

Heini Kapanen

Mielenterveys- toipumisen rakentuminen puheena



LAPIN YLIOPISTO
UNIVERSITY OF LAPLAND

HEINI KAPANEN

Mielenterveystoipumisen rakentuminen puheena

Akateeminen väitöskirja,
joka Lapin yliopiston yhteiskuntatieteiden tiedekunnan suostumuksella
esitetään julkisesti tarkastettavaksi Lapin yliopiston luentosalissa B127
marraskuun 21. päivänä 2025 klo 12.00.



LAPIN YLIOPISTO
UNIVERSITY OF LAPLAND

Rovaniemi 2025

Lapin yliopisto
Yhteiskuntatieteiden tiedekunta

Väitöskirjan ohjaajat:

Yliopistonlehtori Liisa Hokkanen, Lapin yliopisto
Professori Heli Valokivi, Jyväskylän yliopisto
Emeritaprofessori Anneli Pohjola, Lapin yliopisto

Väitöskirjan esitarkastajat:

Professori (ma.) Kirsi Günther, Turun yliopisto
Professori Riitta Vornanen, Itä-Suomen yliopisto

Vastaväittäjä:

Professori Riitta Vornanen, Itä-Suomen yliopisto



Taitto: Minna Komppa, Taittotalo PrintOne

Acta electronica Universitatis Lapponiensis, 422

ISBN 978-952-337-518-5
ISSN 1796-6310

Elektronisen väitöskirjan pysyvä osoite
<https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-337-518-5>

Tiivistelmä

Heini Kapanen

Mielenterveystoipumisen rakentuminen puheena

Lapin yliopisto, 2025, 204 sivua

Acta electronica Universitatis Lapponiensis, 422

ISBN 978-952-337-518-5

ISSN 1796-6310

Tässä sosiaalityön tieteenalaan kuuluvassa tutkimuksessani tarkastelen mielenterveystoipumista vertaisina toimivien mielenterveystoipujien omakohtaisen ja vertaiskeskustelussa rakentuvan puheen kautta. Mielenterveystoipumisen käsitteelliset lähtökohdat nojaavat henkilökohtaiseen toipumiseen, sosiaaliseen toipumiseen erityisesti yhteisöissä ja elinympäristöissä sekä vertaisuuteen ja kokemusasiantuntijuuteen. Tutkimukseni tuottaa palvelujärjestelmän ulkopuolella muotoutunutta tietoa pitkäkestoisista mielenterveyden haasteista toipumisesta sekä omakohtaisesta että kollektiivisesti vertaiskeskustelussa jaetusta ja rakentuvasta kokemustiedosta. Tutkimus tuo näkyväksi vertaistuen ja kokemusasiantuntijuuden keskeisen merkityksen mielenterveystoipumisessa.

Tutkimus analysoi pitkäkestoisista mielenterveysongelmista toipuneiden vertaisten puheessa tuotettuja kokemuksia ja näkemyksiä mielenterveystoipumisesta. Tutkimuksella vastaan kysymyksiin, miten mielenterveystoipuminen rakentuu puheessa ja millaisia toipumiseen kiinnittyneitä kategorioita vertaisten puheessa rakentuu. Laadullisen tutkimukseni lähestymistapa on sosiaalikonstruktionistinen.

Tutkimusaineistona ovat 21 vertaisen ryhmäkeskustelut ja kahdenkeskiset keskustelut. Aineiston olen analysoinut kolmessa vaiheessa: pohjustavalla induktiivisella temaattisella analyysillä, vuorovaikutuksen äänianalyysillä ja jäsenkategoria-analyysillä.

Tutkimuksessa hahmotan neljä mielenterveystoipumisen historiallista vaihetta. Puheen analysointi tuo esiin historiallisten vaiheiden läsnäolon toipujien kokemuksissa. Analyysini puheesta tuo esiin toipumista edistävät tekijät: usko toivosta ja toipumisen mahdollisuudesta, toipumisen keinojen löytyminen ja vertaisten ja kokemusasiantuntijuuden merkitys toipumisessa. Toipumista estävät tekijät ovat sairastamisen oireiden heijastuminen arkielämään ja toiseuden kokemukset, stigma ja hoito- ja palvelujärjestelmän järjestelmäkeskeiset yksilön sivuuttamat käytänteet. Keskusteluista tunnistan vuorovaikutuksen muotoja ja ääniä.

Omakohtaisista kokemuksista rakentuu yhteisöllisesti muotoutuva toipumisen vertaistieto. Vuorovaikutuksen muodoiksi tunnistan kaksi vertaisyhteisöille ominaista puhetapaa: tilaa antavan ja mukaan lähtevän puhumisen tavan, jotka myös limittyvät toisiinsa. Tunnistan keskusteluista omakohtaisen, vertaisen ja kokemusasiantuntijan äänet. Omakohtainen ääni tuo esiin yksilöllisen kokemuksen toipumisesta. Vertaisen ääni kuvaa yhteisesti muotoutuvaa ymmärrystä toipumisesta ja vertaistuen merkityksestä, joista muodostuu yhteisöllinen vertaistieto. Kokemusasiantuntijan ääni ilmentää omakohtaista kokemusta ja vertaisten kokemusta laajemmin pyrkimystä vaikuttaa ja kehittää palvelujärjestelmän kohtaamisia ja toimintakäytänteitä toipujalähtöisiksi.

Tutkimukseni havainnollistaa mielenterveystoipujan määrittymistä palvelujärjestelmän käytänteissä ja muiden määrittäminä sekä sitä, miten tehtyt luokittelut siirtyvät toipujan käsityksiin itsestä. Tutkimukseni tuloksena määrittelen keskusteluista viisi yläkategoriaa: mielenterveyspotilas, sairastava, toipuja, vertainen ja kokemusasiantuntija. Tutkimukseni tekee näkyväksi muutoksen, miten palvelujärjestelmän ja kohtaamisissa ilmenneet oletukset ja käsitykset koetaan, kun henkilö siirtyy mielenterveyspotilaasta sairastavaksi, toipujaksi, vertaiseksi ja kokemusasiantuntijaksi. Tutkimukseni keskeisenä tuloksena tunnistan yksilöllisistä toipumisen kuvauksista mielenterveystoipumisen polun prosessina. Toipumisen polussa ilmenee sekä henkilökohtaisen että sosiaalisen toipumisen ulottuvuuksia ja erityisesti kansalaisjärjestöissä toteutuvan vertaistuen ja kokemusasiantuntijuuden olennainen merkitys.

Tutkimukseni tulokset osoittavat, miten palvelujärjestelmän kohtaamisilla, käytetyillä käsitteillä ja käytänteillä on keskeinen merkitys sille, miten toipumiseen ja toipujiin suhtaudutaan. Palvelujärjestelmässä on selkeästi havaittavissa tarve toipujalähtöiseen toipumisen tukemiseen toipumisen polulla. Toipujalähtöistä toipumista edistävät kokemusasiantuntijoiden ja moniammatillinen yhteistoimijuus, yhteisesti sovitut säännöt ammattilaisten ja kokemusasiantuntijoiden välillä, vertainen tuki-henkilönä ja toipumissuunnitelmaksi nimeämäni työväline, joka huomioi laajasti eri elämäntilanteet ja kulkee toipujan mukana.

Avainsanat: mielenterveystoipuminen, henkilökohtainen toipuminen, sosiaalinen toipuminen, vertainen, kokemusasiantuntija, induktiivinen temaattinen sisällönanalyysi, vuorovaikutuksen äänianalyysi, jäsenkategoria-analyysi, toipujalähtöinen toipuminen

Abstract

Heini Kapanen

Construction of mental health recovery in discussion

University of Lapland, 204 pages

Acta electronica Universitatis Lapponiensis, 422

ISBN 978-952-337-518-5

ISSN 1796-6310

This social work dissertation examines mental health recovery through discussions of peers with individual experiences and with peer-experience. The constructions of mental health recovery are related to personal recovery, social recovery in communities and living environments, and peer support and expert-by-experience-knowledge in mental health recovery. The study aims to illustrate knowledge of individual experiences and shared peer-experiences of long-term mental health recovery constructed outside the service system. The focus of the study is to highlight the essential meaning of peer support and expert-by-experience knowledge in mental health recovery.

The purpose of the study is to analyze lived experiences and insights of mental health recovery in the discussions of peers who have recovered from long-term mental health problems. The research questions are how mental health recovery is constructed in discussion and what kind of categories related in recovery are formed in peer discussion. The study is qualitative research that leans on the principles of social constructionism.

I have analyzed the data in three phases: I used first a preliminary inductive thematic analysis, then conversational voice analysis as applied in developmental work research and finally category analysis. I collected the data through group discussions and one-on-one discussions, with altogether twenty-one peers.

In the study, I outline four historical phases of mental health recovery. The analysis of discussions reflects the historical phases in the discussions of peers. According to the analysis, factors that support mental health are faith in hope and possibility of recovery, finding the means of recovery and the meaning of peers and expert-by-experience-knowledge in mental health recovery. The factors that hinder mental health recovery are the reflection of symptoms of illness in daily living and experiences of otherness, stigma and bureaucratic practices of the health care and service system.

In the discussions, I identify modes of interaction and voices. In the discussions, personal recovery experiences are shared and formed into a collective peer-knowledge of mental health recovery. I recognize two modes of interaction, giving space and joining in, and these are intertwined. I identify subjective voice, peer voice and expert-by-experience-voice. The subjective voice brings out the personal experiences of recovery. The peer voice brings to light the shared understanding of recovery and the meaning of peer support, forming the collective peer-experience-knowledge. The voice of an expert-by-experience has a wider aim than subjective experiences and peer experiences. It seeks to function as an influencer to develop the encounters and practices of the service system to be recovery oriented.

This study illustrates how a person with individual experiences of mental health recovery is defined in the practices of the service system and in the constructions of others, and how the embedded constructions are transferred to the perceptions of oneself. As a result of the study, I define five main categories from the analysis: a mental health patient, a person with illness, a person with own experience of mental health recovery, a peer, and an expert-by-experience. The results of the study describe how the assumptions and attitudes in encounters and in the service system change when a person moves along the personal mental health recovery process from a mental health patient to a person with a mental illness, to a person with experiences of personal recovery, to a peer, and to an expert-by-experience. As a key result of the study, I identify the shared and constructed description of the mental health recovery path from the personal descriptions of recovery. I parse the mental health recovery path as a process that reflects personal recovery and social recovery perspectives. Peer support and expert-by-experience knowledge are essential aspects of the mental health recovery path.

