään synonyymeina. Minuuden ja identiteetin rakentumista kuvataan tämän tutkielman näkökulmasta prosessina, jossa identiteetti jäsentyy kielen käyttötapojen perusteella kontekstisidonnaisesti. Tällainen näkökulma korostaa yksilön joustavia mahdollisuuksia rakentaa itselleen vaihtuvia, tilannesidonnaisia identiteettejä. Tällaista identiteetin rakentamisen prosessia kuvataan tässä tutkielmassa subjektipositioinnin tulkintakäsitteen avulla, johon perehdyttiin edellisessä alaluvussa positiointiteorian esittelyn yhteydessä (luku 4.3). Tämä tutkielman jakaa näkemyksen identiteetistä, joka korostaa ihmisen muuntautumiskykyä kontekstisidonnaisesti erilaisissa vuorovaikutustilanteissa, eikä tulkitse identiteettiä ainoastaan yksilön vakaana ja pysyvänä ominaisuutena. (Davies & Harré, 1990, s. 46–52; Jokinen ym. 2016, s. 44; Potter & Wetherell, 1987, s. 101–104; Törrönen, 2010, s. 180.)

Puheteko. Puheteon (*speech-act*) käsitteellä tarkoitetaan kielen funktionaalisuutta ja kielenkäytön luonnetta päämäärätietoisena toimintana. Puheteoilla luodaan tarkoituksenmukaisia määritelmiä ja merkityksellistetään sosiaalisen maailman ilmiöitä. Davies & Harré (1990) viittavat termin juontuvan brittiläisen filosofin J.L. Austin (1975) puhetekojen teoriaan (*speech-act theory*), jonka mukaan kielenkäyttö on intentionaalista toimintaa. Davies ja Harré (1990) viittaavat yksittäisiä puhetekoja laajemmin vuorovaikutukseen puhetoimintana (*speech-action*), jossa vuorovaikutuksen kaikki osapuolet pyrkivät aktiivisesti tuottamaan sosiaalisia ja psykologisia realiteetteja, eli erilaisia todellisuuden versioita, osallistumalla erilaisia merkitysjärjestelmiä rakentaviin diskursseihin. (Mts. 45.) Puhetekojen kokonaisuutta kuvataan tässä tutkielmassa laajemmin käsitteellä puhetoiminnot.

Tulkintarepertuaari. Tulkintarepertuaarin käsitettä käytetään usein diskurssikäsitteen kanssa rinnakkain synonyymina (Jokinen ym. 2016, s. 34–36). Tämä tutkielma jakaa Potter ja Wetherellin (1987) esittämän määritelmän, jonka mukaan tulkintarepertuaarilla (*interpretative repertoire*) viitataan kontekstisidonnaisiin merkityssysteemeihin ja sanastojen kokoelmiin, joiden avulla henkilö(t) luonnehtivat toimintaa, tapahtumia ja sosiaalisen maailman ilmiöitä. Tulkintarepertuaari jäsentyy tiettyjen puhetapojen ja kielikuvien (*metaphors*) varaan. Tulkintarepertuaarilla on sille ominainen ja rajallinen tyyli sekä muoto. Tulkintarepertuaari on samalla vuorovaikutustilanteen kielellinen resurssi, johon tukeutumalla osapuolet tekevät erilaisia asioita puhetoiminnallaan. Tukeutumalla tiettyyn tulkintarepertuaariin vuorovaikutustilanteessa, osapuolet voivat esimerkiksi kritisoida, syyttää tai esittää oikeutuksia ja perusteluja kannanotoilleen. (Mts. 71–73, 149.) Samalla myös yksilön identiteetin voidaan nähdä muodostuvan tilannekohtaisesti, jolloin osapuolet hyödyntävät tulkintarepertuaareja puheen resursseina. Tulkintarepertuaarin tarjoamaan sanastoon ja merkityksiin tukeutumalla asianomainen voi rakentaa tarkoituksenmukaista identiteettiä itselleen tai keskustelun osapuolille (Davies & Harré, 1990; Langenhove, Harré, 1999; Wetherell, 1998).

Ymmärrystarjous. Ymmärrystarjous esiintyy käsitteenä tässä tutkielmassa aineiston analyysissä sekä tutkimusmenetelmän esittelyn ja käytön yhteydessä. Ymmärrystarjouksella tarkoitetaan tässä kohdin kahta asiaa. Ensimmäinen ymmärrystarjous tekee vuorovaikutustilanteessa vastapuolelle tietyn kuvauksen asiantilasta ja tarjoaa tiettyä todellisuuden versiota vastapuolelle. Tutkimushaastattelun yhteydessä haastateltaville tehdään tällainen ymmärrystarjous esitetyn haastattelukysymyksen muodossa. Haastateltavalla säilyy mahdollisuus määritellä asiantilaa koskeva kuvaus uudestaan, niin halutessaan, vastaamalla ymmärrystarjoukseen. Toisekseen ymmärrystarjous voidaan käsitteenä kuvata tutkijan työkaluna, jonka avulla voidaan pyrkiä esimerkiksi vahvistamaan haastattelun aikana haastateltavan esittämä asia tai kuvaus. Tällöin ymmärrystarjouksella yritetään välttää liiallista tutkijan omaa subjektiivista tulkintaa ja varmistua siitä, että tutkija on ymmärtänyt sen, mitä puhuja on sanonut ja tarkoittanut. Tässä tutkielmassa hyödynnetään käsitettä näissä molemmissa merkityksissä. Näin määriteltyä termiä

ymmärrystarjous jakaa samalla Charles Antakin (2012) määritelmän ilmaukselle *candidate understanding* (Mt).

5 TUTKIMUSMENETELMÄ JA AINEISTO

Tässä luvussa esittelen tutkielmaa varten kerättyä aineistoa ja aineiston keruun prosessia. Tämän jälkeen esittelen tässä tutkielmassa hyödynnetyn empiirisen tutkimusmetodologian, eli laadullisen asennetutkimuksen menetelmän.

5.1 Aineisto ja aineiston keruuprosessi

Aloitin aineiston keruuseen tähtäävän prosessin tähän maisteritutkielmaan loppukeväällä 2019. Noin puolen vuoden aikana lähestyin useita pääkaupunkiseudulla operoivia kolmannen sektorin yhdistyksiä ja toimijoita sähköpostitse. Sähköpostin liitteenä olleen erillisen informointikirjeen kautta esittelin tarkemmin tutkielmani aihetta ja tavoitteita. Kolmannen sektorin toimijoiden puolelta vastaanotto tiedusteluani kohtaan oli aluksi vaisua. Tämän jälkeen päätin laittaa lisäksi vireille tutkimuslupahakemuksen Helsingin kaupungille, Sosiaali- ja terveystoimialalle, jonka myötä toivoin saavani mahdollisuuden tavoittaa Helsingin kaupungin psykiatristen poliklinikoiden asiakastietokantojen kautta sopivia haastateltavia tutkimustani varten. Alkuperäinen tavoitteeni tutkielman suhteen oli kuitenkin toteuttaa hanke itsenäisesti ilman sidonnaisuuksia kolmansiin osapuoliin. Tästä syystä turvautuminen Helsingin kaupungin asiakasverkostoihin ei ollut mahdollista, eikä tutkimusluvalle löytynyt perusteita. Lokakuun alussa 2019 tavoitin erään mielenterveyden tukiyhdistyksen toiminnanjohtajan, jonka avustuksella infokirjeeni sai näkyvyyttä kyseisen yhdistyksen toimitiloissa Helsingissä. Tämän tukiyhdistyksen kautta tavoitin lopulta viisi haastateltavaa. Tämän lisäksi tavoitin kaksi haastateltavaa omien verkostojeni kautta.

Tutkielman tarkoitukseen sopivaksi kohderyhmäksi etsittiin haastateltavia, jotka olivat saaneet jonkin Suomessa käytössä olevan ICD-10 psykiatrisen luokituksen mukaisen diagnoosin. Tutkielman tutkimuskysymyksen näkökulmasta en nähnyt tarpeelliseksi rajata mielenterveyden häiriödiagnostiikkaa kohderyhmään kuuluvien ja haastatteluun

kutsuttavien henkilöiden osalta tarkemmin, koska tutkielman tarkoituksena oli tarkastella mielenterveyden häiriödiagnoosia asianomaisen kielenkäytön myötä rakentuvana ilmiönä sekä sosiaalisena kategoriana, valitun teoreettisen viitekehyksen mukaisesti. Tämän tutkielman näkökulma korostaa yksilön tapaa hallita ja jäsentää saadun mielenterveyden häiriödiagnoosin merkityksiä itselleen arvottavan puhetoiminnan kautta. Tällöin aineiston analyysivaiheessa huomio kiinnitettiin kielenkäyttöön liittyvän variaation esiin nostamiseen, eikä esimerkiksi lääketieteellisten kausaalipäätelmien tekemiseen haastateltavien puheen perusteella. Tällaisesta tutkimusnäkökulmasta katsottuna kohderyhmää yhdistävä tekijä ei ole ensisijaisesti yhtenevä kliininen oirekuva, kuten esimerkiksi masennus (vrt. esim. Immonen, 2014). Tästä syystä kohderyhmään valikoitui erilaisia mielenterveyden häiriödiagnooseja saaneita henkilöitä. Kohderyhmä muodostui kuitenkin homogeeniseksi joukoksi sen perusteella, että kaikilla vastaajilla oli mielenterveyden häiriödiagnoosi. Tämän lisäksi kaikki vastaajat olivat täysi-ikäisiä ja asuivat haastattelun tekemisen aikoina pääkaupunkiseudulla. Lisäksi valtaosa (5/7) haastateltavista oli mukana saman mielenterveyden kuntoutustoimintaa tuottavan yhdistyksen toiminnassa.

Tutkimukseen osallistumisen kriteereiksi asetin seuraavat ehdot: Haastateltavan tuli olla täysi-ikäinen ja saanut ICD-10 luokitukseen kuuluvan häiriödiagnoosin. Lisäksi toivottiin, että haastateltavalla ei ole todettua kehitysvammaa, neurologista vauriota tai muuta somaattista syy-yhteyttä mielenterveyden häiriödiagnoosin taustalla. Sidosryhmille osoitetussa tutkimuksen informointikirjeessä esitettiin haastateltavalle yläikäraja. Kaksi tähän tutkielmaan osallistunutta haastateltavaa kuitenkin ylitti informointikirjeessä esitetyn yläikärajan 63 vuotta. Tästä syystä luovuin alkuperäisestä tarkoituksesta asettaa haastateltaville yläikärajan. Lisäksi yksi haastateltava ilmoitti haastattelun aikana omaavan merkkejä kehitysvammaan luettavasta Asperger-oireyhtymästä. Tämä haastattelu päädyttiin myös sisällyttämään haastatteluaineistoon sellaisenaan.

Haastattelun koko tutkimusaineisto käsittää yhteensä seitsemän (7) yksilöhaastattelua. Jokaiselta haastateltavalta kysyttiin yhteensä kuusi (6) virikekysymystä. Tämän tutkielman

aineistoksi on rajattu kuitenkin ainoastaan yksi haastattelukysymys, joka esitettiin haastateltaville järjestyksessään ensimmäisenä. Yksilöhaastattelujen kesto vaihteli 35 minuutista – noin reiluun tuntiin. Keskimäärin haastattelut kestivät noin 45 minuuttia. Haastattelut toteutettiin kahden viikon kehysajalla lokakuussa 2019. Neljä haastattelua pidettiin mielenterveyskuntoutujien tukiyhdistyksen toimitiloissa Helsingissä. Kaksi haastattelua pidettiin Helsingin yliopiston tiloissa ja yksi haastattelu pidettiin tutkijan kotona. Tutkija tunsu yhden haastateltavan ennalta, muut haastateltavat olivat tutkijalle ennalta tuntemattomia. Tutkija ei ole sukua kenellekään tutkimukseen osallistuneelle. Haastateltavien joukossa oli viisi naista ja kaksi miestä.

Haastateltavia pyydettiin allekirjoittamaan tutkimukseen suostumuslomake ennen tutkimuksen aloittamista. Lisäksi kaikilta tukiyhdistyksen toiminnan kautta haastatteluun päätyneiltä kysyttiin erikseen suullinen suostumus tukiyhdistyksen virallisen nimen käyttöön tämän tutkielman yhteydessä. Kaikki asianomaiset antoivat tähän suostumuksensa. Tutkimuseettisistä syistä päädyin kuitenkin luopumaan yhdistyksen nimen julkistamisesta tutkielmassa, koska sen voidaan arvella asettavan vastaajan anonymiteetin jossain määrin riskialttiiksi. Haastattelun aikana haastateltavilta itseltään ei kerätty mitään tunnistetietoja suostumusasiakirjaa lukuun ottamatta, joka säilyy salassa pidettävänä. Haastatteluvastauksien perusteella yksittäistä vastaajaa ei voida tunnistaa ja haastattelut toteutettiin näin ollen anonymisti. Kaikilla haastateltavilla säilyi oikeus perua osallistumisensa tutkimukseen myös haastattelun jälkeen ilmoittamalla siitä tutkielman tekijälle. Yksikään haastateltava ei perunut osallistumistaan tutkimukseen tutkielman tekovaiheessa. Jokainen haastateltava sai osallistumisestaan palkkioksi yhden (1) Finnkinon elokuvateatterin elokuvanäytökseen oikeuttavan vapaalipun, jonka kustannuksista vastasi tutkimuksen tekijä itse.

Ennen varsinaisia haastattelukysymyksiä haastateltavilta kysyttiin taustatietoina sukupuoli, ikä, sekä minkä (ICD-10) mielenterveyden häiriödiagnoosin haastateltava on saanut ja milloin (vuosi) diagnoosi on saatu. Psykiatria tunnistaa vakiintuneena ilmiönä monihäiriöisyyden, eli komorbiditeetin, joka on muun muassa kaksisuuntaisen mielialahäiriön kohdalla melko yleinen (esim. Lönnqvist ym. 2017, 63, 236).

Monihäiriöisyyden mahdollisuuden huomioiminen haastateltavien etsimisen yhteydessä oli yksi peruste sille, miksi en nähnyt mielekkäänä ratkaisuna rajata kohderyhmää pelkästään jonkin tietyn, tarkkarajaisen häiriöluokituksen varaan. Lisäksi, mikäli haastateltava oli saanut useita eri mielenterveyden häiriödiagnooseja, pyydettiin vastaajaa ilmoittamaan hänen viimeksi saamansa diagnoosi. Tämän arveltiin selkeyttävän haastatteluaineiston esittelyä sekä itse haastattelussa tapahtuvan dialogin sujuvuutta. Haastattelun aikana tai sitä ennen haastateltavaa ei kuitenkaan estetty puhumasta omasta sairaushistoriastaan tai saaduista diagnooseista myös laajemmin, niin halutessaan. Haastateltavan siviilisäätystä tai asemaa työelämässä ei kysytty erikseen. Haastateltavan vastaamista helpottamaan oli varsinaiset virikekysymykset tulostettu erilliselle paperille. Jokaisen haastattelukysymyksen esittämisen ja luennan jälkeen kysymys asetettiin haastateltavan eteen näkyville kysymyksen käsittelyn ajaksi.

Sanatarkasti litteroitu haastatteluaineisto esitettyä virikekysymystä kohtaan sekä litteroinnissa hyödynnetty merkintäkoodisto on liitetty tämän tutkielman liitteeksi kokonaisuudessaan (liite). Aineistossa tutkijan puheenvuoroa kuvataan lyhenteellä (T) ja haastateltavan puheenvuoroon viitataan kulloinkin lyhenteellä (H), jonka perässä on yksilöity järjestysnumero. Järjestysnumero (H1, H2, H3 jne.) on määrätynyt vastaajalle kronologisesti siinä järjestyksessä, jolloin haastateltava on antanut haastattelun. Ensimmäisenä nauhoitettu haastattelu on kirjattu järjestysnumerolla 1, seuraava numerolla 2 ja niin edelleen. Tällä järjestyksellä oli ainoastaan lähinnä käytännön merkitystä tutkielman tekijälle itselleen muun muassa aineiston käsittelyn ja järjestämisen kannalta.

Taulukossa 1 on esitetty kootusti tutkimushaastatteluun osallistuneet henkilöt taustatietoineen, sekä kunkin haastateltavan saama mielenterveyden häiriödiagnoosi ja diagnosoinnin ajankohta (vuosi).

Taulukko 1. Haastatteluun osallistuneiden henkilöiden taustatiedot.

Vastaaja	Sukupuoli	ikä	ICD-10	Diagnosoinnin ajankohta (vuosi)
H1	Nainen	29	Vaikea-asteinen masennus	2018
H2	Nainen	62	Kaksisuuntainen mielialahäiriö	1999
H3	Mies	63	ADHD ja viitteitä Asperger -oireyhtymästä. Aiemmin pitkäkestoinen masennus	2018
H4	Nainen	66	Kaksisuuntainen mielialahäiriö	2003
H5	Nainen	38	Määrittämätön ei-elimellinen skitsoaffektiivinen häiriö	2011
H6	Nainen	30	Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö. Aiemmin masennus 2009 tai 2010	2013/2009-2010
H7	Mies	68	Kaksisuuntainen mielialahäiriö, lievä psykoosisairaus	1993

5.2 Tutkimusmenetelmänä laadullinen asennetutkimus

Laadullinen asennetutkimus (Vesala & Rantanen, 2007) toimii tässä tutkielmassa tutkimusmenetelmänä. Laadullinen asennetutkimus (LA) on metodologinen lähestymistapa, jonka kiinnostuksen kohteena on se, mitä ihmiset arvottavat kommentoidessaan heille esitettyjä usein kiistanalaisia kysymyksiä. Laadullisen asennetutkimuksen tutkimusaineistona käytetään siten kiistakysymyksiin liittyvää kommentointia, joka voidaan kerätä esimerkiksi yksilöhaastattelun avulla. Oleellista on, että voidaan paikallistaa jokin

selkeä kannanottamisen kohde, jota kohtaan muodostunutta kommentointiaineistoa on mahdollista lähteä erikseen tarkastelemaan. Laadullinen asennetutkimus nojaa diskurssianalyttisiin lähtökohtiin ja jakaa kiinnostuksen argumentaation ja retoriikan analyysiin. Laadullinen asennetutkimus ei kuitenkaan ole teoria, eikä sillä ole asemaa teoreettisena viitekehyksenä tässä tutkielmassa. Vesala ja Rantanen (2007) esittelevät laadullisen asennetutkimuksen menetelmää, jossa he luonnehtivat sitä omaleimaisena empiirisenä metodiikkana, jonka tavoitteena on ensin tuottaa analysoitava aineisto empiirisesti puolistrukturoitujen haastattelujen avulla. Kerättyä aineistoa analysoidaan kaksivaiheisesti, ensin luokittavassa analyysivaiheessa ja tämän jälkeen tulkitsevassa analyysivaiheessa. (Mts. 11–12, 33.)

Laadullisessa asennetutkimuksessa luokittavan analyysivaiheen tavoitteena pidetään sitä, että kommentointiaineistosta voidaan tunnistaa erilaisia kannanottoja sekä kannanoton perusteluja esitettyä kiistakysymystä kohtaan. Aineistosta tehtävän kirjaimellisen luennan perusteella tunnistetut kannanotot on mahdollista edelleen luokitella ja ryhmitellä aineistosta ilmenevien samankaltaisuuksien ja eroavaisuuksien perusteella. Kannanottojen sekä niiden perustelujen luokittelu, ilmenevien eroavaisuuksien ja samankaltaisuuksien perusteella, jäsentää aineistoa sekä pohjustaa aineistosta tehtävää analyysiprosessia (Mts. 11–12; Mäkelä, 1990, s. 44.) Laadullisen aineiston analyysin yleisenä lähtökohtana nähdään, että aineiston luokittelu on välttämätön osa analyysiä, jolloin luokittelu luo samalla pohjan myöhemmin aineistosta tehtäville tulkinnoille. Aineiston sisällön luokittelu jäsentää samalla tutkittavaa ilmiötä, kun aineiston eri osia vertaillaan toisiinsa. Luokittelun avulla voidaan erottaa aineiston keskeiset piirteet. (Hirsjärvi & Hurme, 2011, s. 147.)

Laadullisen asennetutkimuksen menetelmän luokittavaa analyysivaihetta seuraa aineiston tulkitseva analyysivaihe. Tulkitsevassa analyysivaiheessa analyttinen näkökulma etäännyy aineiston kirjaimellisesta tarkastelusta ja aineistoa pyritään analysoimaan erilaisten tulkintakäsitteiden avulla. Tämän tutkielman tutkimuskohteen perusolemus on kytketty aiemmin esiteltyihin sosiaalisen konstruktionismin ontologisiin peruslähtökohtiin. Tämän perusteella tutkittavana olevan ilmiön, eli mielenterveyden häiriödiagnoosin, nähdään

muodostuvan kontekstuaalisesti sosiaalisena konstruktiona haastateltavien argumentaation myötä. Tämän tutkielman kontekstissa voidaan siis nähdä, että tulkitsevan vaiheen pyrkimys on tarkastella sitä, minkälainen sosiaalisen todellisuuden näkymä haastateltavien kommentointiaineistosta piirtyy esille nousevasta ilmiöstä, sekä millä tavalla ilmiö kytkeytyy ympäröivään sosiaaliseen maailmaan. Aineistonäytteen oletetaan olevan osa sitä sosiaalista todellisuutta, jossa aineisto on tuotettu. Laadullisen asennetutkimuksen tulkinnallisen analyysivaiheen tärkeänä periaatteena korostetaan tutkimuksen tulkintaa ohjaavien ontologisten oletusten tiedostaminen sekä niiden systemaattinen käyttö analyysissä. (Alasuutari, 2011, s. 114–115; Vesala & Rantanen, 2007, s. 12–14.)

Laadullisen asennetutkimuksen metodiikka korostaa asenteen käsitettä merkittävänä sosiaalipsykologisena tulkintakäsitteenä. Valtavirran asennetutkimuksessa asenne on usein määritelty yksilöpsykologisesti, ihmisen mielensisäisenä rakenteena. (Vesala & Rantanen, 2007, s. 14–17.) Laadullinen asennetutkimus ei kuitenkaan jaa tällaista dispositionaalisen asennekäsitteenä tunnettua valtavirran määritelmää asenteelle. Laadullisen asennetutkimuksen metodologinen lähestymistapa eroaa tavanomaisen asennetutkimuksen kohdalla erityisesti siinä, että argumentoinnin analyysin avainkysymys koskee asenteiden laatua, ei niiden määrää tai astetta (Vesala, 2012, s. 190).

Laadullinen asennetutkimus kuvaa asennetta suhteisiin perustuvana, eli niin sanottuna relationistisena ilmiönä ja tukeutuu samalla Michael Billigin (1996) muotoilemiin ja retorisen sosiaalipsykologian piiriin lukeutuviin lähtökohtiin, koskien argumentaation luonnetta. Valittu näkökulma korostaa argumentaatiota ja näkökulmien esittämistä luonteeltaan arvottavana. Asenneilmaisut ja asemoituminen puheena olevaa ilmiötä kohtaan voidaan havaita tarkastelemalla sitä, millä tavalla yksilö perustelee kantaansa, ja miten hän asemoituu suhteessa kiistakysymykseen. Yksilö rakentaa ympäröivästä sosiaalisesta todellisuudesta omanlaisensa version, jolloin arvottamisen kohde voi myös rakentua eri tavoin. Asenneilmaisuja voidaan tuottaa erilaisissa sosiaalisissa rooleissa tai toimija- asemissa sekä erilaisissa asiayhteyksissä. Laadullisen aineiston voidaankin nähdä tuottavan moniulotteisuutta ja variaatiota vastaajien välillä sekä saman haastateltavan esittämänä

samassa tilanteessa. Itsensä, sosiaalisen ympäristön ja asenteen kohteen välisen suhteen konstruointi ja asemointi heijastavat relationistisen asennekäsityksen mukaista näkökulmaa, jonka mukaan asenne ymmärretään yksilön ja sosiaalisen ympäristön välisenä suhteena. (Vesala & Rantanen, 2007, s. 14–18.)

Vesala ja Rantanen (2007) huomauttavat, että diskurssianalyttisen tutkimusperinteen piirissä asennekäsitteeseen on ylipäänsä suhtauduttu varauksellisesti. Kritiikki kohdistetaan tällöin usein edellä mainittuun, dispositionaalisen asennekäsityksenä pidettyyn ja kognitiivisen psykologian valtavirran käsitykseen asenteesta ihmisen sisäisenä ja usein pysyväluonteisena ominaisuutena. Dispositionaalinen asennekäsitys pohjautuu muun muassa Gordon Allportin (1935/1954) teoretisointiin (Mts. 14, 19; Potter & Wetherell, 1987, s. 43). Diskurssianalyttisen tarkastelun tutkimuskohteeksi asenteen nähdään näin määriteltynä soveltuvan huonosti. Diskurssianalyttikot korostavat sen sijaan puheen ja tekstin tuottamisen kontekstisidonnaista tarkastelua ja arvottavan puheen laajempaa analyysia sen suhteen, mitä puheessa tapahtuu, sekä millä tavalla arvottamista kulloinkin tehdään. Diskurssianalyysin tutkimusperinteessä korostetaan, että asenteen kohde ei ole staattinen entiteetti puhujan omassa mielessä, vaan arvottamisen kohde rakentuu ja saa muodon kielen käyttötapojen perusteella kontekstisidonnaisesti. Kielenkäytön laajemman tarkastelun arvellaan osoittavan arvottavien ilmaisujen variaatiota uskottavammin, kuin esimerkiksi perinteiset asenteen mittaamiseen käytetyt strukturoidut kyselylomakkeet. Diskurssianalyttinen näkökulma asettaa samalla näkemyksen asenteen pysyväluonteisuudesta kyseenalaiseksi. (Esim. Potter, 1998, s. 241–243; Potter & Wetherell, 1987, s. 53–55.)

Siinä missä diskurssianalyttisen tutkimusperinteen piirissä asennekäsitteeseen analyttisenä tulkintakäsitteenä suhtaudutaan varauksella, laadullinen asennetutkimus korostaa asenteen laadullista luonnetta ja käsitteen elinkelpoisuutta erilaisten puheaineistojen analyttisenä tulkintakäsitteenä. Laadullisen asennetutkimuksen kontekstissa korostetaan asenteen sosiaalista luonnetta ja asenteen muotoutumista sosiaalisessa vuorovaikutusprosessissa kontekstisidonnaisesti. Laadullisen

asennetutkimuksen metodiikka suhtautuu varauksellisesti asennekäsitteen dispositionaaliseen näkemykseen diskurssianalyttisen näkökulman tavoin, mutta ei tyrmää asennekäsitteen käyttöä analyttisenä tulkintakäsitteenä. Kuten aiemmin mainittiin, laadullinen asennetutkimus lähestyy asennetta suhdekäsitteenä yksilön ja sosiaalisen maailman välillä. Asenteen nähdään muodostuvan kokonaisuudesta, joka pitää sisällään arvottajan ja arvottamisen kohteen. Asenne kommunikaatiossa rakentuvana ilmiönä voi olla yksityinen tai yhteisön kesken jaettu. (Vesala & Rantanen, 2007, s. 23–29.)

Laadullisen asennetutkimuksen menetelmässä arvottaminen ilmenee kahdessa merkityksessä. Ensinnäkin, haastatteluaineiston sisältämät kannanotot voidaan nähdä luonteeltaan arvottamisena, jolloin analyysi voidaan kohdistaa siihen mikä on arvottamisen kohde, kuka on arvottaja ja mikä on näiden kahden välinen suhde. Toisekseen, laadullisen asennetutkimuksen menetelmää hyödyntämällä tarkastelu voidaan kohdistaa siihen, mihin kaikkeen arvottaminen mahdollisesti kytkeytyy. Tällöin tutkimuskysymyksen ei välttämättä tarvitse ensisijaisesti liittyä asenteista käytävään keskusteluun ja tutkimuksen tulkinnallista näkökulmaa on mahdollista laajentaa. Vesalan ja Rantasen (2007, s. 14–18) ajattelun mukaisesti, laadullisen asennetutkimuksen lähtökohtia voidaan hyödyntää myös monissa sellaisissa tutkimuskysymyksissä, jotka eivät suoraan tai välittömästi nouse keskusteluista esille pelkästään asennekäsitteen avulla. Tässä tutkielmassa laadullisen asennetutkimuksen menetelmän hyödyntäminen soveltuukin sen tarkasteluun, millä tavalla mielenterveyden häiriödiagnoosia sekä diagnoosin saamista seuraavan mahdollisen tunnereaktion ilmenemistä koskeva arvottaminen kytkeytyy diagnoosin saajan identiteetin rakentamiseen, eli millä tavalla tällaista identiteetin rakentamista tuotetaan tässä haastattelukontekstissa.

Tässä tutkielmassa hyödynnetään laadullisen asennetutkimuksen näkökulmaa asenteesta suhdekäsitteenä siten, että tarkastelun viitekehyksen muodostavat mielenterveyden häiriödiagnoosi ja mielenterveyden häiriödiagnoosin saaneen haastateltavan välinen suhde yksilöhaastattelun kontekstissa. Tarkastelun huomio kohdennetaan ensin siihen, mihin kaikkeen mielenterveyden häiriöitä koskeva arvottaminen liittyy. Tämän oletetaan tuovan lisäselvyyttä siihen, minkälaisena suhdekäsityksenä mielenterveyden häiriödiagnoosi ja

diagnoosin saanut henkilö konstruoi kommentoinnin myötä ja minkälaista variaatiota vastaukset mahdollisesti tuottavat. Kommentointiaineistosta pyritään ensin erittelemään ja tunnistamaan se, minkälaisia kytkentöjä haastateltavat tuottavat puheessa diagnoosin saajan ja saadun diagnoosin synnyttämän mahdollisen tunnereaktion välille, sekä minkälaisia ehtoja tai kriteerejä näiden kytkentöjen välille tuotetaan puheessa. Jälkimmäisessä vaiheessa kommentointiaineiston analyysiä jatketaan tulkinnallisempaan suuntaan, ja aineiston tulkinnalliseen analyysiin tuodaan lisää tulkintakäsitteitä analyysin työkaluiksi. Haastateltavan suhdetta mielenterveyden häiriödiagnoosin ilmiöaluetta kohtaan tarkastellaan subjektipositioinnin tulkintakäsitteen avulla (Davies & Harré, 1990; Langenhove & Harré, 1999; Jokinen ym. 2016; Wetherell, 1998).

6 TULOKSET

Tässä luvussa esittelen haastatteluaineiston analyysin tuloksia. Luokittelevan analyysin lähtökohtana on tarkastella aineiston sisältöä niin, että aineistosta voidaan tunnistaa ja erottaa erilaisia kannanottoja, joita edelleen ryhmitellään ja eritellään omiksi havaintoluokikseen. Laadullisen asennetutkimuksen metodologisten periaatteiden mukaisesti ensimmäisen analyysivaiheen luokittava osuus pyrkii mahdollisimman kirjaimelliseen luentaan ja minimaaliseen tulkintaan. Tästä huolimatta, myös luokittavan analyysin nähdään pitävän sisällään aina jonkin verran tulkintaa, koska haastateltavien kannanotot eivät ole aina itsestään selvästi nimettävissä tietynlaiseksi kannanotoksi. Varsinainen aineiston tulkintaosuus on erotettu omaksi tulkitsevan analyysin osioksi myöhemmin. Tulkitsevassa analyysiosuudessa empiiristä aineistonäytettä pyritään tulkitsemaan analyytisesti aiemmin esiteltyjen teoreettisten tulkintakäsitteiden avulla. (Vesala & Rantanen, 2007, s. 11–12.)

