

Mielenterveyspotilaat naistenlehtien henkilökuvissa

Hanna Kaisa Hellsten
Tampereen yliopisto
Viestinnän, median ja teatterin yksikkö

Journalistiikan pro gradu -tutkielma
joulukuu 2013

TAMPEREEN YLIOPISTO

Viestinnän, median ja teatterin yksikkö

HELLSTEN, HANNA KAISA: Mielenterveyspotilaat naistenlehtien henkilökuvissa

Pro Gradu-tutkielma, 69 s, 2 liites.

Journalistiikka

Joulukuu 2013

Tässä tutkielmassa selvitetään, millaisia subjektipositioita naistenlehdet tuottavat mielenterveyspotilaille. Aineistona on 19 mielenterveyspotilaan henkilökuvat vuonna 2012 ilmestyneistä naisten yleisaikakauslehdistä. Suurin osa henkilökuvuihin haastatelluista mielenterveyspotilaista on naisia. Aineiston artikkeleissa ei käsitellä kaikkia mielisairauksia. Erityisesti masennus korostuu, sitä sairastaa seitsemän henkilökuvaan haastateltua potilasta.

Terveydet ja sairaudet ovat kulttuurisesti tuotettuja ilmiöitä, jotka muodostuvat lääketieteellisesti, sosiaalisesti ja subjektiivisesti. Myös potiluus muodostuu kulttuurisesti. Sairaskertomukset ovat yksi tapa kertoa potiluudesta ja jäsentää sairastumista.

Jaoin henkilökuvat sen mukaan, miten artikkeleiden sairaskertomukset etenevät. Erotin aineistosta sairaskertomuksen alun, käänteen tekevän sairastumisvaiheen sekä toipumisesta kertovat tekstit. Tämän jälkeen tyyppittelin kertomusten eri vaiheissa esitettävät potilaat yleisiksi potilastyypeiksi.

Tarinoiden aluissa potiluus ei näy, sillä niissä kerrotaan tavallisesta elämäkulusta ennen sairastumista. Sairastumisvaiheen potilastyyppejä ovat avuton potilas ja kokeva potilas. Kokevan potilaan kuvauksista voidaan erottaa helpottuneen potilaan alatyypin. Toipumisvaiheista voi erottaa neljä potilastyyppeä, joita ovat määritelty potilas, autettava potilas, apua hakeva potilas ja itsenäinen potilas.

Osa diskursseista antaa potilaalle enemmän määräysvaltaa suhteessa hoitojärjestelmään kuin toiset. Erityisesti kokeva potilas ja sen alatyypin helpottunut potilas sekä toipumiskuvausten itsenäisen potilaan tyyppiä voidaan pitää voimaannuttavana. Itsenäinen potilas toipuu oman toimintansa ansiosta.

Voimaannuttavia potilastyyppejä havainnollistetaan sankaripotilaan tarinamallin avulla. Aineiston kaikissa henkilökuvissa on siitä elementtejä.

Naistenlehtien potilasarinoilla halutaan antaa hyvää esimerkkiä ja hälventää ennakkoluuloja. Sankaritarinan potilas pääsee vaikeuksien kautta kiinni parempaan elämänhallintaan. Naistenlehtien henkilökuvissa ratkaisut mielenterveysongelmiin löytyvät yksilöistä itsestään, eivät yhteiskunnasta. Naistenlehtien potilaskertomuksissa mielenterveysongelmista muodostuu yksinkertaistettu ja ongelmaton kuva: sairastuneet sankaripotilaat kamppailevat ja toipuvat.

Sisällysluettelo

1. Johdanto: Mielen terveyttä, sairautta ja kontrollia.....	2
1.1. Mielen terveyden ongelma.....	2
1.2. Tutkimuskysymyksen määrittely.....	3
1.2. Miksi mielen terveyspotilaiden tarinat kiinnostavat.....	5
2. Terveystietoa kulttuurina.....	7
2.1. Terveystietojournalismin potilaita.....	8
2.2 Naistenlehdet genrenä.....	11
2.3 Naistenlehti tarjoaa identiteettiä.....	13
2.4 Henkilökuvissa kerrotaan tarina.....	16
2.5 Potilaat ja potilaita.....	18
2.6 Media ja mielen terveysongelmat.....	20
2.7 Yhteenveto: Mielen terveyspotilaita tässä työssä.....	23
3. Aineisto ja menetelmät.....	25
3.1. Aineiston valinta.....	26
3.2. Aineiston kuvaus.....	30
3.3 Aineiston analyysi.....	33
4. Tulokset ja niiden tarkastelu.....	35
4.1. Aika ennen sairastamista.....	35
4.1.1. Ennakoimaton tarina.....	36
4.1.2. Ennakoiva tarina.....	37
4.1.3. Tyyppien erot ja yhtäläisyydet	38
4.2. Sairastumisen kuvaukset	39
4.2.1. Subjektiiivinen käänne: kokeva potilas.....	39
4.2.2 Vapauttava käänne: helpottunut potilas.....	40
4.2.3. Hallitsematon käänne: avuton potilas.....	41
4.2.4. Tyyppien erot ja yhtäläisyydet.....	42
4.3. Toipumisen kuvaukset.....	44
5.3.1. Määriteltävä potilas.....	45
4.3.2. Autettava potilas.....	46
4.3.3 Apua hakeva potilas.....	46
4.3.4. Itsenäinen potilas.....	47
4.3.5 Tyyppien erot ja yhtäläisyydet.....	49
4.4 Sankari potilaan tarinamalli	51
5. Johtopäätökset.....	54
5.1. Mielen terveys julkisessa keskustelussa.....	54
5.2 Voimaannuttavatko mielen terveyspotilaiden henkilökuvat?.....	56
5.3. Hoitojärjestelmä piilotetaan.....	57
5.4. Naistenlehdet terveyskurin asialla.....	59
LÄHTEET.....	61
KIRJALLISUUS.....	61
VERKKOLÄHTEET.....	66
SUULLISET TIEDONANNOT.....	67

1. Johdanto: Mielen terveyttä, sairautta ja kontrollia

1.1. Mielenterveyden ongelma

Meistä kukaan ei elä ongelmatonta elämää. Stressi, väsyminen, itsetunto-ongelmat ja vaikkapa unettomuus ovat arkisia asioita, jotka vaikuttavat omaan jaksamiseen, työsuorituksiin ja vaikkapa läheisiin ihmissuhteisiin. Jos oman psyyken ongelmat alkavat toistuvasti vaivata, saattamme hakea apua liikunnasta, harrastuksista, läheisistä tai terveellisistä elämäntavoista – tai hakeutua “hoitoon” ja sitä kautta saada lääkkeitä, sairauslomaa ja terapiapalveluita.

Oman psyyken joutumien koetukselle on jossakin määrin normaalia: vaikeudet kuuluvat elämään. Ongelmat voivat kuitenkin olla vakavia. Silloin joudutaan pohtimaan, onko kyseessä sairaus.

Kun ongelma määritellään sairaudeksi, siihen on mahdollista saada hoitoa. Psykiatrinen hoitojärjestelmä ja sosiaaliturva toimivat diagnoosien puitteissa. Kun ihmisellä todetaan jokin sairaus, hän on diagnoosin perusteella oikeutettu esimerkiksi sairauslomaan ja eläkkeeseen. Sairaus on paitsi ongelman yhteiskunnallisten instituutioiden luokittelutapa, myös lääketieteellinen tulkinta ja ihmisen oma kokemus. Sen vuoksi pitäisikin puhua sairauksista ja terveyksistä, joita yhteiskunnassamme tuotetaan.

Yhden tulkinnan mukaan mielenterveysongelmainen muuttuu potilaaksi, kun hänet diagnosoidaan ja saatetaan hoidon piiriin. Tällaisia mielenterveyspotilaita on Suomessa paljon. Kysymys on paitsi inhimillisestä kärsimyksestä, myös kansantaloudellisesta kysymyksestä.

Psykiatrian erikoissairaanhoidon palveluita käytti vuonna 2011 yli 159 000 eri ihmistä. Suurin osa potilaista (152 715) kävi vuoden aikana avohoidon vastaanotolla. Näistä potilaista 14 prosentilla (21 622 potilaalla) oli saman vuoden aikana myös sairaalahoitajakso. Pelkästään sairaalahoidossa oli vuoden aikana 6 906 potilasta. Erikoissairaanhoidon avohoitokäyntejä oli yli 1,7 miljoonaa ja lisäksi perusterveydenhuollossa oli avohoitokäyntejä noin 670 000. Hoitopäiviä psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa oli lähes 1,4 miljoonaa ja sairaalahoitajaksoja hiukan yli 40 000. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013).

Eniten sairauspoissaoloja on lisännyt mielenterveyden häiriöiden perusteella myönnettyjen pitkien sairauslomien yleistyminen. Pitkissä, yli 180 päivää kestäneissä

sairauspoissaoloissa 29 %:ssa syynä oli mielenterveyden häiriö vuonna 2005 (Kela 2006). Vuonna 2005 uusia työkyvyttömyyseläkkeitä myönnettiin mielenterveyden häiriöiden perusteella työeläkejärjestelmässä 7450 kpl (37). Tämä kattaa 29 % kaikista uusista työkyvyttömyyseläkkeistä. Noin puolessa tapauksista sairautena oli masennus. (Joensuu ym, 2008).

Mielenterveys itsessään on käsitteenä hankala, sillä useimmiten siitä puhutaan negaation eli mielenterveysongelmien kautta. Tiedämme, mitä mielenterveys ei ole paremmin kuin sen, mitä se on.

Monesti kun mielenterveydestä puhutaan ja halutaan tehdä pesäeroa mielenterveysongelmiin, puhutaan esimerkiksi hyvinvoinnista, voimavaroista tai elämähallinnasta. Tällaista voimavarakeskeistä mielenterveyden käsitettä kutsutaan positiiviseksi mielenterveydeksi. Mielenterveys ei siis ole vain mielen sairauksien puuttumista vaan mielen hyvää vointia ja ihmisen kykyä selviytyä arjessa.

WHO:n (1997) määritelmän mukaan mielenterveys mahdollistaa:

- kyvyn luoda ihmissuhteita ja välittää toisista
- taidon ilmaista tunteitaan
- kyvyn tehdä työtä
- ajoittaisen ahdistuksen ja hallinnan menetyksen sietämisen omassa elämässä tapahtuvien muutosten hyväksymisen.

Hyvä mielenterveys on siis voimavara joka auttaa ihmisiä kokemaan elämän mielekkääksi, solmimaan ja ylläpitämään sosiaalisia suhteita sekä toimimaan tuottavina ja luovina yhteisön jäseninä.

Mielenterveys ei ole käsitteenä arvoneutraali. Yritykset antaa sisältö ja merkitys positiiviselle mielenterveydelle ovat samalla yrityksiä ratkaista kysymystä, millainen ihmisen tulisi olla (Räty, 1983). Mielenterveyksien ja -sairauksien määrittelemisen on niiden tuottamista: rajanvetoa normaalin ja epänormaalin, hallittavan ja hallitsemattoman välillä.

1.2. Tutkimuskysymyksen määritteleminen

Mielenterveysongelmat ovat Suomessa yleisiä, mutta silti niihin liittyy vaikenemista ja häpeää. Historiassa mielenterveyden määrittelemistä on käytetty kontrollin keinona, jolla eri ihmisryhmiä on pidetty kurissa halutulla tavalla. Vielä nykyisinkin mielenterveysongelmiin suhtaudutaan eri tavalla kuin somaattisiin, ruumiillisiin sairauksiin. Mielenterveyspotilaisiin liitetään erilaisia ennakkoluuloja, minkä vuoksi sairauksia usein salataan leimautumisen pelossa.

Media rakentaa osaltaan käsityksiä mielenterveydestä ja mielen sairauksista. Vielä 1980-luvulla mielenterveyspotilaiden haastattelut olivat nimettömiä, mutta nykyisin niin julkisuuden henkilöt kuin tavallisetkin ihmiset uskaltavat kertoa mielenterveysongelmistaan omilla nimillään. Erityisesti masennus ja uupumus ovat arkipäiväistyneet.

Mielenterveystarinat asettuvat osaksi terveystjournalismin perinnettä, jossa potilaisiin suhtaudutaan holhoavasti. Äänessä ovat useimmiten asiantuntijat. Kansalaiset pääsevät ääneen lähinnä avaamalla sairaskertomuksensa julkisuudelle. Julkisesta sairastamisesta on tullut suorastaan muotia, joka näyttää vakiintuneen kestäväksi trendiksi kuluneen vuosikymmenen aikana.

Mielenterveyspotilaiden sairauskertomukset ovat henkilökuvia, joissa haastateltava pitkälti määrittelee sen, miten hänestä ja yksityiselämän piiriin kuuluvasta sairastamisesta kerrotaan (Koivisto 2007, 37). Usein tarinat nivotaan osaksi tavallista ihmiselämää, mikä vähentää sairastamiseen liittyviä ennakkoluuloja ja häpeää.

Millaisia tarinoita lukijoille kerrotaan mielenterveyden horjumisesta? Mielenterveysongelmat ovat erilaisten oireiden ja sairauksien joukko, joista vakavimmat muuttavat sairastuneen ja hänen läheistensä elämää pysyvästi. Naistenlehdet ovat tyypillisesti julkaisukanava, jossa yksityisestä tehdään julkista ja jossa käsitellään arkielämän ongelmia. Naistenlehtien mielenterveyspotilaiden henkilökuvien kautta lukija voi käydä läpi omia kokemuksiaan mielen sairauksista ja reflektoida omia arvojaan ja tulkintojaan.

Valitsin tarkasteltavaksi tavallisten ihmisten mielenterveystarinat, joissa päähenkilö esitetään ensisijaisesti mielenterveyspotilaan roolissa. Niistä käy ilmi se, miten potiluudesta kerrotaan ja

millaisia merkityksiä mielenterveydelle ja sen ongelmille halutaan antaa. Tutkimuskysymyksenäni on, **mten mielenterveyspotilaat esitetään naistenlehtien henkilökuvissa.**

Aineistoa löytyi yllättävänkin runsaasti. Tarjolla olisi ollut lukuisia julkkisten elämäkertoja, joissa esiintyy niin masennusta, uupumusta kuin anoreksiaakin. Näissä haastatteluissa mielenterveysongelmat kulkivat kuitenkin höysteenä, ja jutun kirjoittamisen motiivina on sairauden sijaan tai vähintäänkin sen ohella päähenkilön julkisuus.

Naistenlehdissä kerrotaan myös tavallisista mielenterveyspotilaista, joista on kirjoitettu sairautensa vuoksi. Valitsin aineistokseni 19 henkilökuvaa, joissa kerrotaan potilaasta itsestään, sairastamisesta ja muusta elämästä eikä niinkään heidän ammatillisesta urastaan.

1.2. Miksi mielenterveyspotilaiden tarinat kiinnostavat

Ihmettelin joskus kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavan ystäväni kanssa sitä, miksi tavallista arkea elävä ”hullu” ei tunnista itseään naistenlehtien henkilökuvista. Arjesta kun puuttuu draaman kaari käännekohtineen, eikä kaikkiin tilanteisiin voida kirjoittaa edes onnellista loppuratkaisua. Keskustelu innoitti minua selvittämään, millaista kuvaa mielenterveyspotilaista naistenlehdet lopulta antavat.

Länsimaisessa yhteiskuntatieteiden kriittisessä perinteessä on ajateltu, että tapa, jolla mielisairaita kohdellaan, kertoo jotakin kulttuurimme syvärakenteista. Aihetta on vaikeaa käsitellä mainitsematta esimerkiksi Erving Goffmanin totaalisten instituutioiden kritiikkiä. Kanadanjuutalaisen sosiologin pääteos *Asylums* ilmestyi vuonna 1961, ja se suomennettiin vuonna 1964 nimellä *Minuuden riistäjät – tutkielma totaalisisista laitoksista*. Teos on yksi merkittävimmistä mielenterveyden hoitoa käsittelevistä tutkielmista, ja sitä siteerattiin laajasti muun muassa mielisairaanhoidon uudistusliikkeissä Yhdysvalloissa ja muualla. Laitosten kritiikissä vaadittiin mielenterveyspotilaille oikeutta subjektiviteettiin, mahdollisuuden olla muutakin kuin asiantuntijavallan määrittelemä potilas.

Keskustelua potilaan asemasta ja sopivasta hoidosta käydään edelleenkin, kun puhutaan avohoidon riittävydestä. Rajanvetoa mielen terveyden ja sairauden välillä käydään myös verkkokeskusteluissa, joissa pohditaan välillä kärkkääseenkin sävyyn, onko tarkkaavaisuushäiriö ADHD sairaus vai oman kulttuurimme kyvyttömyyttä suvaita erilaisuutta. Hoitomuodot, diagnostiikka ja käsitys mielenterveyspotilaiden oikeuksista ovat mullistuneet viimeisen vuosisadan aikana. Vielä 1960-luvun Suomessa mielenterveyspotilaita pakkosteriloitiin, ja lääkkeiden puuttuessa turvauduttiin sokkihoitoihin ja lobotomiaan (esim. Pietiläinen 2013, 210-241, 317-321). Ajatuksellisesti tästä on pitkä matka naistenlehtien henkilökuviin – ajallisesti ei.

Tarkastelemalla naistenlehtien rakentamia kuvauksia emme pysty tyhjentävästi vastaamaan kysymykseen kulttuurimme tavasta jäsentää mielisairautta ja mielenterveyspotiluuutta.

Naistenlehtien henkilökuvat esittävät mielenterveyspotilaan omalla tavallaan ja tekstit rakentavat potilaille erilaisia olemisen ja toimimisen mahdollisuuksia. Niillä on merkitystä maailmassa, jossa omaa identiteettiä ja maailmankatsomusta punnitaan julkisten, mediavälitteisten tarinoiden kautta.

2. Terveysviestintä kulttuurina

Tässä työssä puhun terveyksistä ja sairauksista kulttuurisesti tuotettuna asiana. Työn teoreettinen pohja on sosiaalisessa konstruktivismissa, jonka mukaan tuotamme jaettua todellisuutta kielen välityksellä.

Käytän terveyksistä ja sairauksista tarkoituksellisesti monikkoa sillä tulkinnat näiden asioiden sisällöistä ovat moninaisia. Terveyksiä ja sairauksia määrittelevät ihmiset itse sekä monet yhteiskunnalliset toimijat. Terveudet ja sairaudet ovat ilmiöitä, jotka muodostuvat lääketieteellisesti, sosiaalisesti ja subjektiivisesti (Torkkola ja Mäki-Kuutti 2004, 106)

Olen valinnut aineistoni siten, että niissä on mukana lääketieteellinen ulottuvuus¹. Mukana on myös kaksi muuta ulottuvuutta. Henkilökuvassa korostetuu subjektiivisuus ja henkilön oma tarina, mutta teksteissä välittyy myös terveyksien ja sairauksien sosiaalinen ulottuvuus. Mediatekstit uusintavat näitä käsityksiä ja toisaalta myös toimivat niiden ohjaamina. Terveysviestintä voidaan nähdä terveyksiä ja sairauksia tuottavana käytäntönä (Torkkola 2008, 67-78). Vaihtoehtoisesti terveysviestinnän voi käsittää terveysviestejä välittävänä käytäntönä joka ei osallistu terveyksien ja sairauksien tuottamiseen.

Jos terveysviestintä nähdään terveyksiä ja sairauksia tuottavina käytäntöinä, niin terveysviestinnän piiriin kuuluu kaikki terveyksiä ja sairauksia tuottava viestintä. Myös mielenterveyspotiluuksi voitaisiin tarkastella useiden eri viestintätilanteiden ja -kanavien kautta. Olen valinnut tähän tutkimukseen näkökulmaksi naistenlehtien henkilökuvat ja sen, millaista potiluuksi niissä tuotetaan. Jos haluaisimme tietää, millaista mielenterveyspotiluuksi media tuottaa laajemmin, pitäisi aineiston olla huomattavasti laajempi ja monipuolisempi.

1 Aineiston valinnasta enemmän luvussa 3.

2.1. Terveysjournalismien potiluus

Ulla Järvi (2011, 140-141) on väitöskirjassaan kuvannut terveysjournalismin lajityypit, joita ovat tieteellinen terveysjournalismi, taloudellinen terveysjournalismi sekä inhimillinen terveysjournalismi. Eri journalismit tuottavat potiluuksia eri lähtökohdista.



Kuvio 1. Terveysjournalismin kehä (Järvi 2011, 140)

Tieteellinen terveysjournalismi nojaa uutisjournalismin perinteeseen. Äänessä ovat lääketieteen asiantuntijat, ja sekä toimittajan että kansalaisen rooliksi jää ennen muuta tiedon vastaanottaminen (Järvi 2011, 145-146). Taustalla vaikuttaa tiedeusko, tässä tapauksessa ensisijaisesti usko lääketieteen mahdollisuuksiin.