The results of the study show how encounters in the service system, the terms used in discussion and practices significantly affect attitudes towards mental health recovery and persons with lived experiences of recovery. It is apparent that mental health recovery-oriented support is needed. Recovery-oriented support is promoted by collaborative agency between experts-by-experience and social and health care professionals, by common agreements between professionals and experts-by-experience, by a peer as a support person and by a personal mental health client plan which I call the recovery plan. In the recovery plan, wider life situations are taken account of in a personal recovery tool.

Keywords: mental health recovery, personal recovery, social recovery, a peer, expert-by-experience, inductive thematic analysis, conversational voice analysis, category analysis, recovery-oriented mental health recovery

Kiitokset

Kiinnostus tutkimukseni aiheesta syntyi Mielenterveyden keskusliiton työvuosina. Tutkimustyö on ollut työn ohessa vuosien prosessi.

Haluan kiittää ennen kaikkea kokemusasiantuntijoita luottamuksesta ja keskusteluista, sillä ilman heidän kokemuksiaan ja näkemyksiään tutkimukseni ei olisi mahdollistunut. Kiitos mielenterveysyhdistyksille tutkimusaineiston keruun mahdollistamisesta. Kiitos Mielenterveyden keskusliitolle ja erityisesti Olaville, Sirkulle, Päiville, Tuijalle, Annelle ja Millalle sekä kokemusasiantuntijoille työajastani liitossa.

Haluan kiittää ohjaajiani YTT Liisa Hokkasta ja professori Heli Valokiveä paneutuvista ohjaustapaamisista, rakentavista kommentteista ja kannustuksesta tutkimukseni etenemiseksi ja loppuun saattamiseksi vuosien varrella. Haluan erityisesti kiittää emeritaprofessori Anneli Pohjolaa tutkimukseni lukemisesta ja kommentteista, ohjauksesta ja kannustuksesta kirjoitusprosessini loppuvaiheessa. Kiitos Liisa Hokkaselle tarkoista huomioista ja kommentteista tekstiini tutkimukseksi viimeistelemiseksi.

Kiitos esitarkastajille professori Riitta Vornaselle ja professori (ma.) Kirsi Güntherille esitarkastuslausunnoista ja arvokkaista ehdotuksista tutkimukseni viimeistelemiseksi. Professori Riitta Vornasta haluan kiittää lupautumisesta väitöstutkimukseni vastaväittäjäksi.

Kiitos työnantajalleni Diakonia-ammattikorkeakoululle tutkimusvapaasta ja kollegoille Mariannelle, Megille, Mikalle ja Katjalle kuulumisten kysymisestä ja tsemppaamisesta kirjoitusprosessin aikana. Kiitos ystävilleni.

Kiitos ennen kaikkea puolisololleni Jussille ja perheelleni läsnäolosta, tuesta, kannustuksesta, kuuntelemisesta ja keskusteluista näiden kirjoitusvuosien aikana.

Heini Kapanen

Järvenpäässä 7.10.2025

Sisällys

Tiivistelmä	3
Abstract	5
Kiitokset	7
Sisällys	8
Kuviot	10
Taulukot	10
1 Johdanto	11
1.1 Tutkimusaiheen paikantaminen.....	11
1.2 Sosiaalinen konstruktionismi lähestymistapana.....	13
1.3 Tutkijana asemoituminen.....	15
1.4 Tutkimuksen rakenne.....	16
2 Mielenterveystoipumisen historian tarkastelu	19
2.1 Mielisairaahan eristäminen ja säilyttäminen laitoksessa.....	20
2.2 Mielisairas mielisairaalahoidossa.....	21
2.3 Mielenterveyskuntoutujan kotiuttaminen.....	23
2.4 Mielenterveyskuntoutujan ja mielenterveystoipujan palautuminen yhteiskuntaan.....	28
3 Mielenterveystoipumisen käsitteelliset lähtökohdat	32
3.1 Henkilökohtaisen toipumisen näkökulma.....	32
3.2 Sosiaalinen toipuminen yhteisössä ja elinympäristössä.....	39
3.3 Henkilökohtaisen ja sosiaalisen toipumisen limittyminen toisiinsa.....	42
3.4 Vertaistuki ja kokemusasiantuntijuus mielenterveystoipumisessa.....	45
3.4.1 Vertaistuki vertaisyhteisöissä.....	45
3.4.2 Kokemusasiantuntijuus mielenterveystoipumisessa.....	49
4 Tutkimuksen toteutus	53
4.1 Tutkimuskysymykset.....	53
4.2 Tutkimusaineistot.....	54
4.3 Eettiset periaatteet tutkimusaineiston hankinnassa ja käsittelyssä.....	58
4.4 Aineiston analyysi.....	60

4.4.1	Menetelmälliset valinnat	60
4.4.2	Induktiivinen temaattinen puheen sisältöjen analyysi.....	63
4.4.3	Vuorovaikutuksen äänianalyysi.....	65
4.4.4	Jäsenkategoria-analyysi.....	70
5	Toipumisen puheen rakentuminen	75
5.1	Toipumisen sisällöt.....	75
5.2	Toipumisen puheen kulku	77
5.2.1	Toipumisen puheen yleinen kulku	77
5.2.2	Tilaa antava puhumisen tapa.....	81
5.2.3	Mukaan lähtevä puhumisen tapa.....	85
5.2.4	Puhumisen tapojen yhteistarkastelua.....	91
5.3	Äänet toipumisen puheessa	92
5.3.1	Omaehtainen ääni	92
5.3.2	Vertaisen ääni.....	96
5.3.3	Kokemusasiantuntijan ääni.....	102
5.3.4	Yhteenveto äänistä	107
6	Jäsenkategoriat toipumisen puheessa	109
6.1	Mielenterveyspotilas.....	109
6.2	Sairastava.....	118
6.3	Toipuja	124
6.4	Vertainen.....	136
6.5	Kokemusasiantuntija.....	142
6.6	Yhteenveto jäsenkategorioista.....	148
7	Kokoava pohdinta	151
7.1	Mielenterveystoipumista estävät ja edistävät tekijät.....	151
7.2	Omaehtaisesta yhteisölliseen kokemustietoon	153
7.3	Jäsenkategorioista toipumisen polkuun	155
7.4	Toipujalähtöisen toipumisen tukeminen ja kehittämisohdotukset kentälle.....	159
7.5	Tutkimuksen arviointi.....	162
	Lähteet.....	164
	Liitteet.....	190
	Liite 1 Mielenterveystoipumisen käsitteelliset lähtökohdat	190
	Liite 2 Tutkittavalta pyydettävä suostumus	193
	Liite 3 Toipumiseen liittyvät teemat ja niiden sisällöt keskustelijoiden puheessa.....	194
	Liite 4 Ryhmäkeskusteluiden puheenaihejaksot, vuorovaikutuksen muodot ja äänet	195
	Liite 5 Kahdenkeskisten keskusteluiden puheenaihejaksot, vuorovaikutuksen muodot ja äänet.....	200

Kuviot

Kuvio 1.	Tutkimuksen käsitteelliset lähtökohdat	17
Kuvio 2.	Tutkimuskysymysten ja analyysimenetelmien yhteys.....	62
Kuvio 3.	Toimintajärjestelmän osatekijät (Engeström 2004, 10; 1987).....	67
Kuvio 4.	Mielenterveystoipumisen puheen kulun rakentuminen tutkimuskeskusteluissa (pohjana käytetty Engeström 2004, 10).....	68
Kuvio 5.	Tilaa antava puhumisen tapa, esimerkki ryhmäkeskustelusta D (Dn = keskustelija, T= tutkija) (mukaeltu Engeström 2004, 107)	83
Kuvio 6.	Mukaan lähtevä puhumisen tapa, esimerkki ryhmäkeskustelusta C (Cn = keskustelijat, T= tutkija) (mukaeltu Engeström 2004, 108).....	89
Kuvio 7.	Äänet mielenterveystoipumisen puheessa.....	154
Kuvio 8.	Mielenterveystoipumisen tukeminen toipujälähtöisesti (pohjana käytetty Engeström 2004, 10).....	159

Taulukot

Taulukko 1.	Yhteenveto henkilökohtaisen toipumisen osa-alueista.....	39
Taulukko 2.	Yhteenveto toipumispääoman ja sosiaalisen toipumisen käsitteellisistä osa-alueista.....	42
Taulukko 3.	Tutkimusaineisto.....	56
Taulukko 4.	Vuorovaikutuksen äänianalyysin välineet	69
Taulukko 5.	Jäsenkategoria-analyysin välineet.....	73
Taulukko 6.	Toipumiseen liittyvät teemat keskustelijoiden puheessa	76
Taulukko 7.	Ryhmäkeskusteluiden vuorovaikutuksen muodot puheenaihejaksoittain.....	79
Taulukko 8.	Kahdenkeskisten keskustelujen vuorovaikutuksen muodot puheenaihejaksoittain	80

1 Johdanto

1.1 Tutkimusaiheen paikantaminen

Erilaiset mielenterveyden ongelmat ovat varsin yleisiä. Vähintään joka viides suomalainen kokee vuoden aikana mielenterveyden häiriötä ja joka viides sairastuu elämänsä aikana masennukseen (OECD/EU 2018a; 2018b). Yleisyys näkyy muun muassa mielenterveyshäiriöistä johtuvien pitkien sairauslomien ja työkyvyttömyyseläkkeiden määrän vuosia jatkuneena kasvuna (Kela 2024b; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2023). On todettu, että mielenterveyden ongelmiin sairastumiseen liittyy marginalisoitumisen riski ja huono-osaisuuden syveneminen. Tärkeiksi keinoiksi puuttua kehitykseen on tunnistettu mielenterveys- ja päihdepalveluiden osaamisen ja perustason palveluiden vahvistaminen samoin kuin panostaminen mielenterveysongelmiin liittyvän stigman vähentämiseen (Viertiö ym. 2017). Apu ja tuki tulisi suunnata mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja ennaltaehkäisevästi. Varhaisessa vaiheessa puuttuminen on vaativaa, sillä esteitä mielenterveystoipumiselle ovat tutkimusten mukaan hoitoon pääsyn viivästyminen ja hoitoon hakeutuminen vasta, kun ongelmat ovat jo pitkällä, hoidon nivelvaiheiden toimimattomuus sekä avohoidon ja toipumista tukevien palveluiden riittämättömyys tai kohdentumattomuus. (Wahlbeck ym. 2018; Kontio ym. 2013.)