Laadullisen asennetutkimuksen metodologiassa nähdään tärkeäksi määritellä selkeästi se, mikä kulloinkin on kannanottamisen kohteena. Tässä tutkielmassa hyödynnettiin haastattelun käytännön strategiana kiistanalaisia, väitteen muotoon esitettyjä

virikekysymyksiä ärsykkeinä, joiden avulla pyrittiin virittämään kannanottamista ja kommentointia. (Vesala & Rantanen, 2007, s. 33.)

Usein nähdään, että ihmiset liittävät kannanottoihinsa erilaisia selontekoja, joiden kautta he perustelevat kantaansa ja esittävät kannoilleen muun muassa erilaisia varauksia ja ehtoja (Vesala & Rantanen, 2007, s. 34). Laadullisen asennetutkimuksen näkökulmasta nähdään lisäksi se, että argumentaatio ja kannanottaminen on luonteeltaan arvottavaa (Mts. 31). Luokittavan analyysin yhteydessä oltiin kiinnostuneita näin ollen erityisesti haastateltavien argumentaatiosta ja kannanoton perusteluista.

6.1 Luokittava analyysi

Luokittavassa analyysiosuudessa aineistoa on pyritty jäsentämään kirjaimellisen luennan avulla. Aineiston jäsentämisen avulla on pyritty tekemään selkoa aineistossa esitettyjen kannanottojen samankaltaisuuksien ja eroavaisuuksien suhteen. Luokittavan analyysiprosessin aikana sanatarkasti litteroitua aineistoa on ryhmitelty ja luokiteltu aineistosta tehtyjen havaintojen pohjalta.

Kommentointiaineistoa jäsentävässä luokittelussa hyödynsin apuna taulukointia, jota työstin analyysiprosessin aikana erillisessä työkirjassa. Taulukoinnin avulla pyrin jäsentämään aineistoa luomalla kommentointiaineistossa tunnistettavat pääluokat, jotka jakautuivat omiksi luokikseen havaittujen yhtäläisyyksien ja eroavaisuuksien perusteella. Aineistossa esitetyt kannanotot ryhmiteltiin väittämää kohtaan esitettyjen myöntävien, kieltävien tai kaksijakoisten kannanottojen perusteella. Kannanoton perustelut on jaettu samojen kriteerien perusteella niitä edustaviin kannanoton pääluokkiin. Aluksi esittelen lauseväittämälle esitetyt kannanotot aineistonäytteiden pohjalta. Tämän jälkeen havainnollistan haastateltavien esittämiä kannanottoja aineistonäytteiden avulla, sekä jäsenän kannanotolle esitettyjä perusteluja. Luokittavan analyysiosuuden lopuksi esitän yhteenvedon kannanottojen perusteluiden luokittelusta.

6.1.1 Lauseväittäjä ja väittäjälle esitetyt kannanotot

Virikekysymyksessä (Virikekysymys 1) vastaajaa pyydettiin ottamaan kantaa ja kommentoimaan seuraavaa väitettä:

”Mielenterveyden häiriödiagnoosin saaminen lääkäriltä saattaa aiheuttaa voimakkaan tunnereaktion henkilössä, joka sellaisen saa.”

Haastattelun esittämää virikekysymystä kohtaan tunnistettiin kannanottoja, jotka voitiin sijoittaa kolmeen havaintoluokkaan, eli väittämää kohtaan **myönteiset kannanotot**, väittämää kohtaan **kielteiset kannanotot** sekä **kaksijakoiset kannanotot**.

Valtaosa väittämää kohtaan esitetyistä kannanotoista voitiin nähdä myönteisinä. Myönteiset kannanotot sisälsivät kuitenkin usein varauksellisuutta ja usein haastateltavat asettivat kannanotoilleen tiettyjä ehtoja. Paikoin haastateltavat muuttivat vastauspuheenvuoronsa aikana näkökulmaa puhuen ensin omasta kokemusmaailmasta käsin diagnoosin saajina, jonka jälkeen haastateltava saattoi etäännyttää itsensä ottamalla ulkopuolisen diagnoosin saajan perspektiivin ja kuvaamalla vaihtoehtoisia reagointitapoja diagnoosin saamisen seurauksena. Perspektiivin vaihtaminen ja varauksellisuus haastateltavien vastauksissa ilmeni näin ollen epäsuorana kannanottona tai kaksijakoisena eli ambivalenttina. Kannanoton kaksijakoisuus saattoi ilmetä esimerkiksi siten, että mielenterveyden häiriödiagnoosin saamista seuraavan reaktion nähtiin riippuvan saadusta diagnoosista, jolloin eri diagnoosien arveltiin aiheuttavan erilaisia reaktioita. Kannanoton kaksijakoisuus saattoi ilmentyä vastauksissa myös siten, että vastaaja esitti ensin omakohtaisena kokemuksena myönnytyksen väittämään ja tämän jälkeen vaihtoi perspektiiviä ottaen samalla vastakkaisen kannan väittämään. Epäsuora kannanotto saattoi ilmetä sellaisena, jossa haastateltava esitti kannanoton suoraan tietyn tunnereaktion kautta. Haastateltava saattoi esimerkiksi vastata myöntävästi väitteeseen sanomalla, että diagnoosin saaminen herätti hänessä itsessään helpotuksen tunnereaktion, jolloin myöntymisen väitteeseen voitiin tunnistaa omakohtaisena kertomuksena tietyn tunnereaktion kuvauksen kautta.

Varauksellista kantaa edustivat lisäksi etenkin sellaiset näkemykset, joissa kannanotolle asetettiin ehtoja, esimerkiksi niin, että diagnoosin saamista seuraava tunnereaktio riippuu yksilöstä itsestään tai niistä vallitsevista olosuhteista, joissa asianomainen diagnoosin saa. Kannanotolle asetetut mahdolliset ehdot on huomioitu kannanoton perusteluiden luokittelun yhteydessä tarkemmin.

Kannanottojen perusteluissa selkeitä luokittelueroja syntyi sen perusteella, arvioiko vastaaja tunnereaktion olevan positiivinen vai negatiivinen, sekä sen perusteella, miten vastaaja perusteli näkemyksensä väitettä kohtaan. Seuraavaksi esitän haastateltavien kannanottoja ja esitettyjä perusteluja virikekysymystä kohtaan tarkemmin aineistolainauksin.

Suoraksi myönteiseksi kannanotoksi tunnistettiin sellaiset kannanotot, joissa haastateltava tekee suoran myönnytyksen väitelauseen ymmärrystarjoukseen. Vastauksista voitiin löytää kaksi suoraa myönnytystä väittämään. Haastateltavat H1 ja H6 esittivät tällaisen suoran myöntyvän kannan heti oman vastauksensa alkuun. Haastateltava H1:n vastauksessa ilmenee epärointiä, joka heijastaa varauksellisuutta väittämän esittämää ymmärrystarjousta kohtaan, mutta kannanotto voitiin tunnistaa suoraksi myöntyväksi kannaksi tästä huolimatta:

H1: Tota (.) Joo pitää varmaan paikkansa omalla kohalla mie ehkä koin sen niin että (.) et se ei ollu silleen mitenkään negatiivinen tunne mikä siitä heräs vaan se oli ehkä enemmän helpottava tunne että tavallaan sai luvan sille että nyt ei tarvi kaiken olla ihan ok (.) (H1, rivit 2–4)

H6: Joo se saattaa aiheuttaa jossain henkilössä voimakkaan tunnereaktion (.) se saattaa aiheuttaa sellasen helpotuksen jollekin etenkin varmaan semmoselle ihmiselle joilla ei oo ehkä sellasta kosketuspintaa siihen miks vaikka kokee asioita jollain tavalla ja sitte se voi olla tosi iso helpotus kun sille löytyy selitys ja jollekin se voi mahdollisesti olla sellanen (.) jollekin se voi mahdollisesti olla sit sellanen niinku ahdistava kokemus ehkä saada joku diagnoosi joka ois sillee et kokee ettei ehkä...tää ei ehkä niinku liity tai jotenki silleen että (.) tää ei niinku kuulosta ollenkaan semmoselt mitä itse olisin osannut ajatella että vois olla (.) Joo (.) kyllä (H6, rivit 134–137)

H1 aloitti kommentointinsa oman kokemuksensa näkökulmasta diagnoosin saajana ja korosti, ettei diagnoosin saamisesta virinnyt lainkaan negatiivinen tunne ja korosti näin ollen entisestään diagnoosin saamisen positiivisen tunnereaktion kuvauksen voimakkuutta. H1 totesi diagnoosin saamisen omalla kohdallaan helpotuksena, koska tällöin hän sai luvan sille, että ”*nyt ei tarvitse kaiken olla ihan kunnossa*”. Haastateltava H6 puolestaan etäännytti alkuun itsensä diagnoosin saajana ja arvioi erilaisia diagnoosin saamisen reaktioita ja seurauksia diagnosoidulle. H6 kuvasi diagnoosin saamista seuraavaa tunnetilaa joko helpotuksena tai ahdistavana. Helpottava tunnereaktio voi riippua H6:n mukaan siitä, saako asianomainen diagnoosin myötä selityksen sellaiselle, joka ei hänelle itselleen ole selvää. Toisaalta, mikäli diagnoosin saamiseen liittyy yllätyksellisyyttä tai diagnoosi on sellainen, jota diagnosoitu ei osaa odottaa, voi tunnereaktio diagnoosin saamisesta olla myös ahdistava.

Suurin osa haastateltavien myönnytyksistä väittämälle kuvattiin epäsuorasti, tietystä tunnereaktiosta käsin, ilman suoraa myönnytystä väitteen ymmärrystarjoukselle. Ensimmäisen virikekysymyksen väitettä kohtaan esitetyissä myöntävissä vastauksissa yleisimmin kuvattu tunnereaktio oli helpotuksen tunne. Argumentoidessaan ensimmäistä väitettä, haastateltavat ottivat usein henkilökohtaisen näkökulman diagnoosin saajana, joka oli sinänsä luontevaa, koska kohderyhmä koostui diagnoosin saaneista henkilöistä, ja jokaisella oli omakohtainen kokemus diagnoosin saajana. Haastateltavat samaistuiivat diagnoosin saajaan oman kokemusmaailmansa kautta, eli peilasivat väitettä tunnereaktion mahdollisuudesta diagnoosin saajina. Diagnoosin saamisen virittämää toistuvaa kuvausta helpotuksen tunnereaktiosta haastateltavat perustelivat kirjavasti.

H1 jatkaa edellä kuvattuja perusteluja diagnoosin mukanaan tuomasta helpotuksesta. H1 perusteli helpotuksen tunnereaktiota lisäksi niin, että diagnoosi saattoi selittää ennemmin hänen ulkopuolisia, vaikeaksi koettuja olosuhteitaan, mikä toi samalla vahvistuksen sille, että hän itse ei ole huono tai kykenemätön. Tällöin asianomainen saattoi kyetä kokemaan helpotusta ja samalla tuntea olevansa oikeutettu oireilemaan vaikeassa elämäntilanteessa:

H1: Varmasti se voi herättää aika ristiriitaisia tunteita jos (.) jos sulle sanotaan että sul on tällänen häiriö mitä ei ehkä ois osannu ajatellakaan mutta mulle se oli lähinnä semmonen (.) helpotus ja (.) silleen niinku (.) vahvistus sille että en oo vaan ite jotenki huono enkä pysty vaan se niinku selitti sitä et miks oli vaikeeta (.) (H1, rivit 7–8)

H4 teki myös osaltaan myönnytyksen väittämään ja kuvaili saamaansa diagnoosia helpotuksena sen perusteella, että hänen oireensa saivat (lääketieteellisen) hyväksynnän, että kaikki ei ole kohdallaan. Helpotusta edelsi lisäksi tieto siitä, että virallisen hyväksynnän jälkeen hän saa apua ja samalla mahdollisuuden legitiimin selityksen kotiin perheelle vietäväksi. Kommenttinsa lopuksi H4 tekee varovaisen myönnytyksen myös vaihtoehdoiselle reagointitavalle toteamalla, että jollekin toiselle diagnoosin saajalle diagnoosin saaminen saattaa olla myös vaikeaa:

H4: Minusta se on helpottavaa (.) Sillon päästään- [Millä lailla?] Et joku hyväksyy sen että kaikki ei oo kohdallaan mun kohdalla esimerkiks se masennus et se lopulta sitte hyväksyttiin ni mä tiedän sillon että mä saan apua ja sitten mä saan selityksen myös ehkä kotiin joo (.) joilleki se saattaa olla vaikeeta mutta mun kohdalla se on ainoastaan ollu helpottavaa (.) (H4, rivit 74–78)

Ulkopuolisen hyväksynnän lisäksi, helpotuksen perusteluissa toistui ajatus kuormittavasta sosiaalisesta ympäristöstä. Näkökulma korosti diagnoosin saajan ulkopuolisia tekijöitä diagnoosin saamisen taustalla, jolloin diagnoosin saaminen kuvattiin mahdollisuutena saada joko väliaikainen tai pysyvä poispääsy kuormittavaksi koetusta sosiaalisesta ympäristöstä ja olosuhteista. Erityisesti haastateltavat H1 ja H4 korostivat perusteluissaan diagnoosin saamista helpotuksena itsensä ulkopuolelta tulevaa kuormitusta kohtaan:

H1: Eihän mulla enää toki oo siis yhtä vaikeeta et enää se diagnoosi ei varmastikaan ois sama et se on helpottanu mutta kyl mie koen sen edelleen niin että (.) et se oli tosi hyvä, että sai sen diagnoosin ja sen myötä sairauslomaa ja näin et sai semmosen pysähtymishetken ja se autto tosi paljon kyl siitä eteenpäin ja (.) ihan niinku miettii omaa elämää ja että miten mitä kannattais muuttaa että kyl mie koen sen edelleen samalla tavalla (H1, rivit 13–16)

H4: Niinku se kakssuuntanenkin niin mä... mä olin vaan tyytyväinen koska sitte mä pääsin eläkkeelle sairaseläkkeelle mä olin viiskymmentä ku mä sairastuin (.) [Tähän kakssuuntaseen?] Eiku siihen ensin siihen masennukseen mulla ei ollu koskaan ollu mitään sitä ennen Ja (.) ja (.) Työelämässä oli tapahtunut ihan tämmösiä oikeen (.) Siis ihan poliisijuttuja ja kaikkee sellasta (.) Niin mä ajattelin että mä pääsen eläkkeelle mun ei tarte mennä sinne hirveeseen karuselliin enää Siel oli ihan ollut

tappouhkauksia ja kaikkee tämmöstä Seitsemän vuotta semmosia oikeudenkäyntejä ja mä olin todistajana ja sitten entinen pomo teki rikosilmoituksia sen seitsemän vuoden ajan aina uudestaan ja uudestaan mutta mä en ollu ainut et toiset työntekijät ja kaiken maailman ihan lääninlääkäriä myöten oli siinä sopassa Niin minusta se oli tervettä että mä sairastuin Näin mä ajattelen siitä (.)

T: Eli ku sä sait sen diagnoosin ni sulle tuli semmonen helpottava olo? [Mm...] Miten sä tällä hetkellä koet asian?

H4: Edelleen samalla tavalla Joo (.) elämä on siis ihan voi sanoo ihanaa hyvä et se meni näin Ja sit mä ajattelen myöskin että onpa mun elämä ollu mielenkiintosta Siel on ollut tämmösiä juttuja (.) Mä olin myöskin semmosessa uskonnollisessa yhteisössä nuorena liittyny mormoneihin joka oli hyvin kuormittavaa ja (.) sit mä pääsin siitäkin eroon (.)

T: Oliko se diagnoosi tavallaan pääsy pois myös siitä kuormittavasta uskonnollisesta yhteisöstä?

H4: Oli
(H4, rivit 79–91)

Haastateltaville virallinen hyväksyntä ja helpotus ulkopuolelta tulevaa kuormitusta kohtaan saattoi tarkoittaa myös oikeutta sairaslomaan, kuten edellä H1 kuvasi. Myös H7 piti diagnoosin saamista tärkeänä osaltaan siksi, että diagnoosi mahdollisti sairasloman:

H7: Koska (.) siinä oli tietysti...työssäki olis pitäny jaksaa mutta eihä siinä tilassa ni (.) jaksanu töitä tehdä että sehä on (.) tärkeä [joo] asia et tämmöne diagnoosi ja sairasloma tuli (H7, rivi 186)

Sosiaalisen ympäristön kuormituksen ohella, helpotuksen tunnereaktiota perusteltiin kannanotoissa myös vastauksena henkilökohtaiseen avuntarpeeseen ja oireisiin. Tällöin diagnoosi toi asianomaiselle mahdollisuuden päästä hoitoon, sekä mahdollisuuden saada lääketieteellistä apua. H2 kuvasi diagnoosin saamista lääketieteellisen avun resurssina, jolloin diagnoosin saaminen oli hänelle itselleen helpotus. Samalla H2 kiistää, että hän olisi kokenut diagnoosin saamista omalla kohdallaan ”mitenkään hassuna”, jonka kannanottona voidaan tunnistaa korostavan diagnoosin saamisen positiivisia seurauksia itselleen:

H2: No mulle se oli itseasiassa helpotus et mä sain diagnoosin jotta sitten ruvettiin etsimään ja löytämään mulle sopivia lääkkeitä Että mä en kokenut sitä mitenkään hassuna koska mä olin oireillu jo niin pitkään Ja ensin mua hoidettiin pelkkänä masennuspotilaana ja mä sain siihen lääkkeitä ja kokeiltiin vaikka mitä jos lääkettä ja (.) (H2, rivit 20–22)

Samoin H3 toi esiin mielenterveyden häiriödiagnoosin saamisen välttämättömyyden psykiatrisen hoitosuhteen edellytyksenä, jolloin hoitoa tarvitsevan on välttämätöntä saada diagnoosi:

H3: No se oli helpotus ensinnäki sen takia että tonne Hyksiin oli tommonen reilun puolentoistavuoden jono ennen kun pääsee sinne edes tutkimuksiin Ja (.) sit kun tuolla psyk. polilla oli roikkunu silleen että (.) hoitoa ei varsinaisesti voi alottaa ennen kun on diagnoosi, niin sitä oli vähän ku löyhässä hirressä sen aikaa sitten (.) ja sit oli semmonen olo että no nyt pääsee sitten alottamaan jotain ((pitkä tauko)) (H3, rivit 64–66)

Haastateltava H7 toi myös esiin sen, että helpotuksen tunnereaktion taustalla saattoi olla lääkärin ja vastaanotolle tulleen asiakkaan välinen vuorovaikutussuhde. Tähän liittyi H7:n huomio siitä, että vastaanotolla asioidessaan vastaanottava lääkäri oli ymmärtänyt häntä ja hänen avun tarvettaan oikealla tavalla. Lääkärin ymmärrys asianomaisen tilanteesta on näin ollen yksi peruste helpotuksen tunnereaktiolle:

H7: Nii (.) No täähän meni...sillä tavalla että lääkärikäyntejä oli useita (.) aluksi ja sen (.) käyntien pohjalta lääkäri sitte kirjoitti sen lausunnon ja (.) se mun kohdalla niin...ku tässä tää tunnereaktio ni (.) jollakin tavalla se oli mulle helpotus ja (.) ei se tuo...ajatus...niin että siinä pääsi sitte selkeyty asia ja (.) koska (.) oli omalta osalta kertonu että (.) miten vaikeeta sillä hetkellä oli ja (.) mul oli onni se että tää lääkäri kyllä (.) ymmärsi mua ((pitkä tauko))

T: Että tuli sellanen helpotus ((niinkö))?

H7: Kyllä (.) koska se tilanne oli niin vaikee sillon (.) no voisko kertoo miten se jatku tästä eteenpäin (.) (H7, rivit 174–176)

Haastateltava H3 toi esiin myös samansuuntaisen huomion kuin H7. Myös H3 kommentoi, että lääkärin ja asiakkaan välinen vuorovaikutus saattaa synnyttää tunnereaktion eri syistä. Näin ollen varsinaisen lääkärikäynnin yhteydessä tunnereaktio saattaa syntyä muistakin seikoista, kuin itse diagnoosin saamisesta. H3 totesi, että hänen omalla kohdallaan tunnereaktiota edelsi psykiatrin huomautus haastateltavan kovasta lapsuudesta:

H3: No ei mulla oikeestaan mikään näistä diagnooseista (.) sinällään aiheuttanut mitenkään erityisempää reaktiota koska kaikki oli kokolailla odotettuja (.) Se mikä aiheutti oli että (.) ku mä sain vuosi sitten noi diagnoosit niin lääkäri HYKS:in psykiatri ohimennen kommentoi että sulla on ollu kova lapsuus ja mä en ollu koskaan ajatellu asiaa niin, niin sen miettimiseen meni sitten hetki aikaa (.) (H3, rivit 54–55)

H3 ei siis rajannut lääkärikäynnin yhteydessä mahdollisesti syntyvää tunnereaktiota pelkästään diagnosointia seuraavaksi reaktioksi.

Diagnoosin saamista seuraavan helpotuksen tunnereaktion ehdoksi voitiin tunnistaa vielä aiempien huomioiden lisäksi se, että diagnoosin saaminen sopii siihen elämäntilanteeseen, jossa asianomainen kulloinkin on diagnoosin saamisen hetkellä. Diagnoosin saamisen vaikutusten ja seurausten nähtiin olevan riippuvaisia asianomaisen elämäntilanteesta. Haastateltava H1 huomautti, että diagnoosin saamista seuraava tunnereaktio ei olisi samanlainen hänelle itselleen enää tällä hetkellä. H1 korosti, että diagnoosi synnytti helpotuksen juuri niissä olosuhteissa, jossa hän sai diagnoosin. H1 kuvasi, että diagnoosin saamiseen liittyy helpotuksen tunnereaktio silloin, kun diagnoosin saaminen on asianomaiselle oikea-aikainen:

H1: Eihän mulla enää toki oo siis yhtä vaikeeta et enää se diagnoosi ei varmastikaan ois sama et se on helpottanu (H1, rivi 13)

Ensimmäistä väitettä kohtaan esitettiin epäsuorasti myöntäväksi tunnistettava kannanotto myös sellaisessa yhteydessä, jossa virinnyt tunnereaktio kuvattiin kielteisenä ja epämieluisana. Haastateltava H5:n kannanotto voidaan tunnistaa tällaiseksi. H5 kuvaa ensin saamansa kaksisuuntaisen mielialahäiriön saamista harmittomana ja vertaa sitä sen jälkeen saamaansa skitsoaffektiiviseen häiriöön, jonka hän kokee voimakkaan leimallisena diagnoosina. H5 huomauttaa, että diagnoosi rakentaa leimallisen kuvauksen henkilöstä ja nostaa esiin kysymyksen siitä, onko hän nyt tuon kuvauksen perusteella leimautunut ja jotenkin vajaa ihminen:

H5: No (.) Mullahan oli siis jo teini-iässä masennusta ja tota vaikka mulla oli psykologia kymppi ja olin siitä kiinnostunut ni mä en ikinä ymmärtäny sitä niinku et se on omalla kohdalla sit koin yhen reaktiivisen psykoosin ja siitä jäi sitte psykoosialttius aivoihin ja (.) Sitten kakssuuntasen mielialahäiriödiagnoosin jälkeen sain skitsoaffektiivinen häiriö -diagnoosin ja se on juuri sen skitso-etuliitteen takia ollu hieman vaikea pureskeltava että se kakssuuntanen mielialahäiriö kuulosti vielä just jollekin hauskalle taiteilijoiden taudille mutta skitsoaffektiivisuudesta tulee mul mieleen niinku (.) no huonokuntonen henkilö joka ei ehkä jaksa pukeutuu peseytyä hoitaa asioita (.) Tuli sellanen tavallaan leima että oonks mä nyt jotenki vajaa ihminen (H5, 112–115)

H5 jatkaa kuvailua saamansa diagnoosin aiheuttamasta kielteisestä tunnereaktiosta kommentoimalla, että skitsoaffektiivisen häiriödiagnoosin saaminen on aiheuttanut hänelle häpeän tunteen, joka sellaisenaan on tunnistettava samalla myönnytyksenä väittämän ymmärrystarjoukseen:

H5: No tietysti arjessa on nähny et ei se diagnoosin muuttuminen elämän varrella mikä on ihan luonnollista ni ei se oo niinku vaikuttanu itteen eikä toimintaan millään tavalla Mut silti se kuulostaa jotenki hyvin raskaalta diagnoosilta et kun siihen tosiaan liittyy sekä kakssuuntasen että skitsofrenian oireet eli kaikki...kaikilla mausteilla (.) Välillä tuntuu toivottomaltakin ((Pitkä tauko)) Et jonkun verran ollu sitä häpeää tässä ja varsinkin monia vuosia aikasemmin kun eräs hyvin läheinen ihminen sano et häpeää mua ja mun sairautta, niin... (.) sen kans on välillä vähän vaikee taistella että jaksais sanoa itelle joka päivä että sä oot ihan tavallinen heppu siinä missä muutkin ja... (.) et ei tuntis sitä semmost syvää häpeää tai epäonnistumista (.) (H5, rivit 122–126)

H5 kuvasi, että hänen saamansa diagnoosi skitsoaffektiivisestä häiriöstä toi hänelle häpeää. Samalla H5 tekee eroja eri diagnoosien välillä. Erottelun perusteella diagnoosia seuraava tunnereaktio riippuu H5:n mielestä siitä diagnoosista, jonka asianomainen saa. Kaikki diagnoosit eivät H5:n mukaan aiheuta negatiivista tunnereaktiota. Hänen omalla kohdallaan negatiivisen tunnereaktion aiheutti juuri skitsoaffektiivinen häiriödiagnoosi, johon kytkeytyy negatiivisia mielikuvia ja joka tuottaa hänelle itselleen häpeää. H5 esitti edellä, että esimerkiksi kaksisuuntainen mielialahäiriö kuulostaa hänen mielestään ”*hauskalta taiteilijoiden taudilta*”, jolloin hän näin sanomalla vähättelee kaksisuuntaisen mielialahäiriön aiheuttamaa tunnereaktiota tai diagnoosin merkitystä itselleen, jolloin hänen kielteinen suhtautumisensa skitsoaffektiivisen häiriödiagnoosin saamista kohtaan korostuu entisestään. Kaksisuuntainen mielialahäiriö kuvataan suhteessa skitsoaffektiiviseen häiriödiagnoosiin, jolloin ensimmäiseksi mainittu näyttäytyy haastateltavalle varsin harmittomana, ja H5 kuvaakin kaksisuuntaista mielialahäiriötä humoristiseen sävyyn. Skitsoaffektiivinen häiriödiagnoosi sen sijaan rakentaa H5:n mukaan sellaisen kuvauksen mielenterveyden häiriödiagnoosin saajasta, johon haastateltavan on hankala samaistua.

H5 toi esiin sen, että häiriödiagnoosin saaminen voi siis aiheuttaa voimakkaan tunnereaktion diagnoosin saajassa mutta tunnereaktio riippuu saadusta diagnoosista ja

diagnoosit virittävät erilaisia miellelyhtymiä, eivätkä ole tällöin tunnereaktioon liittyviltä seurauksiltaan samankaltaisia diagnoosin saajan näkökulmasta. H5:n esittämä kannanotto voidaan tunnistaa sellaisenaan kaksijakoisena. Diagnoosin aiheuttama tunnereaktio jäsenyydiä diagnoosin saajalle suhteessa saatuun diagnoosikoodiin. Vastausta on näin ollen hankala tunnistaa väitettä kohtaan myönteisenä tai kielteisenä kannanottona.

Ensimmäistä väittämää kohtaan tunnistettiin selvästi kaksijakoiseksi luokiteltavia argumentteja myös haastateltavien H3 ja H6 kannanotoissa. H3 ja H6 esittivät omissa kannanotoissaan sisällöllisesti ristiäviä mielipiteitä, joiden perusteella kommentteista voitiin erottaa samanaikaisesti sekä myönteinen että kielteinen kanta väittämään. Ensin H3 esitti kieltävän näkökulman omakohtaisena kokemuskertomuksena diagnoosin saamisesta, minkä perusteella hän kiisti diagnoosin aiheuttaneen hänelle itselleen tunnereaktiota:

H3: No ei mulla oikeestaan mikään näistä diagnooseista (.) sinällään aiheuttanut mitenkään erityisempää reaktiota koska kaikki oli kokolailla odotettuja (.) (H3, rivi 54)

Haastateltava H3 esitti aikaisemmin myönteisen kannanoton väittämään ja huomautti diagnoosin saamisen olevan helpottavaa siksi, että diagnoosi on hoitosuhdetta edeltävä ehto. Omana kokemuksenaan H3 sen sijaan otti kieltävän kannan väittämään.

H6:n argumentointi heijasti kaksijakoista kantaa päinvastoin kuin edellä H3:n kohdalla. H6 kommentoi aluksi väittämää ulkopuolisesta perspektiivistä käsin, minkä myötä hän teki myönnytyksen väittämälle. Jälkeenpäin H6 otti kantaa väittämään omasta näkökulmastaan. H6 toi esiin sen, että saatu diagnoosi heijastaa hänen persoonallisuutensa piirteitä, jolloin saatu diagnoosi tarkoittaa hänelle oman persoonallisuuden ymmärtämistä sellaisena kuin hän kokee sen olevan. Diagnosointi ei näin ollen aiheuttanut H6:lle itselleen tunnereaktiota. H6 esittää olevansa väittämän kanssa eri mieltä sen perusteella, että hänen kohdallaan diagnoosi ei tuonut hänelle mitään uutta tietoa hänestä itsestään, vaan hän koki olleensa aina sellainen, joka lääkärikäynnin yhteydessä diagnosoitiin psykiatrisen luokituksen mukaisesti:

H6: No se jotenki miust tuntu silt et mie tiesin sen et se ei tullu sillee... (.) se ei ollu mulle mikään yllätys kumpikaan diagnoosi eli se 2010, 2013 diagnoosit ei ollu mulle mitenkään sellasia et nyt mie sain jonku uuden tiedon itselleni vaan ne oli

sellasii niinku et no tällänen mä nyt oon aina ollu ja nyt joku antaa niille tai joku nyt on vaa päättäny että kun että nää on ne nimet minkälainen ihminen mie oon Ni se ei oikein herättäny miulle mitään tunnereaktiota ei sitä helpotusta minkä mie äsken sanoin eikä mitään ahdistusta eikä mitää niinku vastareaktiookaan se tuntu silt et joku vaan nyt on keksiny et miun luonteenpiirteet on tälläsiä diagnooseja Silt se sillon tuntu joo (H6, rivit 139–142)

H6 toistaa kannanottonsa perusteluja myöhemmin, minkä myötä kielteinen kanta väittämää kohtaan rakentuu selkeästi. H6 korostaa, että hänelle itselleen ei syntynyt diagnoosin saamisesta tunnereaktiota, koska diagnoosin tuottama kuvaus vastaa hänen luontaiseksi kokemiaan luonteenpiirteitään (H6, 141–142).