Myös taloudellinen terveysjournalismi jättää potilaan sivurooliin: Sinikka Torkkolan (2008, 142)

mukaan potilas esiintyy vain kahdeksassa prosentissa sanomalehtien sairaalaa käsittelevistä jutuista. Pääpaino on rahassa ja resursseissa. Potilaalla ei sanomalehden sairaalassa ole aktiivista roolia, vaan hänen tehtävänä on kuvittaa ja vahvistaa muiden toimijoiden kertomuksia (Torkkola 2008, 223-232).

Inhimillistä terveystjournalismia leimaa pelon ja toivon retoriikka. Taustalla on ajatus potilaista yksilöinä, subjekteina. Tyypillisiä inhimillisen terveystjournalismin juttutyyppejä ovat sairaustarinat eli potilaiden kuvaukset itsestään ja elämästään kumppaninaan jokin sairaus tai vamma.

Inhimillinen terveystjournalismi ottaa potilaan kokonaisuutena ja kuuntelee hänen tarinansa. (Järvi 2011, 153.)

Suuri osa potilastarinoista julkaistaan aikakauslehtien henkilökuvina. Aikakauslehtien potilaskuvastossa potilaat ovat aktiivisia ja toimeliaita, he kertovat kokemuksistaan inhimillisesti ja koskettavasti. Ulla Järven väitöskirjassaan tutkimat Hyvä Terveys -lehdessä julkaistut tarinat ovat ennalleenpalautumistarinoita, joissa vaikeuksien kautta kasvetaan ihmisenä ja halutaan jakaa tietoja ja kokemuksia sairaudesta muiden kanssa (Järvi 2011, 156). Tällainen esitys sairaudesta on hyvin erilainen kuin esimerkiksi Sinikka Torkkolan (2008, 225-235) tutkimissa sanomalehdissä: niissä potilas esitetään passiivisena hoidon objektina.

Lääketieteen toimittajille tehdyssä kyselyssä (Järvi 2003) valtaosa toimittajista kertoi potilas-haastateltavien useimmiten esiintyvän selviytymistarinan päähenkilönä. Potilastarinoissa on usein piilotettu, valistava ote. Potilaat ovat rohkaisevia esimerkkejä onnistumisesta. (Järvi 2011, 157.) Rohkaisevien esimerkkien tarjoaminen lukijoille heijastaa terveystviestinnän vahvaa valistuksen perinnettä. Joidenkin terveystjournalismin määritelmien mukaan terveystviestintää ei edes ole olemassa ilman tavoitteellisuutta tai terveyden puolesta arvolatautunutta ideologiaa (Torkkola 2008, 80-84).

Myös haastateltavat haluavat tarjota hyvää esimerkkiä: Virpi Koiviston (2007) mukaan yksi tärkeimmistä mielenterveysongelmista kärsivien motiiveista kertoa tarinaansa julkisuudessa on muiden sairastuneiden auttaminen. Jutun tekoprosessin aikana julkisuuteen astuneet mielenterveyspotilaat kävivät läpi myös omaa identiteettiään ja sitä, mitä he ovat valmiita jakamaan julkisuudessa. Haastatellut näkevät itsensä rohkeina ihmisinä, jotka omalla esimerkillään pystyvät kertomaan usein vaietusta asiasta. (Koivisto 2007, 27-63.)

Haastatelluille oli myös tärkeää, että he tunnistavat toimitetuista jutuista itsensä, ja että teksti vastaa autenttisuuden vaatimukseen. Erityisesti Koiviston pro gradu -työssään haastattelemat mielenterveyskuntoutujat vastustivat sitä, että heistä kirjoitetaan sensaatiohakuisesti. Mielenterveysasioita tulee haastateltujen mukaan käsitellä vakavalla otteella, jotta yleisö ymmärtäisi asian vakavuuden, ja jotta sairastuneet ymmärtäisivät mennä ajoissa hoitoon. Sellaiset julkkisten tilitykset joissa haastateltu kertoo, että “eilen olin masentunut, tänään elämäni kunnossa” ärsyttivät monia haastateltuja. (Koivisto 2007, 35.)

Arthur W. Frankin (1995, 12) mukaan sairastaminen koetaan yksityisyyden piiriin kuuluvana asiana, minkä vuoksi potilaiden vaatimukset omalle äänelle jäävät myös helposti yksittäisiksi vaatimuksiksi. Media tarjoaa näille kokemuksille tärkeän kanavan, jonka kautta yksittäiset äänet kuuluvat laajemmin. Potilastarinan kautta sairastava voi osallistua yhteiskunnalliseen keskusteluun.

2.2 Naistenlehdet genrenä

Naistenlehdissä käsitellään paljon yksityiselämän piiriin kuuluvia aiheita, kuten sairastamista. Tutkimani naistenlehdet ovat tärkeä inhimillisen terveystjournalismin areena, joka tarjoaa näkyvyyttä ja mahdollisuutta reflektoida omaa kokemustaan mielenterveysongelmista ja siitä, millaisia mielenterveyspotilaat ovat. Naistenlehtien henkilökuvat rakennetaan toimituksen ja haastateltavan yhteistyönä, ja niillä pyritään sekä neuvomaan että viihdyttämään yleisöä.

Mielikuvat journalismista kytkeytyvät helposti sanomalehteen ja uutisiin. Monesti ”naistenlehtimäistä” otetta vähätellään ja kritisoidaan: naistenlehdet nostetaan esimerkiksi, kun puhutaan privatisoitumisesta, viihteellistymisestä ja kaupallistumisesta. Välillä ”kovan” uutisjournalismin kaupallistumista ja popularisoitumista kutsutaan ”feminisoitumiseksi”.²

Naistenlehdet voidaan toisaalta nähdä uutisjournalismin poikkeavana journalismina, jossa korostuu yleisö ja sen huomiominen. Kohderyhmä on voimakkaasti läsnä juttuaiheissa, näkökulmissa ja haastateltavien valinnassa. (Ruoho ja Saarenmaa 2011, 8-15.)

Yksi naistenlehtien erityispiirre on yleisön korostuminen, mikä voi osaksi johtua paitsi naistenlehtien erilaisesta journalistisesta perinteestä, myös mainosmyynnin helpottamisesta. Naistenlehdet kirjoitetaan (malli)lukijalle, joka halutaan huomioida kehittämällä mahdollisimman mietitty tuote juuri häntä varten (Töyry 2009, 147).

Lehden tyyliä ja vakiintunutta toteutustapaa kehitetään tarkkojen lukijakuvien perusteella. Muodostetut lehtikonseptit ohjaavat sisältöä ja helpottavat työn suunnittelua siten, että lopputulos on yhtenäinen. Esimerkiksi palstoittaminen ja juttupaikkojen miettiminen on usein suunniteltu tarkasti ennakkoon, ja tekstin ja kuvien pitää sopia niille varattuun paikkaan. Välillä tiukkojen konseptien koetaan myös rajoittavan toimittajan vapautta, sillä ihmisten ja tarinan lisäksi on myös huomioitava juttutyypin raamit (Ruoho ja Saarenmaa 2011, 20-21). Omassa aineistossani konseptointi näkyy esimerkiksi siinä, että suurin osa aineiston artikkeleista on ilmestynyt osana

2 ”Miehekkään”, ”kovan” ja ”feminiinisen”, ”pehmeän” journalismin jaotteluun sukupuolittunein termein ei ole ongelmatonta, sillä yksityisyyden piiriin koskevat naistenlehtimäiset asiat koskettavat myös miehiä, ja toisaalta uutishuoneen miehisyystäkin voidaan olla montaa mieltä. Jaottelu feminiiniseen ja maskuliiniseen journalismiin kuitenkin uusinnetaan jatkuvasti silloin, kun puhutaan medioiden sisällöistä ja toteutustavoista. (ks Ruoho 2006, 182-184)

vakituista palstaa.

Naistenlehtien sisältö ei ole pelkästään kevyttä kuluttajainformaatiota: Suomessa on pitkä perinne siihen, että naistenlehdet käsittelevät myös kulttuuria, tiedettä, politiikkaa ja ajankohtaista yhteiskunnallista keskustelua (Töyry 2006, 21). Aiheet tulevat kuitenkin usein yksityiseltä, emotionaaliselta elämänalueelta, jonka kuvitellaan kiinnostavan naisyleisöä. Sairastaminen ja erityisesti mielenterveysongelmat nähdään usein yksityisasioina, ja siinä mielessä ne sopivat hyvin naistenlehtien sisällöksi.

Naisyleisöt kasvavat, ja suurissa mediataloissa pehmeää, henkilökohtaisia kokemuksia käsittelevää sisältöä on alettu tarjota aiempaa enemmän. Samalla nämä pehmeät aiheet ovat tavoittaneet myös miehet, joiden kasvaviin ihmissuhdetaitojen tarpeeseen yksityisen alueen ja tunteiden julkinen käsittely vastaa (Albridge 2001, 91). Naistenlehtiä kuitenkin tehdään naisille, mikä voi johtaa siihen, etteivät miehet tavoita näitä aiheita samalla tavalla kuin naisyleisöt.

Miesyleisöille tuotetaan vähemmän henkilökohtaista elämänaluetta koskevia tarinoita, vaikka esimerkiksi mielenterveysaiheet koskevat molempia sukupuolia. Toisaalta, aikakauslehtimäiset ja jopa ”naistenlehtimäiset” juttutyypit ovat yleistyneet myös sanomalehdissä featurejournalismin yleistyessä. Erikoisartikkeleissa voidaan käsitellä myös sellaisia, taustoittamista vaativia aiheita, joiden huomioiminen uutisessa on vaikeaa.

2.3 Naistenlehti tarjoaa identiteettejä

Naistenlehtien poliittinen sisältö on pikkuhiljaa siirtynyt edustuksellisesta demokratiasta ja naisten yhteisten etujen valvonnasta yksilökeskeisempään elämänpolitiikkaan. Poliittikka tulee esille elämäntapavalintojen, ihanteiden ja ”arvojen” kautta. Naistenlehtien politiikkaa tehdään kodeissa, perheissä ja kulutusvalintojen äärellä. (Ruoho ja Saarenmaa 2011, 77.) Mielenterveyskysymyksistä kerrotaan henkilökohtaisena kokemuksena eikä esimerkiksi sairaanhoitojärjestelmän kontekstissa.

Individualisointikehitys ei ole vain naistenlehtien piirre vaan yhteiskunnallinen kehityskaari. Erityisesti länsimaisissa yhteiskunnissa voimistui 1960-luvulta alkaen ajattelutapa, jonka mukaan itse kullakin on oikeus kehittää oma tapansa elää lähtökohtanaan oma käsityksensä siitä, mikä on tärkeää, arvokasta ja siten tavoiteltavaa.³ Tähän autenttisuuden ihanteeseen liittyy suuri arvo läheisille ihmissuhteille, jotka nähdään itsensä tutkimisen ja löytämisen ensisijaisiksi ympäristöiksi. Nykyelämässä on kuitenkin ongelmallista saada tunnustusta tälle identiteetille (Taylor 1995, 74-76).

Identiteetillä voidaan viitata niihin oikeuksiin, velvollisuuksiin ja ominaisuuksiin, joita toimija olettaa toisille toimijoille tai muut olettavat hänelle (Jokinen ym, 39). Useimmat tämän päivän diskurssianalyttiset lähestymistavat lähtevät siitä, ettei identiteetillä ole pysyvää olemusta (Törrönen 2000, 246).

Yksi tapa vahvistaa identiteettiä on hakea sille tukea julkisuudessa kerrottavista tarinoista. Julkisuusvoi myös tukea identiteettityötä antamalla tunnustajalle areenan ja yleisön. Omista mielenterveysongelmista kertominen voidaan nähdä julkisena tunnustamisena, jossa haastateltava asettuu samaistumisen kohteeksi ja toisaalta jäsentää oman kertomuksensa kautta omia kokemuksiaan.⁴

Emotionaaliset aiheet yhdistävät eri kohdeyleisöille suunnattuja naistenlehtiä, joiden tyyli on muuttunut neuvovasta kollegiaaliseksi tai kaverilliseksi (Albridge 2001, 104). Vaikka lehden ja lukijan välinen hierarkia on madaltunut, on perusajatus silti sama: lehti neuvoo lukijaansa.

3 Aiemmin identiteettiä määrittivät yhteiskunnalliset tekijät, kuten sosiaalinen tausta. Identiteetin pirstoutumisen, liikkuvuuden ja itseohjautuvuuden voi nähdä postmodernin yhteiskunnan erityispiirteenä.

4 Luvussa kaksi esittelemäni Luukan ja Koiviston työt kertovat omista näkökulmistaan siitä, miten tämä näkyy mielenterveysasioissa.

Naistenlehtien tarjoama tuki identiteettityössä on sisällöltään ristiriitaista: sama lehti voi tarjota ohjeita laihduttamiseen ja kaloripitoisen herkuaterian valmistamiseen. Ristiriitaisuus myös kiehtoo ja koukuttaa. Naistenlehtien henkilökuvatkin ovat osin realistisia ja osin utopistisia. Toimituksissa kuvataan todellisuutta samalla kun nostetaan esille toiveita, suunnitelmia ja lupauksia tulevasta. (Siivonen 2006, 226–236). Tässä mielessä sairaudet sopivat hyvin naistenlehtien aiheeksi: inhimillisen terveysjournalismin keskiössä on pelon ja toivon retoriikka (Järvi 2011, 153).

Naistenlehtien toimittamista voidaan pitää eräänlaisen diskurssiivisen tilan rakentamisena, jossa annetaan ääni sellaisille ihmisille ja tarinoille, joista yleisö on kiinnostunut. Samalla tuotetaan kontekstia, jota vasten tekstejä luetaan. Lukijat puolestaan voivat tulkita samoja, heille tarjottuja sisältöjä mitä vakavimmin tai löytäen niistä ironiaa. Lukeminen voi myös olla helppoa ajankulua, josta ei välttämättä mitään jää mieleen.

Käsitys naisyleisöistä homogeenisena vastaanottajajoukkona on yksinkertaistava, jopa suorastaan virheellinen. Naistenlehtien kuluttamista etnografisesti tutkinut Joke Hermes kirjoittaa, “Ei yksinkertaisesti ole mahdollista tulkita yleisön ominaisuuksia tekstistä, sillä yhdelläkään tekstillä ei ole monopoliasemaa vaikutuksen tuottamiseen”. Naistenlehtiä tuotetaan muun muassa täydellisen minän kuvittelemiseen sekä itsetunnon ja varmuuden kehittämiseen (Hermes 1995, 147). Tekstejä voidaan lukea myötäillen ja samaistuen, tai toisaalta vastakarvaan, neuvotellen tekstin tarjoaminen roolien ja oletusten kanssa.

Myös toiminnan mahdollisuudet määrittyvät identiteettien kautta. Salme Mahlakaarto (2010, 25) tiivistää voimaantumisen ”prosessiksi, jossa yksilö tai yhteisö saa voimaa, energiaa ja voimavaroja elämäänsä”. Stuart Hall (1990, 80-81) kuvaa voimaantumista tietoisuudeksi omista arvoista ja päämääristä. Identiteetti voimaantuu, kun käsitys itsestä muuttuu vahvaksi elämänhistorian kautta. Voimaantumista onkin mahdollista tarkastella identiteettityönä, jossa subjektiuden vahvistuminen on keskeinen voimaantumista kuvaava tavoite.

Mahlakaarron (2010, 20-25) mukaan henkilöiden kertomuksilla, narraatioilla, on voimaannuttava rooli, sillä ne sitovat heidän elämänhistoriansa nykyhetkeen. Samalla kertomukset mahdollistavat oman identiteetin uudelleenmäärittelyn tai todistavat aikaisempien valintojen merkityksen.

Tutkimalla henkilökuvien lehtitekstejä ei päästä kiinni lukijan voimaantumisen kokemukseen. Tekstejä on kuitenkin mahdollista tarkastella sen perusteella, millaisia toiminnan ja itsemääräämisen mahdollisuuksia mielenterveyspotilaille kertomuksissa rakennetaan. Naistenlehtien henkilökuvissa voimaannuttavia tekijöitä ovat esimerkiksi vahva identiteetti ja itsemääräämisoikeus suhteessa hoitojärjestelmään.

2.4 Henkilökuvissa kerrotaan tarina

Journalismin tiedonvälitystehtävän ja tarinankerronnan välillä on perinteisesti pidetty pesäeroa. Journalismi tiedonvälityksenä keskittyy sisältöihin ja yleiseen, tarinat puolestaan muotoon ja erityiseen. Tarinoiden kautta tietojen rinnalle tuodaan yksittäisiä tapauksia, ihmisen subjektiivisia kokemuksia ja tuntemuksia. (Kunelius 2000, 9.) Toimittajat tuottavat työssään tarinoita, ja tulkitsevat hankkimaansa aineistoa siten, että kokonaisuudesta muodostuu eheä kertomus. Tarinallisuus on ihanteena kuitenkin alisteinen tiedonvälityksen ihanteelle, journalismin kovalle ytimelle, jota kerronnallisuudella kuorutetaan (Kunelius 2000, 11-12).

Naistenlehtijournalismissa kerronta on tärkeässä roolissa. Naistenlehtien henkilökuvat ovat siinä mielessä tosia, että ne kertovat todellisista henkilöistä, ja niissä rakennetut elämäkerrat ovat jossakin mielessä tosia. Ne eivät kuitenkaan sinällään kuvaa todellisuutta (Siivonen 2006, 228). Henkilökuvissa henkilöistä ei kirjoiteta ikävään sävyyn, ja kirjoitustyössä toimittajat työskentelevät läheisesti päähenkilönsä kanssa. Lopputuloksena on lukijaa palveleva, johdonmukainen ja kiinnostava tarina, jonka avulla voi myös arvioida omaa identiteettiään.

Tarinoilla on merkitystä myös oman identiteetin kuvaamisessa. Muun muuassa Anthony Giddens (1991, 54) ja Stuart Hall (1999) korostavat kertomuksellisuutta identiteetin rakennusvälineenä. Hallin mukaan ”todellinen minä” muotoutuu suhteessa kokonaiseen joukkoon muita kertomuksia. Identiteetti muodostetaan siinä kohdassa, jossa ääneen lausumattomat, subjektiviteettia koskevat tarinat tapaavat historian ja kulttuurin kertomukset. Tunne omasta identiteetistä perustuu siihen, että olemme rakentaneet lohduttavan tarinan, minäkertomuksen itsestämme (Hall 1999, 11 ja 23). Täysin yhtenäinen, loppuun saatettu, varma ja johdonmukainen identiteetti on Hallin mukaan fantasia (emt, 23). Kertomuksen kautta on mahdollista jäsentää kokemuksia ja rakentaa logiikkaa kaoottiseen maailmaan: omalle olemiselle rakennetaan järkevä ja looginen juoni. Osa identiteetin puolista kuitenkin karkaa kertojalta, sillä kaikkea yhdelle ihmiselle tapahtunutta on mahdotonta jäsentää kerronnallisesti. (Hyvärinen 2006).

Tässä mielessä kysymys siitä, onko omasta itsestä kerrottu tarina (kuten mielenterveyspotilaan kertomus omasta sairastamisestaan) ”tosi”, ei välttämättä ole mielekäs näkökulma tämän työn

kannalta: haluan selvittää, miten potilaat näissä teksteissä kuvataan.

Utraisen (2004, 244-249 viitannut Torkkola 2008, 113) mukaan sairauden kokeminen on osa kärsimystä, joka kuuluu inhimilliseen olemiseen. Sitä on helpompi sietää, kun sairauden kokemukset kootaan ehyeksi tarinaksi. Sairauden tarinallistaminen on sekä "yksilöllinen että kulttuurinen käytäntö ymmärtää sairautta". Arthur Frank (1997) toteaa jopa, että sairaus kutsuu luokseen tarinoita. Sairaus merkityksellistyy itse tarinoiden sisällöissä, juonissa ja rakenteissa sekä tarinoiden kertomiskäytännöissä.

Nykyajan sairauskertomukset kerrotaan usein julkisuudessa, ja ne tarjoillaan kohdeyleisöille muokattuina, konsepteihin sovitettuina henkilökuvina. Tutkimalla näitä kertomuksia voidaan saada käsitys siitä, miten toimitukset haluavat esittää sairastamista. Samalla käy ilmi se, millaisia sairaustarinoita lehdet arvioivat yleisönsä haluavan lukea. Tarinat kertovat myös siitä, millaisena potilas itse haluaa itsensä nähdä.

Valmiista jutusta näiden eri näkökulmien erottelu on mahdotonta. Tarinat itsessään kuitenkin vastaavat kysymykseen siitä, miten kulttuurissamme halutaan kertoa sairastamisesta. Niiden ymmärtämiseksi on kuitenkin hyvä ymmärtää, millaisista lähtökohdista käsin kertomukset tuotetaan ja millaisessa kontekstissa niitä tulkitaan.