Väestön mielenterveyteen panostamista ja toipumisen mahdollistamista on pyritty tukemaan valtakunnallisilla mielenterveyspolitiikan strategioilla ja ohjelmilla. Sosiaali- ja terveysministeriö (Strand ym. 2023) on julkaissut suositukset mielenterveyden ongelmiin ja riippuvuuksiin liittyvän syrjinnän ja stigman tunnistamiseksi ja vähentämiseksi ihmisen arkielämässä. Kansallisen mielenterveysstrategian 2020–2030 tavoitteena on edistää yhteiskunnassa mielenterveysoikeuksia, lasten ja nuorten mielenterveyspalveluita, ihmisten tarpeenmukaisia palveluita, itsemurhien ennalta-ehkäisyä ja mielenterveyttä pääomana (Vorma ym. 2020).

Viimeisimmissä strategioissa on tunnistettu myös kokemusasiantuntijuuden merkitys. Mielenterveysongelmista toipuvien kokemustieto on otettu mukaan politiikkaohjelmiin ja mielenterveyspalvelujen suunnitteluun, toteuttamiseen, kehittämiseen ja arviointiin (Moring ym. 2011). Strategoiden ohjaamana asiakkaiden ja kokemusasiantuntijoiden osallistumista ja asiakkaiden ja ammattilaisten yhteistyötä edistäviä osallisuushankkeita on toteutettu esimerkiksi Kaste-ohjelmien, Euroopan sosiaalirahaston tai järjestöjen hankerahoituksilla (ks. Falk ym. 2013). Usein sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämistyössä on pyritty palvelun käyttäjien ongelmien ratkaisemiseen ja moninaisia palvelutarpeita omaavien asiakkaiden auttamiseen

ammattialat ja toimialarajat ylittäen. Hyviä kokemuksia on saatu erilaisista kehittämisprosesseista, yhteiskehittämisen toteutuksista ammattilaisten ja kokemusasiantuntijoiden kanssa sekä mielenterveyspalveluiden toipujalähtöisten palveluiden tutkimus- ja kehittämistyöstä. (Ks. Hietala 2018; Leeman 2022; Martin & Soronen 2022; Beresford 2007; Sihvo ym. 2018.)

Vaikka asiakkaiden ja kokemusasiantuntijoiden osallisuus politiikkaohjelmissa ja strategioissa on julkilausuttu tavoite, käytännön osallisuudessa on todettu puutteita (Connor & Wilson 2006). Palvelun käyttäjien ja kokemusasiantuntijoiden ääni on voinut jäädä käytännön toiminnassa osin huomioimatta, sillä tavoitteet saattavat olla lähtöisin ammattilaisten tai rahoitettujen kehittämishankkeiden tavoitteista (Närhi ym. 2014; Meriluoto 2018a). On tutkittu, että julkisessa keskustelussa ja politiikkaohjelmissa ei ole juurikaan tuotu esille pitkäaikaisiin mielenterveyden ongelmiin sairastuneiden ihmisoikeuksia (Ahonen 2019). Yhtä lailla Suomesta tarvitaan tutkimusta pitkäaikaisista mielenterveysongelmista toipuneiden yhteisöllisesti muotoutunutta kokemustietoa toipumisesta.

Ihmisoikeuksien toteutumisen sijaan on tarkasteltu ja havaittu mielenterveystoipujien leimautumista ja syrjintää, joka voi ilmetä sosiaali- ja terveyspalveluissa hoidon ja palveluiden saamisen vaikeutena, epäoikeudenmukaisena kohteluna, stereotyyppisenä suhtautumisena sairastuneisiin ja ennakkoluuloina toipumisen mahdollisuudesta (Linnaranta ym. 2022). Sen ohella, että vakaviin psyykkisiin sairauksiin, päihdeongelmiin ja riippuvuuksiin liittyvän stigman on todettu olevan vahva (Strand ym. 2023; Aromaa ym. 2011), on pitkäkestoiseen mielenterveysongelmaan liitetyn stigman todettu siirtyvän toipujista myös läheisiin (Tainio 2024).

Yhteiskunnallisessa keskustelussa on puhuttu viheliäisistä ongelmista (*wicked problems*) (Raisio ym. 2018). Viheliäisinä ongelmoina nähdään pulmat, joihin liittyy monenlaisia muuntuvia tekijöitä ja niiden ratkaisuun vaikuttavat useat eri arvolähtökohdat. Varsinkin pitkäkestoiset mielenterveyden ongelmat on mielekästä hahmottaa viheliäisiksi ongelmiksi. Mielenterveyden ongelmien ja niistä kumpuavien palvelutarpeiden ratkaisemiseen ei ole todettu olevan yhtä oikeaa ratkaisua. On tuotu esiin, että vaihtoehtojen punnintaa tulisi tehdä tilanne- ja kontekstikohtaisesti, monitoimijaisesti ja poikkihallinnollisesti yhdessä toipujien kanssa sekä yhteensovittamalla palveluita (Alho 2021, 73–74; Hietapaikka ym. 2020).

Julkinen keskustelu ja politiikkaohjelmien tavoitteet vaikuttavat osaltaan siihen, miten mielenterveystoipumiseen ja mielenterveystoipujiin suhtaudutaan sekä siihen, miten heitä kohdataan auttamisjärjestelmissä ja arkielämän vuorovaikutustilanteissa. Yleinen myönteisempi asenteiden muutos ja keskustelu mielenterveydestä ja palveluista eivät ole näkyneet mielenterveyspalveluiden rahoituksessa eikä mielenterveystoipujien arjen kokemuksissa (Rissanen & Kaivosoja 2022). Ongelmalähtöisten ennakoasenteiden ja epäoikeudenmukaiseksi koetun kohtelun ja syrjinnän tiedetään vahvistavan toipujien kielteistä suhtautumista itseensä, avun hakemiseen,

toipumiseen sekä omiin mahdollisuuksiin ja toimijuuteen arkielämässä (esim. Kulmala 2006; Romavo & Toikko 2019).

Tutkimuksessani tarkastelen mielenterveystoipumista prosessina. Tarkasteluni näkökulma on toipujien itsensä tuottama tulkinta toipumisesta. Lähestyn toipumisen tematiikkaa toipujien yhteisöllisestä kontekstista vaikutteita saaneen kokemustiedon muotoutumisen tulokulmasta. Tutkimukseni tavoitteena on ymmärtää, miten vertaisten mielenterveystoipumista koskeva puhe rakentuu ja millaisia toipumiseen kiinnittyneitä kategorioita on tunnistettavissa vertaisten puheessa. Omaksutut kategorisoinnit suuntaavat sitä, miten mielenterveysongelmia kokeneet suhtautuvat itseensä, miten heihin suhtaudutaan ja miten muotoutuvat luokittelut heijastuvat yhteisöjen ja yhteiskunnan rakenteisiin, sekä palvelujärjestelmän käytänteisiin ja kohtaamisiin.

Siinä, miten ymmärrämme ja nimeämme mielenterveyden ongelmia ja niistä toipumista, on tapahtunut merkittävää muutosta. Historia saatossa mielenterveystoipujista on käytetty käsitteitä, jotka nykyisin ymmärretään hyvin leimaavina kuten hauras, hullu, vajaamielinen tai mielenvikainen. Nykyisinkin käytettäviä käsitteitä ovat mielenterveyspotilas ja mielenterveyskuntoutuja. Viimeisimpänä ovat yleistyneet toipumisorientaatio (mm. Nordling 2018; 2023), mielenterveystoipuminen ja mielenterveystoipuja, joihin nojaudun tutkimuksessani. Tutkimuksessani korostuu tarkastelutapa, jossa mielenterveystoipuminen kattaa sekä sairastamisen että toipumisen prosessin niihin kuuluvine vaihteluineen. Tarkastelutavasta on niukemmin tietoa saatavilla.

1.2 Sosiaalinen konstruktionismi lähestymistapana

Tutkimukseni lähestymistapa perustuu sosiaaliseen konstruktionismiin, jolla tarkoitetaan sosiaalisen todellisuuden rakentumista vuorovaikutuksessa. Vuorovaikutuksessa ihmiset rakentavat käsityksiä ja tekevät tulkintoja. Tiedon ja käsitysten muotoutumiseen vaikuttavat kulttuuriset käytänteet sekä yhteiskunnassa ja yhteisöissä ilmenevät aiemmat ja nykyiset tulkinnat. (Gergen 2001; Bergen & Luckmann 1994; 1967; Foster & Bochner 2008.) Tutkimuksessani tarkastelen mielenterveystoipumista mikrotasolla vuorovaikutuksessa rakentuvana. Mikrotason tulkitsen kertovan yhteiskunnallisesta ja kulttuurisesta kontekstistaan. Esittelen tutkimuksellisen lähestymistapani nyt, sillä se ohjaa työni rakennetta alusta alkaen.

Sosiaalinen konstruktionismi voidaan nähdä yleiskäsitteenä, joka yhdistää useita tapoja tarkastella ja ymmärtää kulttuurisia ilmiöitä ja soveltaa diskursiivisia menetelmiä. Sosiaalisen konstruktionismin nähdään kattavan useita tutkimuksellisia lähestymistapoja. Käsitteen ajallisia merkkipaaluina voidaan pitää Peter L. Bergenin ja Thomas Luckmanin teosta *The Social Construction of Reality* (1967) ja Kenneth J. Gergenin artikkelia *Social Psychology of History* vuodelta 1973. (Juhila 2004, 160.)

Sosiaalisessa konstruktionismissa todellisuuden nähdään määrittyvän ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa (Bergers & Luckmann 1994; Foster & Bochner 2008, 88). Gergen (1985, 240) määrittelee sosiaalista konstruktionismia seuraavasti:

”Contrary to the emphasis in radical constructionism, the focus here is not on the meaning-making activity of the individual mind but on the collective generation of meaning as shaped by conventions of language and other social processes.”

Määrittelyn mukaan sosiaalisessa konstruktionismissa on keskeistä yhteisesti rakentuva ymmärrys, johon vaikuttavat kielen säännöt ja muut sosiaaliset prosessit. Sosiaalisesta todellisuudesta ajatellaan muotoiltavan erilaisia selitystapoja ja kertomuksia, jolloin ei ole olemassa yhtä absoluuttista totuutta. Ihmiset muodostavat vuorovaikutuksessa sosiaalisen todellisuuden ilmentymiä, representaatioita, jotka ajan kuluessa vakiintuvat sosiaalisiksi käytänteiksi ja rooleiksi. Kun käytänteet ja roolit erikoistuvat ja vakiintuvat ihmisten, yhteisöjen ja yhteiskunnan saataville, niiden voidaan ajatella institutionalisoituneen (Berger & Luckmann 1967; 1994).