6.1.2 Yhteenveto aineiston luokittavasta analyysistä

Virikekysymyksen vastauksissa ilmeni kannanottoja väitteen puolesta ja vastaan. Kannanotoissa esiintyi myös varauksellisuutta, ja sama haastateltava saattoi esittää kannanotoissaan sisäisesti ristiriitaisia näkemyksiä. Väitettä kohtaan tunnistettiin kaksi suoraa myöntyvää argumenttia. Väittämää kohtaan ilmeni myös kaksijakoisia kannanottoja, joita ei voitu tunnistaa suoraan väittämää kohtaan myönteisinä tai sitä kohtaan kielteisinä kommentteina. Kaksijakoisen kannanoton perusteena esitettiin diagnoosien laaja kirjo, eikä kaikkiin diagnooseihin suhtauduttu samalla tavalla. Toisten diagnoosien nähtiin sisältävän tällöin enemmän kielteisiä mielikuvia ja leimallisen diagnoosin saaminen aiheutti erilaisen reaktion kuin sellainen diagnoosi, jonka vastaaja nimesi harmittomana ja vähemmän leimallisena saajalleen. Kaksijakoisuus saattoi ilmetä myös sellaisena kannanottona, jossa haastateltava vaihtaa näkökulmaa ja esittää vaihtoehdoisen mahdollisuuden diagnoosin saamisen seurauksesta sen saajalle.

Väitettä kohtaan esitetty yleisin kannanotto oli varauksellisesti väitettä myötäilevä. Epäsuorasti myöntävä kannanotto kuvattiin usein tunnereaktion kautta, esimerkiksi niin, että diagnoosin saamista seurasi joko positiiviseksi tunnistettava tunnereaktio, kuten helpotus, tai kielteiseksi tunnistettava tunnereaktio, kuten häpeä. Kielteisiä kannanottoja oli selvästi vähemmän. Kielteisten kannanottojen perusteena esitettiin diagnoosin saajan kyky samaistua diagnoosin rakentamaan kuvaukseen tai asianomaisen kyky ennakoida tarkasti

saatava diagnoosi, jolloin diagnoosin saamisen ei arvioitu synnyttävän tunnereaktiota diagnoosin saajassa.

Väittämää kohtaan esitetyissä kannanoton perusteluissa mielenterveyden häiriödiagnoosin saaminen asettui argumentaation resurssiksi. Diagnoosin saamiseen liittyviä merkityksiä jäsennettiin omakohtaisten kokemusten perusteella. Toisaalta haastateltavat saattoivat toisinaan vaihtaa perspektiiviä ja tarkastella omien kokemustensa rinnalla myös vaihtoehtoisia mahdollisuuksia diagnoosin saamisen merkityksistä. Tunnereaktion viriäminen kytkeytyi vastausten perusteella siihen, minkälaisia seurauksia diagnoosilla arveltiin olevan diagnoosin saajalle itselleen. Tunnereaktion viriämisen ehtona esitettiin usein myös diagnoosin saamisen oikea-aikaisuus, joko vallitsevan elämäntilanteen, olotilan, koettujen oireiden tai sosiaalisten suhteiden perusteella. Mielenterveyden häiriödiagnoosin saamista kuvaavan arvottamisen suunta ilmeni myönteisen tai kielteisen suhtautumisen jakolinjalla sen perusteella, miten negatiivisena tai positiivisena mielenterveyden häiriödiagnoosin saaminen arvioitiin diagnoosin saajan näkökulmasta.

Komentointiaineistosta voitiin tunnistaa myös neutraaleja tai kaksijakoisia arvottamisen ilmaisuja, jolloin asennoituminen diagnoosin saamista kohtaan ei ollut yksiselitteinen, eikä diagnoosin saamista koettu selvästi positiivisena tai negatiivisena asiana. Neutraalin tunnereaktion perusteluissa esitettiin näkökulma myös siitä, että saadun diagnoosin tulkittiin olevan luontainen kuvaus asianomaisen persoonasta tai luontaisista piirteistä, jolloin asianomainen koki voivansa samaistua diagnoosin rakentamaan henkilökuvaukseen. Tällöin myös reaktio diagnoosin saamisesta koettiin maltillisesti.

Taulukko 2 havainnollistaa väittämää kohtaan esitettyjä kannanottoja luokittelun avulla. Luokittelu on toteutettu aineistossa havaittujen kannanottojen erojen ja yhtäläisyyksien perusteella. Kannanotot ovat tunnistettu luokittavassa analyysissä joko väitettä kohtaan myöntövinä, väittämää kohtaan kielteisinä tai sitä kohtaan kaksijakoisina kannanottoina. Taulukon jokaiseen pääluokkaan on lisätty tiivistetysti kantaa tukevat perustelut.

Taulukko 2. Yhteenveto kannanottojen ja kannanoton perusteluiden luokittelusta.

Väittämä	Samaa mieltä	Eri mieltä	Kaksijakoiset
<p><i>”Mielenterveyden häiriödiagnoosin saaminen lääkäriltä saattaa aiheuttaa voimakkaan tunnereaktion henkilössä, joka sellaisen saa.”</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vastaus lääketieteelliseen avuntarpeeseen • Poispääsy kuormittavasta sosiaalisesta ympäristöstä • Lupa kokea inhimillistä heikkoutta tai voimavarojen ehtymistä • Selitys koettujen olosuhteiden vaikeudelle • Selitys koettuun henkilökohtaisen olotilaan ja/tai oireisiin • Oikea-aikainen diagnoosi • Saadun diagnoosin ennakoitavuus tai ennakoimattomuus diagnoosin saajalle • Diagnoosi tulee yllätyksenä asianomaiselle • Omakohtainen tietous ja ymmärrys mielenterveyden häiriöistä • Lääkäri ymmärtää avuntarvitsijaa ja hänen olotilaansa ja/tai olosuhteita • Saatuun diagnoosiin kytkeytyy negatiivisia mielle yhtymiä • Diagnoosi rakentaa kuvauksen henkilöstä, johon on hankala samaistua 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnoosin saajan näkökulmasta diagnoosi ilmentää hänen omia, luontaisia luonteenpiirteitään ja/tai persoonaansa • Diagnoosi rakentaa sellaisen kuvauksen henkilöstä, johon diagnoosin saaja voi samaistua • Diagnoosin saaminen ei tule yllätyksenä • Diagnoosin saamisen ennakoitavuus 	<ul style="list-style-type: none"> • Tunnereaktio viriää muista tekijöistä, kuin yksin diagnoosin saamisesta • Omakohtaisen kokemuksen lisäksi myös toisenlaiset reaktiot diagnoosin saamisesta ovat mahdollisia. Eli tunnereaktio voi syntyä diagnoosin saamisesta tai olla syntymättä • Tunnereaktio riippuu saadusta diagnoosista. Eri diagnoosit voivat aiheuttaa erilaisia reaktioita

6.2 Tulkitseva analyysi

Luokittavaa analyysivaihetta seuraa haastatteluaineistoa tulkitseva vaihe. Asenteiden tulkinta rakentuu luokittavan analyysivaiheen kannanottojen ja kannanottojen perusteluiden pohjalta. Asenteiden tulkinnassa pyritään tunnistamaan arvottamiseen liittyvä prosessi, eli minkälaisen puhetoiminnan kautta arvottaminen tapahtuu, sekä miten asenteen kohde ja asenteen subjekti eli arvottaja, jäsenyvät argumentoinnin tuloksena. Asenteiden tulkinta laadullisen asennetutkimuksen menetelmällisestä näkökulmasta edellyttää tämänkaltaisen arvottamista tuottavan puhetoiminnan prosessin tunnistamista kommentointiaineistosta. Puhetoiminnan tarkastelun kautta voidaan paikantaa asenteen subjekti eli arvottaja, asenteen kohteen rakentuminen sekä se, mihin kaikkeen asenteiden ilmaiseminen kytkeytyy. (Vesala & Rantanen, 2007, s. 51.)

Vesala ja Rantanen (2007, s. 41) huomauttavat, ettei ole itsestään selvää, että haastateltavien kannanoton kohde olisi automaattisesti sama kuin väittämän kysymyksen vakioima kohde. Asenneilmaisujen nähdään muodostuvan puhetekoina argumentaation tuloksena, jolloin asenteen kohde on puheessa jäsenyvä kielellinen konstruktio. Tästä syystä asenteen kohdetta ei voida määrittää haastateltavan puolesta ennalta, vaan analyytinen huomio kohdistetaan haastateltavien tapaan tuottaa asenneilmaisut ja asenteen kohde kannanottamisensa perusteella.

Asenteen ilmaisijan eli asenteen subjektin havaitseminen aineistossa edellyttää niin ikään tulkintaa. Yksi tapa hahmottaa asenneilmaisun subjekti on tarkastella sitä, minkälaisina toimijoina haastateltavat näyttäytyvät kommentointiaineistossa (Mts. 130). Tässä tutkielmassa haastateltavat valikoituivat tutkimuksen osallistujiksi juuri tietyssä toimija-asemassa: mielenterveyden häiriödiagnoosin saajina. Tämä helpottaa tunnistamaan, kenen nähdään toimivan kulloinkin asenneilmaisun arvottajana, sekä mistä näkökulmasta asenneilmaisuja tuotetaan. Vesala ja Rantanen (2007, s. 42–43) tuovat esiin sen, että asenteen subjekti on voitava sijoittaa sosiaalisesti tunnistettavaan kategoriaan sen yhtenä edustajana. Tutkimushaastattelun kontekstissa haastateltavat on usein kutsuttu haastatteluun

tietyin sosiaalisen kategorian edustajina, eli tietyssä roolissa tai toimija-asemassa. Tietyn sosiaalisen kategorian edustajan kutsuminen haastatteluun muodostaa haastattelulle sen niin kutsutun primaarikehyksen (Mts. 42.)

Tämän tutkielman haastatteluun valikoituivat siis sellaiset henkilöt, jotka olivat itse saaneet mielenterveyden häiriödiagnoosin. Tästä näkökulmasta haastattelun primaarikehyksen muodostaa tutkielman haastattelukontekstin tulkittamisen sellaisena, jossa mielenterveyden häiriödiagnoosin saanut henkilö kommentoi hänelle esitettyä väittämää. Tutkielman tekijänä rakensin analyttisen tulkintakehyksen sen varaan, että tutkielmaan osallistuvat henkilöt kommentoivat ja tuottavat asenneilmaisuja heille osoitettua väittämää kohtaan tästä toimija-asemasta käsin, eli mielenterveyden häiriödiagnoosin saajina. (Vesala & Rantanen, 2007, s. 47–48.)

Haastateltaville esitettiin väittämän muotoon vakioitu kysymys koskien sitä, että mielenterveyden häiriödiagnoosin saaminen lääkäriltä saattaa aiheuttaa diagnoosin saajassa voimakkaan tunnereaktion. Kirjaimellinen kannanottamisen kohde koski siten esitettyä väitettä. Aineiston tarkastelu osoittaa, että virikekysymys näyttäytyi haastateltaville kuitenkin merkitykseltään laajempänä ja moniulotteisempänä kysymyksenä. Tästä syystä haastateltavat puhuivat diagnoosin saamisen seurauksista itselleen myös laajemmassa merkityksessä, kuin pelkästään mahdollisen tunnereaktion syntymisen määrittävissä rajoissa. Haastateltavat toivat esiin diagnoosin saamisen vaikutuksia esimerkiksi sosiaalisten suhteiden ja identiteetin rakentumiseen liittyen. Diagnoosin saaminen kuvattiin myös tarpeellisenä aineellisenä resurssina esimerkiksi psykiatrisen hoitosuhteen, lääkehoidon tai sairausloman mahdollistajana. Mielenterveyden häiriödiagnoosia arvotettiin myönteisenä tapahtumana silloin, kun sen saamisen seuraukset asianomaiselle voitiin tulkita positiivisina. Mielenterveyden häiriödiagnoosin saaminen arvotettiin puolestaan kielteisenä silloin, kun sen seurausten ja vaikutusten nähtiin olevan diagnoosin saajalle negatiivisia. Tällöin myös diagnoosin saamista seuraava tunnereaktio kuvattiin kielteisenä. Kielteinen arvottaminen liittyi toisinaan myös saadun häiriödiagnoosin kyseenalaistamiseen, jolloin asenneilmaisuja esitettiin paitsi saatua diagnoosia kohtaan, myös psykiatrisia hoitopalveluja ja sen käytäntöjä kohtaan. Kielteinen arvottaminen liittyi

ajoittain myös näkemykseen mielenterveyden häiriödiagnoosiin liittyvistä negatiivisista mielikuvista, jolloin diagnoosin arvioitiin aiheuttavan saajalleen sosiaalisen stigman.

Toisinaan haastateltavat saattoivat myös näkökulmaa vaihtamalla rakentaa erilaisia havaintoja diagnoosin saamisen seurauksista ja vaikutuksista asianomaiselle. Nämä havainnot tämän tutkielman aineistosta vahvistavat samalla laadullisen asennetutkimuksen oletusta asenteista sellaisina, jotka ovat kietoutuneina sosiaaliseen todellisuuteen, kuten ihmisiin, elämäntilanteisiin ja kulttuuriseen ympäristöön. Haastateltavien tapa ilmaista asenteita vahvistaa tässä mielessä näkemystä asenteista suhdekäsitteenä (Mts. 51).

Asenteiden tulkinta kommentointiaineistosta osoitti, että haastateltavat tukeutuivat asenteen ilmaisuja muodostaessaan laajempiin merkityssysteemeihin eli tulkintarepertuaareihin. Tulkintarepertuaarit rakentuivat haastateltavien puheessa tarinankerronnallisesti, mikä samalla asemoi asenteen subjektin tiettyyn positioon. Asenneilmaisujen prosessin tulkinta kommentointiaineistosta muodosti tällaisenaan analyttisen tulkintakehyksen, jonka avulla pyrin tunnistamaan sen, minkälaisen ilmaisutavan kautta arvottaminen tulee näkyväksi. Asenneilmaisun prosessin tulkinnassa tukeuduin näin ollen analyttisinä tulkintakäsitteinä aiemmin esiteltyihin subjektiposition ja tulkintarepertuaarin käsitteisiin. Tällaisesta tulkintakehyksestä käsin oli mahdollista tunnistaa haastateltavien puheen resurssit, joiden avulla haastateltavat tuottivat asenneilmaisuja mielenterveyden häiriödiagnoosin saamista kohtaan. Haastateltavat rakensivat erilaisia kuvauksia häiriödiagnoosin saamisesta sekä sen seurauksista asianomaiselle. Samalla voitiin huomata asenteen kohteen ja asenteen subjektin suhteen jäsentyminen haastateltavien puheessa. Mielenterveyden häiriödiagnoosille nähtiin asetettavan erilaisia käyttötarkoituksia esimerkiksi niin, että mielenterveyden häiriödiagnoosi saattoi toimia haastateltavan identiteetin rakentamisen välineenä. (Vesala & Rantanen, 2007, s. 49–51.)

6.2.1 Väittämän virittämät asenneilmaisut

Kokoavana näkemyksenä asenteiden tulkinnasta aineistosta voidaan todeta, että virikekysymyksen ymmärrystarjous mielenterveyden häiriödiagnoosin saamiseen liittyvästä tunnereaktiosta synnytti väittämää kannattavia ja vastustavia asenneilmaisuja. Mahdollinen tunnereaktio tai sen puuttuminen rakentui haastateltavien puheessa aina laajempina kannanottoina mielenterveyden häiriödiagnoosin merkityksestä asianomaiselle ja hänen elämäänsä.

Diagnoosin saajan toimija-asemaa haastateltavat eivät kyseenalaistaneet sinänsä, mutta neuvottelua itsen positioimiseksi diagnoosin saajina tehtiin kuitenkin aktiivisesti.

Asenteiden tulkinnassa aineistosta paikannettiin neljä subjektipositiota, jotka kytkeytyivät neljään erilliseen merkityssysteemiin. Itsen positioitumisen diagnoosin saajana nähtiin olevan rajattu sen merkityssysteemin luoman tulkintakehyksen mahdollisuuksien rajoissa, joka toimi haastateltavan puheen resurssina kannanotoissa. Tulkintarepertuaarit eivät esiintyneet tässäkään aineistossa selkeärajaisina kokonaisuuksina, vaan ne tunnistettiin puheen säännönmukaisuuksina ja pieninä otteina yhden tai useamman haastateltavan kommentoinnista (Suoninen, 2016, s. 53–54).

Puhetoiminnan tarkastelun ja asenteen muodostumisen prosessin tulkinta tämän tutkielman aineistosta on havainnollistettu kaavioon 1. Asenteen subjektin, subjektiposition sekä tulkintarepertuaarin tunnistaminen liittyi aineistossa läheisesti siihen, minkälaisia tilannesidonnaisia oikeuksia, velvollisuuksia ja mahdollisuuksia puhuja pystyi esittämään itsellään olevan. Itsen asemointi puheessa ja tiettyyn merkityssysteemiin tukeutuminen puheen resurssina, heijastivat samalla sitä, minkälaista mielenterveyden häiriödiagnoosin saajan identiteettiä puhuja näin ollen rakensi itselleen. (vrt. Jokinen ym. 2016, s. 43–45.) Tällainen subjektipositiointi rakensi arvottamista siis tietystä näkökulmasta käsin.

Kannanoton perusteluiden tarkastelu osoitti sen, minkälaiseksi asenteen kohde rakentui. Asenteen kohteeksi saattoi muotoutua esimerkiksi mielenterveyden häiriödiagnoosi itsetuntemuksen resurssina (asenne 6). Tällöin kannanoton perusteluissa voitiin myös

huomata tiettyjä käyttötarkoituksia, joihin asenteen kohde puheessa kytkettiin. Mielenterveyden häiriödiagnosi saattoi toimia edellisen esimerkin valossa tällöin muun muassa oman luontaisena pidetyn persoonallisuuden tulkintakehyksenä. Aineiston puhetoiminnan ottaminen havaintoyksiköksi antoi mahdollisuuksia havaita sen, minkälaisen vuorovaikutustoiminnan kautta asenteet tulevat ilmaistuksi tämän tutkielman kontekstissa, sekä mihin kaikkeen asenteet ja arvottaminen puhetoimintana liittyy.

Kaavio 1. Asenneilmaisujen muodostumisen prosessi kommentointiaineistossa.

TULKINTAREPERTUAARI				
Subjekti	Subjektipositio	Asenteen kohde	Asenneilmaisu	Kannanoton perustelu(t)
Arvottaja	Arvottajan itseasemointi ja identiteetin tuottaminen puheessa	Asenteen kohteen konstruointi	Arvottamisen suunta	Puheen resurssit

Seuraavaksi esittelen aineistosta tunnistetut asenteet (yhteensä 6 asennetta) neljän subjektiposition sekä neljän puhetavan, eli tulkintarepertuaarin kautta rakentuvina ilmauksina.

ASENTEET 1 ja 2

- Skitsoaffektiivisen häiriödiagnosin rakentama henkilökuvaus (asenne 1)
- Julkisen sektorin psykiatrinen sairaanhoito (asenne 2)
- Uhrin subjektipositio ja asiantuntijarepertuaari

Järjestyksessä ensimmäisenä esille nostettava asenneilmaisu jäsentyy haastateltava H5:n kannanotoissa. Haastateltava H5 ottaa kantaa väittämään diagnosin saajana ja asettuu itse asenneilmaisun subjektiksi. H5 tekee kuvauksen diagnosin saamisen seurauksista

vertailemalla eri diagnooseihin liittyviä mielikuvia. H5 asettuu arvioimaan ja vertailemaan diagnostiikan erilaisia oireyhtymiä toisiinsa, jonka myötä arvottamisen kohde jäsentyy (H5, rivit 114–116). Asenteen kohteeksi tarkentuu mielenterveyden häiriödiagnoosia täsmällisemmin juuri skitsoaffektiivinen häiriödiagnoosi ja skitsoaffektiivisen häiriödiagnoosin rakentama kuvaus henkilöstä (asenne 1), johon diagnoosin saajan, eli haastateltava H5:n on hankala samaistua. H5:n kommentointi paljastaa asenneilmaisun kohteeksi lisäksi myös julkisen sektorin psykiatrisen sairaanhoidon (asenne 2), jolloin H5:n kannanotoista voitiin tulkita kaksi kielteistä asenneilmaisua ja asenteen kohdetta. Molemmat asenteen kohteet ja asenneilmaisut nähtiin jäsentyvän samankaltaisen puhettavan ja puhujan asemoinnin myötä näkyviksi.

Mielenterveyden häiriödiagnoosia kohtaan liittyvä arvottaminen jäsentyy H5:n kuvauksessa sellaisena, jossa mielenterveyden häiriödiagnooseihin liitettävät mielikuvat sekä arvottajan itsensä niistä tulkitut seuraukset diagnoosin saajalle, ohjaavat asenneilmaisun suuntaa. Haastateltava H5:n puheen tulkinta osoittaa, että mielenterveyden häiriödiagnoosi asettuu oman identiteetin tulkinnan välineeksi. H5 tulkitsee saamaansa skitsoaffektiivista häiriödiagnoosia sellaisena, joka tuo diagnoosin saajalle uutta tietoa hänestä itsestään. H5 esittää retorisen kysymyksen tästä pohtimalla sitä, onko hän nyt skitsoaffektiivisen diagnoosin myötä tietynlainen ”vajaa” henkilö (rivi 115). Diagnoosin saamista arvotetaankin tässä kohden suhteessa sen vaikutuksesta diagnoosin saajan identiteetin muodostamiseen. H5 tuo esiin, että mielenterveyden häiriödiagnooseihin kytkeytyy erilaisia miellelyhtymiä, joista toiset mielikuvat ovat lähinnä harmittomia ja toiset taas enemmän leimaavia (rivit 114–115). Skitsoaffektiivinen häiriödiagnoosi on H5:n mukaan tässä mielessä poikkeava diagnoosi muihin mielenterveyden häiriödiagnooseihin nähden. H5:n esittämä näkökulma on hänen mukaansa yleisesti hyväksytty ja jaettu luonnehdinta kyseisen diagnoosin saaneesta henkilöstä (rivi 116). Tällaiseen diagnoosin liittyvä vahvasti kielteiseksi tulkittava sosiaalinen stigma, jota edustava diagnoosi on tästä syystä vaikea hyväksyä omalla kohdalla, eikä diagnoosista ole helppoa puhua avoimesti muiden ihmisten kanssa (rivit 119–120, 125). Haastateltavan kokeman minäkuvan ja skitsoaffektiivisen diagnoosin rakentaman henkilökuvauksen välillä on ilmeistä ristivetoa, eikä diagnoosin

tuottamaan henkilökuvaukseen, sellaisena kuin vastaaja sen tulkitsee, ole helppoa samaistua (rivi 119).

H5 arvottaa skitsoaffektiivisen häiriödiagnoosin saamista diagnoosin saajan toimija- asemasta käsin ilmeisen negatiivisesti. Haastateltava H5:n kommentoinnin perusteella voidaan huomata, että hän asemoi itsensä diagnoosin saajana uhriksi. Uhrin subjektipositio ilmenee haastateltavan puheessa tapana, jolla hän osoittaa skitsoaffektiivisen häiriödiagnoosin olevan hänelle vaikea asia sulattaa ja hyväksyä. H5 kuvaa, kuinka diagnoosi tuo hänelle häpeäleiman ja tekee kuvauksen sellaisesta henkilöstä, jollaisena H5 ei tunnista itseään. Skitsoaffektiivisen häiriödiagnoosin perusteella H5 kokee samalla alempiarvoisuutta ei-diagnosoituihin ihmisiin nähden.

Haastateltava H5:n uhripositio vahvistuu kuvauksessa, jossa haastateltava totesi skitsoaffektiivisen diagnoosin aiheuttavan hänelle ajoittain toivottomuutta, ja hän kertoi joutuvansa taistelemaan arjessa pystyäkseen säilyttämään positiivisen minäkuvan diagnoosin leimaavasta vaikutuksesta huolimatta (rivit 124,126). H5 kytkee saadun diagnoosin myös syypääksi läheisen ihmissuhteen hajoamiseen (rivi 125).

Skitsoaffektiivinen häiriödiagnoosi asettuu H5:n puheessa tällöin samalla myös syyntakeettomuuden resurssiksi, joka korostaa hänen puhetapaansa itsestään, diagnoosin saajasta, uhrina. Sosiaalisten suhteiden hajoaminen läheisen henkilön kanssa johtui juuri skitsoaffektiivisestä häiriödiagnoosista.

Uhrin positio mahdollistaa H5:lle myös julkisen sektorin psykiatrisen sairaanhoidon käytänteiden kritisoimisen, sekä lääkärin ammattitaidon kyseenalaistamisen pinnallisen potilastuntemuksen perusteella (rivit 129–131). Näin ollen voidaan huomata, että ensimmäiset kommentointiaineistosta tunnistettavat asenteet (asenteet 1 ja 2) rakentuvat samanlaisen puhujan positioinnin kautta näkyviksi. Vihjaus mahdollisesta diagnosoinnin virheestä korostaa H5:n uhripositiota ja skitsoaffektiivisen häiriödiagnoosin arvottamisen kielteisyyttä. Lääkärin ammattitaidon kyseenalaistaminen asettaa saadun skitsoaffektiivisen

häiriödiagnoosin sen saajalle kyseenalaiseksi, minkä seurauksena voidaan tulkita pyrkimyksenä osoittaa haastateltavan kokemaa kaltoinkohtelua diagnosoinnin seurauksena.

H5:n käyttämä puhetapa, jolla hän tuottaa asenneilmaisun skitsoaffektiivisen häiriödiagnoosin saamisesta, heijastaa pyrkimystä korostaa omaa asiantuntijuutta mielenterveyden häiriödiagnoosien ilmiöaluetta koskien. H5:n käyttämät puheen resurssit ja samalla asenteiden 1 ja 2 rakentuminen, voitiin tunnistaa laajempänä merkityssysteeminä asiantuntijarepertuaarina.

Asiantuntijarepertuaari ilmenee puheen resurssina siten, että H5 esittää kykenevänsä diagnosoimaan itsensä paremmin kuin lääkäri (rivi 129). Lisäksi H5 ilmentää asiantuntijuuden puhetapaa vetoamalla yleiseen hyväksyntään ja yleisesti jaettuihin käsityksiin mielenterveyden häiriödiagnooseista sekä niihin liittyvistä erilaisista mielikuvista (rivi 116). H5 pyrkii esittämään tarkkoja arvioita siitä, minkälaisia mielikuvia eri diagnoosit sisältävät ja minkälainen vallitseva käsitys eri diagnooseihin kohdistuu. Diagnooseja vertaillessaan H5 pyrkii osoittamaan asiantuntijuuttaan myös psykiatrisesta diagnostiikasta ja käyttää psykiatrisen lääketieteen erityissanastoa vahvistamaan tätä vaikutelmaa (rivit 113–115, 123). Samalla hän korostaa myös omaa koulumenestystään psykologian oppiaineessa puheenvuoronsa alussa sekä korostaa toistuvasti omaa kokemusta mielenterveyden häiriöihin liittyen (rivit 112, 116–117). Lisäksi saadun häiriödiagnoosin mahdollisuus vaikuttaa diagnoosin saajan identiteetin rakentumiseen kuvataan itsestään selvänä asiana. Diagnoosi rakentaa tietynlaisen henkilökuvauksen, johon skitsoaffektiivisen häiriödiagnoosin kohdalla diagnoosin saajan on vaikea samaistua. Kyseinen diagnoosi on voimakkaasti stigmatisoiva ja rajoittaa diagnoosin saajan sosiaalista elämää, koska diagnoosista ei ole helppoa puhua ja diagnoosin saaja kokee olevansa alempiarvoisempi muihin ”normaaleihin” ihmisiin nähden. Asiantuntijarepertuaarissa puhe mielenterveyden häiriödiagnooseista esitetään tällaisena faktuaalisena kuvauksena asiantilasta, ja tällainen puhetapa välittyy selvästi H5:n kommentoinnissa.

Puhetavan perusteella H5 tekee kuvauksen itsestään skitsoaffektiivisen häiriödiagnoosin saajana, uhrina, jonka identiteetti skitsoaffektiivisen häiriödiagnoosin perusteella on leimattu. Kaksi ensimmäistä asennetta tunnistettiin tällä tavoin rakentuvana uhrin subjektiposition tuottaman näkökulman kautta, ja puheen resurssina tunnistettiin tukeutuminen asiantuntijarepertuaariin.

ASENTEET 3 ja 4

- Mielenterveyden häiriödiagnoosi vastauksena lääketieteelliseen avuntarpeeseen (asenne 3)
- Psykiatrisen sairaanhoidon saatavuus (asenne 4)
- Potilaan subjektipositio ja medikaalinen tulkintarepertuaari

Potilaan positiosta käsin ja lääketieteelliseen tulkintakehykseen nojaavan puhetavan myötä rakentui kaksi asenteen kohdetta. Asenteen kohteeksi jäsenyivät mielenterveyden häiriödiagnoosi vastauksena lääketieteelliseen avuntarpeeseen (asenne 3) sekä psykiatrisen sairaanhoidon saatavuus (asenne 4). Asenteen kohteita arvotettiin kuitenkin erisuuntaisesti. Asenne 4 jäsenyi puheessa kielteisenä kannanottamisena asenteen kohdetta kohtaan, ja asenteen 3 kohdalla puolestaan suhtauduttiin asenteen kohdetta kohtaan myönteisesti.

Haastateltavien H2, H3, H4 ja H7 asenneilmaisut ilmenivät sellaisena kannanottamisena, jossa mielenterveyden häiriödiagnoosi esitettiin vastauksena lääketieteelliseen avuntarpeeseen, jolloin myös diagnoosin saaminen koettiin myönteisenä asiana. Haastateltavien puhetavassa havaittiin samankaltaisuutta. Tämän perusteella neljän haastateltavan kannanotot nähtiin sellaisina, joissa haastateltavat rakensivat asenteen kohdetta (asenne 3) samansuuntaisesti. Asenteen kohteen samankaltaisuus sekä tukeutuminen puheen resurssina samanlaiseen puhetapaan muodostui kuitenkin paikoin varsin erilaisen puhetoiminnan painotusten kautta.

Haastateltavat kuvasivat saatua mielenterveyden häiriödiagnoosia helpotuksena itselleen ja käyttivät puhetavan resurssinaan lääketieteellistä tulkintakehystä. Tällainen medikaalinen

tulkintarepertuaari ilmenee haastateltavien tavassa käsitellä mielenterveyden häiriödiagnoosia korostamalla sairautentuntoisuutta sekä psykiatrista avuntarvetta (esim. H2, rivit 20–21, 28–30; H3, rivit 60–62; H4, rivit 74–76; H7, rivit 174–175).

Mielenterveyden häiriödiagnoosin käsittely medikaalisessa kehyksessä ilmeni myös siten, että mielenterveyden häiriöiden ilmiöt rinnastettiin normaaleiksi sairauksiksi somaattisten sairauksien tavoin (H2, rivi 36). Haastateltavat toivat aktiivisesti esille myös psykiatrisen sairaanhoidon verkostoa ja sidosryhmiä, kuten lääkärit, hoitajat, vertaistuen ja KELA:n (esim. H2, rivi 40; H7, rivit 179–182).

Medikaalinen repertuaari asettui toisinaan myös esimerkiksi selonteon resurssiksi, jolloin haastateltava saattoi hyödyntää saatua diagnoosia esimerkiksi selityksenä kotona perheelleen (H4, rivi 77). Medikaalinen repertuaari saatettiin asettaa myös epätietoisuuden hälventämisen resurssiksi, jolloin saadun diagnoosin koettiin tuovan lääketieteellisen selvyuden vaikeana koettuun tilanteeseen (H7, rivi 175). Omien oireiden tunnistaminen psykiatrisen diagnostiikan valossa mielenterveyden häiriöksi esitettiin positiivisena asiana haastateltavien H2, H3, H4 ja H7 puheessa, koska diagnoosin saaminen oli tällöin merkki siitä, että asianomainen oli tullut ymmärretyksi ja hänen oirekuvauksensa oli virallisesti hyväksytty.