2.5 Potilaat ja potiluudet

Sinikka Torkkola (2008, 219) on kääntänyt englannin patienthood-sanan potiluudeksi. Sanalla voidaan viitata paitsi potiluuden kulttuuriseen rakentumiseen, myös potilaana olemisen tilaan.

Avainasemassa potiluuden määrittelemisessä onkin sairauden määritteleminen. Asiaa voidaan tarkastella Sinikka Torkkolan (2008) kuvaaman terveyden ja sairauden kolmen ulottuvuuden kautta. Torkkola on laatinut mallin apuvälineeksi journalististen terveystekstien tutkimukseen. Kolme ulottuvuutta ovat “lääketieteelliseen määrittelyyn ja käytäntöihin perustuva tautisuus (disease), yksilön sairauden ja terveyden kokemukseen perustuva potemus (illness) sekä yhteiskunnallisten instituutioiden määrittelyissä rakentuva terveyden ja sairauden sosiaalinen järjestys (sickness)” (emt, 105).

Sairauden ulottuvuudet eivät olekaan erillisiä diskursseja, vaan pikemminkin “diskurssiverkon solmuista lähteviä lankoja, joiden kautta diskurssi on yhteydessä toisiin ei-journalistiin diskursseihin”. Lääketieteellinen tautiulottuvuus on yhteydessä lääketieteen tautiymmärrykseen. Yksilöllinen kokemus tuottaa sairautta koetun ja eletyn kautta. Yhteiskunnallisesta ulottuvuudesta terveydet ja sairaudet rakentuvat sosiaalisena ja poliittisena toimintana ja ovat siten osa terveyden ja sairauden sosiaalista järjestystä. (Torkkola 2008, 105.)

Samasta asiasta voidaan puhua sekä oireena (vrt. potemus) että sairautena (vrt.tautisuus). Esimerkiksi masentuminen voi viitata joko arkikieliseen mielialan laskuun, sairauden oireeseen tai sairauteen, jolle on oma kansainvälinen tautiluokituksensa. Se, mitä ulottuvuutta tekstissä tarkoitetaan, täytyy päätellä muun tekstin ja asiayhteyden perusteella. Tämä johtaa väistämättä tulkintoihin, joista voidaan myös kiistellä.

Valitsin aineistokseni sellaiset henkilökuvat, joissa haastatelluilla ihmisillä on sellainen mielenterveysongelmaksi luokiteltava sairaus, jota on hoidettu terveydenhoitojärjestelmässä mielenterveysongelmana. Tällä tavalla määritelty aineiston potilas on ”tautinen”.

Yksinkertaiselta kuulostava määritelmä korostaa lääketieteellistä sairauden määrittelyä. Jos olisin ottanut mukaan eri tyyppiset potemusta käsittelevät tekstit, olisin kuitenkin joutunut syvälle suohon.

Koska naistenlehtien henkilökuvat tehdään pitkälti haastateltavan ehdoilla, olisi ollut vaikeaa päätellä, onko henkilökuvassa kuvattu mielenterveysongelma vakava sairaus vai esimerkiksi arkista mielialan laskua.

Kuviota sekoittaa myös se, että psykiatrinen ammattikieli on siirtynyt puhekieleen ja samalla sanojen merkitykset ovat muuttuneet. Levoton ihminen voi olla ”ihan ADHD” tai hankala esimies ”narsisti”. Välillä arkikieliset termit ovat yleistyneet jopa siinä määrin, että niiden alkuperä diagnooseina on hämärtynyt. Esimerkiksi idiotti on alun perin tarkoittanut syvästi vajaamielistä henkilöä, jonka älykkyydosamäärä on huomattavan alhainen. Nykyisin se on vakiinnuttanut paikkansa kätevästä haukkumasanana.

Aineiston tekstejä on joutunut väistämättä tulkitsemaan jo siinä vaiheessa, kun olen määritellyt, kuuluuko jokin teksti aineistoon vai ei. Henkilökuvien tavoitteena ei ole välittää tietoa haastateltavan diagnoosista, se käy joistakin teksteistä selkeästi ilmi ja joissakin joutuu lukemaan tekstejä varsin tarkasti ja päätelemään. Tämä aiheutti jonkin verran ongelmia aineiston valinnassa. Onnekseni mielenterveysongelmista kirjoitetaan sen verran paljon, että minun oli mahdollista rajata varsin tiukalla seulalla pois sellaisia tekstejä, joissa potilaan tautisuus jäi lukijalle epäselväksi. Väljemmällä tulkinnalla materiaalia olisi saanut enemmän, mutta samalla aineiston analyysi olisi joko jäänyt pintapuolisemmaksi tai tuottanut kohtuuttomasti työtä.

Diagnoosin valitsemista aineiston rajaamisen perusteluna voi aiheellisesti kritisoida, sillä lääketieteellinen jaottelu on vain yksi tapa lähestyä mielenterveysongelmia. Psykiatrian alallakin käydään keskustelua siitä, onko tarkka diagnostiikka ylipäättään tarpeen. Sairauden nimeäminen saattaa muovata potilaan identiteettiä siten, että ihminen alkaa ”toteuttaa” sairauttaan.

On myös huomattava, että kun luokittelemme itsemme medikaalisilla termeillä, suljemme samalla pois vaihtoehtoisia luokittelun tapoja. Terveudet ja sairaudet ovat ilmiöitä, jotka muodostuvat lääketieteellisesti, sosiaalisesti ja subjektiivisesti – eikä tähän kokonaisuuden päästä kiinni pelkästään yhdestä näkökulmasta käsin.

2.6 Media ja mielenterveysongelmat

Medialla on merkitystä siinä, mitä tiedämme mielenterveydestä ja sen ongelmista. Iso-Britanniassa tehdyn tutkimuksen mukaan tärkein tietolähde mielenterveysasioissa on ystävät ja perhe, lähipiiri, jossa kohtaa mielenterveysongelmaisia ja saa toisen käden tietoa jonkun toisen kokemuksista (Wolff ym. 1996, 195–196). Medialla on lähes yhtä suuri merkitys tiedon tuottajana.

Kristina Eriksson-Backan (2004, 96) mukaan on epäselvää, kummalla on enemmän merkitystä terveystiedon lähteenä, televisiolla vaiko painetulla medialla. Myös siinä on eroa, haetaanko terveystieto kausi- vai päivittäismediaa seuraamalla. Ihmiset, jotka käyttävät terveystiedon lähteenä kausijulkaisua, ovat myönteisempiä terveystietoa ja terveellistä elämäntapaa kohtaan kuin ihmiset, jotka hankkivat terveystietoa suoraan asiantuntijoilta tai päivittäismediasta. Mediaa terveystiedon lähteenä käyttävät ihmiset ovat tyytymättömämpiä saamaansa tietoon kuin sellaiset ihmiset, jotka saavat tietonsa terveydenhuoltohenkilökunnalta. Kausijulkaisuja, kuten naistenlehtiä, lukevat ovat Eriksson-Backan mukaan muita alttiimpia median vaikutuksille ja heidän terveyskäyttäytymissään on vähemmän ongelmia erityisesti alkoholin käytön ja tupakoinnin osalla.

Tiedonlähteellä on merkitystä myös siihen, miten asennoidumme mielenterveyspotilaisiin. Median kautta tietojaan saavien asenteet mielenterveysongelmaisia kohtaan ovat jyrkempiä kuin niiden, joiden lähipiirissä on henkilökohtaista kokemusta ongelmista (Wolff ym. 1996, 195-196). Median avulla muodostetut mielikuvat voivat myös vaikuttaa sairastavien leimaantumiseen ja jopa siihen, uskaltaako psyykkisistä häiriöistä kärsivä hakeutua hoitoon (Jorm 2000, 398).

Mielenterveyskysymyksistä puhuminen on arkipäiväistynyt viimeisten vuosikymmenten aikana. Suomalaisen median toimintaa mielenterveyskysymyksissä on tutkittu erityisesti masennuksen osalta. Masennusaiheisia lehtijuttuja tutkineen Minna-Riitta Luukan (2000, 58) mukaan käänne masennuksen julkiseen käsittelemiseen tapahtui vuonna 1999, jolloin Tellervo Koivisto ja Neil Hardwick kertoivat sairastuneensa tautiin. Aikaisemmin masennuksesta puhuttiin nimimerkin suojissa.⁵

Luukan mukaan 1990-luvun lopulla masennusaiheiset lehtijutut käsitelivät aihetta lääkäreiden, hoitajien ja tutkijoiden näkökulmasta. Sairastuneet kuvattiin passiivisena kohteena, jota aktiivinen

5 Tämän pro gradu -työn aineistosta vain muutama artikkeli oli kirjoitettu ilman haastateltavan koko nimeä.

sairaus muuttaa. Terapiaa käsittelevissä jutuissa potilas sai aktiivisen roolin: masennuksesta toipumista käsiteltiin niissä elämäntaitona. (Luukka 2000, 58). Karkeasti yleistäen: sairastaminen kuuluu Luukan tutkimissa teksteissä asiantuntijoille jolloin potilas nähdään hoidon kohteena, mutta toipumisvaiheessa potilas ikään kuin uskalletaan esittää omana itsenään, subjektina.

Samoissakin teksteissä voidaan potilaat kuvata monella eri tavalla. Ulla Räisänen (2003) tutki nuorten masennuksesta kertovien sanomalehtien jäsenystä. Hän määritteli subjektiposition Vivien Burrin tapaan (1995, lainaus Räisänen 2003, 46) ”diskurssiiviseksi resurssiksi, joka määrittelee sosiaalisten toimijoiden oikeudet ja velvollisuudet, mahdollisuudet ja rajoitukset, ja joka rakentuu erilaisissa diskursseissa”.

Räisänen määritteli aineistostaan taloudellisen diskurssin, jossa potilas nähdään hoidon kohteena, lääketieteellisen diskurssin, jolle leimallista on lääketieteellinen sanasto, sekä kokemuksellisen diskurssin, jossa masennus konstruoidaan ainutlaatuisina ja yksilöllisinä tunteina ja tuntemuksina (Räisänen 2003). Kokemuksellinen diskurssi voi tuottaa joko passiivisen sopeutujan tai aktiivisen selviytyjän subjektipositioita.

Aktiivisen selviytyjän subjektipositiossa keskeisessä asemassa ovat selviytymisstrategiat: erilaiset yksilölliset keinot joko voittaa masennus tai tavat tulla masennuksen kanssa paremmin toimeen. Subjektipositiossa aikaorientaatio jakautuu elämään masentuneena ja masennuksen jälkeen. Nykyhetki kuvataan presensissä, jota määrittää masennuksen kanssa toimeen tuleminen erilaisten selviytymisstrategioiden avulla. Masentunut nuori esitetään tässä positiossa aktiivisena selviytyjänä, jolla on kontrolli masennukseensa eikä toisin päin.

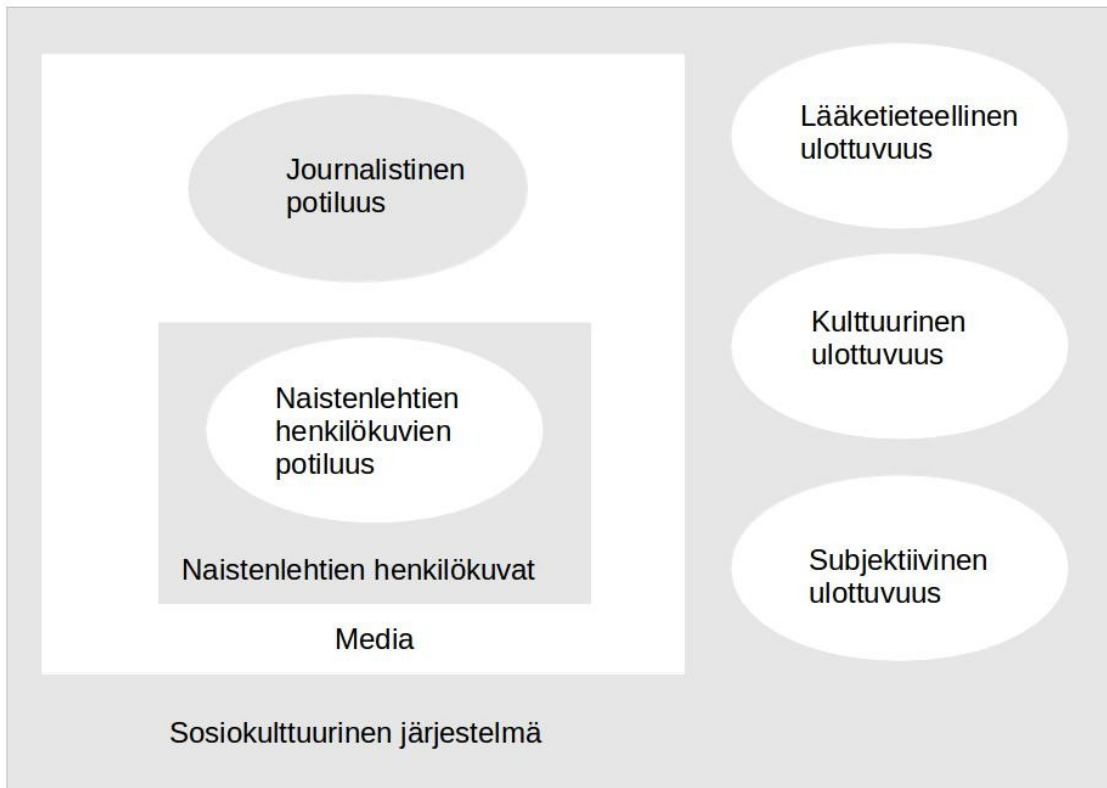
Näyttää siltä, että masennuksen tuleminen julkiseksi on avannut mahdollisuuksia myös muiden mielenterveysongelmien julkiselle käsittelylle. Aihetta on Suomessa tutkittu niukasti. Omassa aineistossani kuvattiin useita eri oireita ja sairauksia. Kerron siitä tarkemmin luvussa 5.2.

Mielenterveyskysymyksen siirtyminen mediaan on poikanut myös kansalaisaktiivisuutta: ongelmista luotavaan kuvaan halutaan aktiivisesti vaikuttaa. Iso-Britanniassa toimii vuonna 2000 perustettu kansalaisjärjestö Media Action Group for Mental Health. Suomessa Mielenterveyden keskusliitto koordinoi niin kutsuttuja kokemusasiantuntijoita, joiden tehtävänä on muun muassa hälventää sairauksiin liittyviä ennakkoluuloja oman esimerkkinsä kautta mm. sosiaali- ja terveysalan opiskelijoille ja ammattilaisille sekä suurelle yleisölle. Yksi toiminnan muoto on

selviytymistarinoiden jakaminen (Mielenterveyden keskusliitto 2013).

Potilastarinat voivat toimia vertaistuen tavoin identiteetin rakennusvälineenä. Potilastarinat voivat tarjota samasta sairaudesta kärsiville yhteistä kieltä, luottamusta ja näköalaa eteenpäin. Vaikka median kautta ei voida korvata suoraan vuorovaikutukseen perustuvaa vertaistukea, voivat lehtiartikkelit auttaa suhteuttamaan omaa tilannetta ja näkemään eteenpäin. (Vainio 2005, 63).

2.7 Yhteenveto: Mielenterveyspotiluus tässä työssä



Kuvio 2. Tutkimuskohde suhteessa muuhun terveystietintään

Tässä työssä tutkitaan sitä, miten mielenterveyspotilaat esitetään naistenlehtien henkilökuvissa. Naistenlehdet ovat oma journalistinen genrensä, jonka ominaispiirteitä ovat muun muassa yksityisten aiheiden käsitteleminen ja identiteettien tarjoaminen lukijoille. Henkilökuvat oma juttutyypinsä, ja ne tehdään useimmiten yhteistyössä haastateltavan kanssa.

Mielenterveyspotilaiden henkilökuvat ovat sairaskertomuksia, joiden kautta sekä kertoja että lukija työstävät omaa identiteettiään.

Media on yksi terveyksiä ja sairauksia tuottavista sosiaalisista käytännöistä. Niissä potiluus määrittyy muun muassa journalististen valintojen seurauksena. Media ei kuitenkaan toimi irrallaan muusta yhteiskunnasta. Tässä työssä media nähdään omana erityisenä viestintäkäytäntönään monien muiden joukossa.

Terveysviestintä on terveyksiä ja sairauksia tuottava käytäntö, jolloin myös terveystieteenä luetaan kaikenlainen terveyksiä ja sairauksia tuottava toiminta. Terveystieteenä tuotetaan sosiokulttuurisessa järjestelmässä, ja siinä on mukana lääketieteellinen, kulttuurinen ja subjektiivinen ulottuvuus.

Tutkimuskysymykseni on se, miten mielenterveyspotilaat esitetään naistenlehtien henkilökuvissa. Tutkin aineistoa kriittisestä näkökulmasta, eli huomioni on siinä, millaisia valtasuhteita naistenlehtien potiluuksiin liittyy.

3. Aineisto ja menetelmät

Kuvaan tässä luvussa sitä, miten valitsin aineistoni ja miten käsittelin sitä analyysivaiheessa. Näkökulma mielenterveyspotilaiden tyypittelemiseksi tarkentui sitä mukaan kun analyysi eteni. Tutkimusotetta voisikin kutsua hermeneuttiseksi, tulkitsevaksi ja ymmärtäväksi.

Aloitin valitsemalla tutkimukseen sopivan aineiston monista henkilökuvista, jonka jälkeen kokosin aineistosta tietoja määrällisen tutkimuksen tapaan saadakseni yleiskuvan siitä, millaisista jutuista, sairauksista ja ihmisistä naistenlehtien mielenterveyspotilaiden henkilökuvissa kirjoitetaan. Tämän jälkeen etenin tarkempaan analyysiin.

Tutkimusotteeni on aineistolähtöinen, eli tutkimusaineistoa ei käsitelty aiemman tutkimuksen tuottamaan teoriaan verrattuna. Ensimmäisessä valikoiden aineiston teemoittelussa jaoin aineiston potilastarinan etenemisen mukaan, mutta etenin siitä tarkempaan teemoitteluun ja tyypittelyyn aineistosta nousevien asioiden perusteella.

Tyypittelyllä tarkoitetaan aineiston ryhmittelyä niistä löytyvien samankaltaisuuksien perusteella. Näin pystytään luomaan malleja, selkeitä ryhmiä samankaltaisia tarinoita. Tyypit tiivistävät ja tyypillistävät aineistoa ja niiden avulla on mahdollista kuvata aineistoa laajasti ja mielenkiintoisesti, mutta silti taloudellisesti. (Eskola ja Suoranta 1998, 182).

Lopuksi kokosin aineistosta löytämistäni tyypeistä teoreettisen sankaripotilaan tarinamallin, jonka avulla pystyn esittämään tutkimuskysymyksen kannalta olennaisia asioita. Tarinamallin piirteitä löytyy kaikista aineiston artikkeleista.

3.1. Aineiston valinta

Aineistoni koostuu 19 naisten yleisaikakauslehdessä ilmestyneestä mielenterveyspotilaan henkilökuvasta.

Naistenlehdet ovat keskenään erilaisia, huolella omalle kohdeyleisölle konseptoituja tuotteita. Valitsin aineistokseni naisten aikakauslehdet, tarkemmin sanottuna naisten yleislehdet. Jaon naisten yleis- ja erikoislehtien välillä on tehnyt aikakauslehtien yhteenliittymä aikakausmedia, entinen aikakauslehtien liitto.

Aikakauslehtien luokittelu on tehty lähinnä mainonnan seuraamiseksi, eikä se varsinaisesti kerro lehtien lukijasuhteesta. Kategorisoinnin tekee aikakausmedia. Luokittelua on pyritty muuttamaan ja nykyisen jaottelun hankaluus tiedetään, mutta yksimielisyyteen uudesta järjestelystä ei ole päästy. (Hoikka 2013).

Naisten yleis- ja erikoisaikakauslehtien keskinäinen ero voi siis hyvinkin olla pienempi kuin yksittäisten lehtien keskinäiset erot. Siinä mielessä kaikkien naistenlehtien valitseminen aineistoksi olisi varmasti ollut myös perusteltu ratkaisu. Erityisesti terveysteemoihin erikoistuneet naistenlehdet, kuten Hyvä terveys tai Kauneus ja Terveys, ovat varsin todennäköisesti myös julkaisseet mielenterveyspotilaiden henkilökuvia.

Totesin kuitenkin, että saan pro gradu -työn vaatimukseen nähden riittävästi aineistoa pelkästään naisten yleisaikakauslehdistä muodostaakseni kuvan siitä, miten mielenterveyspotilaat henkilökuvissa esitetään. Aineistossa oli keskenään hyvin erilaisille yleisöille suunnattuja lehtituotteita. Sen vuoksi säilytin otsikossakin maininnan naistenlehdistä ”naisten yleisaikakauslehtien” sijaan.