Sosiaalista vuorovaikutusta voidaan lähestyä prosessina, jossa yksilöiden subjektiiviset näkemykset konstruoidaan, jaetaan ja ulkoistetaan kielen ja toiminnan avulla (Berger & Luckman 1967; Forster & Bochner 2008, 88). Elissa Foster ja Arthur Bochner (2008, 88) kirjoittavat, että sosiaalinen todellisuus muotoutuu sosiaalisissa suhteissa, suhteiden kulttuurissa ja institutionaalisissa narratiiveissa. Keskiössä on tiedon konkreettisuus, paikallisuus, liittyminen kulloisiinkin tilanteisiin ja käytänteisiin ja sosiaalisuuden rakentuminen mikrotasolla, johon tilannekohtaisesti voivat osallistua eri toimijat ja artefaktit eli symboliset tai konkreettiset ihmisten tekemät välineet ja työkalut (Alvesson & Skoldberg 2018, 37–41; Gergen 2001). Puhetta ja toimintaa tarkastellaan itsessään sosiaalista todellisuutta muokkaavana ja uusintavana prosessina.

Yhteisöön sosiaalistumisen prosessissa ihmiset tulevat tietoiseksi itsestään vuorovaikutuksessa toisten kanssa (Lave & Wenger 1991). Koordinoidun ymmärryksen hallinnan (*coordinated management of meaning*) näkökulmassa vuorovaikutusta tarkastellaan toimintana, jossa neuvotellaan ja muodostetaan yhteistä ymmärrystä sosiaalisesta ympäristöstämme (Fischer-Yoshida 2012, 221). Aineistoni keskustelijat neuvottelevat ja muotoilevat tarjolla olevista kulttuurisesti kerrostuneista ja moninaisista tulkinnoista jossain määrin keskinäisesti jaettuina tulkintoja mielen-terveystoipumisesta. Keskustelijoiden vuorovaikutuksesta tekee erityisen heidän keskinäinen vertaisuutensa.

Vertaisuudessa jaetaan ja luodaan ymmärrystä mielen-terveys- ja päihdeongelmiin sekä toipumiseen liittyviä kokemuksia ja näkemyksiä. Gergen (2001, 50) painottaa sosiaalisessa konstruktionismissa jatkuvaa reflektiivisyyttä: kriittistä arviointia siitä, mitä ja miten on keskusteltu. Tutkimusaineistossani vuorovaikutustilanteiden tarkastelu edellyttää tutkijana tulkinnessasi tilannekohtaista ymmärrystä keskustelijoiden puheesta ja erilaisten näkemysten reflektointia.

1.3 Tutkijana asemoituminen

Olen kiinnostunut mielenterveystoipujien omakohtaisesti kertomista kokemuksista ja näkemyksistä mielenterveystoipumisesta. Tutkijan positioni muotoutuu työ- ja koulutustaustani pohjalta. Olen yhteiskunta- ja kasvatustieteilijä. Olen toiminut muun muassa kehittämis- ja tutkimustehtävissä, esihenkilötehtävissä ja sosiaalialan ja yhteiskunnallisten aineiden opettajana. Työtehtävieni fokuksessa on ollut tiedon rakentumisen ymmärtäminen sosiaalisessa vuorovaikutuksessa puheena ja toimintana, moninaisten näkemysten ja kokemusten vuoropuheluna.

Aiemmat työtehtäväni Mielenterveyden keskusliitto ry:ssä ensin päällikkötehtävissä ja myöhemmin kehitysjohtajana ovat vaikuttaneet tutkimusaiheeni valintaan. Keskustelin usein mielenterveystoipujien kanssa eri foorumeilla siitä, miten toimuminen mielenterveysongelmista muotoutuu omakohtaisten ja vertaisten kesken jaettujen kokemusten valossa. Olin kiinnostunut myös siitä, miten julkisen palvelujärjestelmän palvelut ja tuki edistävät toipumista.

Mielenterveyden keskusliitossa kokemusarviointityöskentelyssä koulutetut kokemusasiantuntijat, kokemusarvioijat, muotoilivat yhteisöllistä kokemustietoa ja arvioivat yhteistyöskentelyn keinoin mielenterveystoipujien asumispalveluita ja matalan kynnyksen tukea, psykiatrisen sairaalahoidon lyhytaikaishoitoa ja psykiatrisen poliklinikoiden toimintaa (Kapanen & Rantanen 2013; Kapanen ym. 2014; Kapanen n.d.). Keskiössä oli kokemustiedon kollektiivinen reflektointi ja arviointityön tulosten ja kehittämisohdotusten välittäminen mielenterveyspalveluiden kehittämistyöhön.

Mielenterveyden keskusliiton työtehtävissä vaikutin mielenterveystoipujien äänen esille tuomiseen julkishallinnon hankkeissa esimerkiksi mielenterveystoipujien asumisen tai elintapaohjauksen kehittämistyössä. Koen merkitykselliseksi ymmärtää syvemmin mielenterveystoipujien kokemustietoa toipumisesta julkisten palveluiden kehittämistyössä, yhteistyössä kokemusasiantuntijoiden ja eri ammattilaisten kanssa. Tutkimuksellani haluan osallistua sekä toipumista koskevan kokemustiedon tunnistamiseen että sen välittymiseen ja muotoutumiseen tutkimuksellisilla ja yhteiskunnallisilla areenoilla.

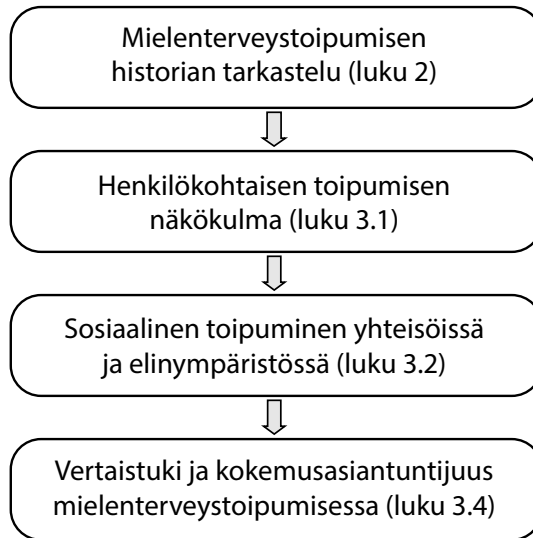
Jari Koskisu (2004, 17) korostaa mielenterveystoipujien painottavan, että he eivät ole useinkaan tulleet ymmärretyiksi sellaisten henkilöiden tahoilta, joilla ei ole omakohtaista kokemusta sairastumisesta. Tutkijana minua kiinnostaa tunnistaa ja jäsentää keskustelijoiden omakohtainen puhe ja vertaisyhteisöissä rakentuva puhe toipumisesta. Vertaisten puheessa käyttämät ilmaisut ja luokittelut kuten myös heidän tapansa olla vuorovaikutuksessa tuovat osaltaan näkyviin toipujia ympäröiviä puhe- ja toimintatapoja. Tutkijuuteni yhtenä motiivina on tuoda esiin järjestökentällä vapaaehtoisina toimivien vertaisten vuorovaikutuksessa rakentuvat käsitykset ja näkemykset julkisten palveluiden kehittämiseksi tutkimusaineistossa jäsenyvän kokemustiedon pohjalta.

1.4 Tutkimuksen rakenne

Tässä tutkimuksessa tarkastelen mielenterveystoipujina toimivien vertaisten oma-kohtaisia ja vertaisten vuorovaikutuksessa rakentuvia näkemyksiä ja kokemuksia mielenterveystoipumisesta. Historiallisen käsitetarkastelun jälkeen siirryn mielen-terveystoipumisen näkökulmien rakentumiseen ja tämän jälkeen tutkimusmenetelmien, tutkimusaineiston ja tulosten käsittelyyn.

Tutkimukseni käsitteellisessä osuudessa luon pohjaa keskustelijoiden toipumispuheen ymmärtämiselle ja sen tulkinnalle. Etenen käsitteellisessä tarkastelussa (kuvio 1) mielenterveystoipumisen historiallisesta paikantuvasta lähestymistavasta kohti mielenterveystoipumisen ja sen osa-alueiden käsitteellistä tarkastelua. Kuvaan luvussa kaksi historiallisten ymmärrystapojen tarkastelua noin 150 vuoden ajalta. Käsittelen eri aikakausina vallinneita mielenterveyshoidon hoito- ja toipumiskäytänteitä sekä määrittelyitä ja suhtautumistapoja mielenterveystoipuihin ja mielenterveystoipumiseen. Historian kuvaus ei ole vain menneiden tapahtumien kertomista sinällään, vaan aikakausien tarkastelussa on olennaista myös eri vaiheiden jännitteiden tarkastelu historian ja nykyisyyden välillä (Engeström 2004, 12). Jännitteet voivat heijastua sosiokulttuurisesti toipujien puheeseen yhtäältä toipumista estävinä tekijöinä ja toisaalta mahdollisuuksina toipujalähtöiselle toipumiselle. Historiallisen tarkastelun tavoitteena on tuoda esille eri aikakausien ominaispiirteitä, jännitteitä ja muutoksia sekä käytettyjä käsitteitä kunakin ajankohtana. Käsitteiden sosiaaliset rakentuneet ja muuntuneet kerrostumat ovat läsnä myös nykyisyyden tulkinnoissa.

Tämän jälkeen luvussa kolme käsittelen nykyisiä tapoja hahmottaa ja määritellä mielenterveystoipuminen. Luku 3.1 sisältää ensin katsauksen henkilökohtaisen toipumisen eri käsitteellisiin konstruktioihin, jotka nimeän henkilökohtaisen toipumisen näkökulmiksi. Näiden rinnalle ja jatkumoksi rakentuvat luvussa 3.2 näkökulmat sosiaalisesta toipumisesta yhteisöissä ja elinympäristössä. Tutkimukseni kohdentuu mielenterveystoipumisen ymmärtämiseen henkilökohtaisen toipumisen ja sosiaalisen toipumisen kietoutumisena toinen toisiinsa. Luvussa 3.3 teen yhteenvetoa henkilökohtaisen toipumisen ja sosiaalisen toipumisen limittymisestä toisiinsa. Nykyisiin toipumisen käsitteellistämisen tapoihin sisältyvät olennaisina osa-alueina vertaistuen ja kokemusasiantuntijuuden merkitykset toipumisessa, joiden erityisyyteen paneudun luvussa 3.4.



Kuvio 1. Tutkimuksen käsitteelliset lähtökohdat

Mielenterveystoipuminen rakentuu tarkastelussani näistä kolmesta eri käsitteellisestä näkökulmasta: henkilökohtainen toipuminen, sosiaalinen toipuminen ja vertaistuki ja kokemusasiantuntijuus. Näistä vertaisen ja kokemusasiantuntijuuden merkitys saa tutkimuksessani erityistä painoarvoa.