Asenteiden 3 ja 4 kontekstissa arvottamisen subjektina esiintyivät haastateltavat itse diagnoosin saajina. Haastateltavat H2, H3, H4 ja H7 eivät kyseenalaistaneet tai uudelleen määritelleet omaa toimija-asemaansa mielenterveyden häiriödiagnoosin saajina. Haastateltavat päinvastoin korostivat diagnoosin saajan toimija-aseman mahdollisuuksia asettua potilaan rooliin, joka samalla jäseni asianomaisille potilaalle kohdistuvia sosiaalisia oikeuksia, mahdollisuuksia ja velvollisuuksia. Potilaan asemassa asianomaiselle mahdollistuu hoidon ja lääkeavun resurssit sekä sairasloman ja/tai sairauseläkkeen resurssit. Toisaalta potilaan velvollisuudeksi nähdään hoitosuhteeseen sitoutuminen ja kuntouttavaan toimintaan osallistuminen. Tällainen potilaan positio tuottaa myös asianmukaiset selonteon resurssit, joita edellä kuvattiin hyödynnettävän erityisesti haastateltavan H4 kohdalla.

Medikaalisen puhetavan kehyksessä haastateltavat esiintyivät tässä kohden diagnoosin saajina potilaan subjektiossa.

Potilaan subjektiossa vastaajat H2, H3, H4 ja H7 rakentavat identiteettiä mielenterveyden häiriödiagnoosin saajasta sellaisena, jossa ulkoisen avuntarpeen, ohjauksen ja vertaistuen merkitys korostuu. Potilaan positiosta diagnoosin saaja ei kyseenalaista diagnoosia, hoitosuhdetta tai hoitotoimenpiteitä ja positio ilmentää diagnoosin saajan yhteistyöhalukkuutta ja sitoutumista hoitosuhteen käytänteisiin. Yhteistyöhalukkuus ja velvollisuus sitoutua potilaan asemassa hoitosuhteen käytänteisiin, korostuu selvästi esimerkiksi haastateltavien H2 ja H7 kuvauksissa (H2, rivit 20–30; H7, rivit 177–183). H2 ja H7 korostavat omaa passiivisuuttaan potilaan roolissa suhteessa hoitosuhteeseen ja ulkopuoliseen ohjaukseen saamansa häiriödiagnoosin perusteella. H7:n kuvauksessa ilmenee lisäksi eri sidosryhmien auktoriteettiasemat suhteessa potilaaseen. Ammatilliset ja institutionaaliset toimijat, kuten lääkärit, hoitohenkilökunta ja KELA, esitetään asiantuntijoina, hoitosuhteen auktoriteetteina sekä suunnannäyttäjinä. Lääkärien, hoitajien ja KELAN korostaminen asiantuntijoina ja hoitosuhteen suunnannäyttäjinä, jäsentää diagnoosin saajan omaa subjektiossa avuntarvitsijana ja potilaana.

Mielenterveyden häiriödiagnoosi kuvattiin hoitoon pääsyn takeena ja sen edellytyksenä, jolloin diagnoosi nähtiin haastateltavien kuvaamana tarpeellisena ja jopa välttämättömänä. Mielenterveyden häiriödiagnoosin kuvaaminen hoidon pääsyn edellytyksenä loi samalla myös mahdollisuuden mielenterveyden häiriöiden palveluja tuottavien psykiatristen hoitokäytäntöjen arvioimiselle potilaan positiosta käsin. H3 (rivit 60–70) kuvasi mielenterveyspalvelujen ruuhkautumista ja avunsaannin hankaluutta, jonka edellytykset ovat tiukasti kytkettynä mielenterveyden häiriödiagnoosiin. Tällöin diagnoosin saamisesta tulee välttämättömyys mielenterveyden hoidon saamiseksi ylipäänsä. Hoitoon pääsy edellyttää samalla potilaan omaa aktiivisuutta (H3, rivit 67–70). Juuri H3:n kannanottaminen tunnistettiin tässä kohden kielteisenä asenneilmaisuna psykiatrisen sairaanhoidon saatavuutta kohtaan (asenne 4).

Potilaan positiosta käsin mielenterveyden häiriödiagnoosin arvottaminen myönteisesti ilmeni myös sellaisena puhetoimintana, jossa asianomainen kuvasi diagnoosin saamista resurssina ahdistavaksi koetusta sosiaalisesta ympäristöstä irti pääsemiseksi. H4:n kuvauksessa diagnoosin mahdollistama potilaan rooli oikeutti hänelle pois pääsyn tällaisesta tilanteesta (H4, rivit 78–91).

Asenteiden 3 ja 4 nähtiin aineistossa muodostuvan siis usean haastateltavan samankaltaisen positioinnin ja puhettavan perusteella. Asenteen kohteet 3 ja 4 rakentuivat potilaan subjektipositiossa tukeutumalla puheen resurssina medikaaliseen tulkintarepertuaariin.

ASENNE 5

- Mielenterveyden häiriödiagnoosi elämänlaadun ja hyvinvoinnin tulkinnan resurssina (asenne 5)
- Autonomisen toimijan subjektipositio ja individualistinen tulkintarepertuaari

Haastateltavan H1 kommentoinnissa asenneilmaisu rakentui sellaisen puhetoiminnan kautta, jossa saatu mielenterveyden häiriödiagnoosi koettiin mahdollisuutena arvioida omaa elämänlaatua, elämän olosuhteita sekä omaa hyvinvointia. H1:n puhetoiminnan kautta asenteen kohteeksi nähtiin muodostuvan mielenterveyden häiriödiagnoosi elämänlaadun ja hyvinvoinnin tulkinnan resurssina (asenne 5) asianomaiselle. Mielenterveyden häiriödiagnoosia käsiteltiin tässä kohden varsinaisen medikaalisen tulkintakehyksen ulkopuolella, jonka kehyksessä asenteen kohde rakentui edellisen asenteen kohdalla (vertaa asenne 4). H1:n puheessa mielenterveyden häiriödiagnoosia käsiteltiin enemmän elämäkokemuksena, jonka myötä painotettiin diagnoosin välineellistä arvoa omaa elämää koskevien oivallusten ja havaintojen tekemisessä sekä diagnoosin tilapäistä merkitystä asianomaiselle tämän senhetkisessä elämäntilanteessa.

H1 esittää, kuinka diagnoosin saamisen seurauksena hän tunnisti omassa elämässään olevan tiettyjä muutostarpeita (H1, rivit 14–16). H1 mainitsee, että saatu diagnoosi selittää hänen hankalaa elämäntilannettaan, joka samalla vahvistaa hänen omaa syyntakeettomuuttaan

diagnoosin saajana (rivit 4, 8). Saatu diagnoosi mahdollistaa näin ollen vastuun siirtämisen ulkopuolisille syytekijöille ja H1 vahvistaa tämän myös suusanallisesti sanomalla, että diagnoosi osoitti hänelle sen, ettei hänen tarvitse kokea olevansa itse ”huono”. Asenteen 5 kohdetta kohtaan asenneilmaisu ilmenee myönteisenä sen perusteella, että diagnoosi antaa haastateltavalle (H1) mahdollisuuden arvioida omaa elämäänsä sekä siinä piileviä mahdollisia muutostarpeita kriittisesti vallitsevien olosuhteiden valossa (rivit 15–16).

H1 kuvaa lisäksi, että diagnoosin saamisen seurauksena hän sai sairausloman, jonka hän koki tarpeellisena. Saamaansa diagnoosia ja sitä seurannutta sairauslomaa H1 ei kuitenkaan kuvaile avunsaannin resurssina potilaan näkökulmasta, kuten haastateltavat H2, H3, H4 ja H7 tekivät aiemmin. Sen sijaan voidaan nähdä, että H1:n puhetapa rakentuu vaihtoehdoisen tulkintakehyksen ja subjektipositioitumisen varassa. H1 kuvaa diagnoosin myötä saatua sairauslomaa ”pysähtymishetkenä”, jonka merkitys jäsentyy hänelle oman hyvinvoinnin ja elämänlaadun laajempaan pohtimiseen, eikä niinkään sairaudesta toipumiseen.

H1:n puhetapa ilmentää pyrkimystä esiintyä autonomisena, omaa elämää koskevien asioiden ja muutosten toimeenpanijana. H1 rakentaa identiteettiä mielenterveyden häiriödiagnoosin saajana sellaisena, joka on itsenäinen ja riippumaton toimija, ja jolla on toimeenpanovalmiutta omaa elämäänsä koskeviin päätöksiin myös diagnoosin saajana. Mielenterveyden häiriödiagnoosi ei näin ollen heikennä hänen kykyään tai mahdollisuuksiaan toimia itsenäisesti ja riippumattomasti. Tässä valossa H1 vaikuttaa vastustavan mielenterveyden häiriödiagnoosin tarjoamaa mahdollisuutta asettua passiiviseen potilaan toimija-asemaan ja siten ulkoisen ohjauksen piiriin autettavaksi.

H1 asettuu kannanotossaan asenteen subjektiksi, mutta asemoituu diagnoosin saajana itsenäiseksi ja autonomiseksi toimijaksi. H1:n puhetavassa on yksilökeskeinen korostus, mikä samalla osoittaa riippumattomuutta ulkopuolisesta avusta tai hoitosuhteesta. Mielenterveyden häiriödiagnoosia seuraa helpotuksen tunnereaktio, joka tarkoittaa sairausloman mahdollistamaa tilapäistä hengähdystaukoa ja mahdollisuutta reflektoida rauhassa omaa elämää ja elinolosuhteita. H1 viittaa mielenterveyden häiriödiagnoosin

olleen tilapäinen apu hankaliksi koettujen olosuhteiden keskellä, ja diagnoosin saamisen merkitys hänelle noin vuosi diagnoosin saamisen jälkeen on vähäinen, jos sitäkään (rivit 11–13). Haastateltavan H1 puhetapa tulkitaan individualistiseksi puhetavaksi autonomisen toimijan subjektiposiitiosta käsin, tällaisen puhetoiminnan perusteella.

ASENNE 6

- Mielenterveyden häiriödiagnoosi itsetuntemuksen resurssina (asenne 6)
- Kokemusasiantuntijan subjektipositio ja deterministinen tulkintarepertuaari

Kuudes asenneilmaisu ilmeni erityisesti haastateltavan H6:n kannanotoissa, jossa haastateltava tulkitsi mielenterveyden häiriödiagnoosia itsetuntemuksen resurssina ja omaa persoonallisuutta selittävänä tekijänä. Asenteen kohteeksi muotoutui mielenterveyden häiriödiagnoosi itsetuntemuksen resurssina (asenne 6). Tunnistetun asenteen nähtiin muodostuvan tässä kohden sellaisesta puhujan asemasta käsin, jossa diagnoosin saaja korosti omaa kokemuksellista asiantuntijuuttaan liittyen omiin tunteisiin ja persoonaan. Tällaisesta näkökulmasta käsin mielenterveyden häiriödiagnoosia kuvattiin resurssina oman persoonan ja tilannekohtaisten tunnereaktioiden selittäjänä.

H6 ottaa kantaa virikekysymykseen asenteen subjektina ja tulkitsee mielenterveyden häiriödiagnoosin antavan soveltuvan psykologisen sanaston ja ymmärryksen tulkita itseään ja omaa luontaista tapaansa reagoida erilaisiin tilanteisiin. H6 luonnollistaa puheen saadusta mielenterveyden häiriödiagnoosista, eikä koe diagnoosin olevan hänen kohdallaan viittaus sairaudesta tai mielen poikkeavuudesta (H6, rivit 139–142). Tällainen retoriikka kuljettaa puheen mielenterveyden häiriödiagnoosin saamisesta samalla kauemmaksi aiemmin kuvatun medikaalisen tulkintarepertuaarin kaltaisesta viitekehystä.

Kokemusasiantuntijan positio ilmenee puheessa yhtäältä oman luonnolliseksi tulkittujen persoonan piirteiden korostamisena mielenterveyden häiriödiagnoosin valossa, sekä toisaalta potilaan roolin välttelynä diagnoosin saajana.

H6 ei kuvaa itseään potilaan positiosta käsin, mikä voisi ilmetä esimerkiksi oman sairautentuntoisuuden korostamisena sellaisena, kuin se aikaisemmin medikaalisen puhettavan tulkintakehyksessä esiintyi. Oman persoonan kokemusasiantuntijuus ilmentää puhuja-asemaa, jossa mielenterveyden häiriödiagnoosin oirekuvausta jäsennetään suhteessa puhujan luonnolliseksi tulkittuihin ominaisuuksiin. H6 kuvaa omaa persoonaansa deterministisesti, eli hänen persoonansa on määräytynyt tietynlaiseksi, joka on sittemmin psykiatrisen lääketieteen tulkintakehyksessä tunnistettu psykiatrisen diagnostiikan kategorioihin sopivaksi. Oman persoonan tulkinta ja mielenterveyden häiriödiagnoosin kliininen oirekuvaus asetetaan tällä tavoin syy- ja seuraussuhteeseen, jossa oman luontaisena koetun persoonan tulkitaan olleen syy saadulle diagnoosille. Toisinaan taas saadun diagnoosin oirekuvan arveltiin tarjoavan resurssin diagnosoidulle ymmärtää itseään ja omia tunnereaktioitaan. Tällöin haastateltava H6 esitti voivansa lohduttautua etsimällä selityksiä omille tunnereaktioilleen tukeutumalla häiriödiagnoosin oirekuvaukseen. Tässä mielessä omien tilannesidonnaisten tunnereaktioiden arveltiin olevan seurausta juuri diagnoosin kuvaamasta oireyhtymästä. (rivit 147–150.)

Mielenterveyden häiriödiagnoosin rationalisoiminen ja luonnolliseksi oman persoonan kuvaukseksi esittäminen tällä tavoin, irrottaa saadun häiriödiagnoosin lääketieteellisestä tulkintakehyksestä pelkkänä sairautena, josta asianomaisen olisi toivuttava tai parannuttava pois. Sen sijaan H6:n kuvauksessa häiriödiagnoosi asettuu yksilölliseksi deterministiseksi kokemusnarratiiviksi ja psykologiseksi tulkintakehykseksi kertojan omasta persoonasta. Samoin kuin aiemmin H1:n kuvauksessa, H6 asettaa saamansa diagnoosin samaan tapaan välineelliseksi avuksi oman elämänsä tulkinnassa. H6 toi esiin sen, että hän ei ollut kiinnostunut alkuun saadun diagnoosin yksityiskohdista, vaan ylipäänsä diagnoosin saamisen merkitys jäsenyi hänelle selontekojen ja tulkinnan resurssina oman persoonansa ja yksilöllisten kokemustensa ymmärtämiseksi ja selittämiseksi (rivit 154–158). Tällöin itsesyytösten sijaan, hän kykenee selittämään reagoititapaansa diagnostiikan valossa, jolloin positiivisen minäkuvan säilyttämisen mahdollisuus helpottuu (rivit 149–150). H6 tunnistaa lisäksi sen, että mielenterveyden häiriöihin liittyy negatiivisia miellelyhtymiä. Tämä tulee esiin, kun H6 mainitsee tarkastaneensa myöhemmin saamansa diagnoosin

tarkan sisällön sen suhteen, liittyikö hänen saamaansa diagnoosiin lääkärin tulkinta mahdollisista psykoottisista oireista (rivit 156–157). H6 kuvaa olleensa tyytyväinen huomattessaan, että näin ei ollut hänen kohdallaan. H6 kuvaa omaa saatua diagnoosia tällöin ainoastaan ”peruskeissinä”, eikä kokenut siihen liittyvän negatiivisia mielikuvia.

Haastateltava H6:n kommentoinnissa asenneilmaisu asenteen kohdetta kohtaan tunnustettiin myönteiseksi. Asenteen kohde kuvattiin kokemusasiantuntijan positioista hyödyllisenä ja tarpeellisenä itsetuntemuksen resurssina, ja tästä syystä asenneilmaisu tulkitaan positiivisena arvottamisena.

6.3 Yhteenveto asenteiden tulkinnasta aineistosta

Komentointiaineiston asenteiden tulkinnassa pyrittiin tunnistamaan asenneilmaisut sekä niitä rakentavien puhetoimintojen prosessi. Asenneilmaisuja ei tunnustettu sellaisenaan tarkkarajaisina tai yksiselitteisenä kommentointina, joka antaisi edellytykset todeta tämän tulkinnallisen analyysin olevan tyhjentävä ja absoluuttinen johtopäätös aineistossa esiintyvistä asenneilmaisusta. Tämän tutkielman kysymyksenasettelun näkökulmasta ja laadullisen asennetutkimuksen metodiikalle uskollisesti, huomio kiinnitettiin asenteiden muodostumisen prosessiin, eli minkälaisen puhetoiminnan kautta asenneilmaisut tehdään tunnistettaviksi sekä minkälaista arvottamista tällaisen puhetoiminnan seurauksena tapahtuu. Puhetoiminnasta pyrittiin erottamaan asenteen subjekti eli arvottaja, asenteen kohde, sekä se, minkälaisen puheen resurssien kautta asenteen kohde muotoutui sekä minkälaisesta näkökulmasta käsin tällaista arvottamista tuotettiin.

Aineistosta havaittiin yhteensä kuusi (6) asennetta, joiden nähtiin rakentuvan tietyn merkityssysteemin varassa. Tällaisen asenteita tuottavan arvottavan puhetoiminnan tulkinnassa hyödynnettiin subjektiposition ja tulkintarepertuaarin tulkintakäsitteitä. Havaitut asenneilmaisut tulkittiin syntyvän neljän (4) erilaisen subjektiposition pohjalta haastattelun aikana. Tietystä subjektipositioista käsin kannanottajan tunnustettiin hyödyntävän kulloinkin tietynlaista tulkintarepertuaaria kannanottonsa resurssina. Tällainen

kannanottamisen kokonaisuus voidaan nähdä samalla sellaisena haastateltavan tapana orientoitua saatua mielenterveyden häiriödiagnoosia kohtaan, joka antaa edellytyksiä arvioida tutkielmalle osoitettua tutkimuskysymystä koskien sitä, minkälaista mielenterveyden häiriödiagnoosin saajan identiteettiä haastateltavat rakensivat haastattelun aikana.

Asenneilmaisuuksista tunnistettiin sekä kielteisiä että myönteisiä asenteita. Kolme asennetta tunnistettiin asenteen kohdetta kohtaan kielteisenä arvottamisena ja kolme asennetta nähtiin puolestaan myönteisinä. Kaikissa asenneilmaisuuksissa asenteen subjektiksi tunnistettiin mielenterveyden häiriödiagnoosin saaja. Kannanoton perustelut ohjasivat asenteen tulkinnallista suuntaa, eli sitä, nähtiinkö asenne myönteisenä vai kielteisenä. Ensimmäinen kielteinen asenne kohdistui skitsoaffektiiivisen häiriödiagnoosin rakentamaa henkilökuvausta kohtaan, johon diagnoosin saaja asennoitui selvästi kielteisesti. Diagnoosin nähtiin rakentavan sellaisen henkilökuvausta, johon diagnoosin saajan on hankala samaistua. Skitsoaffektiiivisen häiriödiagnoosin nähtiin olevan saajalleen lisäksi sosiaalinen häpeäleima.

Kommentointiaineistosta tunnistettiin lisäksi kaksi sellaista kielteistä asennetta, jotka kohdistettiin mielenterveyden häiriöiden palveluja kohtaan. Julkisen sektorin tarjoama psykiatrinen sairaanhoito ja hoidon käytänteet kuvattiin diagnoosin saajan näkökulmasta puutteellisina, joka ilmenee muun muassa suurena lääkäreiden vaihtuvuutena, jolloin lääkäreillä ei nähty olevan mahdollisuuksia tutustua potilaisiinsa riittävästi. Tämä asetti myös diagnosoinnin luotettavuuden ja lääkärin ammattitaidon paikoin kyseenalaiseksi. Toinen kriittinen asenne psykiatrista sairaanhoitoa kohtaan korosti palvelujen ruuhkautumista sekä sitä, että hoitoon pääseminen edellyttää potilaalta itseltään aktiivisuutta riippumatta tämän kyvystä suoriutua omatoinisesti. Lisäksi psykiatrisen hoidon edellytyksenä on mielenterveyden häiriödiagnoosi, jonka saamiseen johtava prosessi saattaa hidastaa varsinaista avunsaantia ja hoitosuhteen aloittamista.

Myönteisiksi tunnistettuina asenteina haastateltavat arvottivat mielenterveyden häiriödiagnoosia lääketieteellisen avunsaannin mahdollistajana. Tämän lisäksi esitettiin myönteinen asenne mielenterveyden häiriödiagnoosia kohtaan elämänlaadun ja hyvinvoinnin tulkinnallisena resurssina, jonka avulla arvottaja koki kykenevänsä arvioimaan muun muassa omaa elämäänsä koskevia muutostarpeita. Kolmantena myönteisenä asenteena arvoitettiin mielenterveyden häiriödiagnoosia itsetuntemuksen resurssina, jonka arvioitiin mahdollistavan muun muassa oman persoonan sekä omien tunteiden selityскеhyksen.

Yhteensä aineistosta tunnistettiin siis kuusi asennetta, jotka jäsenyivät neljän erilaisen merkityскеhyksen ja puhujan subjektiposition varassa näkyviksi. Neljä erilaista merkityssystemiä tuottivat samalle puhetavalle ominaisen position, josta käsin arvottamista tuotettiin. Asenteen ilmaisemisen prosessin tarkastelu paljasti näin ollen neljä erilaista tapaa orientoitua saatuun mielenterveyden häiriödiagnoosiin. Haastateltavan tapa orientoitua väittämään esittämään kysymyksenasetteluun ilmeni tietyn puhuja-aseman eli position ottamisena kysymykseen vastaavana osapuolena sekä tukeutumisenä vastauspuheessaan tiettyyn merkityssystemiin puheen resurssina. Samoin voitiin huomata, että asenteen kohde muotoutui laadullisesti eri tavoin vastaajien kesken puhettavan ja itsen positioinnin seurauksena.

Neljä tulkittua asenteen ilmaisemisen tapaa tässä aineistossa ovat sellaisia, jotka eivät välttämättä rajoitu pelkästään yhden tietyn haastateltavan kommentointiin. Samankaltaiseksi tunnistettava puhetapa on mahdollista havaita paikoin yhden tai useamman haastateltavan puheesta, vaikka kuuden asenteen esimerkin mukaiset aineistokatkelmat ovatkin paikoin rajoitettu vain yhden tai korkeintaan muutaman haastateltavan puheen kuvaukseen. Yksi tämän tutkielman aineiston asenteiden tunnistamiseen liittyvä kokonaishahmotus voisi näin ollen olla myös sellainen, jossa kaikkien vastaajien nähdään arvottavan saamaansa mielenterveyden häiriödiagnoosia potilaan puhujanäkökulmasta käsin. Samoin kaikkien vastaajien voisi nähdä tukeutuvan asiantuntijapuheeseen kannanotoissaan, koskien omaa elämäänsä ja omaa kokemustaan

saadusta mielenterveyden häiriödiagnoosista. Tällainen pelkistys ei kuitenkaan välttämättä toisi esiin arvottavaan puhetoimintaan sisältyvää moniulotteisuutta tai puheen funktionaalista luonnetta. Eri subjektipositioiden ja tulkintarepertuaarien tunnistamisen avulla pyrittiin jäsentämään kommentointiaineiston laadullista variaatiota sekä samalla osoittamaan mielenterveyden häiriödiagnoosin saajan identiteetin muodostumisen moniulotteisuus. Tämän perusteella erilaisia puhujanäkökulmia ja niiden muodostumisen tapoja oli mahdollista tehdä aineistosta näkyviksi ja tästä näkökulmasta voitiin huomata se, kuinka mielenterveyden häiriödiagnoosin saajan asema tuottaa asianomaiselle erilaisia mahdollisuuksia orientoitua mielenterveyden häiriödiagnoosin saajana vuorovaikutustilanteessa.

Valitulla asenteita ja asenneilmaisujen tapaa kuvaavalla tulkintakehyksellä on pyritty samalla vastaamaan tutkielmalle osoitettuun tutkimuskysymyksiin koskien sitä, minkälaista mielenterveyden häiriödiagnoosin saajan identiteettiä haastateltavat rakentavat itselleen diagnoosin saajina kommentointinsa perusteella, sekä miten haastateltavat arvottavat mielenterveyden häiriödiagnoosia puheessa. Valittu tutkimusnäkökulma auttoi näin ollen suuntaamaan huomion erityisesti siihen, minkälaisen puhetoiminnan myötä arvottaminen tulee aineistossa näkyväksi.

Taulukkoon 3 on tiivistetty aineistosta havaitut kuusi asennetta ja niiden rakentuminen haastateltaville esitetyn väittämän tuloksena. Taulukkoon on kuvattu järjestyksessä ensin kielteiset asenteet ja sen perään myönteiseksi tunnistetut asenteet. Taulukkoon on eritelty asenteen subjektit, arvottamisen kohteen jäsentymisen asenneilmaisun myötä sekä arvottamiseen liittyvät kannanoton perustelut.

Taulukko 3. Asenteiden muodostuminen kommentointiaineistossa.

Väittäjä: ”Mielenterveyden häiriödiagnoosin saaminen lääkäriltä saattaa aiheuttaa voimakkaan tunnereaktion henkilössä, joka sellaisen saa.”			
Arvottaminen	Asenteen subjekti	Kannanoton perustelut	Arvottamisen kohde
Kielteinen	Diagnoosin saaja	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnoosi tekee kuvauksen henkilöstä, johon diagnoosin saajan on hankala samaistua • Diagnoosi väheksyy diagnoosin saajaa • Diagnoosi aiheuttaa häpeäleiman 	Skitsoaffektiivisen häiriödiagnoosin rakentama henkilökuvaus
Kielteinen	Diagnoosin saaja	<ul style="list-style-type: none"> • Lääkärin vaihtuvuus on suuri • Psykiatrisessa sairaanhoidossa on kova kiire, jolloin lääkärit eivät kerkeä tutustumaan potilaisiinsa riittävästi • Diagnoosi annetaan hätäisesti • Psykiatrisen diagnoosin asettavan lääkärin ammattitaidon kyseenalaistaminen 	Psykiatrisen sairaanhoito (julkinen sektori)
Kielteinen	Diagnoosin saaja	<ul style="list-style-type: none"> • Hoidon ja avunsaannin edellytyksenä on diagnoosi • Hoitoon pääseminen on ruuhkautunut • Hoitoon pääseminen edellyttää aktiivisuutta ja aloitokykyä avuntarvitsijalta 	Psykiatrisen sairaanhoidon saatavuus
Myönteinen	Diagnoosin saaja	<ul style="list-style-type: none"> • Psykiatrisen avuntarpeen resurssi • Diagnoosi legitimoii sairautentuntoisuuden • Selonteon resurssi 	Mielenterveyden häiriödiagnoosi vastauksena lääketieteelliseen avuntarpeeseen

		<ul style="list-style-type: none"> • Mahdollistaa potilaan roolin sekä potilaan rooliin kuuluvat mahdollisuudet ja oikeudet 	
Myönteinen	Diagnoosin saaja	<ul style="list-style-type: none"> • Olosuhteiden tunnistaminen kuormittavana ja inhimillisen kestäkyvyn ylittävänä diagnoosin avulla • Omaa elämää koskevien muutostarpeiden jäsentäminen diagnoosin avulla • Diagnoosi tarjoaa tilapäisen avun ja mahdollisuuden ottaa etäisyyttä kuormittaviksi koetuista olosuhteista • Positiivisen minäkuvan säilyttämisen mahdollisuus kuormittaviksi koettujen olosuhteiden keskellä, saadun diagnoosin perusteella 	Mielenterveyden häiriödiagnoosi elämänlaadun ja hyvinvoinnin tulkinnallisena resurssina
Myönteinen	Diagnoosin saaja	<ul style="list-style-type: none"> • Itsetuntemuksen resurssi • Oman persoonan ja omien tunnereaktioiden tulkinnallinen apu • Diagnoosi tekee kuvauksen henkilöstä, johon diagnoosin saajan on mahdollista samaistua • Diagnoosi tarjoaa lohdutuksen 	Mielenterveyden häiriödiagnoosi itsetuntemuksen resurssina

7 DISKUSSIO

Tutkielmalle osoitettiin kaksi tutkimuskysymystä. Ensimmäisenä tavoitteena oli selvittää miten haastateltavat arvottavat mielenterveyden häiriödiagnoosin saamista, ja mihin kaikkeen tällainen arvottaminen mahdollisesti liitetään. Toisen tutkielmalle osoitetun tutkimuskysymyksen tavoitteena oli kiinnittää huomio siihen, millä tavalla haastateltavat rakentavat mielenterveyden häiriödiagnoosin saajan identiteettiä puheensa perusteella tässä vuorovaikutuskontekstissa. Tutkielma toteutettiin laadullisen asennetutkimuksen tutkimusasetelmassa. Kannanottoja mielenterveyden häiriödiagnoosin saamisesta viritettiin väittämän muotoon esitetyn kysymyksen avulla. Haastateltavia pyydettiin ottamaan kantaa heille esitettyä väittämää kohtaan, jonka mukaan mielenterveyden häiriödiagnoosin saaminen lääkäriltä saattaa aiheuttaa voimakkaan tunnereaktion henkilössä, joka sellaisen saa. Laadullisen asennetutkimuksen empiiristä metodiikkaa hyödyntämällä kommentointiaineiston tarkastelusta erotettiin arvottavaa kannanottamista, josta tunnistettiin edelleen erilaisia asenneilmaisuja. Kommentointiaineistoa tarkasteltiin kokonaisuutena arvottavana puhetoimintana. Tällaisen puhetoiminnan rakennetta jäsennettiin tukeutumalla subjektiposition ja tulkintarepertuaarin tulkintakäsitteisiin. Haastateltavan asemoituminen tiettyyn puhuja-asemaan viitoitti sitä, minkälaista kulttuurista tietoutta haastateltavat hyödynsivät kannanottamisensa resurssina. Tällaisen tarkastelun pohjalta tein tulkintoja siitä, minkälaista mielenterveyden häiriödiagnoosin saajan identiteettiä haastateltavat rakensivat haastattelun kontekstissa.

Aineistosta voitiin tunnistaa yhteensä kuusi asenneilmaisua, joita tuotettiin neljän subjektiposition perspektiivistä käsin. Erilaiset subjektipositiot, eli puhuja-asemat, mahdollistivat samalla erilaisten kulttuuristen merkityssysteemien, eli tulkintarepertuaarien, hyödyntämisen kannanottamisen resurssina. Aineistosta erotetut subjektipositiot nimettiin *uhrin*, *potilaan*, *autonomisen toimijan* sekä *kokemusasiantuntijan* nimikkeillä, joiden tulkittiin sopivan siihen puhuja-asemaan, jonka haastateltava saattoi ottaa haastattelun aikana. Subjektiposition lisäksi voitiin tunnistaa puheen resurssina hyödynnettävät tulkintarepertuaarit, jotka nimettiin *asiantuntijarepertuaariksi*, *medikaaliseksi*

repertuaariksi, individualistiseksi repertuaariksi sekä deterministiseksi repertuaariksi. Erilaisten puhuja-asemien ja merkityssysteemien tunnistaminen jäseniä sitä arvottavan puhetoiminnan rakennetta, jonka kautta haastateltavat tuottivat asenneilmaisuja.