Selasin läpi kaikki vuonna 2012 julkaistut naisten yleislehdet, ja poimin niistä mielenterveyspotilaista käsittelevät henkilökuvat, joiden päähenkilö ei toimi julkisuudessa. Karsin tässä vaiheessa pois muun muassa teatteriohjaajan, kirjailijan ja julkkispuolison henkilökuvat: näiden ihmisten motivaatio esiintyä julkisuudessa on hyvin todennäköisesti erilainen kuin tavallisella ihmisellä, joka haluaa kertoa omasta sairaudestaan. Myös lehdillä on erilainen intressi kertoa julkkisten kuin tavallisten ihmisten elämästä.

Karsin aineistosta myös sellaiset henkilökuvat, jossa mielenterveyspotilaasta kerrotaan omaisen näkökulmasta, sillä on mahdollista, että niissä potilaalle annettavat subjektipositiot ovat jossakin määrin erilaisia kuin jutuissa, joita potilas on itse ollut tekemässä.

Vuonna 2012 ilmestyivät seuraavat naisten yleisaikakauslehdet:

Anna (52 nroa vuodessa)
Cosmopolitan (12 numeroa vuodessa)
Eeva (12 numeroa vuodessa)
Elle (12 numeroa vuodessa)
Elle Accessories (1 numero vuodessa, suomalainen asusteiden erikoislehti)
Gloria (12 numeroa vuodessa)
Iiris (9 numeroa vuodessa)
Kodin kuvalehti (23 numeroa vuodessa)
Kodin Pellervo (12 numeroa vuodessa)
Kotiliesi (24 numeroa vuodessa)
Kotivinkki (20 numeroa vuodessa)
Me Naiset (48 numeroa vuodessa)
Sara (10 numeroa vuodessa)
Trendi (13 numeroa vuodessa)

Käytyäni läpi 260 vuonna 2012 ilmestynyttä naistenlehden numeroa luin valitsemani artikkelit vielä tarkemmin läpi, ja valitsin niiden joukosta **tavallisten ihmisten henkilökuvat, joilla on sellainen mielenterveysongelmaksi luokiteltava sairaus, jota on hoidettu terveydenhoitojärjestelmässä mielenterveysongelmana**. Tällainen potilas on sairauden ulottuvuudeltaan ”tautinen” (ks. Torkkola 2008, 105)

Kerroin aiemmassa luvussa hieman siitä, millaisia ongelmia minulla oli potilaan ja mielenterveysongelman määrittelemisessä. Otin avukseni kansainvälisen ICD-10 -tautiluokituksen. ICD-10-tautiluokitus on kansainvälinen, maailman terveysjärjestön (WHO) ylläpitämä kuolemansyitä, sairauksia, tapaturmia ja terveyspalveluiden käytön syitä kuvaava luokitus. Useat maat, myös Suomi, ovat käyttäneet ICD-10:n paikallistettua versiota, johon on tehty paikallisiin olosuhteisiin sopivia, luokituksen käyttöä helpottavia täsmennyksiä tai poistoja.

Valitsin tarkemmin käsiteltäviksi sellaiset artikkelit, joissa esiintyy jokin sairaus seuraavista luokista:

Tautiluokitus	Sairaudet, jotka kuuluvat tähän luokkaan
F20-29	skitsofrenia, skitsotyyppinen häiriö ja harhaluuloisuushäiriöt
F30-F29	mielialahäiriöt (affektiiviset häiriöt, esimerkiksi masennus)
F40-F48	neuroottiset, stressiin liittyvät ja somatoformiset häiriöt (esimerkiksi traumaperäinen stressihäiriö)
F50-F59	fysiologisiin häiriöihin ja ruumiillisiin tekijöihin liittyvät käyttäytymisoireyhtymät (esimerkiksi syömishäiriöt)
F60-69	aikuisiän persoonallisuus- ja käytöshäiriöt
F90-F98	tavallisesti lapsuus- tai nuoruusiässä alkavat käytös- ja tunnehäiriöt (esimerkiksi ADHD)

Taulukko 1: Luettelo aineiston piiriin kuuluvista mielenterveysongelmista

Aineistossa ei siis ole mukana tarinoita riippuvuuksista eikä kehitysvammaisuudesta. Pidän todennäköisenä, että niihin suhtaudutaan kulttuurissamme eri tavalla kuin muihin mielenterveysongelmiin.

Tautiluokitus antoi omassa työssäni tukea mielenterveysongelman rajaamiseen, mutta se ei ole täydellinen tapa, jonka avulla psyyken ongelmia voidaan järjestää. Tautiluokitusta on arvosteltu tieteellisesti ja käytännön psykiatrisen työn kannalta epätydyttäväksi, kelvottomaksi ja jopa triviaaliksi (Helén ym, 32).

Mielisairauksien luokittelu onkin muuttunut valtavasti viimeisten sadan vuoden aikana: aikaisemmin diagnooseja oli noin viisi, nyt mielenterveysongelmia voidaan kategorisoida sadoilla tavoilla. Yksi syy tähän on psykiatrian kasvu: markkinoimalla eri sairauksia voidaan myös kaupata siihen sopivia lääkkeitä (Pietikäinen 2013, 266-270). Psykiatrian epidemiologia kehittyi erityisesti 1960-luvulla. Diagnostiikan kehittyminen on myös mahdollistanut sen, että sairauksia pystytään hoitamaan aikaisempaa paremmin.

Sairauden määrittely ei ole pelkkää lääketiedettä vaan myös kontrollin politiikkaa. Määrittelemällä jokin ominaisuus sairaudeksi se pystytään luokittelemaan epätoivotuksi ja sellaiseksi, joka täytyy myös parantaa. Psykiatrian historiassa on paljon sellaisia diagnooseja, jotka nykyisin näyttävät lähinnä kontrollin keinoina. Esimerkiksi naisten hysteriaa ja

homoseksuaalisuutta on pidetty sairauksina.

Tutkimistani artikkeleista ei useinkaan käy ilmi sairauden täsmällistä ICD-luokitusta, jolloin olen artikkelista päätellyt, mitä sairautta artikkelissa kuvataan. Täsmällisellä luokituksella ei useinkaan ole merkitystä tämän työn kannalta. Esimerkiksi masennus voidaan luokitella monella tavalla täsmällisesti, mutta ne kaikki kuuluvat luokkaan F32 masennustila.

Sen sijaan aineistosta karsiutui tässä vaiheessa useampia uupumuksesta kertovia tarinoita. Uupumus ei ole suomen ICD-luokitukseen kuuluva diagnoosi, vaikka siitä usein arkikielessä puhutaan sairautena. Suomen ICD-järjestelmässä uupumukselle voidaan antaa oirediagnoosi Z73.0. Koska uupumusta ei luokitella Suomessa sairaudeksi, ei se myöskään oikeuta sairastamattomien päivärahaan ja siten sairauslomaan. Joissakin maissa, kuten Ruotsissa, uupumusoireyhtymä kuuluu luokkaan “psykkiset sairaudet ja oireyhtymät”, ja siitä kärsivät määrittyvät myös mielenterveyspotilaiksi. (Työterveyslaitos 2013).

3.2. Aineiston kuvaus

Aineisto koostuu yhdeksästätoista vuonna 2012 naisten yleisaikakauslehdessä julkaistusta artikkelista, jotka on julkaistu kuudessa eri lehdessä: Cosmopolitanissa (2), Kotivinkissä (1), Kotiliedessä (2), Kodin kuvalehdessä (5), Annassa (8) ja Kodin Pellervossa (1).

Kaikki artikkelit Cosmopolitanin ja Kodin Pellervon artikkeleita lukuun ottamatta mielenterveyspotilaiden henkilökuvat on julkaistu joka numerossa ilmestyvällä henkilökuvapaikalla. Kotivinkin artikkeli on julkaistu Viimeinen sana -sarjassa, Kotilieden artikkelit Hetkiä elämästäni -sarjassa ja Kodin kuvalehden artikkelit Elämäni tarina -sarjassa. Annassa ilmestyneet artikkelit ovat olleet joko Matka naiseksi- tai Yksi meistä -sarjoihin kuuluvia kirjoituksia.

Juttusarjan muoto on rajannut paljon artikkeleiden toteutusta (kuten otsikointia, tekstin pituutta, ingressejä). Olen tiivistänyt aineiston yhteenvedoon artikkeleiden ingressit, joiden perusteella voi nopeasti päätellä myös jotain juttujen sisällöstä. Artikkelin tiukat muotovaatimukset vaikuttavat myös tekstin sisältöön.

Lähes kaikkien (17/19) artikkeleiden päähenkilönä on nainen. Myös niiden artikkeleiden, joista käy ilmi kirjoittajan nimi, kirjoittaja on nainen.

Jutuissa käsiteltäviä sairauksia (suluissa niiden juttujen määrä, joissa diagnoosi on mainittu) ovat akuutti stressireaktio (1), määrittelemätön ei-elimellinen psykoosi (1), masennus (7) post-traumaattinen stressihäiriö (2) kaksisuuntainen mielialahäiriö (bipolaarisuus) (3), paniikkihäiriö/ paniikkioireet (3) dysmorfinen ruumiinkuvan häiriö (1), traumaperäinen stressihäiriö (2) sosiaalisten tilanteiden pelko (1), ADHD (2), tunne-elämältään epävakaa persoonallisuus (1), määrittelemätön psykoosi (1) ja anoreksia (1). Samalla henkilökuvan päähenkilöllä voi olla useampia sairauksia. Useissa henkilökuvissa kerrotaan myös diagnostiikan vaikeudesta ja siitä, että aluksi potilaalle on annettu väärä diagnoosi.

Sairauksien ja oireiden samannimisyys aiheuttaa ongelmia myös aineiston luokittelussa ja kuvailussa. Aineiston kuvailu onkin tässä mielessä pakosti suurpiirteinen, mutta se antaa kuitenkin käsityksen siitä, minkä tyyppisiä sairauksia aineistossa esiintyy. Aineistossani käsitellään

kohtuullisen monipuolisesti erilaisia mielenterveysongelmia, yhdeksäsatoista artikkelissa mainitaan kaksitoista sairautta. Eniten kerrotaan masennuksesta, sairaus esiintyy lähes puolessa tämänkin työn aineiston artikkeleista.

Kaikista mielen sairauksista ei kerrota naisten yleisaikakauslehdissä vuonna 2012. Aineistossa ei esiinny esimerkiksi skitsofreniaa, pakko-oireista häiriöitä tai ei-elimellisiä seksuaalisia toimintahäiriöitä.

Yksi syy siihen, miksi eri sairauksista kerrotaan tai ei kerrota, liittyy toimittajan etiikkaan. Journalistin ohjeiden mukaan yksityiselämään kuuluvia erityisen arkaluonteisia seikkoja voidaan julkaista vain asianomaisen suostumuksella (kohta 27) (Journalistiliitto 2010). Koska osa mielenterveysongelmista on salonkikelpoisempia kuin toiset, on joistakin sairauksista helpompaa saada haastateltava henkilökuvaan kertomaan omista kokemuksistaan kuin toisista. Lisäksi sellaisen mielenterveyspotilaan haastattelemine, jonka sairaus on vakava ja aktiivisessa vaiheessa, on eettisesti arveluttavaa, sillä haastateltava ei välttämättä pysty arvioimaan haastattelun antamisen seurauksia. Aineiston haastateltavista yksikään ei kertonut olevansa haastatteluhetkellä laitoshoidossa.

Lisää syitä tiettyjen sairauksien valikoitumiseen saattaa löytyä yleisön huomioimisesta. Jotkut sairaudet eivät välttämättä ole lukijoiden kannalta kiinnostavia esimerkiksi harvinaisuutensa vuoksi. Sen sijaan kansantautinakin kuvattu masennus ulottuu monien lähipiiriin, ja on sen vuoksi lähtökohtaisesti kiinnostavaa. Jotkut jutusta on ehkä valittu julkaistavaksi sen vuoksi, että niihin liittyy mielenkiintoinen tarina tai tausta.

Tarinoiden pääpaino on menneisyyden tapahtumissa. Niissä artikkeleissa joissa on ingressi, siinä viitataan menneisyyden tapahtumiin. Lähes kaikissa otsikoissa joissa on verbi, viitataan menneeseen aikaan (“Enää en pakene”, “Enää en yritä miellyttää”, “Kipu ei tehnyt minusta erakkoa”). Vain kaksi otsikkoa on preesensissä: “Opettelen hymyilemään peilikuvalleni” sekä “Kaunis asu siloittaa elämän rosoja”.

Tulevaisuusorientaatio voidaan tulkita paitsi henkilökuvan lajityypilliseksi piirteeksi, myös aktiiviseksi tavaksi tuottaa mielenterveyspotiluuutta. Yksi sairaista ihmisistä kertovien henkilökuvien tarkoituksista on lääketieteen toimittajille tehdyn kyselyn mukaan muiden samaa sairautta potevien rohkaiseminen ja kannustaminen (Järvi 2011, 155). Tässäkin mielessä tekstien tulevaisuuspainotus

on perusteltua: sairaudesta voi parantua ja elämä voi helpottua.

Laadin aineistosta yhteenvedon, joka on työn liitteenä 1. Yhteenvedossa on lista analysoimistani artikkeleista ja juttujen ingressit niistä jutuista, joissa sellainen oli. Niihin on kohtalaisen hyvin tiivistetty olennaisin henkilökuvien sisällöstä.

Liitteestä käy myös ilmi, mitä sairauksia missäkin jutussa esiintyy. Samalla kerrotaan joitakin taustatietoja haastateltavasta, kuten ikä ja ammatti.

3.3 Aineiston analyysi

Luin henkilökuvat tarkasti läpi ja huomasin, että potilaan rooli muuttuu jollakin tavoin henkilökuvissa kerrotun tarinan eri vaiheissa. Kiinnostuin siitä, millaisena toimijana potilas esitetään sairauden edetessä.

Aristoteleen mukaan hyvässä tarinassa on alku, käännekohta ja lopetus (Aristoteles 2000, 166). Norman K. Denizin (1989) mukaan tarinan kertoja määrittelee käännekohdat, ydinepisodit, joista kertomuksen tulkinta aloitetaan. Kertomusta lukiessa siis tarkastetaan kolme keskeistä kohtaa: ydinepisodi(t), alku ja loppu. (Hyvärinen 2006.)

Myös Räisäsen (2003) tutkimissa masentuneita nuoria käsittelevissä lehtiteksteissä aktiivisen selviytyjän subjektiposition aikaorientaatio jakautuu elämään masentuneena ja masennuksen jälkeen eli tarinan käännekohdasta loppuun.

Käsittelin seuraavaksi aineistoa teemoittelemalla henkilökuvien toipumistarinan etenemisen mukaan, jotta minun olisi mahdollista seurata, miten potilaat esitetään tarinan eri käännteissä.

Poimin henkilökuvista tarinan eri vaiheita käsittelevät tekstit: tilaa ennen sairastumista, sairastumista itseään ja toipumista. Litteroin nämä tekstinpätkät eri artikkeleista ja kokosin kutakin vaihetta kuvaavat tekstit omaksi tiedostokseen. Tekstien käsitteleminen erikseen tarinan eri vaiheiden mukaan antoi hyvin kuvan siitä, miten potiluus esitetään sairauden etenemisen eri vaiheissa.

Tämän jälkeen aloitin aineiston tarkemman tyypittelemisen. Valitsin näkökulmakseni sen, millaisia toiminnan mahdollisuuksia henkilökuvien potilaalle annetaan. Alleviivasin teksteistä niissä usein esiintyviä avainilmaisuja ja teemoittelin niiden mukaan tekstejä, joissa potilaiden toimintamahdollisuuksia kuvataan samaan tapaan. Tarkastelemalla tarkemmin näitä koosteita tunnistin eri tarinan vaiheissa esiintyviä tyyppisiä, joilla potilasta ja potilaan suhdetta terveydenhoitojärjestelmään määritellään. Työssäni pyrin kokoamaan mahdollisimman kattavia, yleisiä tyyppisiä.

Huomasin, että osa potilaan esittämisen tavoista korostaa potilaan itsemääräämisoikeutta enemmän kuin toiset. Voidaankin todeta, että osa tyypeistä on voimaannuttavampia kuin toiset. Järjestelin tyyppit sen mukaan, miten paljon niistä löytyy voimaannuttavia elementtejä.⁶ Huomasin, että voimaannuttavat potilastyypit korostuivat suhteessa muihin diskursseihin: niitä käytettiin lehtijutuissa useammin kuin muita.

Lopuksi järjestin tarinatyyppit teoreettiseksi sankaripotilaan tarinamalliksi.

6 Voimaantuminen on määritelty tarkemmin luvussa kaksi.

4. Tulokset ja niiden tarkastelu

Sairastumista edeltävän ajan kuvauksista erottui kaksi keskeistä tarinatyyppeä: ennakoiva tarina, jolla kertomusta rakennetaan kohti sairastumista. Sen sijaan ja rinnalla teksteissä kulkee myös tavallisuutta korostava ennakoimaton tarinatyyppeä, jossa kerrotaan ”tavallisesta elämästä”.

Sairastumisen kuvauksista erottui kaksi osin päällekkäistä tarinatyyppeä, subjektiivinen ja hallitsematon käänne. Samassa henkilökuvassa saattoi esiintyä useampia tyyppejä. Joissakin tarinoista, joissa on subjektiivinen käänne, voidaan erottaa myös erillinen vapauttavan käänne tyyppi.

Toipumisen kuvauksista erottui neljä erilaista potilastyyppeä: määritelty, autettava, apua hakeva ja itsenäinen potilas.

Tässä luvussa esittelen tarkemmin kutakin tyyppiä ja niiden välisiä suhteita. Lopuksi pohdin tällaisten tarinatyyppeiden seurauksia ja sitä, miten voimaannuttavia eri tarinatyypit ovat. Havaintojeni perusteella kokoan sankaripotilaan tarinamallin, johon on koottu voimaannuttavimmat tyyppit sairaskertomuksen eri vaiheista.

4.1. *Aika ennen sairastamista*

Sairastumista edeltävän ajan kuvauksella tarinaa kehitellään kohti käännekohtaa.

Useimmissatarinoissa kuvataan tavanomaiseen elämään kuuluvia asioita ja käännekohtia: perhesuhteita kuten naimisiin menoa jalasten saantia, opiskelua ja työelämää.

Kuvauksista erottuu kaksi tarinatyyppeä, ennakoimaton sekä ennakoiva tarina. Molempia käytettiin sairastumista edeltävän ajan kuvauksessa kaikissa aineiston artikkeleissa.

4.1.1. Ennakoimaton tarina

Ennakoimaton tarina on tavanomaista henkilön elämänkulun kuvailua. Monissa henkilökuvissa viitattiin esimerkiksi lapsuuden perheeseen, henkilön parisuhdehistoriaan, ammatinvalintaan ja muuhun elämänsisältöön.

Voidaan ajatella, että ennakoimaton tarina kuvaa terveyttä ennen käännteentekevää sairastumista. Sairastuva päähenkilö esitetään yhtenä meistä, tavallisena ihmisenä henkilöhistorioineen. Tavallisen ennakoimattoman tarinan kuvaama potilas ei vielä tiedä, että sairastuu.

Aineistosta ei erotu erityisiä avainilmaisuja, sillä ennakoimattomuus näkyy lähinnä hyvin moninaisina tavallisen elämän kuvauksina. Lehtijuttuihin on valittu kokonaisuuden kannalta sopivia elementtejä haastateltavan elämästä: toisissa lapsen syntymää, toisissa mielikuvitusleikkejä.

”Kun Samu oli kolme, rakastuin taas. Se oli jalat alta -tyyppinen suhde, joka muuttui tiiviiksi heti. Tapasimme heinäkuussa ja muutimme yhteen vuodenvaihteessa, Raaheen. Se oli turvallista, onnellista aikaa. Siitä suhteesta syntyi toinen poikani Jami.”

(Silloin väistyi sumuverho. Anna 37/2012)

”Minä olin isän tyttö. Istuimme usein sängyllä ja leikimme mielikuvitusleikkejä. Isä keksi hurjia seikkailuja, pakenimme helikopterilla ja lopulta päädyimme aina kotisängylle turvaan. Olen perinyt lapsekkaan ja uteliaan luonteeni isältä.”

(Alakulon kanssa oppii elämään. Anna 36/2012)

Kaikki kuvaukset eivät ole positiivisia, vaikka kuvaavatkin tavallista elämää. Joskus juttuihin on valittu tavallista elämää kuvaamaan mielenkiintoisia yksityiskohtia menneisyydestä. Kuten seuraavassa:

”Äidilläni oli parturiliike, ja hän halusi, että minusta tulee mannekiini. Olin lapsena Kerttu Selinin mallikursseilla ja kuviani oli Anttilan postimyyntiluettelossa. Muistan vieläkin Kerttu Selinin äänen: Miten sinä tuolla tavalla. Hyi minkä näköinen. Inhosin mallikurssia yli kaiken.”