Luvun neljä aloitan esittelemällä tutkimustehtävän ja määrittelemällä tutkimuskysymykset. Tämän jälkeen siirryn kuvaamaan tutkimusaineistoni, tutkimuseettisiä kysymyksiä ja tutkimusmenetelmälliset valintani. Tutkimusmenetelmällisesti hyödynnän aineiston haltuunoton ensivaiheessa induktiivista temaattista sisällönanalyysii (Puusa 2020; Terry & Hayfield 2021) ja varsinaisina paneutuneemman analyysin menetelminä vuorovaikutuksen äänianalyysii (Engeström 2004) ja jäsenkategoria-analyysii (Juhila ym. 2012b; Koskela & Piirainen-March 2002).

Luvuissa viisi ja kuusi esitän analyysini tulokset. Luvussa viisi esittelen lyhyesti temaattisen sisällönanalyysillä hahmottamiani keskustelujen sisältöjä. Tarkoituksena on luoda lukijalle kokonaiskuvaa siitä, mistä keskusteltiin. Sisältöjen alustavan esittelyn jälkeen paneudun puheen kulkuun eli siihen, miten puhuttiin Engeströmin (2004) kehittävän työntutkimuksen vuorovaikutuksen äänianalyysii mukaillen. Toipumispuheesta tunnistan omakohtaisen, vertaisen ja kokemusasiantuntijan äänien rakentumista.

Luvussa kuusi hyödynnän jäsenkategoria-analyysin välineitä tavoittaakseni vertaisten puheesta jäsenyviä toipumiseen kytkeytyviä luokitteluja. Tarkastelen personoituja jäsenkategorioita, jäsenkategoriapareja ja ei-personoituja jäsenkategorioita. Kategorisointien kautta muotoutuu mielenterveystoipumisen polku mielenterveyspotilaasta ja sairastavasta toipujaan, vertaiseen ja kokemusasiantuntijaan.

Luvussa seitsemän teen kokonaistarkastelua ja arviointia tutkimusprosessista ja -tuloksista tutkimuskirjallisuutta vasten tarkastellen. Tutkimukseni päätän analyysin ja tulosten pohjalta muotoilemaani tarkasteluun toipujalähtöisen toipumisen vahvistamisen mahdollistamisesta ja kehittämis ehdotuksista.

2 Mielenterveystoipumisen historian tarkastelu

Tarkastelen tässä luvussa mielenterveystoipumisen historiallista kehitystä Suomessa keskittyen tutkimukseni rajauksen kannalta keskeisiin vaiheisiin. Olen hahmottanut historiallisen tarkastelun neljään vaiheeseen. Historiallinen tarkasteluni pohjaa Yrjö Engeströmin (2004, 106) ajatukseen siitä, että vuorovaikutuksen moniäänisyyden ymmärtäminen edellyttää sen historiallisesti muotoutuneen kohteen ymmärtämistä. Eri aikakausien voidaan ajatella heijastelevan erilaisia suhtautumistapoja mielenterveystoipumiseen ja toipujiin sekä psykiatriseen hoitoon ja hoitolaitoksiin instituutioina. Aikakausille on tyypillistä erilaisten termien käyttäminen mielen sairauksista, mielenterveystoipumisesta ja mielenterveystoipujista.

Kustakin nimeämästäni vaiheesta tuon näkyväksi kehittävää työntutkimusta mukaillen kehitysristiriitoja, eri suuntiin vetäviä voimia (Engeström 2004). Käytän kehitysristiriidoista termiä jännitteet, sillä ne tuovat esille yhtäältä muutoksen esteitä ja tilanteen sisältämiä ongelmakohtia, ja samanaikaisesti ne sisältävät kehitysmahdollisuuden.

Mielenterveyshoidon ja toipumisen historian tarkastelun läpiluotauksessa olen käyttänyt mielenterveyden hoidon historiasta ja toipumisesta julkaistuja teoksia (mm. Helén ym. 2011; Pietikäinen 2013; 2015; Shorter 2019; Nordling 2022; Rissanen 2022; Parpola 2013) ja akateemisia väitöskirjoja (Mattiila 1999; Hyvönen 2008; Alanko 2017; Ahonen 2019).

Tarkastelen mielenterveyshoidon historiaa neljänä vaiheena:

1. Mielisairaan eristäminen ja säilyttäminen laitoksessa (noin 1940-luvulle asti)
2. Mielisairas mielisairaalahoidossa (noin 1930-luvulta 1970-luvulle)
3. Mielenterveyskuntoutujan kotiuttaminen (noin 1970-luvulta 1990-luvulle)
4. Mielenterveyskuntoutujan ja mielenterveystoipujan palautuminen yhteiskuntaan (noin 2000-luvulta 2020-luvulle)

Kunkin aikakauden kohdalla olen aluksi tiivistetysti kuvannut, millaisesta vaiheesta on kysymys. Sitten tarkastelen kunkin vaiheen keskeisiä piirteitä ja jännitteitä. Kullekin vaiheelle ovat ominaisia mielenterveystoipujista käytetyt termit ja erityinen tapa, miten toipumiseen on suhtauduttu. Eri vaiheissa ilmenneet piirteet vaikuttavat myös seuraavissa vaiheissa.

2.1 Mielisairaahan eristäminen ja säilyttäminen laitoksessa

Suomessa mielenterveyteen liittyvät laitokset olivat keskiajalta lähtien olleet rampojen ja sairaiden talojen, köyhäintalojen, hourujenhuoneiden ja sairaaloiden yhdistelmiä, joita perustettiin uskonnollisten yhteisöjen toimesta Pyhän Hengen huoneiksi (Hyvönen 2008, 85; Pietikäinen 2013, 35). Sairaalat sijaitsivat eristyksissä ja kaukana kaupungeista. Mielisairaata oli käytännössä eristetty muusta yhteiskunnasta. Sairaalaan joutuneet henkilöt viettivät siellä usein lopun elämänsä. Vuonna 1619 Kustaa II Aadolf antoi määräyksen rakentaa leprahospitaali Turun saaristoon Seilin saarelle, mihin sijoitettiin lepraa sairastavat henkilöt. Kun lepra alkoi kadota Suomesta 1700-luvulla, sairaalaan ohjattiin yhä enemmän mielisairaita. Laitokseen eristämällä ajateltiin olevan parantava vaikutus (Shorter 2019, 14–15). Seilin mielisairaala jatkoi toimintaansa vuoteen 1962 asti.

Vuonna 1840 Nikolai I antoi keisarillisen asetuksen mielisairaiden hoidosta ja sairaaloiden rakentamisesta: ”*Se, jossa selkiät heikkopäisyyden merkit hawaitaan, pitää joutuisimmasti saatettaman hourukuurin alla olemaan*” (Hyvönen 2008, 89). Keisari määräsi asetuksella Helsinkiin rakennettavaksi Lapinlahden hourujenhuoneen, johon potilaita tuli lähettää koko Suomesta. Vuonna 1889 astui Suomessa voimaan Aleksanteri III:n keisarillinen asetus, jonka mukaan kuntien ja kaupunkien tuli hoitaa kroonisesti mielisairaata henkilöt (Rissanen 2022, 69). Valtio vastasi mielisairaanhoidon laitoksista ja rahoituksesta.

Vuoden 1889 keisarillinen asetus jakoi valtion laitokset keskus- eli parannuslaitoksiin (kuten vuonna 1884 perustettu Lapinlahti, vuonna 1885 perustettu Niuvanniemi ja vuonna 1900 perustettu Pitkänniemi), parantumattomasti sairaille tarkoitettuihin turvalaitoksiin (alunperin vuonna 1633 perustettu Seili, jossa säilytettiin vuodesta 1785 mielisairaita ja vuonna 1889 perustettu Käkisalmi) ja lääninsairaaloiden mielisairasosastoihin (Rissanen 2022, 68). Myös kunnalliskoteihin perustettiin mielisairasosastot. Pitkäaikaisesti sairastuneiden suuren määrän vuoksi akuutisti sairastuneiden oli vaikea päästä lääninsairaaloiden mielisairasosastoille. Köyhäintalojen mielisairasosastoille jouduttiin ottamaan akuuttipotilaita. Mielisairasosastojen jäädessä kuntien vastuulle akuuttihoito taantui, ja hoidon lääketieteellinen valvonta oli heikkoa. (Rissanen 2022, 67–69.) Mielisairaata jaettiin siis parantumattomiin ja parantuviin, ja näiden ryhmien hoito toteutettiin eri hoitolaitoksissa (Parpola 2013, 14; Rissanen 2022, 67). Helena Hirvonen (2014) korostaa, että virallisesti mielisairaiden hoitovastuu siirtyi valtiolle ja lääkintähuollolle 1880-luvun lopulla. Käytännössä kirkolla ja seurakunnilla oli vastuullaan suurin osa vaivashoidosta ja samalla mielisairaista (mt.).

1880-luvun alussa Suomessa arviolta vain joka kymmenes mielisairas sai hoitoa laitoksissa (Rissanen 2022, 67–68). 1800-luvun lopulta 1940-luvulle asti Suomessa oli pulaa hoitopaikoista, eikä hoito ollut systemaattista. Suurin osa mielisairaista asui kotona vailla hoitoa (Parpola 2013, 16–18). Ensimmäinen suomalainen mielenterveysjärjestö perustettiin jo vuonna 1897. Skyddsföreningen för Sinnessjuka

– Turvayhdistys mielenvikaisia varten nimisen järjestön (nyt Mieli ry) tehtävänä oli avustaa mielisairaalosta kotiutettavia toipilaita. (Hyvönen 2008, 93.)

Käytetty käsitteistö mielenterveystoipujista on jakson pituuteen liittyen vaihtelevaa. Mielenterveysongelmia kokevia henkilöitä kutsuttiin heikkopäisiksi, houruiksi, hulluiksi, vajaamielisiksi tai mielisairaisiksi. Ajalle oli tyypillistä systemaattisen psykiatrisen hoidon puuttuminen ja mielisairaahan erottaminen muista haavoittuvassa asemassa olevista henkilöistä.