Aineistosta tekemiäni havaintojen perusteella tutkielmalle osoitetut erilliset tutkimuskysymykset sulautuivat jossain määrin yhdeksi kysymykseksi. Aineiston tarkastelusta tehtävä kokonaishahmotus voidaan nähdä sellaisena, jonka mukaan arvottamista sisältävät asenneilmaisut rakentuvat puheessa tietyistä perspektiivistä käsin, joka asemoi puhujan tiettyyn kannanottamisen positioon. Samalla kannanoton perusteluissa asianomainen hyödyntää näkökulmaansa kulloinkin soveltuvaa ja kulttuurisesti tunnistettavaa puhetapaa. Tästä näkökulmasta katsoen arvottava puhetoiminta tapahtuu aina tietyistä puhuja-asemista käsin, eivätkä asenneilmaisut ole tällöin analyttisesti erillään siitä kontekstisidonnaisesta puhetoiminnasta, jossa asenneilmaisua tuotetaan (Vesala & Rantanen, 2007).

Tässä luvussa esitän ja arvioin tämän tutkielman keskeisiä tuloksia. Keskeisten tulosten esittämisen jälkeen suhteutan havaintojani aiempaan tutkimuskirjallisuuteen. Tämän pohjalta sovitan tutkielman virittämiä näkökulmia osaksi aiheesta käytävää ajankohtaista yhteiskunnallista keskustelua. Lopuksi arvioin tämän tutkielman rajoitteita ja eettisyyttä sekä pohdin tutkielman tarjoamia mahdollisuuksia jatkokysymyksille.

7.1 Tutkielman keskeiset tulokset

Tutkielman tuloksista voidaan nostaa kolme keskeistä havaintoa. Ensimmäiseksi tuloksia tarkastelemalla voidaan havaita se, että mielenterveyden häiriödiagnoosin saaminen jäsentyy diagnoosin saajalle merkitykseltään paljon laajempaan kuin pelkästään biomedikaalisena eli sairauskeskeisenä kokemuksena. Kysymys mielenterveyden häiriödiagnoosin saamisesta sekä sitä mahdollisesti seuraavasta tunnereaktiosta virittää asianomaisen ottamaan kantaa aiheesta monipuolisesti. Haastattelun kontekstissa haastateltavat pohtivat mielenterveyden häiriödiagnoosin merkitystä kirjavasti muun

muassa erilaisten sosiaalisten seurausten ja psykologisten vaikutusten kannalta. Mielenterveyden häiriödiagnoosin saaminen vastauksena lääketieteelliseen avuntarpeeseen, esimerkiksi asianomaisen kokemien psykologisten oireiden perusteella, ilmeni aineistossa ainoastaan yhtenä mahdollisuutena jäsentää häiriödiagnoosin merkitystä itselle. Diagnoosin saamisen merkitykseen liitettiin laajalti sosiaalisiin suhteisiin sekä omien elinolosuhteiden arviointiin meneviä huomioita. Tällöin asianomaisten puhe kiinnittyi itsen ulkopuolella oleviin tekijöihin ja esimerkiksi omien varsinaisten oireiden esiintuominen jäi vähemmälle huomiolle. Tällaiset näkökulmat toivat esiin muun muassa työn kuormittavuuteen sekä omiin elämän valintoihin ja ihmissuhteisiin liittyviä pohdintoja.

Se tapa, jolla mielenterveyden häiriödiagnoosin saajat jäsensivät diagnoosin saamista itselleen tämän tutkielman kontekstissa antaa perusteita tarkastella mielenterveyden häiriödiagnoosiin usein liitettävää sosiaalisen stigman tulkintakäsitetä suhteisiin perustuvana käsitteenä Erving Goffmanin (1963) teoretisointia mukaillen. Goffman (1963) esitti, että yksilöä mahdollisesti diskriminoiva ominaisuus jäsentyy suhteessa johonkin, eikä ole välttämättä itsessään automaattisesti asianomaiselle kielteinen. Mielenterveyden häiriödiagnoosi haastateltavien puheessa ei esiintynyt absoluuttisesti negatiivisena ominaisuutena diagnoosin saajalla sellaisenaan, vaan diagnoosin saamiseen liitettävä positiivinen tai negatiivinen seuraus rakentui haastateltavan narratiivissa suhteessa sellaisiin sosiaalisiin suhteisiin, ympäristöön ja toimijoihin, joiden keskinäistä verkostoa haastateltavat puheessaan tuottivat. Samalla tavoin diagnoosin saamista kohtaan esiintyvä arvottaminen tapahtui tällaisen haastateltavan rakentaman kuvauksen kehyksessä, joka ohjasi asenneilmaisun suuntaa. Tässä mielessä myös laadullisen asennetutkimuksen näkökulma asenteesta suhdekäsitteenä rakentuvana ilmiönä sai tukea empiirisestä aineistosta tämän tutkielman kontekstissa (Vesala & Rantanen, 2007).

Tutkielman toinen keskeinen havainto liittyy asenteisiin. Mielenterveyden häiriödiagnoosin saamiseen liittyvän merkityksen moniulotteisuutta heijastivat erilaiset asenneilmaisut, jotka aineiston tulkinnallisen analyysin perusteella haastateltavien puheesta voitiin tunnistaa. Väittämän muotoon puettu haastattelukysymys viritti asenneilmaisuja, joissa asenteen

kohde saattoi vaihdella. Asenneilmaisujen suunta vaihteli niin ikään. Asenneilmaisut olivat asenteen kohdetta kohtaan joko myönteisiä tai kielteisiä. Kielteisiä asenneilmaisuja esitettiin skitsoaffektiiivista häiriödiagnoosia kohtaan, julkisen sektorin psykiatrisen sairaanhoidon käytänteitä sekä sen saatavuutta kohtaan. Myönteisiä asenneilmaisuja esitettiin mielenterveyden häiriödiagnoosia kohtaan silloin, kun mielenterveyden häiriödiagnoosi jäsenyi haastateltavien puheessa asenteen kohteena saajalleen hyödyllisenä. Tällöin mielenterveyden häiriödiagnoosi tulkittiin vastauksena lääketieteelliseen avuntarpeeseen, oman elämänlaadun ja hyvinvoinnin tulkintakehykseksi tai itsetuntemuksen resurssiksi.

Asenneilmaisut osoittivat haastateltavien olevan tietoisia muun muassa mielenterveyden häiriöihin liittyvistä vallitsevista mielikuvista, jotka ovat luonteeltaan usein kielteisiä (esim. Aromaa, 2011). Tämä osoittaa muun muassa mielenterveyden häiriödiagnoosiin saamiseen liittyvän sosiaalipsykologisia jännitteitä diagnoosin saajan näkökulmasta vuorovaikutustilanteessa. Pyrkimys esimerkiksi kasvojen säilyttämiseen henkilökohtaisen ja mielikuvilla latautuneen aihepiirin käsittelyn yhteydessä saattaa vaikuttaa haastattelutilanteen vuorovaikutuksen kulkuun ja tapaan ilmaista asenteita (Goffman, 1959; 1963). Silverman ja Peräkylä (1990) havaitsivat tutkimuksessaan, että herkän ja aran puheenaiheen käsittelyyn vuorovaikutustilanteessa kohdistuu lisäksi erilaisia vuorovaikutusstrategioita. Arkojen aiheiden käsittely saatetaan merkitä puheessa esimerkiksi epäröinnillä ja tauoilla. (Alasuutari, 2011, s. 176–177; Silverman & Peräkylä, 1990.) Epäröinti, kannanottojen kaksijakoisuus ja erilaisten puhuja-asemien ottaminen kommentoinnin aikana saattoivat olla osoitus tällaisen jännitteisyyden hallinnan pyrkimyksestä sekä herkän aiheen käsittelyyn liittyvistä haasteista tämän tutkielman kontekstissa. Haastateltavat saattoivat pyrkiä hallitsemaan mielenterveyden häiriödiagnooseihin liitettävien kielteisten mielikuvien vaikutuksia myös esimerkiksi esiintymällä diagnoosin saajina uhrina lääkärin arviointivirheen seurauksena tai siirtämällä vastuun diagnoosin saamisesta ulkopuolisille syytekijöille, kuten kuormittaville olosuhteille. Toisinaan tällaista jännitteisyyttä saatettiin pyrkiä hallitsemaan korostamalla

omia elämänhallinnan mahdollisuuksia ja riippumattomuutta ulkopuolisesta avusta, tai väheksymällä oireita.

Tutkielman aineiston tarkastelun perusteella voidaan huomata, että diagnoosin saaja arvioi diagnoosin saamisen mielekkyyttä itselleen sen vaikutuksiin ja seurauksiin liittyvien tulkintojensa perusteella. Mielenterveyden häiriödiagnoosin saamiseen liittyy positiivisena tunnereaktiona usein helpotus, joka vaikutti olevan seurausta diagnoosin saajan käsityksestä saadun diagnoosin hyödyllisyydestä itselleen. Tällainen hyötynäkökulma voi liittyä diagnoosin tuomiin mahdollisuuksiin selittää asianomaisen oireita tai hänen kokemuksiaan ja hankalana koettua elämäntilannettaan. Samoin diagnoosi asettuu oman elämän tulkintakehykseksi, jonka kautta diagnoosin saaja arvioi paitsi itseään ja oireitaan, myös sosiaalisia suhteitaan ja elämäänsä laajemmin. Diagnoosin saamisen hyötynäkökulmaan liittyvät lisäksi aineelliset ja aineettomat resurssit. Mielenterveyden häiriödiagnoosi voi mahdollistaa asianomaiselle erilaisia resursseja, kuten sairausloman, tilapäisen tai pysyvän erkaantumisen kuormittavista olosuhteista, lääketieteelliset hoidon resurssit sekä erilaisia vertaistuen muotoja. Mielenterveyden häiriödiagnoosin haittanäkökulmaa puolestaan heijastivat lähinnä erilaiset kielteiset mielikuvat, jotka yhdistetään tiettyyn häiriödiagnoosikoodiin tai henkilöön, jolle asetetaan tällainen kielteiseksi tulkittava diagnoosi. Mielenterveyden häiriödiagnoosiin liittyvän häpeäleiman ennustettiin toisinaan aiheuttavan diagnoosin saajalle erilaisia sosiaalisia ja psykologisia haittoja, kuten sosiaalista erkaantumista ja häpeän tunnetta.

Kolmas tutkielman keskeinen havainto on erilaisten subjektipositioiden eli puhuja-asemien tunnistaminen kommentointiaineistosta. Tällaisia subjektipositioita tunnistettiin aineistosta neljä erilaista. Erilaisten puhuja-asemien havaitseminen on merkittävä huomio mielenterveyden häiriödiagnoosin saajan puheessa, mielenterveyden häiriödiagnoosin saamisen käsittelyn yhteydessä. Erilaisten puhuja-asemien myötä puhujalle avautuu erilaisia mahdollisuuksia laajentaa kannanottamisensa edellytyksiä, sekä hyödyntää samalla erilaisia merkityssysteemejä kannanottamisen resurssina. Tutkimushaastattelusetelman kannalta haastateltaville ennalta osoitettu asemointi oli mielenterveyden häiriödiagnoosin saaja, joka biomedikaalisessa tulkintakehyksessä voidaan rinnastaa myös

mielenterveyshäiriöpotilaan toimija-asemaks. Haastateltavien puheessa tapahtunut erilaisiin puhuja-asemiin asettuminen laajensi haastateltavan mahdollisuuksia ottaa kantaa mielenterveyden häiriödiagnoosin saajana potilaan disposition sijaan vaihtoehtoisilla tavoilla. Esimerkiksi potilaan subjektipositioon liitettävä passiivisuus voitiin sivuuttaa tällaisen vuorovaikutustilanteessa tapahtuvan uudelleen positioinnin myötä. (Vrt. esim. Speed, 2011, s. 123–126.) Tämän tutkielman aineistossa tällainen ilmeni esimerkiksi asiantuntijan subjektipositioon asettumisena, jota seurasi kannanottamiseen liittyvää variaatiota muihin puhuja-asemiin nähden. Tällainen puhuja-aseman vaihtelu heijasti erilaisten puhetapojen kirjoa, joiden myötä asenneilmaisut tuotettiin näkyviksi. Esimerkiksi asiantuntijan subjektipositiossa mahdollistui lääkärin diagnosointityöhön liittyvän luotettavuuden kritisoiminen.

Tutkielman aineiston analyysin perusteella voidaan lisäksi havaita se, että teoreettiseksi tulkintakehykseksi valikoitunut positiointiteoria (Davies & Harré, 1990; Langenhove & Harré, 1999) vaikuttaisi soveltuvan laadullisen asennetutkimuksen (Vesala & Rantanen, 2007) empiirisen metodologian rinnalle tulkinnalliseksi avuksi. Positiointiteoria ja teoriaan kytkeytyvät subjektipositio ja tulkintarepertuaarin tulkintakäsitteet, jäsentävät mielekkäästi asenteiden ilmaisujen ilmenemisen tapaa puheessa. Tämän tutkielman aineiston perusteella vaikuttaa antavan tukea sille, että argumentaatio on luonteeltaan arvottavaa. Tällainen arvottaminen vaikuttaa syntyvän tietystä puhuja-asemasta käsin, joka rakentuu subjektiivisesti kannanottajan puhettavan myötä.

7.2 Tutkielman keskeisten tulosten arviointi ja johtopäätökset

Kun mielenterveyden häiriödiagnoosin saamista tulkitaan lääketieteen viitekehyksessä ja diagnoosin saaminen rinnastetaan sairastumiseksi, voidaan pohtia myös sairastumiseen liittyvien sosiaalisten näkökulmien soveltamismahdollisuuksia mielenterveyden häiriödiagnoosin saamisen yhteydessä. Parsons (1951) sekä Radley (1994), ovat esittäneet sairastuneen henkilön sosiaalista kategorisointia potilaan roolin käsitteellä. Tällainen sosiaalitieteellinen näkökulma sairastumiseen sekä siihen liittyvä kategorisointi voi olla

kiinnostava kysymys asianomaisen itsensä näkökulmasta. Potilasta nähdään velvoittavan muun muassa halu parantua ja tulla jälleen terveeksi sekä itseymmärrys siitä poikkeavuudesta, joka määrittelee häntä potilaan roolissa. Potilaan roolissa olevan henkilön vastustaessa hänelle osoitettua sosiaalista positiota, voi herättää ulkopuolelta tulevaa moraalista arvostelua henkilöä kohtaan. (Mt.) Radley (1994, s. 102–107) ehdottaa lisäksi, että lääkintähenkilöstön ja lääkäreiden näkökulmasta on mahdollista huomioida potilaan roolissa olevan henkilön mahdollisuudet asettua joko ”hyvän” (*good*) tai ”pahan” (*bad*) potilaan toimija-asemaan, riippuen siitä, kuinka kuuliaisesti asianomainen sitoutuu hänelle kuuluviin velvollisuuksiin. ”Hyvä” potilas tulkitaan tästä näkökulmasta siten sitoutuneeksi hoitosuhteeseen ja lääkintähenkilöstön ohjaukseen, pyrkimyksenään tulla terveeksi. Sen sijaan ”paha” potilas nähdään kurittomana ja potilaan velvollisuuksia rikkovana henkilönä, joka ei sitoudu hoitosuhteeseen tai hoitosuositukseen. ”Pahan” potilaan aseman arvellaan vaikuttavan lisäksi lääkintä- ja hoitohenkilöstön mielekkyyteen hoitaa tällaista potilasta ja asioida tämän kanssa. (Mt.)

Tästä tutkielmasta tehtävien havaintojen perusteella voidaan huomata, että tällaisena kuvattu potilaan rooli, sekä siihen asettuminen sairastumisen seurauksena, sopii aineiston tulkintakehykseksi jossain määrin. Potilaan rooliin asettuminen ilmeni haastateltavien puheessa muun muassa silloin, kun haastateltavat toivat esiin omia oireitaan saadun diagnoosin taustalla. Tällöin diagnoosin saamista käsiteltiin sairautena ja diagnoosi rinnastettiin sitä kuvaavan sairauden tulkintakehyksenä asianomaisen kohdalla. Tällöin korostui samalla myös sairaudentuntoisuus ja psykiatrisen avunsaannin tarve. Diagnoosin saaminen mahdollisti potilaan position haastateltavien puheessa, joka ilmeni lisäksi siten, että haastateltavat toivat esiin oman halukkuutensa sitoutua hoitosuhteeseen sekä esimerkiksi erilaisiin mielenterveyden sosiaalisiin vertaistuen muotoihin. Lisäksi potilaan positiossa haastateltavat toivat esiin sen, että he ovat tietoisia omasta alttiudestaan kokea tiettyjä oireita sekä sen myötä tarpeen pysyä valppaana mahdollisten oireiden havaitsemiseksi. Sitoutuminen heille määrättyyn lääkehoitoon koettiin niin ikään tärkeänä velvollisuutena potilaan positioon asettumisen myötä. Potilaan asemaan asettuminen mielenterveyden häiriödiagnoosin saamisen seurauksena ei esiintynyt kuitenkaan ainoana

mahdollisuutena haastateltaville heidän jäsentäessään diagnoosin saamisen merkitystä ja seurauksia itselleen.

Mielenterveyden häiriödiagnoosin saajan mahdollisuudet puhua diagnoosin saamisen seurauksista ja vaikutuksista esitetyn virikekysymyksen pohjalta eivät rajoittuneet pelkästään kannanottamiseksi potilaan positiosta käsin. Tässä tutkielmassa tehtyjen havaintojen perusteella voidaan esittää, että potilaan roolin mahdollistama positio ja puhetapa ovat liian kapea tulkintakehys arvioimaan sitä tapaa, jolla mielenterveyden häiriödiagnoosin saaneet henkilöt jäsentävät diagnoosin merkitystä itselleen. Tämän tutkielman aineistosta tehtävät havainnot ehdottavat, että diagnoosin saajan voi tunnistaa käsittelevän saatua mielenterveyden häiriödiagnoosia merkinä sairaudesta tai vaihtoehtoisesti tästä tulkintakehyksestä erillään. Kommentointiaineistossa nousi esiin muun muassa se, että saatua mielenterveyden häiriödiagnoosia saatettiin tulkita ainoastaan oman luonnollisen persoonan heijastumana, joka on sittemmin patologisoitu psykiatrisen diagnostiikan valossa. Vaihtoehtoisesti mielenterveyden häiriödiagnoosi saatettiin nähdä vaikeana koettujen elämän olosuhteiden tulkintaresurssina ja tilapäisenä helpotuksena ulkopuolelta tulevalle henkiselle kuormitukselle. Tällaisenaan mielenterveyden häiriödiagnoosia ei käsitelty varsinaisena yksilöä itseään kuvaavana sairautena, josta asianomaisen olisi parannuttava pois.

Haastateltaville esitetty virikekysymys viritti erilaisia asenneilmaisuja sekä motivoi haastateltavia ottamaan kantaa diagnoosin saamisesta monipuolisesti. Tästä havainnosta voidaan yrittää vetää johtopäätöksiä aihetta käsittelevän aiemman sosiaalitieteellisen tutkimuskirjallisuuden valossa.

Weiste ja kumppanit (2018) ovat tuoneet esiin sen, että henkilöt ovat halukkaita löytämään selityksiä ja syytä kokemilleen oireille ja ongelmille. Weiste ym. (2018) viittavat muun muassa Buryin (1991, 2001) sekä Bilderbeckin ym. (2014) esittämiin ajatuksiin siitä, että potilaan näkökulmasta tällaiset ongelmien ja oireiden selityskehykset ovat tärkeitä resursseja niin sanotun koherentin sairausnarratiivin (*illness narrative*) rakentamiseksi. Tämän näkemyksen mukaan potilas pyrkii jäsentämään sairausnarratiivin avulla itselleen

merkityksellisen ja kokonaisvaltaisen maailmankuvan, joka sitoo asianomaisen fyysisen ja psyykkisen olemuksen sekä ympäröivän maailman yhteen mielekkääksi kokonaisuudeksi. Potilaan tarvetta rakentaa itselle koherentti sairausnarratiivi motivoi pyrkimys säilyttää itsearvostus ja sosiaalinen status sairauden aikana. (Weiste ym. 2018.) Tämän tutkielman aineistosta tehtävien havaintojen voidaan nähdä antavan tukea tämänkaltaiselle tulkinnalle, jonka mukaan henkilölle saattaa olla luontevaa orientoitua omien oireiden tai ongelmien puheeksi ottamisen yhteydessä myös oman elämän, eri sidosryhmien sekä kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin pohdintaan osana omaa henkilökohtaista sairausnarratiivia. Tällöin myös puhe mielenterveyden häiriödiagnoosin saamisesta saattaa kannustaa asianomaista tällaiseen, omaa elämää koskevaan laajempaan itsereflektioon, johon kuuluu luontevana osana saadun diagnoosin käsittely myös varsinaisen lääketieteellisen viitekehyksen ulkopuolella.

Weiste ja kumppanit (2018) tuovat esille lisäksi sen, että lääkärin ja potilaan diagnosoinnin prosessia kartoittavan vuorovaikutuskehyksen tarkastelun yhteydessä voidaan huomata se, että somaattisia sairauksia koskevasta lääketieteellisestä konsultaatiosta poiketen psykiatrisen haastattelun yhteydessä potilaan elämää ja stressiä aiheuttavia olosuhteita käsitellään paljon tavanomaista laajemmin. Psykiatrisen haastattelun yhteydessä potilaan elämä ja elinolosuhteet sekä niiden käsittely nähdään olennaisena osana psykiatrisen diagnostiikan käytänteitä (esim. Lönnqvist ym. 2017, s. 49–52).

Weiste ja kumppanit (2018) kiinnittävät huomiota oman tutkimuksensa tulosten esittelyn yhteydessä siihen, että tällaisessa vuorovaikutuskehysessä potilaan rooli on oletettua aktiivisempi. Psykiatrisen konsultaation yhteydessä myös potilas turvautuu aktiivisesti psykiatrisen diagnostiikan kategorioihin ja käsitteistöön oman puheensa resurssina. Weisten ja kumppanien (2018) kohdalla tutkimuksen aineiston tulkinta johti tutkimusryhmän tulkitsemaan tällaisia diagnostiikan kategorioita käytettävän potilaan toimesta kolmessa eri merkityksessä. Ensinnäkin diagnosoinnin kohteena oleva henkilö saattoi turvautua diagnostiikan käsitteistöön esimerkiksi tavoitteenaan etäännyttää diagnostiikan kuvaamat oireet omalla kohdallaan. Tällöin asianomainen saattoi korostaa omien oireiden

eroavaisuutta diagnostiikan kriteeristöissä kuvattuihin oireisiin. Henkilö saattoi pyrkiä näin ollen haastamaan diagnostiikan soveltamisen mahdollisuudet omalla kohdallaan. Toisekseen haastateltavat saattoivat turvautua psykiatriseen diagnoosiin käyttämällä diagnoosia selontekojen perusteena omia elämäkokemuksiaan arvioidessaan. Tällöin esimerkiksi masennusoireille saatettiin antaa itsenäinen toimijuuden asema asianomaisen elämässä, jolloin masennusta käytettiin oman elämän ja elämäntapahtumien tulkintakehyksenä vuorovaikutustilanteessa. Kolmantena mahdollisuutena mielenterveyden häiriödiagnostiikkaa tunnistettiin käytettävän hyväksi omien elämäkokemusten kausaalipäätelmien tulkinnassa, seurauksellisena selityksenä. Tällöin asianomainen saattoi nähdä mielenterveyden häiriön olevan seurausta tietyistä asioista ja elämäntapahtumista. Psykiatrisen diagnosoinnin kohteena olevan henkilön tunnistettiin siis hyödyntävän mielenterveyden häiriöihin liittyvää tematiikkaa ja diagnostiikan kategorioita aktiivisesti. Tutkijat panivat merkille myös potilaan mahdollisuudet asemoitua asiantuntijan asemaan psykiatrisen konsultaation kaltaisessa vuorovaikutuskehityksessä. Myös diagnosoinnin kohteena olevan henkilön voitiin tässä kohden nähdä toimivan aktiivisena toimijana ja pyrkivän tavoitteellisesti ohjaamaan mielenterveyden häiriöistä käytävää keskustelua omalla kohdallaan. (Mt.)

Edellä kuvatut Weisten ja kumppaneiden (2018) tutkimuksen havainnot voidaan nähdä läheisesti tämän tutkielman havaintojen rinnalla. Weisten ym. (2018) sekä tämän tutkielman aineistosta tehtävien havaintojen perusteella voidaan huomata, että mielenterveyden häiriödiagnoosi tarjoaa diagnoosin saajalle tai diagnosoinnin kohteena olevalle henkilölle erilaisia mahdollisuuksia hyödyntää mielenterveyden häiriöihin liittyvää käsitteistöä oman puheensa resurssina. Passiivisen potilaan aseman sijaan, henkilö voi pyrkiä rakentamaan itselleen vuorovaikutuksessa vaihtoehtoisia puhuja-asemia ja esiintyä esimerkiksi asiantuntijaroolissa ja aloitteellisena omien mielenterveyttä koskevien asioiden käsittelyssä. Tällaisten empiiristen havaintojen voidaan nähdä toistavan lisäksi diskursiivisen psykologian teoreettisia lähtökohtia kielenkäytöstä tavoitteellisena sekä erilaisia asioita ja asiantiloja aktiivisesti tuottavana puhetoimintana (esim. Potter, 1998; Wiggins, 2017).

Mielenterveyden häiriödiagnoosin asettamisen hetkeä lääkärin ja potilaan välisen vuorovaikutuksen kontekstissa ovat tarkastelleet myös muun muassa Anu Järvensivu ja kumppanit (2018). Tutkimuksessa nostettiin esiin työterveyslääkärien näkökulma mielenterveyden häiriödiagnoosin asettamisen taustalla vaikuttavista erilaisista syytekijöistä. Diagnoosin asettaneiden lääkäreiden puheessa nousi niin ikään esille näkökulma, jonka seurauksena diagnoosia määrittävinä tekijöinä korostuvat paitsi yksilö itse niin myös ulkoiset kuormittavat elementit, kuten sosiaalinen ympäristö, elinolosuhteet ja ihmissuhteet. Myös lääkärit saattoivat kokea mielenterveyshäiriödiagnoosin asianomaiselle tarpeelliseksi, jotta potilas voisi saada mahdollisuuden levätä ja ottaa etäisyyttä tällaisista kuormittavista olosuhteista. Tällaisen psyko-emotionaalisen näkökulman kehys tulkittiin vaikuttavan varsinaisen biomedikaalisen tulkintakehyksen rinnalla asianomaisen henkisen hyvinvoinnin ja sairaslomatarpeen arvioinnissa. Tutkijoiden tekemä kokonaishahmotus aineistoon osallistuneiden lääkäreiden teemahaastattelun analyysin pohjalta ehdottaakin, että mielenterveyshäiriödiagnoosin rakentuminen on kompleksinen, moniaineksinen ja monilogiikkainen ilmiö. Tutkijat löysivät aineiston analyttisen tarkastelun pohjalta niin yksilöstä itsestään kuin hänen ulkopuoleltaan vaikuttavia tekijöitä, jotka vaikuttivat diagnoosin asettamiseen. Järvensivu ja kumppanit (2018) tukeutuvat itse tulkintakäsitteensä Ian Hackingsin esittämään ekologisen lokeron (*ecological niche*) käsitteeseen kuvatessaan sitä yksilön, sosiaalisten suhteiden ja olosuhteiden välistä keskinäistä verkostoa, joka synnyttää aikaan ja paikkaan sidotut mahdollisuudet mielenterveyden häiriön ilmaantumiselle ja mielenterveyshäiriödiagnoosin asettamiselle. (Mt.)

Tämän tutkielman aineiston havainnot voidaan peilata luontevasti myös Järvensivun ym. (2018) tekemiin havaintoihin, ja löytää yhtäläisyyksiä niistä tavoista, joilla mielenterveyden häiriödiagnoosista puhutaan niin diagnoosin asettavan lääkärin kuin diagnoosin saajan näkökulmasta. Tämän tutkielman aineistossa mielenterveyden häiriödiagnoosin saamisen yhteydessä haastateltavat korostivat saamansuuntaisesti niin omasta itsestään kuin itsen ulkopuolelta, sosiaalisesta ympäristöstä ja olosuhteista nousevia

ja vaikuttavia tekijöitä saadun mielenterveyden häiriödiagnoosin taustalla. Myös tämän tutkielman aineistossa mielenterveyden häiriödiagnoosin merkitys jäsenyi tässä mielessä yksilön ja yksilöä ympäröivän sosiaalisen maailman välisenä merkityssuhteena.

Tämän tutkielman keskeisiä tuloksia voidaan arvioida vielä sellaisen yksilön kokemusta painottavan sosiaalitieteellisen tutkimuksen näkökulmasta, jota ovat hyödyntäneet muun muassa Jenna Immonen (2014) masennusta käsittelevässä Pro gradu -tutkielmassaan, ja Marjo Romakkaniemi (2010) tutkimuksessaan koskien masennukseen liittyvää toimijuutta sekä masennuksesta toipumisen kokemuksia. Immonen (2014) tarkasteli masennusdiagnoosin saamiseen liittyvien kokemusten ilmenemistä haastatteluaineistossaan. Immonen erotteli aineiston tuloksista yleisimmin esiintyviä kokemuksellisia kuvauksia ja sijoitti ne edelleen kolmen kattoteeman alle. Erilaiset kattoteemat kuvasivat masennusdiagnoosin saamiseen liittyvää kokemuksellisen ulottuvuuden variaatiota, jota haastateltavat toivat haastattelun aikana esiin. Immosen tutkimuksen tuloksissa ensimmäisenä kattoteemana (*Valo pimeyteen*) erottui haastateltavien kokemus masennusdiagnoosista positiivisena ja tervetulleena väliintulona asianomaisen hankalana koettuun elämäntilanteeseen tai selittämättömään pahanolontunteeseen. Masennusdiagnoosi asettui tämän kattoteemaan kontekstissa lisäksi oikeutuksen resurssiksi, joka jäsenyi haastateltaville oikeutuksen perusteeksi jaksamattomuuteen, sairauslomaan tai väsymykseen. Toisen kattoteeman (*Uhka itselle*) yhteydessä ilmeni, että kokemus masennusdiagnoosin saamisesta saattoi olla haastateltaville paikoin myös uhkaava kokemus. Haastateltavat liittivät masennusdiagnoosiin mielikuvia arvottomuudesta ja sen kielteisistä vaikutuksista omaan identiteettiin ja tulkitsivat diagnoosia siten paikoin kielteisenä kokemuksena. Kolmannen kattoteeman (*Elämän risteyskohta*) alle paikantui sellaiset kokemukset, joissa masennusdiagnoosin saamiseen liittyi omaa elämää koskevien muutostarpeiden arviointia ja kriittistä itsereflektiota. Masennusdiagnoosi saattoi tällöin tarkoittaa esimerkiksi oman elämän arvopohjan syvällistä uudelleenarviointia. (Mt.)

Immosen (2014) tuloksia tarkasteltaessa voidaan erottaa selkeitä yhtäläisyyksiä tämän tutkielman tuloksien kanssa. Mielenterveyshäiriödiagnoosin saaminen vaikuttaa

synnyttävän laaja-alaisen merkityskehyksien verkoston, joka jäsentyy asianomaisen kokemuksina edelleen kielenkäytössä arvottavaksi kannanottamiseksi. Immosen tutkimuksessa haastateltavat jäsensivät saamaansa masennusdiagnoosia myönteisen ja kielteisen ulottuvuuden jatkumolla, jossa niin ikään keskiöön vaikuttaisi nousevan kysymys diagnoosin saamisen psykologisista vaikutuksista ja sosiaalisista seurauksista. Laadullisen asennetutkimuksen näkökulma tämän tutkielman kontekstissa voidaankin nähdä tässä mielessä luontevana jatkumona Immosen kysymyksenasettelun valossa.