(Enää en yritä miellyttää. Kodin kuvalehti 10/2012)

Tavallisuuden kuvauksissa ei potiluus juuri näy, sillä sairaus kirjoitetaan tarinaan mukaan vasta myöhemmin. Potilaat ovat terveitä, tavallisia ihmisiä jotka elävät elämäänsä autuaan tietämättöminä tarinan seuraavasta käänteestä. Kuvaukset voisivatkin olla peräisin mistä tahansa henkilökuvasta, jossa käänne tekee tapahtumat mielenkiintoisiksi.

4.1.2. Ennakoiva tarina

Ennakoivassa tarinatyypissä elämän tapahtumia tarkastellaan sairastumisen näkökulmasta, ikään kuin jälkiviisaasti. Aika ennen sairastumista rakentaa tulevaa. Elämäkulkusta on poimittu sairastumista ennakoivia tekijöitä, jotka henkilö saattaa ilmoittaa ymmärtävänsä vasta jälkikäteen. Ennakoivassa tarinassa voidaan kuvata myös sairauden ensimmäisiä oireita, jotka päähenkilö on ymmärtänyt sellaisiksi vasta diagnoosin saatuaan. Näin on tehty seuraavassa esimerkissä:

”Vielä lapsena olin itsevarma ja vakuuttunut siitä, että olen ainutkertainen ja erinomainen. Koulussa minulla oli kavereita ja opin asioita helposti. Otin myös tehtäväkseni sovitella muiden tyttöjen riitoja.

Kymmenen ikävuoden paikkeilla itsetuntoni alkoi kuitenkin horjua ja murrosiässä se mureni kokonaan. Tuntui, että en kelvannut: diskossa minua ei pyydetty tanssimaan, kotibileissäkin harvoin. Koulun tanssitunneilla tanssin opettajan tai hänen määräämänsä pojan kanssa. Vanhojen tansseihin kukaan ei pyytänyt minua parikseen.

Päättelin, ettei kukaan halua olla lähelläni enkä kelpaa kenellekään, koska olen ruma. Kärsin ankarasta minäkuvasta, jolle löytyi myöhemmin nimi: Dysmorfinen ruumiinkuvan häiriö eli BDD. Kehossani ei todellisuudessa ole mitään poikkeavaa, mutta olen pitänyt itseäni vastenmielisen rumana.”

(Opettelen hymyilemään peilikuvalleni. Kodin kuvalehti 13/2012)

Usein sekä ennakoiva että ennakoimaton tarina kerrotaan lomittain, ja monet tarinat ovat kahden tyyppin yhdistelmiä. Tässä esimerkissä ensin kuvataan tavallista, mukavaa lapsuutta ja sitten oirehtimisen alkua.

”Minulla oli hyvä lapsuus: oli kavereita, olimme ulkona, pelasimme jalkapalloa. Kuudennella luokalla mukavuus alkoi karista. Poikien leikit alkoivat tuntua liian rajuilta ja tunsin itseni nössöksi. Jäin yksin.

Yläasteen jälkeen muutimme Ouluun ja aloitin ATK-opinnot. Vähätkin kaverini jäivät Muhokselle, joten olin vieläkin enemmän yksin. En löytänyt itsestäni mitään hyvää.

Painolasti mursi minut alleen. Muistikuvani ovat hatarat, mutta muistan, että koin olevani huono poika.”

(Ehjä. Kotivinkki 14/2012)

Ennakoivassa tarinassa sairastamisen syytä johdetaan menneisyydestä, osasta elämää. Selittävä diskurssi rakentaa tarinaa kohti tulevaa käännettä.

4.1.3. Tyyppien erot ja yhtäläisyydet

Aikaa ennen sairastumista siis kuvataan joko tavanomaisena elämänä tai sairastamiseen johtavana, selittävässä tarinana. Potilaat esitetään kummassakin tarinatyyppissä hyvin samankaltaisesti.

Sairastumisen alun kuvaukset eivät tuoneet tutkimuskysymykseeni erityisen mielenkiintoisia tuloksia. Nähdäkseni ne lähinnä kertovat siitä, millä tavalla tarinan saa milloinkin kirjoitettua vetävimmän. Tarina voidaan rakentaa alusta alkaen kohti käännettä, tai sitten sairastuminen tulee potilaalle (ja lukijalle) dramaattisena yllätyksenä, joka laittaa elämän uusiksi. Joissakin tarinoissa mainitaan jo potilaan kokemuksia sairaudesta, jolloin yksi sairauden kolmesta ulottuvuudesta, potemus (illness), näkyy teksteissä. Muut sairauden ulottuvuudet (tautisuus eli lääketieteellinen sairaus sekä yhteiskunnallisten instituutioiden määrittelyissä rakentuva terveyden ja sairauden sosiaalinen järjestys) eivät tule tarinan aluista ilmi.

4.2. Sairastumisen kuvaukset

Sairastuminen tai diagnoosi muodostaa henkilökuvien tarinoihin käännekohdan. Monissa kertomuksissa on useitakin käännteitä, mutta keskityin nyt niihin, jossa sairaus todetaan ja nimetään.

Muutamissa henkilökuvissa diagnoosivaiheesta kerrotaan kahteen kertaan, sillä kertomuksen päähenkilöt ovat saaneet ensin väärän diagnoosin ja tehoamatonta hoitoa.

Tarkastelin sairastumisen kuvauksia erityisesti sen kannalta, mikä taho käyttää määrittelyvaltaa sairauden nimeämisessä. Nimeämisellä sairaus erotetaan terveydestä ja poikkeavuus normaalista. Hulluksi määrittelemisen on ollut historian aikana myös kontrollin politiikkaa. Esimerkiksi homoseksuaalisuus on luokiteltu mielisairaudeksi, poikkeavaksi seksuaaliseksi mieltymykseksi. Homoseksuaalisuus poistui Suomen tautiluokituksesta yllättävänkin myöhään, vasta 1981.

Sairastumisen määrittelymisen taustalla on näissä kertomuksissa aina tautiluokitus ja terveydenhoitojärjestelmä. Sairauden on siis aina määritellyt lääketieteen asiantuntija. Aineiston tekstien tulkinnassa kiinnitetäänkin huomiota siihen, kenen näkökulmasta sairastumista kuvataan henkilökuvissa.

Sairaaksi määrittelemisen tekee myös potilaasta tautisen, lääketieteellisen potilaan.

4.2.1. *Subjektiivinen käänne: kokeva potilas*

Tarinassa, jossa on subjektiivinen käänne, sairastuminen liittyy osaksi henkilön elämäntulkua. Sairastumista kuvaava verbi on useimmiten subjektimuodossa, ja toimijana on henkilö itse, ei sairaus. Henkilö masentuu, sairastuu ja kärsii. Potilas positioidaan sairastajaksi, sairauden kokijaksi.

Subjektiivisessä käännteessä korostuu se, miten sairastunut itse määrittää tilanteensa.

Sairaanhoitojärjestelmä pysyttelee taka-alalla, vaikka se todellisuudessa onkin määritellyt sen, mitä haastateltu sairastaa.

”Jatkuva varuillaan olo ja ylivilittynyt kuulo johtuvat post-traumaattisesta stessihäiriöstä, josta Pratt on kärsinyt ilman diagnoosia vuosikymmeniä”.

(Kotiliesi 10/2012: Enää en pakene.)

Tarinassa, jossa on subjektiivinen käänne kerrotaan, miltä sairastaminen tuntuu ja miten potilas itse kuvaa tilannettaan. Kaikki kuvaukset lähtevät siitä, että sairastuminen on ongelmallista sairaalle itselleen.

”Masennus kuului noihin aikoihin elämäni – siltä tuskin voi vältyä kukaan, joka kamppailee kroonisen kivun kanssa. Elin vuosia kuin pimeässä tunnelissa, jossa oli syviä kuoppia eikä valonpilkahdustakaan näkyvissä”.

(Kodin kuvalehti 6/2012: Kipu ei tehnyt minusta erakkoa)

4.2.2 Vapauttava käänne: helpottunut potilas

Yksi subjektiivisen käänteen variaatio on vapauttava käänne. Siinäkin korostuu potilaan oma kokemus, mutta se liittyy kärsimyksen sijasta helpotukseen.

Vapauttavassa käänneessä psyykinen ongelma määritellään sairaudeksi ja siitä kärsivä myös identifioituu potilaaksi. Epämääräinen ongelma saadaan nimettyä ja sitä voidaan alkaa parantaa. Sairauden nimeäminen on käänne parempaan.

”Diagnoosi oli helpotus. En olekaan tyhmä.”

(Anna 37/2012: Silloin väistyi sumuverho.)

Vapauttavassa käänneessä diagnoosi voi myös toimia eräänlaisena sysäyksenä oivaltamiseen. Sairaus saa potilaan ymmärtämään itseään aiempaa paremmin, ja myös aikaisempi elämä aletaan nähdä uudessa valossa. Potilas positioidaan aktiiviseksi ymmärtäjäksi, joka hahmottaa tilanteensa asiantuntevan järjestelmän antaman diagnoosin kautta.

”Susanna häpesi poukkoilevia tunteitaan vuosia. Diagnoosi tunne-elämältään epävakasta persoonallisuudesta sai hänet lopulta ymmärtämään itseään.”

(Anna 30/2012: Haluaisin tuntea, mutta en liikaa)

Onnistunut sairauden tunnistaminen antaa eväitä myös jatkohoitoon. Haastateltu kuvataan aikaisemmin ”hankalana” tai ”diagnoosimattomana” ihmisenä, ja oikean diagnoosin kautta hän muuttuu hankalasta ja ongelmallisesta ihmisestä hallituksi potilaaksi. Vapauttava käänne suuntaa tulevaisuuteen, toisin kuin muut subjektiiviset käänneet: aluksi oli vaikeaa, mutta sitten asiat alkoivat järjestyä.

”Sairaalasta jouduin suljetulle osastolle jossa ruvettiin tutkimaan, miksi aikaisempi hoito ei tepsinyt. Tästä alkoi käänne parempaan. Siitä on nyt kymmenen vuotta. Sain oikean diagnoosin ja lääkityksen kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön sekä hyvän terapeutin, jonka kanssa olen rakentanut elämäni uudestaan.”

(Anna 40/2012: Ei enää se tyttö)

Vapauttavassa käänneessä on keskeistä se, miten potilaan oma käsitys itsestään muuttuu. Potilaan aikaisempi kokemus hankalana tai epäsovivasti käyttäytyvänä ihmisenä olemisesta saa selityksen, ja lääketieteen asiantuntijat määrittävät tilalle potilaan identiteetin. Tämän jälkeen potilas voi alkaa tulkitsemaan ja jopa toteuttamaan sairauttaan. Tämä sulkee pois muita, vaihtoehtoisia tulkintoja – myös niitä, jotka aikaisemmin aiheuttivat potilaalle kärsimystä.

4.2.3. Hallitsematon käänne: avuton potilas

Useimmat sairastumisen kuvaukset sisältävät hallitsemattoman käänteen. Sairastuminen tulee yllätyksenä, joka iskee ja puhkeaa varoittamatta.

”Masennus iski ensimmäisen kerran, ja minusta tuli aivan toimintakyvytön. En saanut laitettua edes tiskejä koneeseen.”

(Kodin kuvalehti 10/2012: Enää en yritä miellyttää)

Useimmat sairastumisen kuvaukset ovat tyypiltään hallitsemattomia käännteitä. Sairastuminen haastaa potilaan aikaisemman käsityksen itsestään terveenä ihmisenä. Diagnoosit tulevat jostain ylhäältä annettuna määrittelynä, joka haastavaa potilaan aikaisemman identiteetin.

”Minulla puhkesi kaksisuuntainen mielialahäiriö.”

(Anna 36/2012: Alakulon kanssa oppii elämään)

Useimmat sairastumisen kuvaukset voidaan luokitella hallitsemattoman diskurssin taakse. Sairastuminen tulee käänteen tekevänä yllätyksenä, joka samalla haastaa aikaisemman käsityksen itsestä terveenä ihmisenä. Diagnoosit tulevat jostain ylhäältä annettuna määrittelynä, joka haastaa potilaan aikaisemman identiteetin.

Potilas näyttäytyy näissä tarinoissa kohtalaisen avuttomana toimijana, jota elämä heittelee ja järjestelmä määrittelee. Sairaanhoidojärjestelmä on eräänlainen tuomari, joka arvioi tilanteen ja nimeää ongelman. Diagnoosi voi olla jopa yllätys tai järkytys.

”Sain diagnoosin F29. Luulin ensin, että se on vain lyhenne sukupuolestani ja iästäni: female 29. Oikeasti termi tarkoitti määrittämätöntä ei-elimellistä psykoosia. En voinut uskoa diagnoosia todeksi. Järkytyin huomattavasti olevani pohjalla, olinhan tottunut menestymään.”

(Cosmopolitan 02/2012: Diagnoosi F29)

Hallitsematon käännetyyppi esiintyy aineistossa usein samaan aikaan vapauttavan käänteen kanssa: ongelma iskee, mutta se saadaan hallintaan. Molemmissa tyypeissä sairaanhoidojärjestelmä näyttäytyy asiantuntijana, joka nimeää sairauden. Ongelma määritellään ulkopuolelta potilaaseen nähden: Diagnoosin antaa lääkäri ja potilas positioidaan autettavan rooliin.

4.2.4. Tyyppien erot ja yhtäläisyydet

Kaikissa sairastumisissa kuvaavissa tarinoissa kuvataan lääketieteellisen taudin määrittelyä. Kertomukset eroavat kuitenkin siinä, miten sairastuminen kuvataan potilaan näkökulmasta. Erityisesti vapauttavassa käänteen tyyppissä diagnoosi helpottaa potilaan elämää, hallitsemattomassa käännetyyppissä se puolestaan järkyttää ja yllättää. Vapauttava käänne mahdollistaa potilaalle

aikaisempaa paremman elämänhallinnan, hallitsemattomassa käänteessä potilaan elämänhallinta puolestaan järkkyy.

Yksilön voimaantumisen voi hahmottaa prosessiksi, jossa yksilö tai yhteisö saa voimaa, energiaa ja voimavaroja elämäänsä (Mahlakaarto 2010, 25)⁷. Kun tarkastelee tarinan sairastumista kuvaavia käänteitä tästä näkökulmasta, huomaa, että hallitsematon käänne voimaannuttaa potilasta vähemmän kuin tarina, jossa on subjektiivinen käänne. Vapauttavan käännetarinan potilas puolestaan esitetään voimaantuvana: hän saa diagnoosin kautta mahdollisuuden parempaan elämään.

”Sairaalasta jouduin suljetulle osastolle jossa ruvettiin tutkimaan, miksi aikaisempi hoito ei tepsinyt. Tästä alkoi käänne parempaan. Siitä on nyt kymmenen vuotta. Sain oikean diagnoosin ja lääkityksen kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön sekä hyvän terapeutin, jonka kanssa olen rakentanut elämäni uudestaan.”

(Anna 40/2012: Ei enää se tyttö)

Sairastumista kuvaavista tyypeistä vapauttava käänne on selkeästi voimaannuttavin. Subjektiivinen käänne kuvaa lähinnä staattista sairauden kokemista, ja hallitsemattomassa käänteessä avuton potilas suorastaan lannistuu sairauden iskiessä.

⁷ Voimaantumisesta enemmän luvussa 4.3.

4.3. Toipumisen kuvaukset

Mielenterveysongelmasta toipuminen on erilaista kuin somaattisesta sairaudesta toipuminen. Somaattiset sairaudet parannetaan sairaalassa ja noudattamalla terveydenhuollon asiantuntijoiden antamia ohjeita. Sen sijaan mieleterveyden kohentaminen kuuluu myös muulle elämänalueelle kuin pelkästään lääketieteen saralle.

Kuten jo johdannossa kerroin, mielenterveyshän on terminäkin hankala: useimmiten siihen törmää, kun puhutaan mielenterveyden ongelmista. Sigmund Freudin klassisen määritelmän mukaan mielenterveys on kykyä rakastaa ja tehdä töitä. Suomen mielenterveysseuran (2013) mukaan mielen sairaus on lääketieteellinen termi, kun taas mielenterveys on elämäntaidollinen käsite. Siitä ei voida tehdä diagnoosia eikä sitä voida hoitaa lääketieteen keinoin.

Tarinoiden toipumisvaiheessa potilaat toisaalta parantuvat mielen sairaudesta (jos parantuvat), ja kehittävät mielenterveyttään. Kaikissa tarinoissa, joissa kuvataan aikaa sairastumisen jälkeen, puhutaan myös sairaanhoitojärjestelmän ulkopuolisesta elämästä, jolla on jokin rooli toipumisessa.

Minua kiinnosti analysoida toipumisista sitä, miten potilas esitetään suhteessa hoitojärjestelmään. Tarkastelin tarkemmin niitä aineiston tekstejä, joissa kuvataan sairaalahoitoa, terapiaa sekä lääkehoitoa.

Terapian määrittelyminen aiheutti jonkin verran päänvaivaa. Suomessa vain osa tarjolla olevasta terapiasta katsotaan osaksi järjestelmää. Kela tukee kuntoutuspsykoterapiaa, jota saa antaa ainoastaan terveydenhuollon laillistettu ammattilainen, rekisteröity psykoterapeutti. Sen sijaan monet eri tyyppiset terapiat, kuten musiikkiterapia tai kuvataideterapia, eivät välttämättä kuulu virallisen hoitojärjestelmän piiriin. Asiaa monimutkaistaa se, että näitäkin terapiamuotoja saatetaan tarjota esimerkiksi osana avokuntoutusta. Helén ym. (2011, 43) kuvaavat suomalaista mielenterveystyön kenttää saaristoksi, hajanaiseksi ja jakautuneeksi kentäksi. Tämä pilkahtaa myös henkilökuvissa, joissa asiaa sivutaan.

Lähden siitä, että tarinat terapiasta kuvaavat joka tapauksessa jotain mielenterveystyön instituutiota – oli hoito sitten julkisen terveydenhuollon tai yksityisten ammatinharjoittajien järjestämää. Henkilökuvien maininnoista on myös mahdollista arvioida, mikä koulutus jutussa mainitun

terapian toteuttajalla on, ja onko hänet rekisteröity terveydenhuollon ammattilaiseksi.

Erotin järjestelmän kuvauksista neljä tyyppiä, joilla potilas esitetään. Tarinoista voidaan löytää määriteltävä potilas, autettava potilas, apua hakeva potilas sekä itsenäinen potilas. Toipumistarinat kertovat erityisesti sairauden kolmannesta ulottuvuudesta, yhteiskunnallisten instituutioiden määrittelyissä rakentuva terveyden ja sairauden sosiaalisesta järjestyksestä (sickness).

5.3.1. Määriteltävä potilas

Määriteltävä potilas esitetään hoidettavana: diagnoosit annetaan ja lääkärit vaihtuvat.

Määrittelyvalta on hoitohenkilökunnalla, ja potilas on positioitu autettavaksi. Joissakin kuvauksissa potilaalla ei ole edes sananvaltaa omaan hoitoonsa.

”Sekin selvisi, miksi mielialälääkkeet eivät tehonneet, eivät edes maksimiannokset. (...) Tähän saakka Susannaa oli hoidettu väärin, ”vain” masennuspotilaana. Oli onni, että hoitava lääkäri vaihtui.

”Minulla oli jatkuvasti tunne, että jotain muutakin tässä on kuin masennusta. Mutta hoidosta valittaminen on vaikeaa, kun sinulla on hullun leima”, Susanna sanoo nyt, puoli vuotta diagnoosin jälkeen.”

(Anna 30/2012: Haluaisin tuntea, mutta en liikaa)

Potilaan asemasta kerrotaan kahdessa tarinassa ikävään sävyyn: diagnoosi on ollut väärä, ja potilasta ei haluta kuunnella. Täytyy toki huomioda, että henkilökuvat eivät välttämättä ole totta: hoitohenkilökunnalla on vaihtoehtoisuus, ja lähteiden tarkastaminen muualta kuin haastateltavalta itseltään voi olla vaikeaa tai mahdotonta. Samalla on hyvä muistaa, että tutkimuskohteena on se, miten mielenterveyspotilaat teksteissä esitetään – ei se, miten missäkin tapauksessa on tosiasiaa toimittu.

Määriteltävän potilaan tarinat kertovat erehtymisestä. Asiantuntijoiden tarjoama apu on ollut väärää tai puutteellista.

Sairaanhoitojärjestelmä sanelee, millaista hoitoa määriteltävä potilas tarvitsee. Samaan aikaan tarinoissa voidaan kritisoida sitä, ovatko asiantuntijat välttämättä aina oikeassa. Tämä asettaa myös

potilaan kahtalaiseen valoon: toisaalta potilas on järjestelmälle alisteinen autettava, toisaalta häntä olisi pitänyt kuunnella paremmin, kun sopivaa hoitoa suunnitellaan.