Tämän vaiheen jännittinä oli yhtäältä mielisairaahan eristäminen muista ihmisistä, kontrollointi eristyksissä hoitolaitoksissa ja toisaalta pyrkiminen mielisairaiden parantamiseen normittamalla potilaan elämää oireiden vähentämiseen tarkoitetuilla keinoilla. Hoitomuodot keskittyivät sairaaloiden hoitotoimenpiteisiin, kuten eristämiseen, kahlehtimiseen, kääreisiin ja pakkokylpyihin. Hoitona pidettiin sairaahan eristämistä ja säilyttämistä hoitolaitoksissa, mikäli mielisairas oli ylipäänsä hoidon piirissä. Hoitolaitosten tarkoituksena oli säilyttää kaukana pois kotoa ne ihmiset, joista ei voitu huolehtia kotona. Toiminnassa olennaisia olivat kontrolli ja rajoitettu sosiaalinen elämä, ei varsinaisen hoidon tarjoaminen. Mielisairas oli hoidon kohde: lääkäri valvoi ja päätti hoidosta, ja hoitajat hoitivat.

2.2 Mielisairas mielisairaalahoidossa

Toisessa vaiheessa noin 1930-luvun lopulta mielisairas erottui käsitteenä omaksi sairaiden ryhmäksi. Olettamuksena oli, että mielisairaahan tuli hyväksyä sairautensa ja suhtautua myönteisesti määritettyyn hoitoon (Williams ym. 2015). Mielenterveysalan ammattilaisten tekemät havainnot jäsensivät hoitoa ja kuntoutusta. Viime sotien jälkeistä aikaa on kuvattu suomalaisessa mielisairaanhoidossa säilöönnotoksi (Pietikäinen 2013, 164; Rissanen 2022, 74). Markku Mattila (1999) kirjoittaa väitöskirjassaan, että mielisairaita tarkasteltiin 1910-luvun alussa Suomessa tylsämielisten, alkoholistien ja rikollisten rinnalla ei-toivottuina kansalaisina. Mielisairaahan ei nähty kykenevän huolehtimaan itsestään, mikä vahvisti sairastuneen leimautumista hoidon kohteena olevaksi ja kroonisesti sairaaksi (Goffman 1997; 1990; Deegan 1988; Starnino 2009). Mielisairaaloitten ja muiden instituutioiden objektivoivat käytänteet vahvistivat kielteisiä ennakkoluuloja mielenterveysongelmia kohtaan. Vastaavasti sosiaalihuollossa asiakkaista puhuttiin huollettavina ja holhokkeina aina 1960- ja 1970-luvuille asti (Pohjola 2017, 309).

1930-luvulla sairaaloissa käytettiin mielisairaiden hoitona eristystä ja valvontaa, pakottamista sänkyihin, pitkiä kylpyjä, kokokäärehoitoa, hullun arkku¹, insu-

1 Kokokäärehoidossa potilaan vartalon ympärille käärittiin märkä lakana ja sen päälle kuiva lakana. Lakanoiden päälle kiedottiin useita vilttejä. Hullunarkku oli öisin levottomia potilaita varten. Arkku oli korkealaitainen puinen sänky, jossa oli irrotettava päällysverkko. (Pietikäinen 2015.)

liinishokkihoitoa, malarian hoitoa ja rauhallisten ja rauhattomien mielisairaiden erottamista toisistaan sekä työterapiaa. Vuonna 1935 hyväksyttiin sterilisoimislaki (Sterilisoimislaki 227/1935), jonka mukaan tylsämielinen, vähämielinen ja mielisairas voitiin määrätä sterilisoitavaksi, mikäli sairauden arveltiin periytyvän hänen jälkeläisilleen. Laki uudistettiin vuonna 1950, ja laki oli voimassa vuoteen 1970 asti (Pietikäinen 2015; Mattila 1999). Mielisairasta pyrittiin myös totuttamaan sairaalan rutiineihin ja rytmiin. Hänen tuli tunnistaa sairastamisensa, jotta kuntoutuminen saattoi alkaa. Puhtauden merkitystä psykiatrisessa hoidossa korostettiin.

Vuoden 1937 mielisairaslain ja -asetuksen mukaan mielisairauksien ehkäiseminen ja hoito jakautui valtion ja kuntien kesken (Mielisairaslaki 286/1937; Mielisairasetus 455/1937). Mielisairaille ei ollut kunnissa hoitopaikkoja. Mieleltään sairaat nähtiin taakkana yhteiskunnalle (Rissanen 2020, 72). Vuonna 1939 Suomi jaettiin mielisairaanhoidopiireihin, jotka vastasivat hoidosta ja hoidon kehittämisestä alueillaan (Hirvonen 2014.) Perustettiin erillisiä piirimielisairaaloita, johon mielisairaiden hoito eriytettiin.

Toinen maailmansota aiheutti ongelmia mielisairaiden hoidolle. Mielisairaalat joutuivat luovuttamaan potilaspaikkoja sodassa haavoittuneiden ja vammautuneiden hoitoa varten ja potilaspaikkoja sotilaiden psykiatriseen hoitoon. Osa hoitohenkilökunnasta oli sodassa. Mielisairaita kuoli tartuntatauteihin ja lääkkeistä oli puutetta. Kaikkien vakavimmin oireilevat hoidettiin psykiatrisessa sairaalassa, muut sairastavat siirrettiin joko kotiin tai pitkäaikaissairaat saatettiin siirtää kunnalliskoteihin. Sodassa taistelleita sotilaita oli saatettu lääkittää morfiinilla, kokaiinilla ja vastaavilla päihteillä. Sodan jälkeen osassa mielisairaaloita aloitettiin vieroitushoidot näille potilaille. (Hyvönen 2008, 104–105.)

Vuoden 1952 mielisairaslaki mahdollisti potilaspaikkojen lisäämisen. Mielisairaslain ja asetuksen mukaan mielisairaanhoido kuului kunnille (Mielisairaslaki 187/1952; Mielisairasetus 448/1952). Laki jakoi maan mielisairaanhoidopiireihin, ja kussakin piirissä tuli olla keskusmielisairaala. Perustettiin A- ja B-mielisairaalat. Muutos merkitsi mieleltään sairastuneiden kategorisointia diagnoosin ja oireiden mukaisesti eri mielisairaaloihin. Keskusmielisairaaloina toimivat A-mielisairaalat vastasivat akuuttihoidosta ja niissä hoidettiin vastasairastuneita, kun taas B-mielisairaaloissa hoidettiin pitkäaikaissairaita. Psykiatristen palvelujen pääasiallinen järjestämisvastuu oli kunnilla, tai myöhemmin mielisairaanhoidon kuntainliitoilla, mutta valtiolta tulleet määräykset ja ohjeet säätelivät hoitotyötä varsin yksityiskohteisesti. Keskusmielisairaalat vastasivat pitkälti piirimielisairaalaverkostoa. Joissakin sairaaloissa oli osastoja alkoholiriippuvaisten hoidolle.

B-mielisairaalat sijaitsivat sivussa muusta asutuksesta, ja niissä hoidettiin parantumattomaksi luokiteltuja potilaita (Pyörälä 1998). Suurin osa heistä oli keskusmielisairaaloista siirrettyjä skitsofreniasta toipuvia, kehitysvammaisia tai huonokuntoisia vanhuksia. Mielisairaaloissa toteutettiin työterapiaa ja askartelua. (Rossi 2003; Haarakangas 2011.) Ne toimivat omavaraisina maatalousyhteisöinä, joiden töihin

mielenterveyspotilaat osallistuivat. Työ toi arkirytmiiä ja sisältöä päivään. Työn arvioitiin edistävän toipumista. B-mielisairaaloihin perustettiin ruokaloita, työpaikkoja ja puutarhoja, joilla mahdollistettiin sairastuneille säännöllinen päivärytmi ja mielekästä tekemistä.

Mielenterveyspalveluiden muutosta anglosaksisissa ja Euroopan maissa on 1990-luvulta alkaen kuvattu siirtymisenä asteittain kohti avohoitoa painottavia palveluita (Westman ym. 2011; Hensley & Dawson 2017). Franco Basaglia, italialainen psykiatri ja neurologi, ehdotti psykiatristen sairaaloiden purkamista, ja laitoshoidon korvaamista avohoidolla (Foot 2014). Pohjois-Italiassa toteutettiin mielisairaalariformi jo 1960- ja 1970-luvulla. (Haarakangas 2011, 188; Salo 1996; 2011.) Laitoskeskeisestä psykiatrisesta sairaalajärjestelmästä siirryttiin avohoitoa painottavaan mielenterveystyöhön ja korostettiin mielenterveyskuntoutujien yhteiskuntaan kiinnittymistä (Salo 2011, 261).

Psykoosilääkkeet, neuroleptit, tulivat markkinoille 1950-luvulla. Näihin aikoihin psykiatrasta hoitoa alettiin Suomessakin kehittää kohti avohoitoa (Helén ym. 2011). Neuroleptien myötä mielenterveyspotilaiden vointi kohentui. Ennaltaehkäisevää työtä varten nähtiin keskeiseksi perustaa jokaiseen mielisairaanhoidopiiriin avohoidosta vastaava huoltotoimisto, joka myöhemmin nimettiin mielenterveystoimistoksi. Potilaita voitiin sijoittaa psykiatrisista sairaaloista avohoitoon ja kuntoutuskoteihin.

Avohoidon kehittämistä huolimatta ja sen kanssa rinnan mielisairaalahoidon järjestelmä oli Suomessa laajimmillaan 1970-luvun alussa. Mielisairaalahoidon palveluita tarjonneissa 71 laitostyöyksikössä oli yli 20 000 sairaansijaa, joista noin kolmasosa oli psykiatristen potilaiden käytössä, kolmasosa vanhushoidon palveluita varten ja kolmasosa kehitysvammaisille tai muuta pitkäaikaishoitoa tarvitseville (Haarakangas 2011, 190). Kauko Haarakankaan mukaan (2011, 188) psykoterapeuttista tietämystä ei mielisairaaloissa juurikaan ollut. Vastaavasti sosiaalihuollossa oli painotettu laitoshoidon kehitysvammahuollossa ja päihdehuollossa. Jännitteinä olivat yhtäältä pyrkimys avohoidon ja toipumisen kehittämiseen ja toisaalta ilmeni hoidon tarpeiden ja käytettävissä olevien hoitomenetelmien välinen epäsuhta. Käytännössä laitoshoidon ja toipumisen tukeminen laitospäristössä vaikuttivat vielä vahvasti. Mielisairas kategorisoitiin diagnoosin ja oireiden mukaisesti.

2.3 Mielenterveyskuntoutujan kotiuttaminen

Suomessa mielisairaalahoitopaikat vähenivät merkittävästi 1970- ja 1980-luvuilla, ja niiden korvaajana alettiin painottaa avohoidon merkitystä (Helén ym. 2011; Nordling 2007, 5). Kansanterveyslaki (616/1972) tuli voimaan 1972, ja siinä terveyspolitiikan painopiste määrittyi ennaltaehkäisyyn ja avohoitoon. Psykososiaalisen kuntoutuksen kehittäminen aloitettiin. Mielenterveyspotilaita, joiden katsottiin

olevan turhaan laitoshoidossa, siirrettiin kuntoutukseen ja avohoitoon. Kunnan sosiaalitoimiston tai psykiatrisen sairaalan sosiaalityöntekijä huolehti mielenterveyspotilaan etuuksista ja asuntoasioista. Perustettiin sosiaalipsykiatrisia säätiöitä.