Immosen (2014) tutkimuksen havaintojen valossa tämän tutkielman kommentointiaineistoon nähden voidaan erottaa yksi kiinnostava huomio, joka saattaa tuottaa lisäarvoa edelliseen tutkielman havaintoja arvioidessa. Immonen esitti syyllisyyden ja vastuun kysymykset osana masennusdiagnoosin saajan kokemusmaailmaa. Immonen toi esiin oman tutkielman tuloksista tekemänsä havainnon, jonka mukaan haastateltavat esittävät terveen minäkuvan suojeluun pyrkiviä puolustuspuheenvuoroja, jonka perusteella Immonen tulkitsi asianomaisen pyrkivän puolustamaan itseään sairaaksi määrittelevältä masennusdiagnoosilta. (Mts. 76–77.) Tämän tutkielman tuloksista voidaan erottaa samankaltaista puolustuspuhetta, jossa vastuun ja syyllisyyden kysymykset diagnoosin saamisen taustalla pyritään paikoin osoittamaan ulkopuolisille syytekijöille. Tässä kohdin voidaan kuitenkin huomata myös tästä tulkintakehyksestä poikkeava kannanottamisen tapa. Tämän tutkielman kommentointiaineistossa erottuu myös se, että haastateltava ei ottanut vertailukohdakseen automaattisesti tervettä ihmistä. Puolustautuminen saatua diagnoosia kohtaan esiintyi sen sijaan sellaisena, jossa asianomainen ei kieltänyt diagnoosin tarpeellisuutta sinänsä, vaan vertailua tehtiin erilaisten diagnoosien välillä. Puolustautuminen asettui tällöin tiettyä diagnoosikoodia vastaan, ei niinkään absoluuttiseksi puolustautumiseksi itse diagnosointia kohtaan.

Diagnoosin saajan näkökulmasta vaikuttaakin siltä, että mielenterveyden häiriödiagnoosit eivät näyttäyty psykologisilta tai sosiaalisilta vaikutuksiltaan ja seurauksiltaan samanarvoisilta. Diagnoosin saaja saattaa tulkita mielenterveyden häiriödiagnooseihin liittyvät mielikuvat eri tavoin. Näin ollen voidaan nähdä, että sosiaalisen poikkeavuuden

kategorian puitteissa saatetaan tuottaa myös uusia poikkeavuuden alakategorioita (Juhila, 2012). Mielenterveydenhäiriödiagnostiikkaan liittyvä erilaisten mielikuvien ja sosiaalisen stigman hierarkia on havaittu myös aiemmin tutkimuskentällä, jossa esimerkiksi skitsofrenian diagnoosiin nähdään liittyvän voimakkaampia kielteisiä mielikuvia kuin esimerkiksi masennukseen tai syömishäiriöihin. Samalla on todettu yleisellä tasolla, että mielenterveyden häiriödiagnooseihin liittyy voimakkaampia kielteisiä mielikuvia kuin somaattisiin sairauksiin, minkä perusteella voidaan arvella niiden asettuvan erilaiseen valoon myös diagnoosin saajan itsensä näkökulmasta, puhuttaessa mahdollisista asianomaiselle koituvista seurauksista mielenterveyshäiriödiagnoosin saamisen myötä. (Aromaa, 2011; Mann & Himelein, 2004; Corrigan ym., 2000.)

Tämän tutkielman aineistohavainnoissa diagnoosin saajan puolustuspuhe ja erilaisiin diagnooseihin liittyvä mielikuvien hierarkia ilmenivät eritoten skitsoaffektiivisen häiriödiagnoosin kohdalla, jota kohtaan arvottaminen tapahtui suhteessa muihin diagnooseihin, ei niinkään diagnosoimattomuuteen. Mielenterveysdiagnoosin saajan identiteetti ei näin ollen rakentunut pelkästään terveen ja poikkeavan tai terveen ja sairaan välisellä jakolinjalla, jolloin mielenterveyden häiriödiagnoosin olisi voitu huomata synnyttävän vertailua ainoastaan tervettä ja sairauksista vapaata itseä kohtaan. Sen sijaan voitiin huomata vaihtoehtoisten häiriödiagnoosien keskinäinen vertailu ja toisten diagnoosien suosiminen ja tulkinta vähemmän leimallisina esillä olleeseen skitsoaffektiiviseen häiriödiagnoosiin nähden. Saatu mielenterveyden häiriödiagnoosi voi synnyttää näin ollen uusia vertailumahdollisuuksia, jotka palvelevat kasvojen suojelun tavoitetta yhtä lailla poikkeavuuden kategorian sisällä kuin sen vastakohtana ulospäin ”tervettä” tai ”normaalia” kohtaan.

Lopuksi. Tämän tutkielman aineiston havainnoista herää yksi kysymys myös sen suhteen, missä määrin diagnoosikoodin tuottama kuvaus häiriöstä, kuten esimerkiksi masennuksesta, sopii diagnoosin saajan omaan kuvaukseen itsestään pysyvälouenteisena ominaisuutena. Lienee tärkeää olla tekemättä määrittelyä ennalta haastateltavan puolesta ja tunnistaa kielellinen jako sen suhteen, kokeeko asianomainen olevansa olemuksellisesti

masentunut vai tunnistaako hän masennuksen olevan jotain hänestä itsestään erillään. Tällainen jaottelu rinnakkaisten verbien *olla* (*I am*) ja *omistaa* (*I have*) käytöstä mielenterveyshäiriödiagnoosin saajan puheessa, on tunnistettu aiheen tutkimuksen piirissä aiemmin (esim. Immonen, 2014, s. 79–80; Pitt ym., 2009.) Marjo Romakkaniemi (2010) hyödyntää Jyrki Jyrkämän jäsenystä toimijuuden erilaisista modaliteeteista masennusdiagnoosin saaneiden henkilöiden haastatteluaineiston tulkinnessaan. Romakkaniemi (2010, s. 139) esittää masennuksen toimijuuden tarkastelun lähtökohtanaan näkemyksen siitä, että masennus tuottaa toimijuuteen omia erityisiä sisältöjään, samoin kuin Jyrkämä (2007) tapaa arvella ikääntymisen antavan oman lisän ihmisen toimijuuden tarkasteluun ikääntymisen kontekstissa. Mielenterveyden häiriödiagnoosin tarkastelu lähtökohtaisesti essentialistisesti yksilön sisäisenä ominaisuutena saattaa olla liian suoraviivainen hypoteesi. Tällainen ennakkoasemointi ei välttämättä vastaa diagnoosin saajan omaa käsitystä saadun diagnoosin ja sitä kuvaavan sairauden välisestä merkityssuhteesta asianomaisen elämässä. Tästä syystä on perusteltua kiinnittää tarkkaa huomiota asianomaisen kielenkäyttöön, ja ottaa havaintoyksiköksi asianomaisen tuottama puhetapa, joka muun muassa edellä mainitun *olla*-verbin esimerkin yhteydessä voi tuottaa merkittävää lisätietoa asianomaisen tavasta orientoitua saatuun diagnoosiin omaehtoisesti. Mielenterveyden häiriödiagnoosin rinnastaminen ennalta diagnoosin saajan ominaisuudeksi, saattaakin olla ainoastaan tutkijan asettama määre henkilölle tämän ulkopuolelta. Tarkat ennakkomääritelmät voivat pyrkiä huomaamatta ohjaamaan asianomaisen tapaa tulkita omia toimijuuden mahdollisuuksiaan, minäkuvan muodostumista tai diagnoosin merkityksen rakentumisen tapaa. Tämän tutkielman aineistosta nousevat havainnot korostavatkin diagnoosin saajan monipuolisia mahdollisuuksia määritellä itse itsensä diagnoosin saajana, jolla saattaa olla samalla seurauksia esimerkiksi sille, kuinka toimivaltaisena asianomainen kokee olevansa oman diagnoosinsa suhteen tai siitä huolimatta.

7.3 Näkökulmia yhteiskunnalliseen keskusteluun

Tämän tutkielman tuloksia voidaan suhteuttaa sellaiseen ajankohtaiseen mielenterveyden häiriöitä koskevaan yhteiskunnalliseen keskusteluun, joka huomioi mielenterveyden häiriöihin liittyvän näkökulmien moniulotteisuuden. Terveen ja sairauten liittyvien diskurssien tarkastelu osana vallitsevaa sosiokulttuurista kontekstiaan voidaan nähdä tärkeänä väylänä pyrkimyksessä ymmärtää sitä, millä tavalla sairauksiin liittyvät uskomukset ja merkitykset jäsentyvät yksilötasolla ja laajemmin eri yhteisöjen sisällä (Lupton, 1992).

Tämän tutkielman voi nähdä tarjoavan yksilölähtöisen ja pragmaattisen näkökulman siihen, miten eri tavoin mielenterveyden häiriödiagnosi voi vaikuttaa diagnoosin saajan identiteetin muodostumiseen ja sosiaaliseen elämään, sekä niihin puhetapoihin, josta mielenterveyden häiriödiagnooseja koskevaa keskustelua käydään. Järvensivu ja kumppanit (2018) toivat aiemmin esiin muun muassa sen, kuinka moniulotteisena ilmiönä mielenterveyden häiriöt koetaan myös diagnoosin asettavien työterveyslääkäreiden puolesta (mt). Varsinaisen medikaalisen näkökulman rinnalla, saattaa olla hyödyllistä havaita myös muunlaiset merkitykselliset tulokset, joiden avulla yksilö jäsentää diagnoosin merkitystä itselleen.

Tämänkaltaisten huomioiden tekeminen ja esiin nostaminen voi olla hyödyllistä esimerkiksi psykiatrisen hoidon käytänteitä arvioidessa. Mielenterveyden häiriöiden esiintyminen on samalla myös lisääntynyt voimakkaasti yhteiskunnassa, joka on tehnyt siitä esimerkiksi kansantaloudellisen ja työhyvinvointia koskevan kysymyksen (Kela, 2018, 2019; Järvensivu ym. 2018). Aiemmin muun muassa Crowe (2000) on esittänyt, että mielenterveystyön hoidon käytänteissä on omaksuttu psykiatrisen lääketieteen lähtökohdat, jotka saattavat rajoittaa hoidon mahdollisuuksia. Tällaisessa tilanteessa mielenterveyden häiriöiden hoito kanavoituu ainoastaan psykiatrin aloitteesta tapahtuvana biokemikaalisena interventiona, ja mielenterveyden häiriötä käsitellään yksilön sisäisenä ongelmana, johon sovelletaan erilaista lääkehoitoa. Hoito rajoittuu tällöin yksilön käyttäytymisen

kontrollointiin aina siihen saakka, kunnes lääkkeiden vaikutukset aktivoituvat. Crowe (2000) esittää, että mielenterveyden hoidon käytännöt voisivat hyötyä myös vaihtoehtoisista hoitomuodoista, jotka huomioivat sosiaalisen ja kulttuurisen kontekstin sekä vuorovaikutuksen merkityksen minuuden kokemuksen ja sosiaalisten suhteiden rakentamisessa. (Mt.)

Tämän tutkielman näkökulman suhteuttaminen tällaiseen laajempaan yhteiskunnalliseen perspektiiviin saattaa osoittaa sen, että mielenterveyteen liittyvistä ongelmista ja yksilöä kohtaavista psyykkisistä vaikeuksista avunsaannin edellytyksenä on mielenterveysdiagnoosi. Avunsaannin pullonkaula vaikuttaa olevan siinä, mitä voidaan kliinisesti tulkita potilaan oireiden perusteella. Diagnoosin saaminen yksilön näkökulmasta saattaa olla samalla osoitus siitä, että hänen ongelmansa tulevat hyväksytyksi ja olemassa oleviksi vasta diagnoosin saamisen jälkeen. Mielenterveyden häiriöiden alan on arveltu laajentuneen oirediagnoosiin myötä, jolloin inhimillisen kärsimyksen, olosuhteiden ja työn kuormituksen sekä erilaisten vastoinkäymisten käsittely ja avunsaanti on kontrolloitua ja saattaa vaikuttaa diagnoosien määrän lukumäärälliseen kasvuun. (Kela, 2018, 2019; Horowitz, 2002; Järvensivu ym. 2018.)

Tämän tutkielman haastatteluaineiston tuloksissa erottui toisinaan psyykkiseen kuormitukseen liittyvä tilapäinen avuntarve, johon saatu diagnoosi toi avun. Tilapäinen avuntarve saattoi tarkoittaa esimerkiksi tarvetta päästä pois kuormittavien olosuhteiden keskeltä ja oman elämää koskevien muutostarpeiden arviointia. Tällaisten kysymysten parissa voidaan pohtia sitä, sopiiko psykiatrinen diagnostiikka ainoaksi tulkintakehykseksi ja avunsaannin resurssiksi yksilön psyykkisen avuntarpeen arvioinnissa, vai olisiko mahdollista etsiä vaihtoehtoisia menetelmiä ja malleja, etenkin lievempien oireiden kohdalla. Immonen (2014) esitti pohdinnassaan, että mielenterveyden häiriödiagnoosin saamiseen liittyvä poikkeavuuden kokemuksen käsittely voisi olla yksi hyvä peruste sille, miksi psykiatrisen diagnostiikan ohessa voisi olla tarjolla myös vaihtoehtoisia palvelu- ja hoitomuotoja. Vaikeimpien mielenterveyden häiriöiden hoidossa on sovellettu psykoedukaatiota, joka tarjoaa lääkehoidon ohella esimerkiksi skitsofrenian hoidon yhteydessä erilaisia psykososiaalisia tukitoimia (Koponen, 2006). Erilaisten

psykososiaalisten tukimuotojen soveltaminen ja tuen saatavuus ilman ennakkoehtoja, esimerkiksi lievempien oireiden hoidossa tai psyykkisen avuntarpeen ennakoinnissa, voisi olla niin ikään hyödyllinen vaihtoehto apua tarvitsevalle. Voisiko tilapäinen tai olosuhteista johtuva ulkopuolinen kuormitus saada avun esimerkiksi psykoterapiamuodoista ennemmin kuin mielenterveyden häiriöiden diagnostiikkaa soveltamalla? (Lönnqvist, 2017b.)

Mielenterveyden häiriöiden diagnostiikkaa soveltava psykiatrinen diskurssi ilmenee vakiintuneena yhteiskunnassa vaikuttavana tapana käydä aiheita koskevaa keskustelua. Mielenterveyden häiriöstä ja ongelmista puhumisen voidaan nähdä tietenkin myös edellyttävän oireiden käsittelyä vakiintuneen oirediagnostiikan tulkintakehyksessä. Diagnoosin saaminen on mielenterveyden häiriöiden kohdalla välttämättömyys lääketieteellisen avuntarpeen ja palveluiden saamiseksi (Lönnqvist ym. 2017; Weiste ym. 2018). Jutel (2009) tuo esiin sen, että oirediagnostiikkaa hyödyntävä psykiatria eroaa tässä mielessä orgaanisesta patologiasta, ja psykiatrinen sairaus ilmenee suhteuttamalla potilaan oirekuvaa ja psykiatrista diagnostiikkaa keskenään (Mt.) Tämä saattaa ohjata ihmisten tapoja puhua psykologisista oireistaan, koska apua saadakseen potilaan oirekuvauksen täytyy asettua diagnostiikan kriteereihin sopivaksi. Tällöin henkilöltä edellytetään myös kykyä vakuuttaa diagnosoiva lääkäri psykiatrisesta avuntarpeesta vakiintuneella ja sopivalla tavalla (esim. Weiste ym. 2018).

Psykiatrisen diskurssin ulkopuolelta voidaan kuitenkin paikantaa myös sellaisia ajankohtaisia kulttuurissa ilmeneviä puhetapoja, jotka laajentavat käsitystä mielenterveyden häiriöistä sekä niiden kokemuksista ihmisten arkitodellisuudessa. Tämän tutkielman aineiston tarkastelu osoitti niin ikään käytännössä sen, kuinka kirjavasti mielenterveyden häiriöihin liittyvää tematiikka viedään erilaisiin käyttöyhteyksiin ihmisten puhuessa aiheesta. Mediassa on samoin esiintynyt vaihtoehtoisia tapoja puhua mielenterveyden häiriöistä ja niiden merkityksestä diagnosoidulle (esim. Nykänen, 2018; Seward, 2019). Tämä saattaa olla osoitus kulttuurisen tietouden alan laajenemisesta, koskien mielenterveyden häiriöitä sekä niitä kokevia ihmisiä. Voidaan kenties todeta, että mielenterveyden häiriödiagnoosit ovat yleistyneet länsimaisessa kulttuuripiirissä osaksi kulttuurista valtavirtaa, jolloin puhe saadusta diagnoosista kääntyy sairausnarratiivin sijaan

kokemukselliseksi elämynarratiiviksi tai elämästä selviytymisen eetokseksi (Watters, 2010). Mielenterveyden häiriöt voidaan valjastaa sosiaalisen stigman sijaan palvelemaan tällöin myös positiivista minäkuvaa sekä tuottamaan positiivista sosiaalista pääomaa diagnosoidulle. Tässä tutkielmassa diagnoosin saamisen merkitystä jäsenettiin ajoittain samaan tapaan, korostamalla itsen sijaan ulkopuolisia syytekijöitä diagnoosin saamisen taustalla. Diagnoosi legitimoit tällöin kuormittavaksi koetut elinolosuhteet tai sosiaaliset suhteet. Tällöin diagnoosin saajan oman vastuun diagnoosista voitiin nähdä pienenevän. Jenna Immonen (2014) ja Ewen Speed (2011) toivat esiin samansuuntaisen huomion, jossa mielenterveyden häiriödiagnoosi luonnollistetaan osaksi omaa elinpiiriä ja siirretään tällä tavoin pois medikaalisesta tulkintakehyksestä.

7.4 Tutkimuksen rajoitukset ja eettisyys

Sosiaalitieteellisenä tutkimuskohteena mielenterveyden häiriöiden käsittely on lähtökohtaisesti rajoittunutta. Mielenterveyden häiriöiden tarkastelu yksilön kokemuksena ja yksilölle vuorovaikutuksessa jäsenyvänä ilmiönä, ei anna riittävää tutkimustietoa mielenterveyden häiriöiden vaikutuksista tai seurauksista yksilölle. Sosiaalitieteellisten näkökulmien tulee pyrkiä tarjoamaan lisäarvoa lääketieteelliselle tutkimukselle soveltamalla sosiaalitieteelle ominaisia näkökulmia ja lähestymistapoja, sekä samalla välttää sivuuttamasta esimerkiksi lääketieteen saavutuksia ja tutkimustuloksia, jotka käsittelevät muun muassa eri häiriöiden esiintymistä tai alkuperää (esim. Lönnqvist, 2017). Aihetta käsittelevän sosiaalitieteellisen tutkimuksen tavoin, tämän tutkielman näkökulma on rajoittunut ainoastaan sen tarkastelemiseen, miten mielenterveyden häiriödiagnoosia koskeva keskustelu jäsenyy arvottavaksi kannanottamiseksi aiheen ympärillä, sekä millä tavalla diagnoosin saaja merkityksellistää diagnoosin saamista itselleen tämän tutkielman yksilöhaastattelun vuorovaikutuskontekstissa. Tällä tutkielmalla ei ole siten edellytyksiä ottaa kantaa mielenterveyden häiriöiden syntyyn, alkuperään tai esimerkiksi lääkehoidon tarpeellisuuteen.

Tämän tutkielman aineisto on niin ikään rajallinen ja aineistoa rajattu edelleen siitä haastatteluaineiston kokonaisuudesta, joka tätä tutkielmaa varten kerättiin syksyllä 2019. Aineiston tuottama selitysvoima on näin ollen hyvin rajallinen. Tosin laadullisen asennetutkimuksen tutkimustulosten päämäärä ei pyri olemaankaan tulosten yleistettävyydessä, vaan enemmän aineistoa tulee lähestyä empiirisenä näytteenä siitä tutkittavasta, sosiaalisesta todellisuudesta, jonka osa sen nähdään olevan (Alasuutari, 2011, s. 114–116; Vesala & Rantanen, 2007).

Tämän tutkielman tutkimusnäkökulman mahdollisuuksia tuottaa laadullista tutkimustietoa aihepiiriä koskevaan sosiaalitieteelliseen tutkimukseen saattaa heikentää tutkielman näkökulman laaja-alaisuus. Tämän tutkielman näkökulmasta ei tehty eroa eri psykiatrisen diagnostiikan luokitusjärjestelmien mukaisille oireyhtymille, niiden laadun tai voimakkuuden suhteen (Lönnqvist, 2017). Mielenterveyden häiriödiagnoosin käsittelyä yksilön näkökulmasta diagnoosin saajana lähestyttiin tasa-arvoisesti, mikä sivuuttaa eri diagnooseihin sisältyvät erityispiirteet. Mielenterveyden häiriödiagnoosien erityislaatuisuuden huomioiminen, tai diagnostiikan rajaaminen tässä kohden tutkimuskysymyksenä ainoastaan yhden häiriödiagnoosin varaan, voisi antaa paremmat vertailumahdollisuudet aineistonäytteiden suhteen sekä johdonmukaisemman kuvan diagnoosin saamiseen liittyvistä vaikutuksista ja arvottavasta kannanottamisen tavoista. Tutkimukseen osallistuneiden suuri ikäjakauma voisi sekin olla huomioarvoinen seikka juuri mielenterveyden häiriödiagnostiikan näkökulmasta, koska diagnostiikka on luonteeltaan dynaaminen ja kehittyä ajallisesti jatkuvasti uuden tutkimustiedon perusteella. Tämän huomion valossa voidaan nähdä se, että kaikkien tähän tutkimukseen osallistuneihin henkilöiden kohdalla ei olla sovellettu samaa luokitusjärjestelmää diagnosoinnin perusteena, eivätkä diagnosoimiseen liittyvät prosessit ja käytännöt ole olleet vertailukelpoisia. Esimerkiksi tutkimukseen osallistuneen vanhimman ja nuorimman haastateltavan ikäero sekä diagnosoimisen ajankohta on useampi vuosikymmen, mikä tarkoittaa samalla sitä, että psykiatrisen diagnostiikka ja sen käytännöt ovat eronneet toisistaan merkittävästi sillä hetkellä, kun asianomaiset ovat saaneet diagnoosin (esim. Lönnqvist ym. 2017). Tällöin myös diagnoosin saamiseen liittyvät kokemukset saattavat

olla lähtökohtaisesti aivan erilaiset. Tätä seikkaa ei ole huomioitu tämän tutkielman tulosten arvioinnissa.

Tämän tutkielman teossa on pyritty noudattamaan tarkasti Suomen Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjetta hyvästä tieteellisestä käytännöstä (Helin ym. 2013). Laadulliseen haastatteluasetelmaan liittyy kuitenkin myös sellaisia tutkimuseettisiä kysymyksiä, jotka aihepiirin sensitiivisyyden takia korostuivat entisestään tämän tutkielman yhteydessä. Tutkimukseen osallistuneiden haastateltavien yksityisyyden ja anonymiteetin kunnioitus oli tutkimuksen tekemisen yksi johtava eettinen ohjenuora, jonka varassa tutkimushaastattelut toteutettiin ja jonka varassa tutkimusaineistoa käsiteltiin. Tutkimukseen osallistuneiden tunnistetietoja kerättiin ainoastaan tutkimukseen suostumuslomakkeen yhteydessä (liite). Suostumuslomakkeita säilytetään tutkijan hallussa lukitussa tilassa. Aiheen arkaluontoisuudesta johtuen jokainen tutkimushaastattelu toteutettiin haastateltavan ehdoilla siten, että haastatteluun varattiin runsaasti aikaa. Haastattelun aloitukselle pyrittiin takaamaan luonteva aloitus, eikä tutkijan roolissa pyrkinyt kiirehtimään haastattelun aloitusta tai lopetusta. Käytännössä tämä saattoi tarkoittaa tapaamisten pitkää kestoa suhteessa varsinaiseen haastatteluun. Tämä saattoi osoittautua hyväksi ratkaisuksi haastateltavan kannalta, mikä samalla vähensi henkistä kuormitusta ja jännitteisyyttä. Ennen haastattelun aloittamista tutkijan roolissa en paljastanut haastattelun sisältöön liittyviä yksityiskohtia haastateltavalle, koska se olisi voinut ohjata haastateltavien tapaa orientoitua haastattelukysymyksiin ennalta, mikä olisi puolestaan voinut horjuttaa tutkimuksen aineiston uskottavuutta. Tutkimushaastatteluun liittyvien yksityiskohtien salaaminen haastateltavalta saattaa olla kaksijakoinen asia haastatteluun osallistuvien kannalta. Tutkimushaastatteluun liittyvä epätietoisuus saattaa vaikuttaa haastateltavien halukkuuteen osallistua tutkimukseen. Toisaalta pyrin avoimesti kertomaan haastattelun tarkoituksesta ja tavoitteista jokaiselle haastatteluun osallistuvalla erillisellä kutsukirjeellä (liite). Varsinainen haastattelu ja laaditut kysymykset pyrittiin laatimaan ja esittämään johdonmukaisina haastateltaville suhteessa tutkimukselle esitettyjen tavoitteiden kanssa. Tutkimukseen osallistuneilla säilyä myös oikeus vetäytyä tutkimukseen osallistumisestaan ennen haastattelua, haastattelun aikana tai sen jälkeen. Tämän tutkielman kirjoittamisen

hetkeen mennessä kukaan tutkimukseen osallistuneista ei ole ilmoittanut halustaan vetäytyä pois tutkimuksesta.

7.5 Tutkielman virittämiä jatkokysymyksiä

Tässä Pro gradu -tutkielmassa tarkasteltiin mielenterveyden häiriödiagnoosin saamisen merkityksen jäsentymistä yksilöhaastattelun kontekstissa. Tutkimusmenetelmänä hyödynnettiin laadullisen asennetutkimuksen metodiikkaa. Haastateltaville esitettiin väittämän muotoon puettu kysymys, jonka tarkoituksena oli virittää haastateltavat ottamaan aktiivisesti kantaa esitettyä kysymystä kohtaan. Tällainen menetelmä osoittautui hyödylliseksi, koska sen avulla saatiin synnytettyä mielenkiintoinen kommentointiaineisto. Uskon aineiston tuottaneen lisäarvoa tarkasteltaessa sitä, miten diagnoosin saaja arvottaa saamaansa diagnoosia ja mihin kaikkeen tällainen arvottaminen mahdollisesti liittyy. Lisäksi kielenkäyttöön ja puhetapojen tarkasteluun orientoituneen tutkimusintressin voidaan nähdä lisäävän ymmärrystä siitä, miten mielenterveyden häiriödiagnoosin saaminen vaikuttaa diagnoosin saajan elämään. Tämän tutkielman kaltaista tutkimusongelmaa olisi kuitenkin hyödyllistä myös kanavoida erilaista tutkimusasetelmaa hyödyntämällä. Vuorovaikutuksen tarkastelua aiheen tiimoilta voisi olla hyödyllistä lähestyä ryhmähaastattelun asetelmassa ja seurata, millä tavalla kannanotot rakentuvat yksilöhaastatteluun sijaan erilaisen vuorovaikutustilanteen kehyksessä, jossa on läsnä useita henkilöitä samaan aikaan (Pietilä, 2010).

Tämän tutkielman näkökulmaa voisi olla mielenkiintoista ja hyödyllistä soveltaa myös laadullisen pitkittäistutkimuksen tutkimusasetelmassa. Pirjo Nikander (2014) kuvaa laadullisen pitkittäistutkimuksen menetelmää ”ihmisen rinnalla” kulkemisen metodiksi, joka soveltuu käytettäväksi erilaisten elämäntilanteiden siirtymien, kuten terveysturien, riskikäyttäytymisen, elämäntyylien sekä terveyttä koskevien ratkaisujen, toiminnan ja taitekohtien tarkasteluun. Tällainen menetelmä voisi antaa hyödyllistä arkielämään nojaavaa tietoutta siitä, millä tavalla mielenterveyden häiriödiagnoosiin liittyvät

sosiaalipsykologiset merkitykset muotoutuvat ja muuttuvat ihmisen elämänkaaren eri vaiheissa.

Mielenterveyden häiriöihin liittyvää tematiikkaa sosiaalipsykologian ja laajemmin sosiaalityö-tieteen tutkimuskohteena olisi hyödyllistä jalostaa edelleen myös kriittisen yhteiskunnallisen tutkimusperinteen viitekehityksessä. Länsimainen kulttuurinen hegemonia käyttäytymisen poikkeavuuksien havaitsemiseksi ja kontrolloimiseksi psykiatrisen lääketieteen toimesta, on yksi tärkeä näkökulma mielenterveyden häiriöiden tarkasteluun sosiaalityö-tieteen kentällä. Yhtenä esimerkkinä tällaisesta tutkimuksesta on Lee & Mysyk (2004), jotka tarkastelivat tutkimuksessaan yksityiseen kulutukseen liittyvän poikkeavuuden patologisoimisen pyrkimystä. Pakonomaiseen ostokäyttäytymiseen (*compulsive buying*) liittyvä patologisoimisen pyrkimys liittyy tutkijoiden mukaan siihen vallitsevaan länsimaiseen trendiin, jossa käyttäytymiseen liittyvää poikkeavuutta pyritään kontrolloimaan lääketieteellisesti (Mt). Sosiaalityö-tieteellisten näkökulmien tarpeellisuutta arvioidessa, mielenterveyden häiriöiden tarkastelussa, saattaa olla hyödyllistä huomioida sosiaalityö-tieteenalojen mahdollisuus soveltaa erilaisia sosiaalisen kontekstin merkityksen näkökulmia yksilöön kohdistuvassa tutkimuksessa. Yksilön tarkastelu osana vallitsevaa sosiaalista kontekstia ennemmin kuin siitä erotettuna, saattaa olla yksi merkittävä sosiaalityö-tieteellisen tutkimuksen anti mielenterveyden häiriöiden ja terveyden tutkimuksen saralla nyt ja tulevaisuudessa.

LÄHDELUETTELO

Abdullah, T. & Brown, T. L. (2011). Mental illness stigma and ethnocultural beliefs, values, and norms: An integrative review. *Clinical Psychology Review*, 31, pp. 934–948.

Ahola, K., Joensuu, M., Mattila–Holappa, P., Katinka, T., Vahtera, J. & Virtanen, M. (2014). Mielenterveyssyistä työkyvyttömiä nuorten aikuisten tausta. *Lääkärilehti* 50–52: vsk 69. Haettu osoitteesta

<https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperäistutkimukset/mielenterveyssyista-tyokyvyttomien-nuorten-aikuisten-tausta/>

Alasuutari, P. (2011). *Laadullinen tutkimus 2.0*. Tampere: Vastapaino.

Andersson, S. J., Troein, M. & Lindberg, G. (2001). Conceptions of depressive disorder and its treatment among 17 Swedish GPs. A qualitative interview study. *Family Practice – An international journal*, 18(1), pp64–70. Oxford: University Press.

Antaki, C. (2012). Affiliative and disaffiliative candidate understandings. *Discourse studies*, 14(5), pp. 531–547. Sage.

Aromaa, E. (2011). Attitudes towards people with mental disorders in a general population in Finland. *National Institute for Health and Welfare (THL). Research 69 (2011)*.