4.3.2. Autettava potilas

Terveystieteiden tutkimuskeskus tukee autettavaa potilasta. Kokemukset hoidosta ovat positiivisia. Järjestelmä nähdään kumppanina, joka tarjoaa potilaalle apua ongelmiin ja tukee sairauden aiheuttamissa ongelmissa.

”Kun koulukuraattori puuttui itsetuhoisuuteen, Susanna pääsi nuorisokotiin, sitten opiskelija-asuntoon”.

(Anna 30/2012: Haluaisin tuntea, mutta en liikaa)

Tarinoissa, joissa on autettava potilas, hoitojärjestelmä näkyy mutta potilaalla on enemmän sananvaltaa omaan hoitoonsa kuin määriteltävällä potilaalla. Autettavaa potilasta tuetaan hänen rinnallaan, ei hänen yllensä (vai ylitse, en tiedä?). Potilaalla onkin enemmän päätäntävaltaa oman hoitonsa suhteen.

”Serena oli pitkästä aikaa tavannut terapeutkinsa, joka kannusti lähtemään liikkeelle”.

(Anna 6/2012: Lopulta ystäväystyyn itseni kanssa)

Kun kuvataan autettavaa potilasta, kuvataan myös usein avun saamisen kokemuksesta, mikä antaa potilaalle aktiivisen kokijan roolin. Potilas määrittelee, milloin häntä on pystytty auttamaan, ja sillä tavalla myös arvottaa järjestelmää.

”Kaksi keskustelukertaa psykiatrisen sairaanhoitajan kanssa helpottivat oloa. Heidistä oli huojentavaa, että joku aidosti kuunteli”.

(Cosmopolitan 2/2012: Liian korkealla sykkeellä)

4.3.3 Apua hakeva potilas

Osin päällekkäinen autettavan potilaan tyyppin kanssa on apua hakevaan potilaan tyyppi. Apua

hakevalla potilaalla on häntä auttavaan hoitojärjestelmään vahvempi ote kuin autettavalla. Hoitojärjestelmä on väline toipumiseen, työkalu, johon voidaan tarttua ulkopuolelta ja jolla on rajallinen valta suhteessa potilaaseen. Apua hakeva potilas tilaa ja hoitojärjestelmä tuottaa hänen tarvitsemansa palvelut.

Apua hakeva potilas on aktiivinen ja oma-aloitteinen.

”Moni masentunut miettii, miten toipumisen saisi käyntiin. Ensimmäinen askel on se, ettei jää yksin vaan puhuu läheisille, lähtee hakemaan apua vertaistukiryhmistä tai terapiasta.”

(Kodin kuvalehti 10/2012: Kipu ei tehnyt minusta erakkoa)

Itseohjautuva potilas voi jopa käydä ikään kuin tilaamassa järjestelmästä itselleen sopivaa apua.

”Itse minä sairaudelleni nimen keksin. Selasin nettiä, ja osuin bipolaarihäiriöstä kertoville sivuille.”

”Luin oireet ja ymmärsin, että neidän täsmäävät sanantarkasti minuun. Puhuin tästä lääkärille, ja hän määräsi minulle ensin mielialoja tasaavaa litiumia ja sitten uudempia täsmälääkkeitä”.

(Kodin kuvalehti 11/2012: Onneksi en mennyt kokonaan rikki)

Hoitojärjestelmä näyttäytyy apua hakevalle potilaalle neuvottelevana tai jopa ohjailtavana osapuolena, johon potilaalla on vaikutusvaltaa – tai suoranaista ohjausvaltaa.

4.3.4. Itsenäinen potilas

Itsenäinen potilas ei tarvitse sairaanhoitojärjestelmää. Toipumista edistävät asiat löytyvät potilaan omasta elämästä, joko toiminnasta (eläinten hoivaaminen, puutarhanhoito) tai ajattelutavasta (anteeksi antaminen äidille). Itsenäisen potilaan tyyppiä esiintyy kaikissa aineiston teksteissä. Niissä potilas positioidaan omaa elämäänsä hallitsevaksi ihmiseksi, joka pystyy toimimaan toipumisensa eteen. Potilas selättää sairautensa ilman järjestelmän tukea. Jos apua tarvitaan, sitä löytyy lähipiiristä (ystävät, sukulaiset).

Toipumista selitetään monenlaisilla asioilla, jotka varsinkin koostettuna ja kontekstistaan irroitettuna saattavat vaikuttaa hiukan erikoisilta. Alla oleva listaus ei olekaan kattava esitys siitä, miten toipumista kuvataan. Se kuitenkin antaa käsityksen siitä, miten monenlaisilla asioilla mielen sairaudesta parantumista rakennetaan naistenlehtien henkilökuvissa.

Näiden asioiden on sanottu auttaneen toipumisessa:

juokseminen, vaimo, maalaaminen, menneisyyden ymmärtäminen, kävelylenkit, vuorovaikutus, rakkaus, lapsen saaminen, vertaistuki, uusi ammatti, kohtuullinen elämä, stressin välttäminen, ihastuminen, kokemusten ymmärtäminen, itsensä tsemppaaminen, ystävät, liikkuminen ja kuntoilu, kissat, lapsenlapset, itseen tutustuminen, parisuhde, valokuvaaminen, bloggaaminen, menneisyyden ymmärtäminen, työnteon rajoittaminen, vaatteet, kissa, kauniit kommentit ja lähestymiset, ihanat ihmiset, vapaaehtoistyö, eläinten hoivaaminen, puutarhanhoito, anteeksi antaminen äidille, nauruterapia, välien katkaiseminen vanhempiin, oman äidin vastakohtana oleminen, turvallinen parisuhde ja perhe, häpeästä irti päästäminen, ero parisuhteesta, pakko hoitaa itse asiat, aika, itsensä haastaminen, elokuvateatteriin meno, kapinallinen olo, kostaminen menestymällä, itsensä kanssa ystäväystyminen, askarteleminen, raahautuminen aurinkoon, maitokärryn maalaaminen, itsensä vetäminen ihmisten ilmoille, kiinnostuminen omasta ulkonäöstä, netin keskustelupalstat, ymmärrys liian varhaisesta vastuusta, vesijuoksu, myönteisen ajattelemisen opettelu, puhuminen läheisille, mielihyvää tuottavien asioiden etsiminen, töiden tekeminen toipumisen eteen

Itsenäiset potilaat ovat naistenlehdissä yleisiä, ja samalla hoitojärjestelmä jätetään kuvaamatta. Henkilökuvissa halutaan ehkä tuoda enemmän esille haastateltavan omaa elämää kuin mielenterveyspalveluita, jolloin itsenäisen potilaan tyyppin on ainakin osittain tietoisesti valittu toimituksellinen ratkaisu.

Itsenäisellä potilaalla on sekä valtaa että toisaalta vastuuta. Potilaas pystyy omalla toiminnallaan hoitamaan mielenterveyttään ja palauttamaan toimintakykyään.

”Armeijan jälkeen oli vihainen ja katkera niille, joiden vuoksi elämäni oli siinä tilassa. Juokseminen oli keinoni selviytyä. Juoksin niin pitkiä lenkkejä, etten enää jaksanut surra ja vihata.”

(Kotiliesi 10/2012:Enää en pakene)

”Sairauteni vuoksi minun pitää elää kohtuullista elämää. En juo alkoholia ja olen sanonut tietoisesti hyvästit uramaailmalle. Pyrin välttämään stressaavia tilanteita.”

(Anna 36/2012: Alakulon kanssa oppii elämään)

Itsenäisen potilaan tyyppi saattaa kuvauksissa yhdistyä myös muihin potilastyyppeihin: oman elämän hallinta esitetään olennaisena toipumista edistävä tekijänä myös silloin, kun tekstissä mainitaan hoidosta.

”Nyt tiedän, ettei elämä saa olla yhden kortin varassa. Olen onnellinen, että olen uskaltanut vakiintua. Käyn yhä psykoterapiassa kerran viikossa, mutta eniten on auttanut perheeni ja ystäväni tuki.”

(Cosmopolitan 2/2012: Diagnoosi F29)

Jotkut toipumisen kuvaukset saattavat vaikuttaa koomisilta, varsinkin, jos niitä tarkastelee parannuksena mielen sairauksiin.

”Keskustelun lisäksi autoin itseäni raahautumalla joka päivä aurinkoon. Maalasin vanhaa maitokärryä vaaleanpunaiseksi sikapienellä pensselillä. Valitsin pienen pensselin varmaan siksi, että maalaaminen kestäisi mahdollisimman kauan.”

(Anna 4/2012: Ärhäkän sairauden jälkeen)

Itsenäisen potilaan tyyppiä voidaan myös ajatella diskurssina. Kun jokin tapa asioiden ilmaiseksi yleistyy, se samalla luonnollistuu ja muodostuu kyseenalaistamattomaksi totuudeksi, joka puolestaan vie elintilaa muilta vaihtoehtoisilta diskursseilta (esim. Jokinen ym. 2004, 75-77). Mitä useammassa yhteydessä tietyn diskurssin palat esiintyvät, sitä hegemonisemmasta diskurssista on kyse, ja toisaalta, mitä itsestään selvempänä ja vaihtoehdottomampana jokin diskurssi esiintyy, sitä vahvempi se on (emt., 81). Itsenäisen potilaan tyyppi ei ole täysin hegemoninen, mutta erittäin vakiintunut tapa mielenterveyspotilaiden toipumisen kuvaamiseen.

4.3.5 Tyyppien erot ja yhtäläisyydet

Eri tyypeissä sekä mielenterveydenhoitojärjestelmä suhteessa potilaaseen että potilas suhteessa mielenterveydenhoitojärjestelmään esitetään eri tavoin. Eri lähestymistavat on tiivistetty alla olevaan taulukkoon.

Potilastyyppi	Määriteltävä	Autettava	Apua hakeva	Itsenäinen
Järjestelmä suhteessa potilaaseen	Asiantuntija	Kumppani	Palvelun tuottaja	Ei näy
Potilas suhteessa järjestelmään	Hoidettava	Tuettava	Palvelun tilaaja	Hoitojärjestelmän ulkopuolella



Kuvio 3. Toipumisvaiheen kuvaukset potilaista ja hoitojärjestelmästä

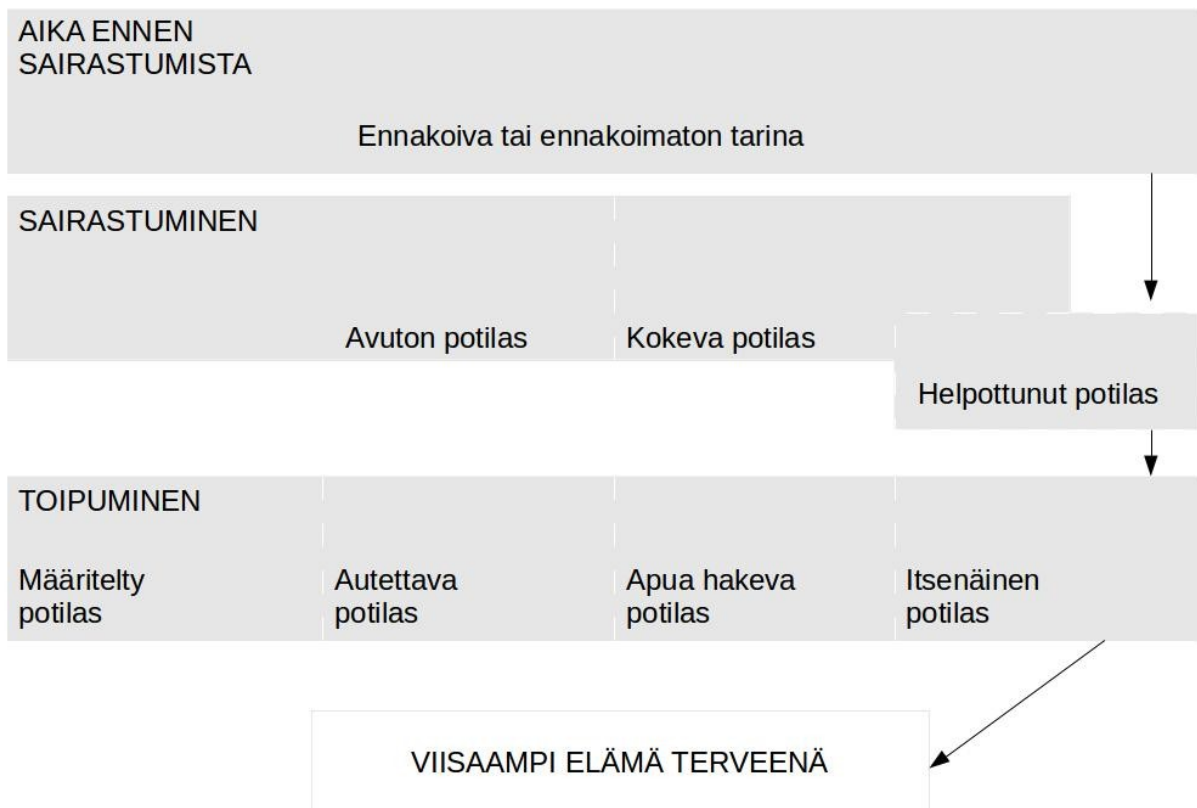
Potilastyypeissä painotetaan mielenterveyttä ja elämänhallintaa mielen sairauden sijaan sitä enemmän, mitä enemmän oikealla kyseinen diskurssi taulukossa on. Määritellyllä ja autettavalla potilaalla on vähiten valtaa suhteessa hoitojärjestelmään. Apua hakevalla potilaalla on päätäntävaltaa siinä, mitä mielenteveyden hoitopalveluita hän mielenterveydenhoitojärjestelmästä itselleen hakee. Itsenäisen potilaan tyyppissä hoitojärjestelmä puuttuu, minkä vuoksi potilasta ei positioida suhteessa siihen.

Potilas esitetään sitä voimaantuneempana, mitä enemmän hänellä on sananvaltaa hoitojärjestelmään ja kykyä elämänhallintaan. Kaikista voimaannuttavin potilas on henkilökuvien itsenäinen potilas, joka ei edes tarvitse hoitojärjestelmää vaan pystyy omilla ratkaisuillaan rakentamaan mielenterveyttä.

4.4 Sankaripotilaan tarinamalli

Naistenlehdissä halutaan kertoa positiivisia kertomuksia, joissa potilaan tila paranee ja elämä palaa raiteilleen. Suurin osa teksteistä oli sellaisia, joissa oli tällä tavalla onnellinen loppu. Osassa aineiston teksteistä mainittiin, että sairastaminen jatkuu edelleen, mutta samalla korostettiin, että tilanne on aiempaa paremmassa hallinnassa.

Yhdistämällä sairastumisen ja toipumisen voimaannuttavimpia tyyppejä voidaan rakentaa sankaripotilaan tarinamalli. Kyseessä on teoreettinen esitys, jonka elementtejä löytyy kaikista toipumistarinoista. Sen tarkoituksena on hahmottaa, millaisia rohkaisevat ja voimaannuttavat mielenterveystarinat ovat yksinkertaisimmillaan. Kääntäen, kaikista vähiten voimaannuttavista tyypeistä voitaisiin rakentaa myös uhripotilaan tarinamalli. Sellaisia ei ainakaan tästä aineistosta löytynyt. Tarinamalliin on koottu voimaannuttavimmat sairastumisen ja toipumisen tyypit Mitä enemmän kuviossa oikealla tarina kulkee, sitä lähempänä se on voimaannuttavaa sankaritarinaa.



Kuvio 4. Sankaripotilaan tarinamalli.

Sankaripotilas voi olla kuka tahansa tavallinen ihminen. Aikaa ennen sairastumista kuvataan joko rakentamalla tarinaa sairastumista selittävän diskurssin kautta tai kuvaamalla tavallista elämää sellaisenaan. Tässä kerrotaan siitä, millainen sankari oli ennen tarinan käännettä, mielen sairastumista.

Sairastuminen tekee tarinaan käänteen. Sankaripotilas oivaltaa sairautensa kautta omaa elämäänsä ja ympäristöään uudella tavalla. Hän pystyy jäsentämään menneisyyden tapahtumia nyt aivan uudella tavalla, mitä kautta ne saavat myös merkityksen.

Sairastunut sankaripotilas aloittaa taistelunsa tervehtymisensä puolesta. Jos sankaripotilas hakee apua, sitä löydetään lähipiiristä eikä mielenterveyspalveluista. Ja jos mielenterveyspalveluita käytetään, pystyy aktiivinen sankari itse hakemaan sopivaa hoitoa. Asiantuntijat eivät määrittele, mikä on sankaripotilaalle parasta, mutta voivat välillä tuottaa tarvittavia palveluita. Lopulta sankaripotilas selviää koettelemuksistaan ja paranee sairaudestaan, tai vähintäänkin saa sen hallintaan ja voi jatkaa täyttää elämää entistä viisaampana.

Selviämällä koettelemuksistaan sankaripotilas onkin oivaltanut elämästään jotain uutta, mitä hän ei muuten olisi kohdannut. Vaikeuksien kautta hän on päätenyt voittajaksi. Sankaripotilaalle sairastuminen ei ole pelkästään elämönhallintaa sekoittava asia, sairastumisen kautta potilas pystyy ymmärtämään omaa elämää entistä paremmin. Sankaripotilas paraneekin ensisijaisesti oman aktiivisuutensa ansiosta.

Sankaripotilaiden tarinoiden kertominen naistenlehdissä on sikäli perusteltua, että mielenterveysongelmallisista halutaan esittää positiivisia esimerkkejä. Tähän pyritään muun muassa kokemusasiantuntijatoiminnassa, jonka kautta toimittajat voivat hakea mielenterveyspotilaita haastateltaviksi. Mielenterveysongelmien stigma on edelleen olemassa, ja sitä halutaan aktiivisesti hälventää.

Selviytyvän sankaripotilaan kuvaus saattaa toimia voimaannuttavana identiteettityön välineenä. Toisaalta se voi myös antaa valheellisen tai yksipuolisen kuvan parantumisprosessista. Lisäksi kuvaus, jossa mielenterveysongelmat ratkeavat omin voimin, voi antaa ongelmasta vähättelevää kuvaa. Yksin taisteleva sankari voi myös olla yksin jätetty sankari, joka ei ole saanut

mielenterveyden hoitojärjestelmästä tarvitsemaansa tukea.

Arthur Frank (1995) jakaa teoksessaan *The Wounded Storyteller* potilaiden tarinat korjautumistarinoihin (restitution narrative) kaaostarinoihin (chaos narrative) sekä etsintätarinoihin (quest narrative). Palautumistarinoissa henkilö on ensin terve, sitten sairastuu mutta tervehtyy uudelleen. Kaaostarinoissa kuvataan sairauden kurimusta, joka ei jäsenny toipumisen kautta. Etsintätarinoissa kohtalokas sairaus nähdään kriisinä, joka pakotti arvioimaan elämää uudelleen. Sairauden jälkeen ja sen kamppailemisen kautta elämä voi muuttua syvemmäksi.

Sankaripotilaan tarinat ovat etsintätarinoita, joissa vaikeuksien kautta päästään kiinni parempaan elämänhallintaan. Naistenlehtien mielenterveyspotilaita käsittelevissä henkilökuvissa on piirteitä sekä toipumistarinoista että etsintätarinoista. Molemmissa korostuu potilaan oma rooli sairauden voittamisessa. Potilas esitetään voimaannuttavana esimerkkinä, joka pystyy ottamaan haltuunsa vakavan mielenterveysongelman tai jopa jättämään sen taakseen.

Yksinkertaistaminen jättää sankaripotilaiden tarinoista pois toipumisen takapakit, väliaikaiset romahdukset sekä hitaat toipumisen jaksot, jotka saattavat kestää vuosia. Sankaripotilaina kuvattujen henkilöiden sairaskertomuksissa näitä tilanteita voi hyvinkin löytyä, niitä ei vain esitetä lukijoille. Ulla Järven (2003) mukaan (somaattisia) sairauksikertomuksia kirjoittavat toimittajat pyrkivät rohkaisemaan ja kannustamaan muita samaa sairautta kokevia. Samalla sairauden rujot puolet peittyvät, samoin se, ettei sairaus ”aina armahda vaikka miten ponnistelisi” (Järvi 2011, 157)

Sankaripotilaat rakennetaan siis tarkoituksellisesti. Lääketieteen toimittajille tehdyssä kyselyssä (Järvi 2003) valtaosa toimittajista kertoi potilas-haastateltavien useimmiten esiintyvän selviytymistarinan päähenkilönä. Potilastarinoissa on usein piilotettu, valistava ote. Potilaat ovat rohkaisevia esimerkkejä onnistumisesta. (Järvi 2011, 157).