Lääkehoidon kehittämisen ja laitoshoidon purkamisen myötä tuli tarve kehittää sairastuneiden hoitoa ja toipumista laitosten ulkopuolella avohoidossa ja mielenterveyskuntoutujien omassa elinympäristössä. Suomeen perustettiin julkisen hoidon rinnalle terapeutisia yhteisöjä. Suomen Mielenterveysseura ry:n ylläpitämä Veikkolan parantola oli perustettu jo 1929, ja se toimi vuoteen 1995 asti. Parantolan tarkoituksena oli luoda turvallinen ja kodinomainen paikka arkielämässä ongelmia kohdanneille potilaille (Rossi 2003, 17–18). Veikkolan parantolassa sovellettiin Maxwell Jonesin² yhteisöhoitoa periaatteita, joiden tavoitteena oli potilaan omatoimisuuteen ja aktiivisuuteen kannustava toiminta sekä yhteisesti sovittuun tavoitteeseen pyrkiminen avoimen keskustelun myötä. 1970-luvulla Veikkolassa kehitettiin toimintaa demokraattisemmaksi ja osallistuvammaksi ottamalla käyttöön mielenterveyspotilaiden ja henkilökunnan yleiskokoukset, erilaisia ryhmätoimintoja, potilastoimikunta ja omahoitajakäytäntö (mt., 50–57; 71).

Vaikka Veikkolan yhteisö koettiin toipumista tukeväksi niin henkilökunnan kuin mielenterveyspotilaiden näkökulmista, terapeutisiin yhteisöihin on yleisemmin kohdistunut myös kritiikkiä (Rossi 2003). Näitä yhteisöjä on kritisoitu siitä, että niissä korostuu liiallinen suojautuminen ristikkäisiltä tunteilta ja tavoitteilta, jolloin vaarana on oppimisen ja kehittymisen tyrehtyminen ja potilaiden hoidon pitkittyminen ja laitostuminen (mt., 110–111).

Järjestöjen ensin kehittämät toimintamuodot ovat usein saattaneet myöhemmin siirtyä osaksi julkishallinnon palveluita. 1970-luvun puolivälistä Veikkola siirtyi ensin Etelä-Suomen Mielisairaanhoidopiiriin kuntainliiton ja sen jälkeen Uudenmaan sairaanhoidopiiriin Jorvin sairaalan alaiseksi toiminnaksi (mt.).

1980-luvulla mielisairaanhoidopaikkojen supistamisesta vapautuneet resurssit oli tarkoitus ohjata avohoitoon. Avohoittoa ei kuitenkaan kehitetty muuttuneita tarpeita vastaavaksi. Mielenterveyskuntoutujilla ei ollut riittävää apua ja tukea avohoidossa. (Eskola & Karila 2007, 25, 30–31.)

Sopimusvuori ry ja sen ensimmäiset kuntoutusyhteisöt perustettiin 1970-luvulla, jolloin hoito oli vielä yleisesti sairaalakeskeistä ja mielenterveyspotilaiden hoitoajat pitkiä. Useimmat mielenterveyskuntoutujat olivat olleet hoidossa psykiatrisessa sairaalassa useita vuosikymmeniä. He olivat vieraantuneet arkielämästä. Sopimusvuoreen perustettiin pieniä kuntoutuskoteja, jotka toimivat Veikkolan tapaan terapeuttisen yhteisön periaatteella. Kuntoutuskodeissa opeteltiin yhdessä sosiaalisia taitoja, korostettiin yhteisön jäsenten vastuuta ja mahdollisuutta päättää yhteisistä asioista.

2 Kari Murto (2013, 12–13) painottaa, että psykiatrisen terapeuttisen yhteisön kehittäjinä voidaan pitää toisen maailmansodan aikana Maxwell Jonesia, joka kehitti terapeutista yhteisöä sosiaalisen oppimisen pohjalta ja Tom Mainia, joka pohjasi ajattelunsa psykoanalyttisen teoriaan.

Sopimusvuoren toiminta laajeni kuntoutuskotien lisäksi pienkodeiksi ja asunnoiksi. Niissä järjestettiin päivätoimintaa, kuten työsaleja ja päivätoimintakeskuksia sekä vapaaehtoistoimintaa. Työsalit tarjosivat suojatyötä (Ojanen 2004). Sopimusvuori ry:ssä kehitettiin portaattainen toipumisjärjestelmä, jota 1980-luvulla sovellettiin useassa mielensairaanhuoltopiirissä (Nordling 2007, 20).

Terapeuttisten yhteisöjen synty oli osa yleisempää yhteiskunnallista liikehdintää. Karoliina Ahosen (2019) mukaan 1970-luvun uusvasemmistolaiset arvot painottivat inhimillisen yhteiskunnan rakentamista sekä kansalaisten terveyden ja kaikkien osallisuuden edistämistä hyvinvointivaltion rakentamisessa. Sosiaalipsykiatrian edustajien toimesta mielenterveystyö pyrittiin laajentamaan terveydenhoitoon, sosiaalitoimeen sekä kasvatus- ja koulutusorganisaatioihin (Hautamäki ym. 2011, 78–79). Tarkoituksena oli tunnistaa mielenterveyttä uhkaavia ja estäviä tekijöitä valistuksen ja koulutuksen keinoin ja ennaltaehkäistä mielenterveysongelmia.

Yhteiskunnalliset kansalaisliikkeet vahvistuivat 1960-luvun lopulla ja 1970-luvun alussa. Lars D. Eriksson (1967) toimitti kirjan Pakkoauttajat. Kirjassa kritisoitiin mielisairaalaita, vankiloita ja vastaavia laitoksia pakkoauttamisesta ja vapaudenriistosta. Puoli vuotta kirjan julkaisemisen jälkeen syntyi antipsykiatrinen Marraskuun liike. Marraskuun liikkeen tavoitteena oli auttaa mielisairaita, vankeja, asunnottomia, päihdeongelmaisia ja muita huono-osaisia kansalaisia. Liike järjesti tapahtumia ja mielenosoituksia mielenterveyspotilaiden ja vankien kohtaamien epäkohtien huomioimiseksi sekä yhdenmukaisuuden paineen vähentämiseksi yhteiskunnassa (Alapuro 1997). Marraskuun liike loppui 1973 aktiivijäsenten siirtyessä harjoittamaan vaikuttamistoimintaa puolueissa. Italialainen psykiatri Franco Basaglia oli osa tätä kriittistä liikehdintää kansainvälisesti (Basaglia 1972).

Samoihin aikoihin 1970-luvun alussa Suomessa perustettiin myös ensimmäiset mielenterveyspotilaiden mielenterveysyhdistykset. Yhdistykset alkoivat vaatia mielenterveyspotilaiden ja -kuntoutujien oikeuksia ja parempaa hoitoa. Valtakunnallinen Mielenterveyden keskusliitto ry perustettiin 1971 Iisalmessa Koljonvirran sairaalassa (Kalemaa 1996, 53). Sen jäseniä olivat paikalliset jäsenyhdistykset ja niiden jäsenet. Liiton tavoitteina oli saada mielenterveyskuntoutujien ääni ja kokemukset kuulluksi, vähentää stigmaa, parantaa hoitoa ja palveluita, auttaa yhteiskuntaan sijoittumista sairaalahoidon jälkeen ja tiedottaa omista järjestöasioista (mt., 54, 89). Liitossa kehitettiin vertaistukea ja TRIO-projektissa myös kolmen asiantuntijuuden mallia mielenterveyskuntoutujan, vertaisohjaajien ja ammattilaisten välillä kuntoutumisen tukemiseksi (Hietala-Paalasmaa ym. 2007).

Vuoden 1978 mielisairaslain osauudistuksessa haluttiin vahvistaa avohoitoa, kun kuntoutus, asuntolatoiminta ja suojatyö tulivat valtionavun piiriin (Rissanen 2022, 77). Huoltotoimistot muuttuivat mielenterveystoimistoiksi, joiden tehtävänä oli myös ennaltaehkäisevä mielenterveystyö (mt., 77). Jarkko Eskola ja Antti Karila (2007, 24–25) painottavat, että lain osauudistus turvasi B-mielisairaaloiden valtionosuutta.

Mielenterveyskomitea julkaisi vuonna 1984 suositukset mielenterveystyöstä. Tavoitteena oli tuoda esille ehkäisevä mielenterveystyö mielenterveyshoidon rinnalle. Tähän pyrittiin vahvistamalla peruspalveluiden mielenterveystyötä ja kehittämällä avopalveluita. Suosituksessa mielenterveystyön kohteeksi nähtiin yksilön ohella yhteisöt ja yhteiskunnan rakenteet. (Mielenterveystyön komitean mietintö 1984.)

Mielenterveyspalveluiden kehittämiseksi käynnistettiin 1980-luvun lopulla ja 1990-luvun taitteessa useita projekteja: valtakunnallinen itsemurhien ennaltaehkäisyprojekti (1986), masennuksen vähentämisohjelma ja skitsofreniaprojekti (1987) (Helén ym. 2011, 23; Nordling 2022). Itsemurhien määrä oli Suomessa suurimmillaan vuonna 1990, jolloin Suomessa tehtiin yli 1500 itsemurhaa (Suomen virallinen tilasto, kuolemansyyt). Valtakunnallisen itsemurhien ennaltaehkäisyprojektin tavoitteena oli vähentää itsemurhien määrää viidenneksellä. Esa Nordling (2022, 18) kirjoittaa, että psykiatriassa huomioitiin entistä paremmin masennuksen heikko tunnistettavuus hoidossa ja hoitokäytänteissä. Tästä kehittyi aikanaan aktiivinen depressiotutkimus ja vertaistoiminta. Muutosten on todettu vaikuttaneen jaettuun masennuskäsitykseen yhteiskunnassa. Masennus määrittyi kansantaudiksi muiden sairauksien joukkoon (Hautamäki ym. 2011, 95).