Augoustinos, M., Walker, I. & Donaghue, N. (2006). *Social Cognition: An Integrated Introduction*. (2nd edition). London: Sage.

Avdi, E. (2005). Negotiating a pathological identity in the clinical dialogue: Discourse analysis of a family therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 78, pp. 493–511.

Bilic, B. & Georgaca, E. (2007). Representations of “Mental Illness” in Serbian Newspapers: A Critical Discourse Analysis. *Qualitative Research in Psychology*, 4 (2007), pp. 167–186.

Billig, M. (1996). *Arguing and thinking: A Rhetorical approach to social psychology*. (2nd edition). Cambridge: Cambridge University Press.

Berger, P.L. & Luckmann, T. (1966). *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*. London: Penguin Books.

Burr, V. (2015). *Social Constructionism*. (3rd edition). London: Routledge.

Bury, M. (1991). The sociology of chronic illness: a review of research and prospects. *Sociology of Health & Illness*, 13(4), pp. 451–468.

Conrad, P. (1992). Medicalization and Social control. *Annual Review of Sociology*, 1992, 18, pp. 209–232.

Conrad, P. (2005). The Shifting Engines of Medicalization. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 46(3), pp. 3–14.

Corrigan, P. W., River, L. P., Lundin, R. K., Wasowski, K. U., Campion, J., Mathisen, J., Goldstein, H., Bergman, M., & Gagnon, C. (2000). "Stigmatizing attributions about mental illness". *Journal of Community Psychology*, 28, pp. 91–102.

- Crowe, M. (2000). Constructing normality: a discourse analysis of the DSM-IV. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7, pp. 69–77.
- Davies, B. & Harré, R. (1990). Positioning: The Discursive Production of Selves. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 20 (1), pp. 43–63.
- Eisenberg, L. (1988). The social construction of mental illness. *Psychological Medicine*, 1988, 18, 1–9. [<https://doi.org/10.1017/S0033291700001823>].
- Feldman, D. B. & Crandall, C. S. (2007). Dimensions of Mental Illness Stigma: What about mental illness causes social rejection? *Journal of Social and Clinical Psychology*, Vol. 26, No. 2, pp. 137–154.
- Gergen, K. J. (2009). *An Invitation to Social Construction* (2nd edition). London: Sage.
- Goffman, E. (1959). *The presentation of Self in everyday life*. London: Penguin Books.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. London: Penguin Books.
- Hacking, I. (2009). *Mitä sosiaalinen konstruktionismi on?* (Suom. I. Koskinen). Tampere: Vastapaino. (Alkuperäinen teos julkaistu 1999.)
- Harré, R. & Gillett, G. (1994). *The Discursive Mind*. London: Sage.
- Harré, R. & Stearns, P. (Edt.) (1995). *Discursive Psychology in practice*. London: Sage.
- Helin, M., Jäppinen, S., Launis, V., Spoof, S. K. & Varantola, K. (2013). Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa: *Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012*. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta.
- Hermans, H. J. M. (2001). The Dialogical self: toward a theory of personal and cultural positioning. *Culture & Psychology*, 7, pp. 243–281.
- Hermans, H. & Hermans-Konopka, A. (2010). *Dialogical Self-theory. Positioning and counter-positioning in a globalizing society*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. (2011). *Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö*. Helsinki: Gaudeamus.
- Horowitz, A. V. (2002). *Creating Mental Illness*. London: Chicago University Press.

Horwitz, A. V. (2012). Social Constructions of Mental Illness. *The Oxford Handbook of Philosophy of Social Science*. Edited by Harold Kincaid.
[DOI:10.1093/oxfordhb/9780195392753.013.0023]

Immonen, J. A. (2014). ”En minä tällasseen voinu sairastua”: masentuneiden kokemuksia psykiatrisesta diagnoosista. Pro Gradu -tutkielma, sosiaalipsykologia. Helsingin yliopisto.

Jokinen, A., Juhila, K. & Suoninen, E. (2016). *Diskurssianalyysi: Teoriat, peruskäsitteet ja käyttö*. Tampere: Vastapaino.

Juhila, K. (2012). Poikkeavan kategorian jäsenyyden tuottaminen ja vastustaminen. Teoksessa Jokinen, A., Juhila, K. & Suoninen, E. *Kategoriat, kulttuuri & moraali: Johdatus kategoria-analyysiin*. Tampere: Vastapaino. Sivut 175–226.

Järvensivu, A., Väänänen, A. & Kuokkanen, A. & Turtiainen, J. (2018). Mistä syntyy mielenterveysdiagnoosi? *Yhteiskuntapolitiikka*, 83:1, sivut 29–39.

Kela (2018). *Lääkekorvausten saajat ja reseptitiedot*. Kelasto-raportit | Kela/ Tilasto- ja tietovarastoryhmä/ tilastot@kela.fi / NIT137A.

Kela (2019). *Mielenterveyden häiriöistä johtuvat sairauspoissaolot lisääntyivät puolella miljoonalla päivällä*. Haettu osoitteesta https://www.kela.fi/ajankohtaista-henkilöasiakkaat/-/asset_publisher/kg5xtoqDw6Wf/content/mielenterveyden-hairioista-johtuvat-sairauspoissaolot-lisaantyyvat-puolella-miljoonalla-paivalla

Koponen, H. (13.10.2006). Psykoedukaatio – Arvokas lisä psykoosien hoitoon. *Lääkärilehti*, 41/2006 vsk. 61, s. 4199. Haettu osoitteesta <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/paakirjoitukset/psykoedukaatio-arvokas-lisa-psykoosien-hoitoon/>

Korkeila, J. (2011). Pykiatrinen häiriöluokitus uudistuu. *Duodecim: lääketieteellinen aikakauskirja*, 127(3), sivut 255–261.

Langenhove, V. L. & Harré, R. (Edt.) (1999). *Positioning Theory*. Oxford: Blackwell.

Lee, S. & Mysyk, A. (2004). The medicalization of compulsive buying. *Social Science & Medicine*, 58 (2004), pp. 1709–1718.

Lupton, D. (1992). Discourse analysis: a new methodology for understanding the ideologies of health and illness. *Australian Journal of Public Health*, 16(2), pp. 145–150.

Lönnqvist, J. (2017a). Mielenterveyden häiriöiden diagnostiikka ja luokittelu. Teoksessa Lönnqvist, J. & Henriksson, M. & Marttunen, M. & Partonen, T. (2017) (Toim.). *Psykiatria* (12. uudistettu painos). Helsinki: Duodecim. Sivut 61–91.

- Lönnqvist, J. (2017b). Psykososiaaliset hoitomuodot. Teoksessa Lönnqvist, J. & Henriksson, M. & Marttunen, M. & Partonen, T. (2017) (Toim.). *Psykiatria* (12. uudistettu painos). Helsinki: Duodecim. Sivut 775–841.
- Lönnqvist, J. & Lehtonen, J. (2017). Psykiatria ja mielenterveys. Teoksessa Lönnqvist, J. & Henriksson, M. & Marttunen, M. & Partonen, T. (2017) (Toim.). *Psykiatria* (12. uudistettu painos). Helsinki: Duodecim. Sivut 18–42.
- Lönnqvist, J. & Henriksson, M. & Marttunen, M. & Partonen, T. (2017) (Toim.). *Psykiatria* (12. uudistettu painos). Helsinki: Duodecim.
- Mann, C.E., & Himelein, M.J. (2004). Factors associated with stigmatization of persons with mental illness. *Psychiatric Services*, 55, pp. 185–187.
- Mäkelä, K. (1990). Kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteet. Teoksessa K. Mäkelä (toim.) *Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta*. Helsinki: Gaudeamus. Sivut 42–61.
- Niinistö, M. (2020). Yhä useampi jää sairauslomalle mielenterveysongelmien takia, työn vaatimukset vievät voimat: työuupunut Anna, 41, ei kokenut olevansa masentunut. *Yle Uutiset*. Haettu osoitteesta <https://yle.fi/uutiset/3-11204724>
- Nikander, P. (2014). Laadullinen pitkittäistutkimus ja terveys. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 2014: 51, sivut 243–252.
- Nykänen, A. S. (31.1.2018). Cheek antoi mielenterveyden häiriöille hyvännäköiset kasvot – se on hieno teko. *Helsingin Sanomat*. Haettu osoitteesta <https://www.hs.fi/elama/art-2000005547430.html>
- Parsons, T. (1951). Illness and the Role of the Physician: A Sociological perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol. 21(3), pp. 452–460.
- Phelan, J. C., Link, B. G., Stueve, A. & Pescosolido, B. A. (2000). Public Conceptions of Mental Illness in 1950 and 1996: What Is Mental Illness and Is It to be Feared? *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 41(2), pp. 188–207.
- Pietilä, I. (2010). Ryhmä -ja yksilöhaastattelun diskursiivinen analyysi. Kaksi aineistoa erilaisina vuorovaikutuksen kenttinä. Teoksessa Ruusuvuori, J. & Nikander, P. & Hyvärinen, M. (toim.) *Haastattelun analyysi*. Tampere: Vastapaino. Sivut 212–241.
- Pitt, L., Kilbride, M., Welford, M., Nothard, S., & Morrison, A. (2009). Impact of a diagnosis of psychosis: user-led qualitative study. *Psychiatric Bulletin*, 33, pp. 419–423.
- Potter, J. (1998). Discursive Social Psychology: From Attitudes to Evaluative Practices. *European Review of Social Psychology*, 9:1, pp. 233-266.

- Potter, J. & Wetherell, M. (1987). *Discourse and Social Psychology. Beyond Attitudes and Behaviour*. London: Sage.
- Radley, A. (1994). *Making Sense of Illness: The Social Psychology of Health and Disease*. London: Sage.
- Reichenberg, L. W. (2014). *DSM-5 Essentials: The Savvy Clinician's Guide to the Changes in Criteria*. New Jersey: Wiley.
- Rapley, M., Moncrieff, J. & Dillon, J. (Edt.) (2011). *De-Medicalizing Misery. Psychiatry, Psychology and the Human Condition*. UK: Palmgrave Macmillan.
- Raatikainen, P. (2004). *Ihmistieteet ja filosofia*. Helsinki: Gaudeamus.
- Rikala, S. (2013). *Työssä uupuvat naiset ja masennus*. Tampere: Yliopistopaino.
- Roen, K., Scourfield, J. & McDermott, E. (2008). Making sense of suicide: A discourse analysis of young people's talk about suicidal subjecthood. *Social Science & Medicine* 67 (2008) 2089–2097.
- Romakkaniemi, M. (2010). Toimijuus masennuksen sosiaalisuutta jäsentämässä. *Janus* 18(2) 2010, sivut 137-152.
- Ruusuvuori, J. Nikander, P. & Hyvärinen, M. (toim.) (2010). *Haastattelun analyysi*. Tampere: Vastapaino.
- Räty, H., Ikonen, S. & Honkalampi, K. (2006). Common-sense descriptions of Depression as social representations. *International Journal of Social Psychiatry*, 52(3), pp. 243–255.
- Seward, J. (13.7.2019). 'Beating a dead horse with the depression thing... it's pathetic what he's doing': Deontay Wilder shockingly accuses Tyson Fury of using his mental health issues to build US profile. *Daily Mail*. Haettu osoitteesta <https://www.dailymail.co.uk/sport/sportsnews/article-7244149/Deontay-Wilder-accuses-Tyson-Fury-using-mental-health-issues-build-profile.html>
- Silverman, D. & Peräkylä, A. (1990). AIDS Counselling: The interactional organization of talk about 'delicate' issues. *Sociology of Health & Illness*. Vol 12(3) pp. 293–318.
- Sommar, H. (27.9.2016). Lapinlahden sairaala – hourujen hoidosta psyyken parantamiseen. [Elävä arkisto]. *YLE*. Haettu osoitteesta <https://yle.fi/aihe/artikkeli/2016/09/27/lapinlahden-sairaala-hourujen-hoidosta-psykyen-parantamiseen>

Speed, E. (2011). Discourses of Acceptance and Resistance: Speaking Out about Psychiatry. Teoksessa Rapley, M., Moncrieff, J. & Dillon, J. (Edt.) (2011). *De-Medicalizing Misery. Psychiatry, Psychology and the Human Condition*. UK: Palmgrave Macmillan. Pp. 123–140.

Suoninen, E. (2016). Kielenkäytön vaihtelevuuden analysoiminen. Teoksessa Jokinen, A., Juhila, K. & Suoninen, E. *Diskurssianalyysi: Teoriat, peruskäsitteet ja käyttö*. Tampere: Vastapaino. Sivut 51–73.

Törrönen, J. (2010). Identiteettien ja subjektiasemien analyysi haastatteluaineistossa. Teoksessa Ruusuvuori, J., Nikander, P. & Hyvärinen M. (toim.). *Haastattelun analyysi*. Tampere: Vastapaino. Sivut 180–211.

Valtavaara, M. (10.2.2020). ”On täysin kestämatöntä, että työikäisiä putoilee rivistä tätä tahtia” – Työterveyspsykologi räjäyttäisi self helpin uupumuksen hoidossa: Mielenterveysyryistä aiheutuvat poissaolot lisääntyivät jyrkästi. Työterveyspsykologi muuttaisi monta perusasiaa työpaikoilla. *Helsingin sanomat*. Haettu osoitteesta <https://www.hs.fi/kotimaa/art-2000006401793.html>

Verma, S. K., Bharti, P. & Singh, T. (2018). Does stigma always have negative consequences? *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 28, pp. 495-507.

Vesala, K. M. (2012). Toimijuuden kehykset ja relationistinen sosiaalipsykologia. Teoksessa Lahikainen, A. R., Suoninen, E., Järventie I. & Salonen, M. (toim.) *Sosiaalipsykologian sukupolvet*. Tampere: Vastapaino. Sivut 179–197.

Vesala, K. M. & Rantanen, T. (toim.) (2007). *Argumentaatio ja tulkinta: Laadullisen asennetutkimuksen lähestymistapa*. Helsinki: Gaudeamus.

Välimäki, S. M. (2014). ”Vain paranemalla voin saada itseni takaisin” – *syömishäiriödiskurssit suhteessa syömishäiriön kulkuun ja toipumiseen*. Pro gradu - tutkielma, sosiaalipsykologia. Tampereen yliopisto.

Wainwright, D. & Calnan, M. (2002). *Work stress: The Making of a Modern Epidemic*. Lontoo: Open University Press.

Watters, E. (8.1.2010). The Americanization of Mental Illness. *The New York Times Magazine*. Haettu osoitteesta <https://www.nytimes.com/2010/01/10/magazine/10psychet.html>

Weiste, E., Peräkylä, A., Valkeapää, T., Savander, E. & Hintikka, J. (2018). Institutionalised otherness: Patients references to psychiatric diagnostic categories. *Social Science & Medicine*, 207 (2018), pp. 71-79.

Wetherell, M. (1998). Positioning and interpretative repertoires: Conversation analysis and post-structuralism in dialogue. *Discourse and Society*, 9(3) pp. 387–412.

Wiggins, S. (2017). *Discursive Psychology: Theory, method and applications*. London: Sage.

Wong, N. C. H., Lookadoo, K. L. & Nisbett, G. S. (2017). “I’m Demi and I Have Bipolar Disorder”: Effect of Parasocial Contact on Reducing Stigma Toward People with Bipolar Disorder. *Journal of Communication Studies*. Volume 68 (3), pp. 314–333.

Zola, I. K. (1972). Medicine as an institution of social control. *Sociological Review*, 20(4), pp. 487–504.

LIITTEET

LIITE 1: Informointikirje tutkimuksesta

Hei!

Olen maisterivaiheen opiskelija Helsingin yliopistossa valtiotieteellisessä tiedekunnassa. Olen tekemässä Pro gradu -tutkielmaani sosiaalipsykologian pääaineeseen. Tutkielmassasi käsittelen mielenterveyden häiriödiagnoosin saaneiden henkilöiden erilaisia kannanottamisen tapoja aiheeseen liittyen.

Tutkimus toteutetaan laadullisen tutkimuksen asetelmassa, puolistrukturoitua haastattelurunkoa hyödyntämällä. Haastattelustrategia hyödyntää laadullisen asennetutkimuksen periaatteita, jossa haastateltavaa pyritään aktivoimaan ja kannustamaan ottamaan kantaa aiheesta. Kannanottamista viritetään käyttämällä hyväksi erilaisia väittämän muotoon rakennettuja virikekysymyksiä. Virikekysymyksiä tulee olemaan yhteensä n. 6-7 kpl.

Tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella sitä, miten asianomaiset tukeutuvat saamaansa diagnoosiin kielellisenä resurssina sekä minkälaisia erilaisia kannanottoja haastateltavat tuottavat. Tutkimuksen yhtenä käytännön tavoitteena on lisätä ymmärrystä siitä, minkälaisena resurssina tai sosiaalisena pääomana – positiivisena tai negatiivisena – mielenterveyden häiriödiagnoosi voi toimia diagnoosin omaavalle henkilölle. Kyseessä on sosiaalitieteellinen, ei lääketieteellinen tutkimusintressi. Diagnoosia tarkastellaan sosiaalisena ja kielellisesti rakentuvana ilmiönä, jonka merkitys jäsentyy vuorovaikutuksessa erilaisten puhetekojen ja puhetapojen myötä. Tutkimus ei tee johtopäätöksiä tai arvioita haastateltavan terveydentilasta, mielenterveydestä, toimintakyvystä tai mielenterveyden hoitoon liittyvistä käytänteistä. Haastattelu ei myöskään liity millään tavalla haastateltavan mahdolliseen hoitoon tai hoitosuunnitelmaan. Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista.

Haastattelut toteutetaan anonymisti asianomaisen yksityisyyttä kunnioittaen. Kerään aineistoa yksityishenkilönä, eikä minulla ole mitään sidonnaisuuksia tai toimeksiantoa kolmannelta osapuolelta. Haastateltavalta kysytään kirjallinen suostumus haastatteluun ennen haastattelun aloittamista. Kerättyä haastatteluaineistoa hyödynnetään ainoastaan Pro gradu -tutkielmani käytössä. Haastattelu-aika -ja paikka sovitaan asianomaisen kanssa tapauskohtaisesti mutta mahdollisuuksien mukaan haastattelut voidaan toteuttaa myös yhdistyksen toimitiloissa. Haastattelu kestää noin tunnin (60min.). Haastattelut nauhoitetaan (audio). Aineiston tavoitekoko on noin 4–7 yksilöhaastattelua. Toteutan haastattelut mahdollisimman pian, heti kun sopivat haastateltavat löytyvät.

Haastatteluun soveltuvalle henkilölle esitän muutamia kriteerejä, joka ohjaa kohderyhmän valintaa.

Etsimäni haastateltavat soveltuvat kohderyhmään, mikäli:

- Asianomainen on täysi-ikäinen ja työikäinen (18–63 vuotta)
- Asianomainen on saanut virallisen psykiatrisen (ICD-10) luokituksen mukaisen mielenterveyden häiriödiagnoosin
- Asianomaisella ei ole todettua kehitysvammaa, neurologista vauriota tai muuta somaattista syy-yhteyttä mielenterveyden häiriödiagnoosin taustalla. Asianomainen on saanut diagnoosin oirediagnoosiin peilattuna lääkärin arvion perusteella.

Haastateltavan sukupuolella ei ole tutkimuksen kannalta merkitystä.

Kukin haastateltava saa vaivannäöstään palkinnoksi 1xFinnkinon leffalipun.

Vastaan mielelläni lisäkysymyksiinne tarvittaessa. Voin myös tulla paikan päälle esittäytymään ja kertomaan itsestäni ja hankkeestani lisää.

Kunnioittaen,

Tommi Linner

Tommi.linner@protonmail.com /

Tommi.linner@helsinki.fi

p. 044 359 4215

LIITE 2: Haastattelurunko

Taustakysymykset

- a) Ikä & sukupuoli
- b) Mielenterveyden häiriödiagnoosi (tai viimeksi saatu ICD-10 diagnostiikan mukainen diagnoosi)
- c) Koska olet saanut diagnoosin (vuosi)

Haastattelukysymykset

- 1) **Virike:** Mielenterveyden häiriödiagnoosin saaminen lääkäriltä saattaa aiheuttaa voimakkaan tunnereaktion henkilössä, joka sellaisen saa.
 - a. Minkälaisia ajatuksia diagnoosin saaminen herätti sinussa välittömästi sellaisen saatuasi lääkäriltä?
 - b. Entä miten koet asian tällä hetkellä? Perustelet?
- 2) **Virike:** Mielenterveyden häiriödiagnoosin saanut henkilö voidaan mieltää mielenterveysongelmaiseksi tai mielenterveyskuntoutujaksi tai aivan normaaliksi ihmiseksi. Tämä luokittelu riippuu täysin diagnoosin saajasta itsestään.
 - a. Miten kommentoit virikettä?

- b. Millä tavalla näet itsesi tämän luokittelun valossa?
 - c. Onko luokittelu mielestäsi sopiva ja perusteltu? Miksi (on/ei ole)? Perustelee?
- 3) **Virike:** Mielenterveyden häiriödiagnoosi on auttanut minua jäsentämään itselleni sitä, kuka olen, mihin pystyn ja mitä haluan elämältäni.
 - a. Millä tavalla? Miten se ilmenee?
 - 4) **Virike:** Mielenterveyden häiriödiagnoosi ei estä minua tekemästä asioita, joita haluan tehdä tai tavoittelemasta asioita, joita haluan elämältäni tulevaisuudessa?
 - a. Millä tavalla? Miten se ilmenee?
 - 5) **Virike:** Ammattitaitoinen lääkäri tunnistaa mielenterveyden häiriön oireiden kuvailun perusteella luotettavasti?
 - a. Perustelee vastauksesi?
 - 6) **Virike:** Mielenterveyden häiriöt mielletään usein hyvin sensitiiviseksi aiheeksi, josta diagnoosin saajan on hankala puhua muiden ihmisten kanssa.
 - a. Onko sinun helppo puhua saamastasi diagnoosista muiden ihmisten kanssa? Miksi on/ei ole?
 - b. Minkälaisia seurauksia asiasta puhuminen voisi aiheuttaa sinulle tai ihmissuhteillesi, vai voisiko?

LIITE 3: Litteroitu haastatteluaineisto (numeroitu)

HAASTATELTAVA H1

- 1) **T: Okei, ja sit mennään noihin haastattelukysymyksiin sitten, täs on ensimmäinen kysymys, eli (Väittäjä 1) ”Mielenterveyden häiriödiagnoosin saaminen lääkäriltä saattaa aiheuttaa voimakkaan tunnereaktion henkilössä, joka sellaisen saa.” Niin minkälaisia ajatuksia tää kommentti herättää sussa?**
- 2) H1: Tota (.) Joo pitää varmaan paikkansa
- 3) omalla kohalla mie ehkä koin sen niin että (.) et se ei ollu silleen mitenkään negatiivinen tunne mikä siitä heräs
- 4) vaan se oli ehkä enemmän helpottava tunne että tavallaan sai luvan sille että nyt ei tarvi kaiken olla ihan ok (.)
- 5) Mut tietysti sitten jos (.) Se vähän ehkä riippuu siitä omasta taustasta, että miten suhtautuu mielenterveyden häiriöihin vaikka että (.)
- 6) mulle itelleni ne oli ehkä silleen aika tuttua kuitenkin ja mie osasin ehkä arvellakin että mikä vois olla vialla et se ei tullu silleen ihan yllärinä et sit niinku (.)
- 7) Varmasti se voi herättää aika ristiriitaisia tunteita jos (.) jos sulle sanotaan että sul on tällänen häiriö mitä ei ehkä ois osannu ajatellakaan mutta mulle se oli lähinnä semmonen (.) helpotus ja (.)

- 8) silleen niinku (.) vahvistus sille että en oo vaan ite jotenki huono enkä pysty vaan se niinku selitti sitä et miks oli vaikeeta (.)
- 9) **T: Et se anto semmosen ymmärryksen siitä sun elämäntilanteesta sitten?**
- 10) H1: Joo
- 11) **T: Joo (.) Et se oli sun ensimmäinen ajatus tai siinä sen diagnoosin saamisen jälkeen siit ei hirveen pitkää aikaa oo vajaa vuos ni onks siitä ku lähtee ni onks, miten sä nyt tällä hetkellä koet sen asian, onks se edelleen samanlainen tunne siitä diagnoosin saamisesta?**
- 12) H1: Joo (.) Oikeestaan varmaanki joo
- 13) Eihän mulla enää toki oo siis yhtä vaikeeta et enää se diagnoosi ei varmastikaan ois sama et se on helpottanu
- 14) mutta kyl mie koen sen edelleen niin että (.) et se oli tosi hyvä, että sai sen diagnoosin ja sen myötä sairaslomaa ja näin
- 15) et sai semmosen pysähtymishetken ja se autto tosi paljon kyl siitä eteenpäin ja (.)
- 16) ihan niinku miettii omaa elämää ja että miten mitä kannattais muuttaa että kyl mie koen sen edelleen samalla tavalla
- 17) **T: Joo ((Pitkä tauko)) Siirrytäänkö kakkoskysymykseen?**
- 18) H1: Siirrytään vaan

HAASTATELTAVA 2

- 19) **T: Ja sit jos mennään näihin itse haastattelukysymyksiin suoraan, niin täs ois ensimmäinen kysymys, tai virikekysymys, jota sä voit vapaasti kommentoida. Mä luen sen vielä ääneen. Eli (Väittäjä 1) ”Mielenterveyden häiriödiagnoosin saaminen lääkäriltä saattaa aiheuttaa voimakkaan tunnereaktion henkilössä, joka sellaisen saa.”**
- 20) H2: No mulle se oli itseasiassa helpotus et mä sain diagnoosin jotta sitten ruvettiin etsimään ja löytämään mulle sopivia lääkkeitä
- 21) Että mä en kokenut sitä mitenkään hassuna koska mä olin oireillu jo niin pitkään
- 22) Ja ensin mua hoidettiin pelkkänä masennuspotilaana ja mä sain siihen lääkkeitä ja kokeiltiin vaikka mitä jos lääkettä ja (.)
- 23) osa oli aivan hirveitä lääkkeitä mulle (.) Yhdessäkin lääkkeessä mä lihoin kymmenen kiloo ja mulle tuli aivan mietetön limonaadinhimo (.) ihan tiettyyn limonaadiin niin siitä mä lihoin sen kymmenen kiloo (.) Nyt mä en muista sen valmistajan nimeä mutta se on semmonen missä joudutaan labrakokeitakin ottamaan säännöllisin väliajoin
- 24) Et kaiken kaikkiaan se oli mulle niin kun sanottu (.) helpotus
- 25) **T: Joo (.) Sulle oli helpottavaa kuulla se diagnoosi, joka vastas siihen sun elämäntilanteeseen?**
- 26) H2: Kyllä, näin on
- 27) **T: Miten sä tällä hetkellä koet? sulle tuli helpotus, koeksä edelleen samalla lailla?**

- 28) H2: Joo, varsinkin koska mulle on nyt löytynyt noin kymmenen vuotta sitten aivan sopiva lääkitys jonka mä oon kaks kertaa tyhmyyksissäni lopettanu ku mä oon tykänny et en mä enää sitä tarvi ja huonoin seurauksin
- 29) Eli mä oon joutunu sitte maniaan kaks kertaa sen takia
- 30) Eli nyt mä tiedän et se on mulle lopun elämää sopiva lääkitys ja nyt mä oon noin kymmenen vuotta syöny sitte niitä ihan säännöllisesti ja mä oon voinu hyvin että nyt on mun mielestä se asia kunnossa
- 31) **T: Just näin (.) Se on sulle täsmällinen ja oikee ja (.)**
- 32) H2: Kyllä kyllä ((Pitkä tauko))
- 33) Ja voiks tähän oheen kertoo sen et nyhän mä tällä hetkellä en oo sit minkään tai kenenkään psykiatrin hoidossa enää enkä käy tuolla psykiatrian poliklinikalla
- 34) et ihan terveyskeskuslääkäri uusii nää mun lääkkeit. Enkä mä oo tarvinnu kertaakaan käydä vastaanotolla, ei oo ollu mitään syytä, et hän on ihan uusinu ne lääkkeit vaan
- 35) **T: Joo (.) Että se diagnoosin saaminen on sulle semmonen ihan tota (.) arkinen asia, tai sä oot sinut sen asian kanssa sen perusteella et sulle on löytynyt sopiva hoitomuoto?**
- 36) H2: Joo ja mä pidän et se on sairaus siinä missä on diabetes tai verenpainetauti tai joku muuki ni
- 37) mä kävin semmosen kurssinki missä käytiin hyvin läpi tätä että mistä se voi aiheutua
- 38) ja sehän on tämmönen joku aivojen välittäjäaine siellä aivosoluissa, et siellä on semmonen niin sanottu aukko sillan ku se häiriö on päällä ja nää lääkkeit niinku estää sitä sitte et se on niinku, jopa ihan selitettiin että kemiallinen juttu
- 39) **T: Just joo (.) Ja sillan sitä pystyy nimenomaan oikeella lääkkehoidolla sitte [Hallitsemaan] hallitsemaan [kyllä] joo.**
- 40) H2: Ja sieltä meil oli semmonen keskusteluryhmä myös ni sitä kautta sitte eräs ihminen ohjas mut tänne tukiyhdistykseen ((mielenterveyden tukiyhdistys, oikea nimi poistettu)) käymään
- 41) **T: Et löyty myös sit sosiaalisia verkostoja sitä kautta ku sä (.)**
- 42) H2: Joo kyllä (.) Et täällä tapaa sitte myös samalla diagnoosilla olevia, tai sitte joku ihminen kertoo et on joku toinen diagnoosi mut eihän täällä tarvitse kertoa diagnoosia
- 43) Mut aika moni sen näköjään haluaa syystä tai toisesta kertoa Et se on niin jotenki lähellä omaa elämää.
- 44) **T: Joo (.) Auttaaks se kanssa siinä vuorovaikutussuhteen luomisessa jos kertoo että mulla on vaikka tää ja tää diagnoosi?**
- 45) H2: Ehkä ehkä se auttaa Et sit voi puhua niinku vähän samoista asioista, et miten sä oot nyt voinu vai voihan sitä nyt muutenki kysyä et miten sä oot voinu mutta erikoisesti tän diagnoosin takia voi kysyä et ootsä nyt nukkunu ja onko ollu mieli maassa ja ootko jaksanu käydä ulkona ja ihan tämmösiä käytännön elämän asioita
- 46) **T: Koetko että se sama diagnoosi vois antaa semmosen tietynlaisen sanaston tai tietynlaisen puhutavan teille yhteisesti jakaa niitä kokemuksia just? (.)**

- 47) H2: Joo varsinkin kun siinä nyt mejän sairaudessa on se masennusvaihe ja sit on mania niin tota olennaisia tekijöitä ni ja kyllähän sitä pystyy sitte ihan jopa havainnoimaan toisesta et onko nyt tää maaninen vaihe päällä ja (.)
- 48) Siihen mä oon kerran ihan ruvennu keskustelemaanki että miten sä nyt oikein voit että tän jutun kanssa että ja silloin se ihminen hakeutu sitte hoitoon niinkun uudestaan tavallaan (.)
- 49) Sitä nimittäin ei itse huomaa oikeestaan kun se maniavaihe on päällä se on niin voimakas
- 50) Mulla ei oo sitä ollu kun kolme kertaa eli yhdellä kerralla mä jouduin sairaalaan eiku anteeks kahella kerralla ihan se ensimmäinen kerta silloin ku ennen ku mä sain diagnoosin niin silloin mä olin sairaalassa ja sieltä sit lähetettiin psykiatrian poliklinikalle mistä sitte kesti useemman vuoden ennen ku diagnoosi löyty
- 51) ja sitte toisen kerran mä joudun ku mä ensimmäisen kerran lopetin ne lääkkeet ni silloin mä sitte ite hakeuduin tonne (.)
- 52) Ekalla kerralla mä olin muuten Lapinlahdessa ((Lapinlahden sairaala)) vielä (.) siit on niin kauan ja toisella kerralla mä olin sit tossa (.) Mikäs tää nyt on, ei Hesperia vaan, no (.) Nyt tulee muistikatkoja ku oikein rupee miettimään [Laakso?] Laaksossa joo sieltäkin mä aika nopeesti sitte kotiuduin

HAASTATELTAVA H3

- 53) **T: Ja mennään näihin varsinaisiin haastattelukysymyksiin, niin tässä tulis ensimmäinen virikekysymys: (Väittämä 1) ”Mielenterveyden häiriödiagnoosin saaminen lääkäriltä saattaa aiheuttaa voimakkaan tunnereaktion henkilössä, joka sellaisen saa.” Mitä sä tästä aattelet?**
- 54) H3: No ei mulla oikeestaan mikään näistä diagnooseista (.) sinällään aiheuttanut mitenkään erityisempää reaktiota koska kaikki oli kokolailla odotettuja (.)
- 55) Se mikä aiheutti oli että (.) ku mä sain vuosi sitten noi diagnoosit niin lääkäri HYKS:in psykiatri ohimennen kommentoi että sulla on ollu kova lapsuus ja mä en ollu koskaan ajatellu asiaa niin, niin sen miettimiseen meni sitten hetki aikaa (.)
- 56) **T: Eli saiks se mielenterveyden diagnoosi sut miettimään sun elämää ja aiempii kokemuksia ja lapsuutta?**
- 57) H3: No se huomautus kovasta lapsuudesta sai mut miettimään sitä mikä ei ollu mitenkään haitallista että kävin sitä uudestaan läpi mutta (.)
- 58) **T: Et oliks tämmönen, jos mä tulkitsen oikein (.) oliks tämmönen vähän terapeutin kokemus saada se diagnoosi joka johti sut miettimään sitte sun menneisyyttä?**
- 59) H3: Joo ja sehän ei ollu siis se diagnoosi joka sai vaan tämä (.) niinku (.) ohimennen lausuttu huomautus siitä kovasta lapsuudesta
- 60) Mutta (.) diagnoosit on ollu tärkeitä
- 61) ensinnäkin sen takia että sitten varmistuu se että mikä on vikana ja toisekseen niin ilman diagnoosia on tosi vaikee saada minkäänlaista hoitoa. ((pitkä tauko))

- 62) Toki sen diagnoosin saaminenkin on aika vaikeeta että (.) mut ilman diagnoosia ei oikein tahdo saada mitään apua tilanteeseen
- 63) **T: Minkälaisia ajatuksia se diagnoosin saaminen herätti sussa heti ku sä olit sen saanu ku sä oot sinä sil tapaamiskerralla ku sä sait sen lopullisesti sitte ni mimmosii sun ensimmäiset ajatukset oli?**
- 64) H3: No se oli helpotus ensinnäki sen takia että tonne Hyksiin oli tommonen reilun puolentoistavuoden jono ennen kun pääsee sinne edes tutkimuksiin
- 65) Ja (.) sit kun tuolla psyk. polilla oli roikkunu silleen että (.) hoitoa ei varsinaisesti voi alottaa ennen kun on diagnoosi, niin sitä oli vähän ku löyhässä hirressä sen aikaa sitten (.)
- 66) ja sit oli semmonen olo että no nyt pääsee sitten alottamaan jotain ((pitkä tauko))
- 67) Toki se meni sitten ohi aika nopeesti kun kävi ilmi että minä olin tietämättäni tippunu ulos psyk. Polilta että sitten ku mä soittelin että nyt mulla ois diagnoosi että mitä nyt tehdään niin vastaus oli mut kun sinä et ole enää asiakas niin ei tehdä mitään (.)
- 68) Kun oli käynyt niin että mulla oli ollu huono aika ja en ollut käynyt vastaanotolla ja sitten psyk. poli kun ei kolmeen kuukauteen saanu yhteyttä niin ne kirjas ulos
- 69) **T: Joo (.) Niin se asiakassuhde päätty?**
- 70) H3: Joo (.) Sit meni aika kauan ennen ku mä pääsin takas psyk. Polille et se oli melkonen taistelu sinänsä
- 71) **T: Joo ((Pitkä tauko)) Okei mennään tohon kakkoskysymykseen jos et halua lisätä vielä jotain tohon?**
- 72) H3: No ei tohon varsinaiseen kysymykseen nyt oo (.)