Sankaripotilaita löytyy myös muita aikakauslehdistä: Ulla Järven (2011, 156) tutkimissa *Hyvä Terveys* -lehden potilaskertomuksissa potilaat ovat aktiivisia ja toimeliaita, he kertovat kokemuksistaan inhimillisesti ja koskettavasti. Järven tutkimat tarinat ovat ennalleenpalautumistarinoita, joissa vaikeuksien kautta kasvetaan ihmisenä ja halutaan jakaa tietoja ja kokemuksia sairaudesta muiden kanssa. (Järvi 2011, 156).

5. Johtopäätökset

Tulokset saavat merkityksen vasta sitten, kun ne yhdistetään laajempiin konteksteihin, tieteelliseen ja yhteiskunnalliseen keskusteluun. Johtopäätöksissä pohdin, miten naistenlehtien henkilökuvat liittyvät keskusteluun mielenterveysongelmien luonteesta, millaisena samaistumiskohteena naistenlehtien sankaripotilaat toimivat, ja vastaako naistenlehtien luoma kuva mielenterveyspotiluudesta todellisuutta.

5.1. Mielenterveys julkisessa keskustelussa

Arthur W. Frankin (1995, 12) mukaan sairastaminen koetaan yksityisyyden piiriin kuuluvana asiana, minkä vuoksi potilaiden vaatimukset omalle äänelle jäävät myös helposti yksittäisiksi vaatimuksiksi. Media tarjoaa näille kokemuksille tärkeän kanavan, jonka kautta yksittäiset äänet kuuluvat laajemmin. Potilastarinan kautta sairastava voi osallistua yhteiskunnalliseen keskusteluun. Tämän vuoksi naistenlehdet ovat tärkeä inhimillisen terveystjournalismin areena, joka tarjoaa näkyvyyttä ja mahdollisuutta reflektoida omaa kokemustaan. Sen vuoksi sillä on erityistä merkitystä, miten naistenlehdissä sairauksista kirjoitetaan.

Sankaripotiluuuden keskeisyys naistenlehtien mielenterveyspotilaiden henkilökuvissa voi kertoa toisaalta kulttuurin individualisoitumista, mutta toisaalta myös mielenterveyden hoitojärjestelmän roolista. Mielenterveystyön ammattiapu ei ensisijaisesti suuntaudu (masennus)sairauden eikä edes mielialahäiriön hoitamiseen vaan riskinhallintaan. Diagnoosin antaminen ja mielialahäiriöihin puuttuminen, normaaliksi palauttaminen puheen, lääkkeiden tai molempien avulla ovat ehkäiseviä ja ennakoivia toimenpiteitä, elämänhallinnan välineitä. Hoitokulttuurille leimallista on itsehoidon korostuminen. Apua tähän tarjoavat maallikkokirjallisuus, potilasoppaat, internetsivustot ja lääkemainonta. Vastapainona elämänhallintaa ja riskejä korostavalle näkemykselle on sairausmallin mukainen jaottelu, jossa mielialahäiriöt jäsentyvät sairausmallin mukaisesti ”itsenäisiksi psykopatologisiksi entiteeteiksi”. (Helén ym., 2011, 39-40).

Vaikka painotin aineiston valinnassa psykiatrissa tautiluokitusta, silti naistenlehtien mielenterveyspotilaiden henkilökuvissa korostuu elämänhallinta. Siinä mielessä psykiatrisista sairauksista tehdyt potilaskuvaukset ovat hyvin saman kaltaisia kuin somaattisten potilaiden

henkilökuvat. Havainnon voi kytkeä myös laajempaan keskusteluun psykiatristen sairauksien luonteesta, jonka olennaisia kysymyksiä on se, voidaanko mielenterveyden häiriöt määrittellä sairauksiksi somaattisten sairauksien tapaan (esim. Helén ym, 27-38).

Psykologian ja psykiatrian kehittyminen ja inhimillistyminen ovat tuoneet uusia mahdollisuuksia mielenterveysongelmien hoitoon. Toisaalta myös sellaiselle keskustelulle on tarvetta, joka ei kulje pelkästään lääketieteen ehdoilla.

Monien yhteiskuntapainotteisten näkemysten mukaan mielenterveysongelmat tai suoranainen hulluus rikkovat sosiaalisia sääntöjä ja omaa käsitystämme normaalista. Kun ihminen pystyy jälleen toimimaan osana yhteiskuntaa, voidaan hänen katsoa parantuneen. Hullujen käsitteleminen on paitsi hoitoa, myös hallintaa, jossa yhdistetään yhteiskunnan toiveita ja lääketieteen mahdollisuuksia. Naistenlehtien sankaritarinoissa korostetaan yksilöä, joka vastaa näihin toiveisiin ja näyttää myös hyvää esimerkkiä.

Tämä sopii naistenlehtien perinteeseen: ongelmat nähdään yhteisinä, mutta niitä ratkaistaan yksitellen toisen yksilön, kuten haastatellun tai toimittajan, neuvojen mukaan. Sen sijaan, että vaadittaisiin laajoja, yksilöllisiä muutoksia, pitäydytään yksilötasolla. (Siivonen 2006, 239).

Mielenterveyskysymykset eivät ole kuitenkaan samanlaisia kuin somaattiset sairaudet, ja toisaalta niitä ei voida myöskään pitää pelkästään kulttuurimme tuotteina. Mielenterveysongelmien historiaa⁸ useamman vuosisadan ajalta tutkinut Petteri Pietikäinen (2013, 17) ei usko, että mielisairauden oireet olisivat pelkän puheen ja sosiaalisen toiminnan tulosta. Sairauden kulttuurisesti vaihtuvien merkkien ja oireiden takana on luonnollinen todellisuus, biologia. Hänen mukaansa mielisairauksien kohdalla toisaalta fysiologiset ja toisaalta psyykkiset tai sosiaaliset selitykset muodostavat ideaaliset ääripäät, joiden väliltä useimpien mielen sairauksien selitykset lopulta löytyvät.

8 Kirjoittaja itse puhuu ”hulluuden historiasta”. Hän haluaa valinnallaan demedikalisoida hullutta ja korostaa poikkeavan käyttäytymisen kulttuuri- ja tilannesidonnaisuutta (Pietikäinen 2013, 15)

5.2 Voimaannuttavatko mielenterveyspotilaiden henkilökuvat?

Tarinoita voidaan lukea eri tavoin. Aktiivinen lukija reflektoi lukemaansa suhteessa omaan identiteettiinsä esimerkiksi samaistuvan luennan, neuvottelevan luennan tai vastustavan luennan kautta (Hall 1973). Lukija tulkitsee kertomuksia ja niissä tarjottuja ideologioitasekä niissä tarjottuja identiteettejä aiempien kokemustensa valossa. Jokainen identifioituminen kommentoi aiempia identifioitumisia ja luo puitteita tuleville identifioitumisille (Törrönen 2000, 258).

Sitä, miten naistenlehdissä kerrotut tarinat lopulta selitetään ja tulkitaan, on vaikeaa arvailla. Mediavälitteisten esimerkkien käyttöä identiteettityössä ei ole mielenterveystarinoiden osalta suomessa tutkittu juuri ollenkaan. Esimerkkejä tuotetaan aktiivisesti. Mielenterveysjärjestöt kouluttavat kokemusasiantuntijoita kertomaan sairauksistaan, ja mielenterveysongelmista sinänsä kirjoitetaan huomattavasti enemmän kuin esimerkiksi kymmenen vuotta sitten. Muutamassa aineiston henkilökuvassakin mainittiin, että omiin oireisiin sopivat tarinat auttoivat diagnoosin selvittämisessä.

Mielenterveyspotilaiden henkilökuvien voimaannuttavaa vaikutusta olisi mielenkiintoista tutkia. Luetaanko tarinoita vastustavasti vai tulkitsevasti? Virpi Ekholm(2002) kertoo gradussaan, että Hyvä Terveys -lehden lukijat saavat lukukokemuksistaan tietoa ja neuvoja, identiteettityön välineitä sekä nautintoa. Tämä viittaa siihen, että samatkin tekstit voidaan lukea useilla tavoilla.

Jos mielenterveysongelmiin haetaan tukea, niin etsitäänkö niitä naistenlehdistä vai keskustelupalstoilta? Mielenterveyspotiluus saattaa olla erilaista eri tyyppisissä mediateksteissä. Uskaltaisin väittää, että esimerkiksi toimittamattomien verkkokeskustelujen käsitys mielenterveyspotilaista ja sellaisena olemisesta on erilainen kuin huolella koostetuissa naistenlehdissä. Vuorovaikutteisissa medioissa myös vertaistuen ajatus saattaa toteutua kausijulkaisuja paremmin.

5.3. Hoitojärjestelmä piilotetaan

Naistenlehtien sankarit vaikuttavat kertomusten perusteella varsin tasapainoisilta ja hyvinvoivilta ihmisiltä. Tutkimistani naistenlehtien henkilökuvista puuttuvat kokonaan esimerkiksi laitoksissa asuvat mielenterveyspotilaat. Monissa henkilökuvissa on mainintoja siitä, että sairaus on vaatinut sairaalajaksoja. ”Raskaammista” hoidoista kerrotaan kuitenkin vasta silloin, kun ne ovat takanapäin.

Osasy tähän voi löytyä toimittajan harkinnasta: ei ole eettisesti tai edes käytännössä ongelmatonta haastatella ihmistä, jolla pahoja ja oireilevia mielenterveysongelmia. Ne eivät välttämättä myöskään kiinnosta naistenlehtien yleisöjä. Kärjistäen voisi kysyä, mitä iloa on esimerkiksi psykoottisen ihmisen haastattelemisesta.

Susanna Hyväri (2011, 231) kirjoittaa artikkelissaan mielisairaalapotilaan urasta. Siinä mielenterveyskuntoutujan identiteetti on ”psykiatrisen hoitokäytäntöjen jatkuvuuksien ja muutosten kautta muovautunut kuntoutujan yhteiskunnalliseksi rooliksi”. Hyvärinen tarkastelee mielenterveyspotilaiden omaelämäntarinoita kertojien identiteettejä muotoilevina kertomuksina. Hänen tarkastelemansa tarinat rakentuvat juoneltaan seuraavasti:

1. Sairastumista taustoittavat elämäntapahtumat ja niiden tulkinta
2. Psykykinen sairastuminen
3. Psykiatriseen avohoitoon joutuminen
4. Sairaala- ja avohoidon vuorottelu (sairaalakierre) sekä sairaan ja potilaan identiteetin sisäistäminen
5. Psykiatriseen diagnoosiin perustuva varhaiseläkkeelle siirtyminen ja kuntoutujan aseman vakiintuminen
6. Elämän nykytilanteen kuvaus ja arvio sen suhteesta menneeseen.

Naistenlehtien mielenterveyspotilaiden henkilökuvat eroavat omaelämäntarinoista siinä, ettei niissä juurikaan kuvata sairaalakierrettä – se korkeintaa mainitaan. Myöskään kuntoutujan aseman vakiintuminen jätetään tarinoissa marginaaliin. Pääpaino on potilaan omassa elämähallinnassa.

Psykiatrisessa sairaanhoidossa on tapahtunut suuria muutoksia: 2000-luvun aikana psykiatrinen

laitoshoito on vähentynyt ja avohoito lisääntynyt. Tämä on vaikuttanut myös mielenterveyspotilaiden ”uramahdollisuuksiin”. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan laitoshoitajaksot ovat vähentyneet 19 prosenttia ja avohoitokäynnit ovat lisääntyneet 17 prosenttia vuodesta 2006. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2013).

Siirtyminen avohoitoon ja laitospaikkojen vähentäminen on herättänyt kritiikkiä mielenterveyspalveluiden riittävydestä. Keskustelua käydään myös siitä, tuleeko mielenterveysongelmia hoitaa lääkkeillä. Psykoterapeuttien koulutus on laitettu hiljattain uusiksi, minkä on arveltu pahentavan terapeuttipulaa.

Mielenterveystyön kentän tapahtumat eivät kuitenkaan välity naistenlehtien henkilökuviin. Niissä mielenterveyden ongelmat ja ratkaisut löytyvät yhteiskunnan rakenteiden sijaan yksilöistä itsestään ja hänen omasta lähipiiristään. Samalla kun naistenlehtien potilastarinoissa mielenterveyshoitojärjestelmä kuvataan vain ohuesti, ohitetaan myös siihen kohdistuva keskustelu ja kritiikki. Kuva mielenterveysongelmien hoidosta on ongelmaton: sairastuneet sankaripotilaat kamppailevat ja toipuvat.

Tarinat, joissa potilas toimii lähes yksinään oman mielenterveytensä rakentaja, jättävät kertomatta jotain olennaista tekijän mielenterveyden hoidosta. Psykiatrian erikoissairaanhoidon potilasmäärät eivät ole nimittäin ole marginaalisia: kaikkiaan psykiatrian erikoisalojen palveluita käytti vuoden 2010 aikana yli 150 000 potilasta (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2013).

5.4. Naistenlehdet terveysturin asialla

Kerroin johdannossa ystävästäni, joka ei löytänyt naistenlehtien kertomuksista omaan identiteettiinsä sopivaa samaistumisen kohdetta. Hänen kamppailunsa mielenterveysongelmien kanssa jatkuu, ja hänen tilanteensa muistuttaa tällä hetkellä Frankin kaaostarinaa. Silloin, kun sairaus vie eivätkä omat voimavarat riitä, on kohtuutonta sovitella sankarin viittaa kenellekään.

Kaikki mielenterveysongelmat eivät parane, vaikka naistenlehtien henkilökuvista helposti syntyykin sellainen kuva. Osa mielenterveyskuntoutujista tarvitsee mahdollisesti koko loppuelämänsä tukea selvitäkseen arjesta: kuntoutustukea, psykoterapiaa, sairaalajaksoja, lääkkeitä ja jatkuvaa hoitoa. Monet mielenterveyden häiriöt johtavat itsetuhoiseen käyttäytymiseen ja jopa kuolemaan.

Juttuja tehdään usein yksi kerrallaan, ja tässäkin aineistossa olevat diskurssit näyttävät vasta, kun yksittäiset, eri toimittajien kirjoittamat henkilökuvat kokoaa yhteen ja analysoi. Siitä huolimatta jokaisella kirjoittajalla ja kustantajalla on syytä pitää mielessä mielenterveysongelmien luonne yksittäistä esimerkkiä laajemmin. Jokaisella tekstillä ja siinä käytetyillä diskursseilla tuotetaan myös ideologiaa, tarkoituksellisesti tai tarkoituksittomasti.

Ketä sitten mielenterveysjärjestelmän häivyttäminen ja potilaan oman toiminnan korostaminen palvelee? Uusliberalistista talouspolitiikkaa, jossa yhteiskunnan tehtävät on karsittu minimiin? Mielenterveyden hoitoa, jossa kunnioitetaan potilaan yksilöllisyyttä ja itsemääräämisoikeutta?

Sankaripotiluuden ideologiaa voi avata Anna-Maria Mäki-Kuutin (2012, 44) käyttämän terveysturin käsitteen kautta. Valistettavan kansalaisen sijaan meistä on tullut oman elämämme hallintaan pyrkiviä kuluttajia, jotka rakentavat omaa identiteettiään terveyden kautta. Terveyden kautta tehdään eroja kurinalaisten ihannekansalaisten ja ”kurittomien toisten” välillä. Terveysturi on yhteisöllistä fantasiaa, jolla tuotetaan ihannekansalaisuutta erilaisissa kulttuurisissa ja sosiaalisissa käytännöissä ja johon yksilöitä yritetään suostutella. Media tarjoaa siihen aineksia antamalla ohjeita hyvään elämään ja julkaisemalla muodonmuutosohjelmia. Erityisesti sellaiset ihmiset, jotka käyttävät kausijulkaisuja terveystiedon lähteenä, ovat terveysturille herkkiä: heidän asenteensa ja terveellistä elämäntapaa kohtaan ovat myönteisempiä kuin niillä, jotka saavat terveystietonsa suoraan asiantuntijoilta tai päivittäismediassa (Eriksson-Backa 2004, 98).

Sankaripotilaat ovat (mielen)terveyskurille kuuluisia kuluttajia, jotka ottavat oman elämänsä hallintaan. Sankaripotilas pystyy omalla aktiivisuudellaan valitsemaan terveen elämäntavan mielisairaana sijaan. Kertomalla sankaripotilaiden tarinoita meille vaivihkaisesti tarjotaan ajatusta siitä, että pystyisimme itse valitsemaan, kärsimmekö mielenterveysongelmista vai valitsemmeko terveyden. Tämä ajatus toisaalta lohduttaa ja voimaannuttaa, mutta samalla se leimaa sairastavat mielenterveyspotilaat vastuuttomiksi ihmisiksi, jotka eivät ole halunneet parantua.

Mediassa on nykyisin tilaa mielenterveyspotilaille, mutta vain kurinalaisille sellaisille. Potilaat ovat hyvinvoivia, he esiintyvät kuvissa kauniisti meikattuina ja terveen näköisinä. Tämä saattaa hälventää mielenterveysongelmiin liittyviä stigmoja, mutta samalla rakennetaan uutta mielenterveyskuria, sopivan potilaan mallia. Naistenlehtien potilas on kurille kesytetty, muunlaisille mediatilaa ei tarjota. Tämä saattaa jopa marginalisoida ennestään niitä, jotka eivät pysty vastaamaan tai halua vastata terveyskurin vaatimuksiin.

Tutkimani aineiston perusteella on mahdotonta arvioida, miten mielenterveyspotiluuutta esitetään eri viestintävälineissä: naistenlehdet ovat erityinen viestintäympäristönsä jolla on omanlaisensa tavoitteet ja toimintatavat. Sitä täydentävät muista viestintätilanteista tulevat käsitykset mielenterveydestä ja mielenterveyspotiluuudesta. Mielenterveyspotiluuutta määritellään median lisäksi kodeissa, sairaaloissa, yhdistyksissä, tukiasunnoissa ja työpaikoilla. Perinteisen, toimitetun median lisäksi mielenterveyspotilaat tulevat esille omilla ehdoillaan sosiaalisen median kautta.

Sananvaltaa käyttävä journalisti on ammattinsa kautta aivan erityisessä vastuussa siitä, mitä hän omalla työllään edistää. Tutkimalla useamman tyyppisiä media-aineistoja olisi mahdollista päästä tarkemmin paitsi mielenterveyspotiluuuden, myös sen jäljille, millaista mielenterveyspolitiikkaa julkinen sana tahtoen tai tahtomattaan palvelee.

LÄHTEET

KIRJALLISUUS

Aristoteles, 2000. Aristoteles IX, Retoriikka. Runousoppi. Toimittaneet Knuuttila, Simo, Niiniluoto, Ilkka ja Thesleff, Holger. Gaudeamus, Helsinki.

Aldridge, Mary. 2001. Confessional culture, masculinity and emotional work. *Journalism*, Vol 2(1): 91-108. Sage, Lontoo.

Burr, Vivien. 2003. *Social constructionism*. Routledge, Lontoo.

Eriksson-Backa, Kristina. 2004. Terveystieto ja sen vaikutus terveystietämykseen ja -käyttäytymiseen. *Informaatiotutkimus* 23(4), s. 95-101.

Ekholm, Virpi. 2002. Terveyslehti lukijoidensa elämässä. Laadullinen haastattelututkimus Hyvä Terveys -lehden merkityksestä lehden pitkäaikaisille lukijoille. Tiedotusopin pro gradu -tutkielma, Tampereen yliopisto.

Eskola, Jari ja Suoranta, Juha. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino, Tampere.

Frank, Arthur. 1995. *The Wounded Storyteller. Body, Illness, and Ethics*. The University of Chicago press, Chicago.

Giddens, Anthony. 1991. *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age*. Stanford University Press, Stanford.

Goffman, Erving. 1961. *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Anchor Books, New York.

Joensuu, M., Kivistö, S. Malmelin, J. ja Lindström, K. 2008. Pitkä sairausloma ja työhönpaluu. Työ ja Ihminen. Tutkimusraportti 34. Työterveyslaitos, Helsinki.

Jokinen, Arja, Juhila, Kirsi ja Suoninen, Eero. 2004. Diskurssianalyysin aakkoset. Vastapaino, Tampere.

Jorm, A.F. 2000. Mental Health Literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 177:396-401.

Järvi, Ulla. 2003. Potilas ja media. Potilaan rooli terveystjournalismin eri lajityypeissä. Julkaisematon journalistiikan pro gradu. Jyväskylän yliopisto, Viestintätieteiden laitos.

Järvi, Ulla. 2011. Media terveyden lähteillä. Miten sairaus ja terveys rakentuvat 2000-luvun mediassa. Akateeminen väitöskirja. *Jyväskylä Studies in Humanities*, 150. Jyväskylä.

Hall, Stuart. 1973. *Encoding and Decoding in the Television Discourse*. Centre for Contemporary Cultural Studies, Birmingham.

Hall, Stuart. 1999. *Identiteetti*. Suomentaneet Lehtonen, Mikko ja Herkman, Juha. Vastapaino, Tampere.