HAASTATELTAVA H4

- 73) **T: Okei sit jos mennään näihin haastattelukysymyksiin, näit on kuus kappaletta ja tässä tulis ensimmäinen (.) sä voit pitää sitä vaikka siin edessä et pysyy mielessä niin tämmönen virikekysymys ku (Väittämä 1) ”Mielenterveyden häiriödiagnoosin saaminen lääkäriltä saattaa aiheuttaa voimakkaan tunnereaktion henkilössä, joka sellaisen saa” (.) Miten sä kommentoisit tätä virikettä?**
- 74) H4: minusta se on helpottavaa (.) Sillon päästään- [Millä lailla?] et joku hyväksyy sen että kaikki ei oo kohdallaan
- 75) mun kohdalla esimerkiksi se masennus et se lopulta sitte hyväksyttiin
- 76) ni mä tiedän sillon että mä saan apua
- 77) ja sitten mä saan selityksen myös ehkä kotiin Joo (.)
- 78) joilleki se saattaa olla vaikeeta mutta mun kohdalla se on ainoastaan ollu helpottavaa (.)
- 79) Niinku se kakssuuntanenkin niin mä... mä olin vaan tyytyväinen koska sitte mä pääsin eläkkeelle sairaseläkkeelle.
- 80) Mä olin viiskymmentä ku mä sairastuin (.) [Tähän kakssuuntaseen?] Eiku siihen ensin siihen masennukseen

- 81) Mulla ei ollu koskaan ollu mitään sitä ennen Ja (.) ja (.) Työelämässä oli tapahtunut ihan tämmösiä oikeen (.) Siis ihan poliisijuttuja ja kaikkee sellasta (.)
- 82) Niin mä ajattelin että mä pääsen eläkkeelle mun ei tarte mennä sinne hirveeseen karuselliin enää Siel oli ihan ollut tappouhkauksia ja kaikkee tämmöstä
- 83) Seitsemän vuotta semmosia oikeudenkäyntejä ja mä olin todistajana ja sitten entinen pomo teki rikosilmoituksia sen seitsemän vuoden ajan aina uudestaan ja uudestaan
- 84) mutta mä en ollu ainut Et toiset työntekijät ja kaiken maailman ihan lääninlääkäreitä myöten oli siinä sopassa
- 85) Niin minusta se oli tervettä että mä sairastuin Näin mä ajattelen siitä (.)
- 86) **T: Eli ku sä sait sen diagnoosin ni sulle tuli semmonen helpottava olo? [Mm...]
Miten sä tällä hetkellä koet asian?**
- 87) H4: Edelleen samalla tavalla Joo (.) elämä on siis ihan voi sanoo ihanaa hyvä et se meni näin
- 88) Ja sit mä ajattelen myöskin että onpa mun elämä ollu mielenkiintosta Siel on ollut tämmösiä juttuja (.)
- 89) Mä olin myöskin semmosessa uskonnollisessa yhteisössä nuorena liittyny mormoneihin joka oli hyvin kuormittavaa ja (.) sit mä pääsin siitäkin eroon (.)
- 90) **T: Oliko se diagnoosi tavallaan pääsy pois myös siitä kuormittavasta uskonnollisesta yhteisöstä?**
- 91) H4: Oli
- 92) **T: Millä tavalla se oli?**
- 93) H4: Siellähän on siellä ei ollu palkattua papistoa eikä mitään palkattua henkilökuntaa me jäsenet tehtiin kaikki (.) Et mä olin vuosikausia esmes jonkun lastenjärjestön johtaja mul oli voi sanoo 11 niin sanottua alaista eli tämmösiä luokkien opettajia ja kaikkee tämmösiä (.) henkilökuntaa, ja samaan aikaan mulla oli neljä lasta, huono parisuhde (.)
- 94) Meni joskus mä valvoin koko yön läpi yön että mä ehdin kaiken tekemään mitä kotona piti tehdä
- 95) Mies ehkä oli jotenki (.) Hänellä oli ehkä semmonen käsitys vielä että nainen hoitaa täysin kodin
- 96) Hän teki kaikkea muuta niinku opiskeli varatuomariksi siinä ohessa ja (.) Istu kirjastoissa ja tämmöstä ja mä pyöritin sitä ja sit ku oli kolme teini-ikästä töissä se rumba seitsemän vuoden rumba
- 97) sitte mun piti hoitaa ne uskonnon niinku sen ne tehtävät saatto olla useempiki tehtävä tämmöstä sitte mun mieheni valittiin sinne sen seurakunnan se on tuolla Marjaniemessä sen seurakunnan johtajaksi
- 98) Ja silti mul oli vielä näitä tämmösiä tehtäviä vaik ei niitä niinkun kirkon käytännön mukaan ei saa olla tällä seurakunnan johtajan vaimolla ei saa enää olla tehtäviä et se kuormittaa perhettä liikaa
- 99) Vuosikausia sillä tavalla (.) Ja sitten teini-ikäset sit yks nuorempi tuntu ettei koskaan saa nukkua Mä olin ollu hyvin omistautunu perheelle niin esimes näiden teini-ikästen sydänsurut ja semmoset, niitä saatettiin vatvoa yöllä kolmeen asti ja aamulla piti jo seitsemältä nousta ja laittaa nuorin päiväkotiin tai kouluun ja lähteä töihin

- 100) ja töissä oli sitä sitä oikeusjuttuja (.) joku siel oli yk-, mun se semmonen VT-johtaja ni, ei vaan niinku päässy niistä irti et hän kuormitti sillä työssä siellä ei voinu tehdä tavallista työtä vaan hän saatto istua työpöydällä ja (.) sanoa että ku hän nyt sanoo ei sun tartte niitä laskuja hoitaa nyt ja tämmösiä et hän halua puhua ja (.) hän puhu ja puhu sitä ja oli katkera ja kaikkee ni missään ei niinku päässy rauhaan (.) Semmosta palautumista ei ollu ollenkaan Joo
- 101) T: Ja häiriödiagnoosi sitte toi sen avun siihen?**
- 102) H4: Niin toi joo (.) Se oli ainoa keino päästä (.)
- 103) Mä olin syksyllä 2001 siellä sairaalassa, päiväsairaalassa (.) siellä mun itseasiassa en mä tajunnu sitä mut mä olin päässy jonnekin missä ei mun ei mieheni eikä se uskonto kontrolloinu (.) mä olin niiden saavuttamattomissa
- 104) Mut mä en vielä silloin tajunnu sitä siellä vaan tapahtu niin että mun () se mä () mä olin ilmeisesti alitajunnassa mä niinku uskalsin oikeesti sairastua niin että mä sain ne siellä mä sain sen antipsykoosin lääkkeet et se paheni hetkellisesti
- 105) Vuos sen jälkeen mä menin sinne uudestaan koska mä olin aika erakoitunut ja tämmöstä ja mä ajattelin et mä vielä yritän työelämään ja mä olin jossain rekrytointikurssilla ja (.)
- 106) Mä oon liikkeenjohdon sihteeri tuolta Helsingin sihteeriopistosta ja tää oli sitte myös tämmönen liikkeenjohdon assistenttikurssi (.) Ja meninki sitten johonki puoleks vuodeks harjottelemaan (.)
- 107) Niin sitä ennen mä kävin kuukauden pari siellä päiväsairaalassa jotta mä saan rytmin ja alan olla ihmisten kanssa
- 108) Ja silloin mä tajusin sen, että hei että täällä mä oon turvassa (.) tänne ne lonkerot ei ylety ja (.)
- 109) Joo, silloin mä aloin irtautua (.) mä vielä vuo... ei se no melkeen vuoden vielä kävin siellä ku siel käytii joka viikko piti sunnuntaisin se oli ihan melkeen mast ni kävin siellä kirkossa ja tämmöstä mut mä aloin olla semmonen tarkkailija (.) mä katsoin et mitä se antaa mulle ja (.)
- 110) Sitte läksin sitä 2003 siitä jäin pois ja myöskin niinku ero- läksin siitä parisuhteesta Meil oli kaks asuntoa silloin niin menin siihen toiseen ku se oli tyhjillään (.)

HAASTATELTAVA H5

- 111) T: Sit nää haastattelukysymykset, täs ois ensimmäinen virike mä luen sen tähän (Väittämä 1). ”Mielen terveyden häiriödiagnoosin saaminen lääkäriltä saattaa aiheuttaa voimakkaan tunnereaktion henkilössä, joka sellaisen saa.” Minkälaisii ajatuksii tää lause herättää?**
- 112) H5: No (.) Mullahan oli siis jo teini-ässä masennusta ja tota vaikka mulla oli psykologia kymppi ja olin siitä kiinnostunut ni mä en ikinä ymmärtäny sitä niinku et se on omalla kohdalla
- 113) sit koin yhen reaktiivisen psykoosin ja siitä jäi sitte psykoosialttius aivoihin ja (.) Sitten kakssuuntasen mielialahäiriödiagnoosin jälkeen sain skitsoaffektiivinen häiriö -diagnoosin

- 114) ja se on juuri sen skitso-etuliitteen takia ollu hieman vaikea pureskeltava että se kakssuuntanen mielialahäiriö kuulosti vielä just jollekin hauskalle taiteilijoiden taudille
- 115) mutta skitsoaffektiivisuudesta tulee mul mieleen niinku (.) no huonokuntonen henkilö joka ei ehkä jaksu pukeutuu peseytyä hoitaa asioita (.) Tuli sellanen tavallaan leima että oonks mä nyt jotenki vajaa ihminen
- 116) Että vaikka itelläkin tosiaan oli paljon kokemusta omasta ja kaveripiiristä mielenterveydenhäiriöistä mutta (.) Tosiaan se skitso-etuliite on ollu vaikee sulattaa ((Pitkä tauko)) Ja sit myös tuntuu et yleinen hyväksyntä on semmonen et esimerkiks keskivaikea depressio kuulostaa ihan niinku tavalliselt asialta mutta skitsoaffektiivinen häiriö kuulostaa hyvin vakavalta ja epävakaalta ihmiseltä
- 117) ja se on hassua ku vaik itse tietää näistä asioista hyvin paljon ni silti... samat stereotypiat viel itselläki jopa itseään kohtaan (.)
- 118) **T: Et sä... jos mä ymmärrän sua oikein ni sä liität siihen sun saamaan skitsoaffektiiviseen diagnoosiin ni paljon semmosia negatiivisia niinku (.) kytkentöjä teet, ja sen takia se sitte on sun mielest ahdistava sit ollu ku sä sait sen et sulle tuli semmonen olo siitä vai?**
- 119) H5: Joo siis jotenki niinku elämänhallintaan ja perusasioiden hoitamiseen ja semmoseen niinku, jotenki tuntuu et se diagnoosi vähättelee mun kykyä selviytyä ja pärjätä normaalielämässä ja (.) ei sitä oo nii helppo sit sanookaan uusille ihmisille (.)
- 120) Yleensä mä yritän vaan välttää puhumasta siitä asiasta uusien ihmisten kanssa (.) poikkeuksena tietenki tää tukiyhdistys ((nimi muutettu)) jossa me kaikki ollaan vertaisia toisillemme (.)
- 121) **T: Entä miten nyt ku siit on useempi vuos menny niin (.) onks sun ajatukset siitä muuttunu vai onks ne edelleen samankaltaset?**
- 122) H5: No tietysti arjessa on nähny et ei se diagnoosin muuttuminen elämän varrella mikä on ihan luonnollista ni ei se oo niinku vaikuttanu itteen eikä toimintaan millään tavalla
- 123) Mut silti se kuulostaa jotenki hyvin raskaalta diagnoosilta et kun siihen tosiaan liittyy sekä kakssuuntanen että skitsofrenian oireet eli kaikki...kaikilla mausteilla (.)
- 124) Välillä tuntuu toivottomaltakin ((Pitkä tauko))
- 125) Et jonkun verran ollu sitä häpeää tässä ja varsinkin monia vuosia aikasemmin kun eräs hyvin läheinen ihminen sano et häpeää mua ja mun sairautta, niin... (.)
- 126) sen kans on välillä vähän vaikee taistella että jaksais sanoa itelle joka päivä että sä oot ihan tavallinen heppu siinä missä muutkin ja... (.) et ei tuntis sitä semmost syvää häpeää tai epäonnistumista (.)
- 127) **T: Koetsä et siin oli...(.) onks sul minkäänlaisia positiivisia (.) ajatuksia tai tuntemuksia sen häiriödiagnoosin kautta tai (.) Vai sanoit et no pääosin negatiivisia sitte (.)**
- 128) H5: Pääosin ne on negatiivisia...
- 129) mut totta kai tietysti sinänsä positiivista et itse tietää niinku mist on kyse ja missä mennään vaikka mä väitänki että itse osaisin diagnosoida itteni paremmin ku joku satunnainen lääkäri

- 130) ku ne vaihtuu koko ajan tos julkisella puolella
 131) kukaan ei oikein tunne syvästi potilaita
 132) niin tota (.) hyvä puoli siin toki on se et sitä kautta ymmärtää sitä omaa aika vaikkeetaki historiaa paremmin (.)

HAASTATELTAVA H6

- 133) **T: Sit mennään näihin varsinaisiin haastattelukysymyksiin. Ensimmäinen virikekysymys tulee tässä, mä luen sen vielä ääneen (Väittämä 1): ”Mielenterveyden häiriödiagnoosin saaminen lääkäriltä saattaa aiheuttaa voimakkaan tunnereaktion henkilössä, joka sellaisen saa.” Miten sä kommentoisit tätä?**
- 134) H6: Joo se saattaa aiheuttaa jossain henkilössä voimakkaan tunnereaktion (.)
 135) Se saattaa aiheuttaa sellasen helpotuksen jollekin etenkin varmaan semmoselle ihmiselle joilla ei oo ehkä sellasta kosketuspintaa siihen miks vaikka kokee asioita jollain tavalla
 136) ja sitte se voi olla tosi iso helpotus kun sille löytyy selitys ja jollekin se voi mahdollisesti olla sellanen (.)
 137) jollekin se voi mahdollisesti olla sit sellanen niinku ahdistava kokemus ehkä saada joku diagnoosi joka ois sillee et kokee ettei ehkä... tää ei ehkä niinku liity tai jotenki silleen että (.) tää ei niinku kuulosta ollenkaan semmoselt mitä itse olisin osannut ajatella että vois olla (.) Joo (.) kyllä
- 138) **T: Minkälaisii ajatuksii diagnoosin saaminen sussa herätti silloin välittömästi ku sä sait sen tai kuulit lääkäriltä?**
- 139) H6: No se jotenki miust tuntu silt et mie tiesin sen et se ei tullu sillee... (.) se ei ollu mulle mikään yllätys kumpikaan diagnoosi eli se 2010, 2013 diagnoosit ei ollu mulle mitenkää sellasia et nyt mie sain jonku uuden tiedon itselleni
 140) vaan ne oli sellasii niinku et no tällänen mä nyt oon aina ollu ja nyt joku antaa niille tai joku nyt on vaa päättäny että kun että nää on ne nimet minkälainen ihminen mie oon
 141) Ni se ei oikein herättäny miulle mitään tunnereaktiota ei sitä helpotusta minkä mie äsken sanoin eikä mitään ahdistusta eikä mitää niinku vastareaktiookaan
 142) se tuntu silt et joku vaan nyt on keksiny et miun luonteenpiirteet on tälläsiä diagnooseja Silt se silloin tuntu joo
- 143) **T: Koiksä että ne saadut diagnoosit vastas siihen...(.) siihen sun elämäkokemukseen ja elämäntilanteeseen ja sun muuten siihen et minkä (.) mistä syistä sä hakeuduit sinne vastaanotolle ni sit ku sä sait sen diagnoosin?**
- 144) H6: Nii tosissaa mie olin kuitenkin hakeutunu lääkäriin et sinänsähän sitä ei vois ajatella et se ois pelkästään niinku että yhtäkkiä yllättäen joku nimeää mun persoonallisuuden piirteitä
 145) Että (.) Et kylhän se varmaan niinku et sil hetkellä se ei ollu ei her... se ei niinku kiinnostanu hirveesti et mikä miun diagnoosi on
 146) mut sitte sitä myöhemmin rupes lukemaan vaikka että aa tälläsiä tällä tavalla ihmiset saattaa kokee jos niillä on tää diagnoosi ni ehkä sen takii mie oon vaikka kokenut

- asiat näin et ehkä se liittyy tähän diagnoosiin eikä siihen minkälainen ihminen (.) minkälainen persoonallisuus mulla on
- 147) Et viimeisenä varmaan ajatellu, et ehkä se et sitä niinku rupes peilaa siihen että no nyt on joku selitys et miks mie oon tällänen miks mie reagoin näin (.) mut et kyllä kai se anto jonku selityksen jollain tapaa
- 148) Tai ainaki sitä mielellää sitte aina puheessaan viittasi että olen nyt tälläinen koska minulla on tämä
- 149) että sitä lohdutti itseään sillä että reagoin tähän nyt näin huonosti tähän asiaan koska miul on tää ahdistuneisuushäiriö ni en nyt oo muuten vaa tosi ärsyttävä ihminen vaan miul nyt vaan on tää
- 150) ja sit sitä niinku et se siihen pysty aina silleen ite omissa ajatusmaailmoissaan lohduttautumaan että en oo niin syvältä perseestä mitä niinku... miltä tuntuu et olisin (.)
- 151) **T: Muuttuks se et... aloitsä sen... ku sä sait sen diagnoosin ni aloitsä sen jälkeen käyttää sitä tolla lailla ku kuvasit (.) niin semmosena tulkintakehyksenä tai selityskehyksenä sitte sun kokemuksille tai sun reagointitavoille mitä sä et aikasemmin tehny eli ku sä sait diagnoosin ni aloitsä sitte käyttää sitä sellasena vai olik se...(.)**
- 152) H6: Koska se ei ehkä tullu sinänsä kuitenkaa sit niinku suurena yllätyksenä
- 153) et kyllä mie olin tutkinu asioita ja hakeutunu sinne lääkärille ni sinänsä mie en tiedä olik se semmonen selkee muutos siinä että
- 154) mut sitte niinku miust tuntuu et se ku just sil hetkel ku sen diagnoosin sai ni mie en miut ei kiinnostanu yhtää lukee niit lääkärin tekstei miusta eikä ne diagnoosit ei ollenkaa niinku mulle oli ihan sama minkä diagnoosin
- 155) paitsi yhen asian minkä mie sielt kävin kattomassa että ku mie satuin tietämään kuitenkin että on masennusta jollain niinku psykoottisilla häiriöillä
- 156) niin mie halusin nähdä mitä se on ajatellu miusta että ajatteleeks se et miulla ois jotain niinku et masennus jollain niinku psykoottisilla lisillä
- 157) Niin sitte mie olin tyytyväinen ku siel ei ollu sitä ni sit mä olin et aa no mut tää on vaa tämmönen peruskeissi että...
- 158) mut nii siun kysymykseen vastaus olis että ehkä sitä enemmän kuitenkin sitte ku siihen joku auktoriteetti antanu semmosen et nyt siul on tää diagnoosi ni sillä voi enemmän lohduttautua sitte (.) vaikka ei se suurena yllätyksenä niinku et sitä ennenki oli voinu olla silleen et mie oon tän tyylinen et mie ahdistun vaikka helposti (.)
- 159) **T: Mut sä et erityisemmin tukeutunu siihen diagnoosiin sit semmosena selittävänä tekijänä sen jälkeen ku sä sen sit virallisesti sait vaan vai? (.)**
- 160) H6: No ei se hirveesti muuttanu sitä sellasta niinku... no siis, ehkä kaikkien vaikeimpina yksinäisinä hetkinä sitä saatto yrittää ymmärtää itteään sitä kautta että nyt ku mul on oikeesti joku muuki on sitä mieltä että mul on tää et se ei oo vaa miun omien googlailujen perusteella
- 161) niin ni jos hän on nyt sitä mieltä ni joku muukin on joku miuta runsaasti vanhempi kokenut setämies on nyt sanonu että miul on tää niin nythän se on uskottava sitte ja sit sitä lohduttautui sitten yksinollessaan siihen että joku muukin näkee että se ei oo,

et miul on paha olla joo ((Pitkä tauko)) Eli vastaus on joo ja ei (.) Riippuu vähän aina

- 162) **T: Riippuuk se tilanteesta miten sä? (.)**
- 163) H6: Se riippuu niinku siitä ehkä oman ahdistuksen tasosta että minkä verran siihen tukeutuu... Mitäs sie kysyit viimeks?
- 164) **T: Nii tavallaan että, että tota...**
- 165) H6: Sitten ku se lääkäri oli antanu sen diagnoosin ni (.) ni (.)
- 166) **T: Et mimmosii tavallaan ajatuksii sussa herätti et sä sanoit et se ei tullu yllätyksenä ja sit toisaalt sä sanoit että...(.)**
- 167) H6: Et toisaalt mä kuitenkin sit välil vähän tukeuduun siihen (.)
- 168) **T: Nii tukeudit siihen [Jälkikäteen...] et sä ymmärrät että sun ahdistus tai mieliala tai jonkunlainen tunnetila tai elämäkokemus ni selittyis sillä diagnoosilla sit sen jälkeen ku sä sait et se anto niinku semmosen ymmärryksen sulle susta itestä?**
- 169) H6: Nii joo (.) Sanottaisko niin et sit sen diagnoosin jälkeen ni joinain hetkinä jos on ollu tosi ahdistunu ni sitte sitä on käyttäny niinku itse... omana lohdutuskeinona
- 170) Mutta se ei oo ollu sellanen että sitä ois niinku aktiivisesti ajatellu että olen nyt tälläinen koska minulla on tämä diagnoosi ja et sitä niinku kävelis tuol miettien, vaan semmosin hetkin ku on tosi kovat vaik jotkut itsesytytelyt jostain tai semmonen niinku epä mukava olo siit et millanen itse on tai miten reagoi tai miks ottaa jotku (.)
- 171) Miks reagoi jollai taval ni sit semmosina hetkinä voi mennä googlettaa sitte tämän diagnoosin ja olla silleen et aa no me olemme tälläsiä me ahdistuneet ihmiset ja sitte niissä hetkinä sen ottaa semmoseks itselleen semmoseks lohdutuskeinoks
- 172) Mut ei ehkä silleen et vois sen perusteella jolleki toiselle ihmiselle että niinku et sille vois niinku, et omaa käyttäytymistään vois niinku silleen saada hyväksytyks sen kautta ni ei se silleen auttanu siihen mitenkää

HAASTATELTAVA H7

- 173) **T: sit jos mennään näihin haastattelukysymyksiin, ni...ensimmäinen väite kysymys kuuluis näin että (Väittäjä 1) "mielenterveyden häiriödiagnoosin saaminen lääkäriltä saattaa aiheuttaa voimakkaan tunnereaktion henkilössä, joka sellaisen saa". Miten sä tätä kommentoisit? Mitä ajatuksia omalla kohdalla (.) heräsi silloin kun sait tän diagnoosin?**
- 174) H7: Nii (.) No täähän meni...sillä tavalla että lääkärikäyntejä oli useita (.) aluksi ja sen (.) käyntien pohjalta lääkäri sitte kirjoitti sen lausunnon ja (.) se mun kohdalla niin...ku tässä tää tunnereaktio ni (.) jollakin tavalla se oli mulle helpotus ja (.)
- 175) ei se tuo...ajatus...niin että siinä pääsi sitte selkeyty asia ja (.) koska (.) oli omalta osalta kertonu että (.) miten vaikeeta sillä hetkellä oli ja (.) mul oli onni se että tää lääkäri kyllä (.) ymmärsi mua ((pitkä tauko))
- 176) **T: Että tuli sellanen helpotus ((niinkö))?**
- 177) H7: Kyllä (.) koska se tilanne oli niin vaikee silloin (.) no voisko kertoa miten se jatku tästä eteenpäin (.)

- 178) ni tottakai lääkäri kirjoitti pitkän sairausloman...ja (.) no (.) sitte Kelahan halus tietää omalta osaltaan että miks se on niin pitkä
- 179) Niin sitte Kela määräsi mut jatkotutkimuksiin ja se tapahtu (.) tuolla Lapinlahden sairaalassa se oli silloin...vielä voimissaan ja (.)
- 180) Niin siellä oli sitten omat lääkärit joiden kanssa keskustella ja sitten oma hoitaja jota...öööö (.) mä tapasin kaks kertaa viikossako se oli?
- 181) No siitä jakso oli kevättä jo meni...jo..varmasti (.) kaks kuukautta se ainaki kesti
- 182) ja sitte tää Lapinlahden sairaalan lääkäri kirjoitti oman diagnoosin. Joka kyllä tuki tätä ensimmäistä lääkäriä yksityisellä ((joka siis oli)) yksityislääkäri
- 183) Niin (.) niin (.) se diagnoosi ja...(juttu) meni sitte Kelaan ja Kela hyväksy sen sitte Eli (.) tuota näin
- 184) T: Oliko...Ku sä kuvasit et se oli helpotus sen diagnoosin saaminen ni tarkoitatko että (.) se oli helpotus siinä mielessä, että se selitti sitä sun olotilaa (et) se anto selityksen sille olotilalle vai niin että se anto mahdollisuuden ja oikeuden päästä hoitoon? Tarkoitaksä että (.) että helpotus niinku tarkoitti sitä?**
- 185) H7: () Nimenomaan...siihen suuntaan ja (.)[joo]
- 186) Koska (.) siinähan oli tietysti...työssäki olis pitäny jaksaa mutta eihä siinä tilassa ni (.) jaksanu töitä tehdä että sehä on (.) tärkeä [joo] asia et tämmöne diagnoosi ja sairausloma tuli
- 187) T: Ja (.) Miten sä tällä hetkellä sit nykään (.) koet et ku sulla on tällainen diagnoosi?**
- 188) H7: () No suoraan sanoen emmä ajattele sitä kovinkaan (.) voimakkaasti ja koen sen tän hetken tilanteen että () pärjään suht hyvin
- 189) T: Joo**
- 190) H7: () Että ei siinä ole (.) ongelmaa (.) että (.) minä olen pitkälti sillä tavalla toipunu ja elämä...jaksaa paremmin (.)
- 191) ja ymmärtää että se on...tuota (.) () ((ensimmäisen kysymyksen käsittely päättyy))

LIITE 4: Haastatteluaineiston litteraatiomerkinnot

Tyhjät sulkeet (): epäselvästi lausuttu sana.

Sana sulkeiden sisällä (sana): litteroijan epäselvästi kuulema sana.

Tuplasulkeet sanan ympärillä (()): tutkijan kirjoittama kommentti tai tarkenne, joka ei ole osa alkuperäistä puheaineistoa.

Hakasulkeet []: henkilön puhuu vastapuolen päälle.

Kolme pistettä ... : kesken jäänyt sana

(.) lyhyt tauko puheessa

((pitkä tauko)) huomiota herättävän pitkä tauko puheessa