Helén, Ilpo (toim.) 2011. *Reformin pirstaleet. Mielenterveyspolitiikka hyvinvoinnin jälkeen*. Vastapaino, Jyväskylä.

Helén, Ilpo, Hämäläinen, Pertti ja Metteri, Anna. 2011. Komplekseja ja katkoksia – Psykiatrian hajaantuminen suomalaiseen sosiaalivaltioon. Teoksessa Helén, Ilpo (toim.) 2011. *Reformin pirstaleet. Mielenterveyspolitiikka hyvinvoinnin jälkeen*. Vastapaino, Jyväskylä.

Hermes, Joke. 1995. *A Perfect Fit: feminist media studies*. Teoksessa Buikema, Rosemarie ja Smelik, Anneke (toim.) *Women's studies and culture. A Feminist introduction*. Zed Books, Lontoo ja New Jersey.

Honkasalo, Marja-Liisa, Utriainen, Terhi ja Leppo, Anna (toim.). 2004. *Arki satuttaa. Käsrimyksiä suomalaisessa nykypäivässä*. Vastapaino, Tampere.

Honkasalo, Marja-Liisa ja Salmi, Hannu, 2012. *Terveyttä kulttuurin ehdoilla*. K&H, Turku.

Hyväri, Susanna 2011. Kamppailu stigmaa ja syrjäytymistä vastaan – kaksi potilastarinaa. Teoksessa Helén, Ilpo (toim.) 2011. Reformin pirstaleet. Mielenterveyspolitiikka hyvinvoinnin jälkeen. Vastapaino, Jyväskylä.

Koivisto, Virpi. 2007. Nyt puhuu haastateltava. Omista mielenterveysongelmista kertominen mediassa: syitä, kokemuksia ja seurauksia. Tiedotusopin pro gradu -tutkielma, Tampereen yliopisto.

Kela 2006. Kelan sairausvakuutusilasto. Kansaneläkelaitos. Tilastoryhmä. Helsinki.

Kunelius, Risto. 2000. Journalismi nelijalkaisena otuksena: tutkimuksen näkökulmia, ongelmia ja haasteita. Tiedotustutkimus 23:3, s. 4-27. Tiedotusopillinen yhdistys, Helsinki.

Luukka, Minna-Riitta. 2000. Tabusta taudiksi. Tiedotustutkimus 23:1, s. 57-60. Tiedotusopillinen yhdistys, Helsinki.

Mahlakaarto, Salme. 2010. Subjektiksi työssä. Identiteettiä rakentamassa voimaantumisen kehitysohjelmassa. Akateeminen väitöskirja. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research. Jyväskylä.

Mäkelä, Anna, Puustinen, Liina ja Ruoho, Iris (toim.) 2006. Sukupuolishow. Johdatus feministiseen mediatutkimukseen. Gaudeamus, Helsinki.

Mäki-Kuutti, Anna-Maria (2012). Terveyskuri television lääkärisarjoissa. Sosiaalilääketieteen aikakauslehti 49:1, 44-59.

Modinos, Tuija ja Suoninen, Annikka. 2003. Tekstit nuorten arjessa. Jyväskylän yliopisto, soveltavan kielentutkimuksen keskus, Jyväskylä.

Pietikäinen, Petteri. 2013. Hulluuden historia. Gaudeamus oy, Helsinki.

Regier, Donald., Hirschfeld, Robert, Goodwin, Frederick ym. (1988) The NIMH depression

awareness, recognition, and treatment program: structure, aims, and scientific basis. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1351 -1357.

Ridell, Seija. 1994. Kaikki tiet vievät genreen. Tampereen yliopisto, tiedotusopin laitos, sarja A 82. Räsänen, Ulla. 2003. Masentuneet nuoret mediassa: riskiryhmiä ja masennuksen orjia. Teoksessa Modinos, Tuija ja Suoninen, Annikka. 2003. Tekstit nuorten arjessa. Jyväskylän yliopisto, soveltavan kielentutkimuksen keskus, Jyväskylä.

Ruoho, Iris. 2006. Julkisuudet, naiset ja journalismi. Teoksessa Mäkelä, Anna, Puustinen, Liina ja Ruoho, Iris (toim.) 2006. Sukupuolishow. Johdatus feministiseen mediatutkimukseen. Gaudeamus, Helsinki.

Ruoho, Iris ja Saarenmaa, Laura. 2011. Eduvalvonnasta elämänpolitiikkaan. Naistenlehdet journalismina ja julkisuutena. Tampereen yliopisto, viestinnän, median ja teatterin yksikkö. Tampere.

Räty, Hannu (1983). Tutkimus mielisairauteen liittyvistä asenteista, sosiaalisesta kommunikaatiosta ja mielenhäiriöiden implisiittisestä kuvausjärjestelmästä. Joensuun korkeakoulu, Kasvatustieteiden osaston julkaisuja. N:o 25. Joensuun korkeakoulun offsetpaino.

Sarup, Madan. 1996. Identity, culture and the postmodern world. The University of Georgia press, Athens.

Siivonen, Jonita. 1999. Stor Anna, Liten Anna och tio andra personporträtt. Om innehållsriga ock språkliga mönster i en mediegenres kvinnobeskrivningar. SSIH Skrifter 11. Helsingfors: Universitetstryckeriet.

Siivonen, Jonita. 2006. Lohduttava ja piinaava naistenlehti. Teoksessa Mäkelä, Anna ym. (toim.) Sukupuolishow. Johdatus feministiseen mediatutkimukseen. Gaudeamus, Helsinki.

Taylor, Charles. 1995. Autenttisuuden etiikka. Suomentanut Timo Soukola. Gaudeamus, Helsinki.

Terveystieteiden tutkimuskeskus 2011. Tautiluokitus ICD-10 klassifikation av sjukdomar ICD-10.

Suomalainen 3. uudistettu painos Maailman terveysjärjestön (WHO) luokituksesta ICD-10. Toimittanut Jorma Komulainen.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013. Psykiatrian erikoissairaanhoidon tilastoraportti 4/2013, 12.2.2013. Suomen virallinen tilasto, Terveys 2013.

Torkkola, Sinikka. 2001. Sairas juttu. Tutkimus terveysjournalismin teoriasta ja sanomalehden sairaalasta. Tampere University press. Tampere.

Torkkola, Sinikka ja Mäki-Kuutti, Anna-Maria. 2012. Terveydet ja sairaudet mediassa. Teoksessa Honkasalo, Marja-Liisa ja Salmi, Hannu, 2012. Terveyttä kulttuurin ehdoilla. K&H, Turku.

Törrönen, Jukka. 2000. Subjektiaseman käsite empiirisessä sosiaalitutkimuksessa. Sosiologia 37, 3/2000 s. 243-253.

Töyry, Maija. 2005. Varhaiset naistenlehdet ja naisten elämän ristiriidat. Neuvotteluja lukijasopimuksesta. Viestinnän julkaisuja 10. Helsingin yliopisto, viestinnän laitos. Helsinki.

Utriainen, Terhi. 2004. Suojaavat kehykset ja alaston kertomus. Teoksessa Honkasalo, Marja-Liisa, Utriainen, Terhi ja Leppo, Anna (toim). 2004. Arki satuttaa. Käsrimyksiä suomalaisessa nykypäivässä. Vastapaino, Tampere.

Vainio, Suvi. 2005. Journalismi vertaistukena. Laadullinen haastattelututkimus Ihonaika-lehden lukijoille. Tiedotusopin pro gradu -tutkielma, Tampereen yliopisto.

Wolff, Geoffrey., Pathare, Soumitra ja Craig, Tom ym. (1996) Community knowledge of mental illness and reaction to mentally ill people. British Journal of Psychiatry, 168, 191 -198.

VERKKOLÄHTEET

Hyvärinen, Matti. 2006. Kerronnallinen tutkimus. Verkkodokumentti.

http://www.hyvarinen.info/material/Hyvarinen-Kerronnallinen_tutkimus.pdf Aineistoon viitattu 23.8.2013.

Journalistiliitto 2010. Journalistin ohjeet. Verkkodokumentti.

<http://www.journalistiliitto.fi/pelisaannot/journalistinohteet/> Aineistoon viitattu 16.8.2013.

Mielenterveyden keskusliitto. 2013. Verkkodokumentti. Saatavissa:

http://www.mtkl.fi/liiton_toiminta/vertaistuki/kasitteita/kokemusasantuntijatoiminta/ Aineistoon viitattu 16.8.2013.

Suomen Mielenterveysseura 2013. Verkkodokumentti. Saatavissa:

http://www.mielenterveysseura.fi/tiedotus_ja_julkaisut/itsemurhien_ehkaisypaiva Aineistoon viitattu 25.9.2013.

Työterveyslaitos. 2013. Vakuutuslääketieteellisen päätöksenteon tukiväline – ohjeisto

sairaaksikirjoittamista varten. Verkkodokumentti. Saatavilla:

<http://www.ttl.fi/fi/tyoterveyshuolto/sairaaksikirjoittaminen/Sivut/details.aspx?page=4&item=42>

Aineistoon viitattu 14.8.2013.

SUULLISET TIEDONANNOT

Hoikka, Mikko. 2013. Aikakausmedian liittojohtaja. Haastateltu puhelimitse 13.8.2013.

LIITTEET

Liite 1: Yhteenvedotaulukko aineiston artikkeleista

Kaksisivuiseen taulukkoon on koottu aineiston artikkelit ja niiden ominaisuuksia. Taulukosta käy ilmi taustatietoja haastateltavista, kuten ikä, ammatti ja sukupuoli. Yhteenvedoon on listattu artikkelien ingressit, jutussa mainitut somaattiset ja psyyken sairaudet ja niiden oireet sekä asioita, joiden on mainittu auttaneen toipumisessa.

Taulukossa on joitakin tyhjiä kohtia. Nämä tiedot eivät käy ilmi artikkelista, esimerkiksi haastateltavan ikää ja ammattia ei ole aina mainittu.

Taulukko1

LEHTI	NUMERO	Artikkeli	juttusarja	Jutun kirjoittaja	Mäinitut oireet ja sairaudet	Mainittu hoito	Mikä muu auttoi	Päähenkilön sukupuoli	ikä	ammatti
Cosmopolitan	Helmi 2012	Lian korkealla sykkeellä, s.41		ei käy ilmi	ylkkunto, lihasten värinä, ahdistus, väsymys, itkuisuus, burnout , akuutti stressireaktio , käsien värinä, huikaus, äänihuulien puuttuminen, kasvoharvaukset	sairausloma, keltäytyvi masennuslääkkeitä, unilääkkeet	valokuvaaminen, blogin kirjoittaminen	nainen		liikunnan ohjaaja, personal trainer
Cosmopolitan	Helmi 2012	Diagnoosi: F29			etiäisyys, billettäminen, viinan juonti, töiden tekeminen, jumiruunee ajatukset, rinnan puristuminen, harhakuvitelmat, F29: Määrätlemätön eielimellinen psykoosi, työpupumus, ahdistus, masennus, itsesuojeluset ajatukset	Sairaalassa kuukausi, lääktys, kuvailmainsuoterapia, psykiatrisen sairaanhoitajan tapaamiset, psykoterapia		nainen	30 asiantajaja	
Kotivinkki		Enää en pakene. Entinen sotilas Stephen Pratt huomasi, ettei taistelu loppu siviilissä. Hän ei löytänyt rauhaa ede suomalaisessa korvessa. Oli pakko kohdata vaikkein vastustajia.	Viimeinen sana. Sanoja, jotka saavat tunteeet pihinaan.	Anni Peltola	painolasti, itsehuoisuus, masennus	terapia	hoitaja sanoi, ettei homoudele tarvitse voida mitään. Muutto, parisuhde, seia, uskonto	mies	25 lähiohoitaja	
kotiliesi		Enää en pakene. Entinen sotilas Stephen Pratt huomasi, ettei taistelu loppu siviilissä. Hän ei löytänyt rauhaa ede suomalaisessa korvessa. Oli pakko kohdata vaikkein vastustajia.	Heikiti elämästäni	Susanna Chazal-martin	unettomuus, post-traumaattinen stressihäiriö , pelkoitlat	terapia, NLP	lähtö armeijasta, juokseminen, pako suomeen, maalaaminen, valmo	mies	62	Entinen sotilas
kotiliesi		Omneksi en mennyt kokonaan rikki. Sina Lähdätho heittelehti kaksi vuotta vakavan mielentilän viedävänä. Syösykierre vei Sirpan voimat monia kertaa. Nyt hän nauttii 11 tasapainoisesta arjesta.	Heikiti elämästäni	Essi Kätköhen	kaksisuuntainen mielialahäiriö eli bipolaarihäiriö , masennus, ryppömanä, ahdistuneisuus, itsemurhayritykset	osastoahoio, masennuslääktys, litium ja itäsmälääkkeet, perheneuvoja	ymnärtäväset ja pitkäpinnaiset ihmiset, työkaaveni ja esmites, aviomies, lemmitit (kuvatekstissä)	nainen	49 eläkkeellä.	Ei käy ilmi. Nyt 49 eläkkeellä.
Kodin kuvalehti		Häpesin itseäni hirveästi. Pienenä Jenni Nisula oli balettityttö, joka ei koskaan hymyilyt. Nuoruusvuodet hän häpesi ulkonäköään lähes itseuhuonon asti, mutta nyt hän uskaltaa olla juuri sellainen kuin haluaa. Viis ihmisten 8katselusta. s. 116-119	Elämäni tarina	Tarja Hirvasnoto	FSHD (ihassairaus), paniikkioireet (hengästyttäminen ja ihon pistely), eristäytyminen, laskujen erääntyminen, paniikkikohtaukset, itsemurhausuunnitelmat	psykiatrisen sairaalan suljettu osasto, kuvataiterapia, päivätoimintakeskus	bändiryhmä	nainen	27 (lussa)	opiskelija (digimedia ja terveysalan tietohallinta Tampereen ammattikorkeakoulu) (lussa)
Kodin kuvalehti		Enää en yritä miellyttää. Piia Sumupuu luuli piklään, että hänen pitää olla kaikille mieleksi. Sitten tuli ystävänsä, joka kasvatti hänet ottamaan vastuun omista onnellisuudesta.	Elämäni tarina	Mervi Juusola	masennus, paniikkihäiriökohtaus, toimintakyvyn katoaminen, alkoholin käyttö	rauhhoitavat lääkkeet, masennuslääkkeitä, terapia, psykodraamaaityhmä	vesijuoksu, myönteinen ajattelu	nainen	49 ja	terapeutti, valmentaja
Kodin kuvalehti		Kipu ei tehnyt minusta erakkoa. Lapsi oli pieni ja laanaa paljon, mutta äiti ei voinut kuin maata särngyssä tuskaansa. Riiva Huostilan selkeä ei koskaan palannut työkuntoon. Litakunta, musiikki, päiväkirja ja ystävät autta-10vat, kun sattu pahiten.	Elämäni tarina	Kirsi-Klaudia Kangas	Tauoton hermokipu, selkähäp, heivelinen tuska, spondyloeteesi eli nikamasiirymä, masennus	visioioista eri seikkaleikkauksia, epiduraalilistimulaatio. Opiatit, hyppnoosihoito, ortopedi, "ammattaitajia" ja terapia	musiikki, lavatanssi, lenkkipolut, pöuntititali, arvokkaat ystävyssuhteet, päiväkirja, yhdistystoiminta	nainen	53	katsastusasemalla työskentelevä merkonomi
Kodin kuvalehti		Opettelen hymyilemään peliikuvalleni. Kun Nina Hirvonen katsoi nuorena itseään, hän näki vastenmielisen ruman ja ihavan työtön. Työytmättömyys alkoi haavaaunuttaa katsoo asiaa suoraan eteenpäin tuskyt, mitor-	Elämäni tarina	Soili-Sisko Eskola	Dysmorfinen ruumiinkuvan häiriö eli BDD , väsymys, alakulo, ylikriittisyys, heikko omanarvon-	opiskelijaterveydenhuolto, psykologi	netti	nainen	23	opiskelija (englannin keli ja kääntäminen), valmistuu muutaman vuoden päästä
Kodin kuvalehti		17hyllin taustalta löytyy nuoruuden haavoja.	Elämäni tarina	Jaana Skyttä	Traumaperäinen stressihäiriö	ei mainita	haaveilu, kaunit asut, kissa. Erakoituminen vanhempien luo seitsemäksi vuodeksi.	nainen		opiskelija (historia)

Taulukko1

Anna	Ärthän sairauden jälkeen. Kun Sanna Leinonen, 37, vakavan sairauden jälkeen maasentui, äiti toi hänelle kaksi pakettia 4-nen elämä.	Matka naisiksi	Mika Heinonen	kuume, vatsakipu, syövä, masennus	leikkaus, syöpähoidot, yksityinen psykologi	nainen	korujen tekijä, entinen myyjä	37
Anna	Lopulta ystäväystyyn itseni kanssa. Serena Backin, 20, kiusattiin rajusti puolitousta vuot- ta. Kiusaamisen aiheuttamaa tuhoa hän on 6saanut korjata näihin päiviin asti.	Yksi meistä	Sanna Puhto	stressi, turvotus, pahoinvointi, itseinho, masennus , tunnettomuus, ahdistus, jännittäminen, so- siaalisten tilanteiden pelko, paniikkihäiriö , ku- votus, minäkuvan väärisyminen	masennuslääkkeet, lastenpsykologi, nuorisopsykiatrian poliklinikka, säännö- linen terapia 18-vuotiaaksi	nainen	opiskelija (maskee- 20 raaja)	
Anna	Eron jälkeen aikuiseksi. Tapattumaraken- taja-artsaaniksi opiskelija Marjo Leinonen, 42, huomasi raastavan avoeron jälkeen ole- 17/vansakin sosiaalinen ja puhelias	Matka nai- seksi	Annina Pennonen	masennus	masennuslääkkeet, terapiaa pari kertaa	nainen	opiskelija (T apah- 42 luma-artsaan)	
Anna	Suojeilin lasta itseltäni. Ulla antoi vapaaeh- toisesti lapsensa huostaan. Kun hän kasvoi vahvemmaksi äidiksi, tytär halusi tulla takai- 19:siin kotiin.	Yksi meistä		ADHD , väsymys, rittämättömyyden tunne	ADHD-lääkitys, sosiaalityöntekijä	nainen		39
Anna	Halusin tuntea, mutta en iikkaa. Susanna häpesi polkkoilevia tunteitaan vuosia. Diag- noosi tunne-elämältään epävakaa per- soonallisuudesta sai hänet lopulta ymmär- 30:tämään itseään.	Yksi meistä		Tunne-elämältään epävakaa persoonallisuus- häiriö , toistuva masennus, ahdistusoireet, huono itsetunto, kiitmyyys, asiossa vellominen, itsetu- hoisuus, tyhyyden tunne	sairaalahoido, epäsoivat mielialalääk- keet, koulukuraattori, nuorisokoti, psy- kiatri	nainen		
Anna	Alakulon kanssa oppii elämään. Hannele Virkkunen 61, on kärsinyt nuoresta pitäen kaksiuuntaisesta mielialahäiristä. Sairaus on opettanut armollisuutta itseä ja muita koh- 36:laan.	Matka nai- seksi	Hanna Leivon- niemi	kaksisuuntainen mielialahäiriö alakulo, masen- tuneisuus, väsymys, toivoittomuuden tunne, rin- tasyövä	ikäkäs	nainen		61
Anna	Silloin väistyi sumuverho. Mimma Lindqv- istit, 33, tunsi jo koulukärsensä, ettei ole sa- manlainen kuin muut. Hän piti itseään tyh- mänä, kun arki ajautui tiukasti kaatukseen. Aikuisena saatu ADHD-diagnoosi oli helpo- 37:tus.	Matka nai- seksi	Maria Tojkander	ADHD	lääke, concerta	nainen	työskentelee auto- 33:alan IT-yrityksessä	
Anna	Ei enää se tyttö. Sairaanhoidaja Tanu Pakka- ja, 52, oli päälle kolmekymppinen, kun mieli hajosi. Sen kasaaminen kesti pitkään, mutta 40:opetti kaiken arvokkaan.	Matka nai- seksi	Sanna Puhto	psykoosi , syvä masennus, mania, itsemurhayri- lys, kaksisuuntainen mielialahäiriö	sairaalahoido, lääkkeet, terapeutti (yksi keho ja yksi hyvä)	nainen	52: sairaanhoidaja	
Kodin Peller- vo	Vahva tahto ja verstaistuki. Anna, jisa Luo- va, 28, sairastui anoreksiaan 15-vuotiaana. Symptomiarion on koko perheen sairaus, tie- 31:tää Anna-Liisan äiti.	Terveys-tee- maasu	Hannele Niemi	Anoreksia , elimistön hajoaminen	nuorisopsykiatria, opiskelijaterveyden- huolto, psykiatrian suljettu osasto,SYMISHAIRIOKESKUS, Kognitiivinen psy- koterapeutti	nainen		28:opettaja