Valtakunnallisella skitsofreniaohjelmalla pyrittiin purkamaan psykiatrisen hoidon laitoskeskeisyyttä. Turun yliopiston psykiatrian klinikalla kehitettiin psykoterapeuttisesti orientoitunutta perhekeskeistä hoitomallia (Alanen 2009; Seikkula & Alakare 2004). Tavoitteena oli skitsofreniatoipujien uuskroonistumisen vähentäminen, uusien skitsofreniapotilaiden hoidon kehittäminen ja pitkäaikaispotilaiden hoidon ja kuntoutuksen kehittäminen (Nordling 2007, 20; Nordling 2022, 16–17). Otettiin käyttöön uusia hoitokäytänteitä kuten perhekeskeinen työskentelyote, psykoosiryhmät ja alueelliseen kehittämistyöhön vaikuttaminen (Nordling 2007, 20). Keroputaan sairaalassa Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirissä kehitettiin avoimeen dialogiin perustuvaa hoitomallia 1980- ja 1990-luvuilla. Avoimen dialogin mukaan pyrittiin hoitokokouksissa jokaisen paikalla olevan näkökulman kuulemiseen ja moniäänisyyteen, hoidon psykologiseen jatkuvuuteen, läheisten mukana oloon ja siihen, että psykoosiin sairastuneen henkilön olisi mahdollista elää omassa elinympäristössään. (Arnkil & Seikkula 2009.)

1990-luvulla vammais-, potilas-, omais- ja mielenterveysjärjestöissä yleistivät oma-apu ja vertaistoiminta osin vastauksena ammattilaisten ja järjestelmien hoitokäytänteiden epäkohtiin. Sopimusvuori ry perusti vuonna 1995 Suomessa ensimmäisen klubitalon. Klubitalotoiminnan avulla vahvistettiin toipujien mahdollisuutta päästä avoimille työmarkkinoille siirtymätyön keinoin osa-aikaisesti ja tuetusti.

Erikoissairaanhoitolain (1062/1989) myötä mielisairaalahuoltopiirit lakkautettiin ja psykiatrinen erikoissairaanhoito siirrettiin osaksi sairaanhoitopiirejä (Harjajärvi ym. 2006, 17). Tavoitteena oli psykiatrian yhdenmukainen asema muiden erikoisalojen kanssa, sairastuneiden tasa-arvoinen asema terveyspalveluiden

käyttäjinä ja leimautumisen estäminen. (Kärkkäinen 2004.) Vuonna 1991 tulivat voimaan myös mielenterveyslaki ja -asetus (116/1990; 1247/1990), joissa käytettiin käsitettä mielenterveystyö. Taustalla vaikuttivat osaltaan edellä mainitun mielenterveyskomitean (1984) suositukset mielenterveystyöstä. Lainsäädännössä määritetyllä mielenterveystyöllä pyrittiin yksilön psyykkisen hyvinvoinnin ja toimintakyvyn edistämiseen sekä mielenterveyden ongelmien ehkäisemiseen ja toipumisen tukemiseen (116/1990).

Mielenterveys-, terveys- ja hyvinvointipolitiikka ilmeni 1990-luvulla valtionosuusuudistuksena ja keskushallinnon informaatio-ohjauksena, kun sosiaali- ja terveysministeriön ja keskusvirastojen määräykset ja ohjeistukset korvattiin toimintasuosituksilla. Mielenterveystyötä tehtiin psykiatrisen erikoissairaanhoidon lisäksi laaja-alaisesti ja moniammatillisesti yhteiskunnan eri osa-alueilla: kasvatus- ja perheneuvolan, kouluterveydenhuollon, perusterveydenhuollon, työterveyden, sosiaalityön, lastensuojelun, vanhustenhuollon ja päihdehuollon alueilla. Psyykkisesti sairastuneita siirrettiin toipuminen huomioiden myös kilpailutettuihin asumispalveluihin. Karoliina Ahosen (2019, 136) mukaan sairastuneiden ihmisoikeuksiin ja autonomiaan liittyvät tekijät ohitettiin poliittisen ohjauksen tasolla.

Suomessa avohoidon kehittämisen pysähtymiseen vaikutti myös 1990-luvun lama. Avohoidon resursseja ei lisätty suunnitelmallisesti (Nordling 2022, 20). Psykiatrisia sairaaloita lakkautettiin ja niiden suljettuja osastoja tai avo-osastoja siirrettiin somaattisten sairaaloiden yhteyteen. Mielenterveyshoidon resursseja ei kuitenkaan siirtynyt vastaavasti avohoitoon. Mielenterveystoimistoissa ja muissa hoitopaikoissa oli psykiatrisen osastohoidon sulkeuduttua paljon mielenterveyspotilaita. Avohoidossa panostettiin Anna Alangon (2017) mukaan sairastuneiden ja toipujien tukemiseen työelämässä, ja yksilön oma vastuu korostui. Avohoidon tarvetta perusteltiin keinoksi estää suuria sairauseläkekuluja. Psykiatrisen sairaalahoidon ja avohoidon väliin kehitettiin kuntoutumista tukevia palveluita, kuten asumispalveluita, päiväsaaraalatoimintaa ja työtoimintaa (Pirkola ym. 2005, 18).

Edellä kuvatun vaiheen lopulla kehitettiin psykoosilääkkeitä ja havaittiin, että niitä kokeilleiden mielenterveyspotilaiden vointi koheni. Tämä avasi mahdollisuuden kyseenalaistaa psykiatrisen hoidon tuolloiset menetelmät. 1970-luvulta 1990-luvulle ulottuneen vaiheen haasteita ja mahdollisuuksia olivat laitospaikkojen purku ja samalla avohoitoon ei panostettu vastaavasti. Mielenterveystyötä pyrittiin laajentamaan muille sektoreille tunnistamalla mielenterveyttä uhkaavia tekijöitä ja ennaltaehkäisemällä mielenterveyden ongelmia. Vaiheen loppupuolella uusia mahdollisuuksia ja samalla jännitteitä toivat tarve avohoidon kehittämiseen, mielenterveyden hoidon ja uusien toimintamuotojen kehittäminen ja uusien mielenterveysyhdistysten perustaminen.

2.4 Mielenterveyskuntoutujan ja mielenterveystoipujan palautuminen yhteiskuntaan

Neljättä 2000-luvulle paikantamaani vaihetta kuvaan mielenterveyskuntoutujan ja mielenterveystoipujan palautumisena yhteiskuntaan. Tässä vaiheessa mielenterveyskuntoutuja-käsite yleistyi ja sen rinnalle tuli ajanjakson lopulla mielenterveystoipuja-käsite. Kehitysvaiheen piirteitä ovat mielenterveyskuntoutujan toimijuuden ja valtaistumisen edistäminen, positiivisen mielenterveyden (Appelqvist-Schmidlechner ym. 2016) ja mielenterveystoipumisen edistäminen sekä mielenterveyskuntoutujan tai mielenterveystoipujan määrittäminen oman elämänsä asiantuntijaksi.

Ajanjaksolle tultaessa ja sen myötä mielenterveyden hoito on muuttunut. Mielenterveyssyiden perusteella korvattujen sairauspäivärahojen määrä on kasvanut vuodesta 2016 vuoteen 2023. Mielenterveyden häiriöiden osuus korvatuista sairauspäivärahoista vuonna 2023 oli 36 prosenttia. (Kela 2024a.) Toisaalta psykiatrisen sairaalahoidon määrä on vähentynyt. Kun vuonna 1970 psykiatrisessa sairaalahoidossa oli 22 000 sairaanhoitopaikkaa, niin vuonna 2021 paikkoja oli enää 2700. Psykiatrisessa hoidossa olevien potilaiden hoitopäivien määrä ja hoidon kesto on lyhentynyt (Linnaranta ym. 2022). Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa olevista 195 000 potilaasta suurin osa (192 000 potilasta) hoidettiin vuonna 2023 avohoidossa (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2024). Outi Linnarannan (2022, 2) mukaan erityisesti vaikeahoitoisten potilaiden hoito on pitkittynyt potilaiden odottaessa siirtoa hoitopaikasta toiseen. Mielenterveyspalveluita (psykososiaalinen hoitomuoto) ovat käyttäneet paljon erityisesti nuoret aikuiset (Poutanen ym. 2024).

Vuoden 2022 loppuun asti voimassa ollut Mielenterveyslaki (Mielenterveyslaki 116/1990) määrittä avopalvelut ensisijaiseksi mielenterveyspalveluiden järjestämisen tavaksi. Avopalveluiden tavoitteena on tukea ja lisätä mielen hyvinvointia, vahvistaa mielenterveyttä sekä vähentää mielenterveyden ja riippuvuuksien ongelmia ja niistä johtuvia haittoja sekä tukea kokonaisvaltaista toimintakykyä arjen elinympäristössä. Vuoden 2023 alusta mielenterveyden hoidosta ja päihde- ja riippuvuushoidosta sekä sosiaalihuollon mielenterveys- ja päihdetyöstä säädetään ensisijaisesti terveydenhuoltolaissa (1326/2010) ja sosiaalihuoltolaissa (1301/2014). Mielenterveys- ja päihdehuoltolaki (Mielenterveyslaki 1116/1990; Päihdehuoltolaki 41/1986) alaisuuteen jäivät tahdosta riippumaton hoito ja valtion melisairaaloita koskeva sääntely.

Mielenterveyspalvelut jakautuivat perus- ja erityistason palveluihin ja niitä järjestivät ensin kunnat ja erikoissairaanhoito sekä vuoden 2023 alusta kuntien sijaan hyvinvointialueet (611/2021). Väestön hyvinvoinnista ja terveydestä sekä lakisääteisestä sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluiden järjestämisestä säädetään lailla sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021)³. Hyvinvointialueet

3 Potilaiden asemaa ja oikeuksia ja asiakkaiden asemaa ja oikeuksia turvataan laeilla (785/1992; 812/2000), perusoikeudet turvataan perustuslaissa (731/1999).

järjestävät mielenterveyden hoidon perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Perusterveydenhoito on mielenterveyden hoidossa ensisijaista. Lisäksi hoitoa on tarjolla erikoissairaanhoidona psykiatrian poliklinikoilla ja psykiatrisena sairaalahoidona. Psykiatrisen hoidon resursointi määrittynyt alueellisesti asiakastarpeiden ja väestön sairastavuuden pohjalta. Mielenterveyspalveluihin kuuluvat ohjaus, neuvonta ja tarpeenmukainen psykososiaalinen tuki, kriisitilanteiden psykososiaalinen tuki sekä mielenterveyden häiriöiden ehkäiseminen, tutkimus, hoito ja kuntoutus (Sosiaali- ja terveysministeriö, Mielenterveyden hoito 2025). Psykoterapiapalvelut ja sopeutumisvalmennus ovat keskeinen osa toipumiseen liittyvää hoitoa ja kuntoutusta.

Hyvinvointialueiden sosiaalihuollossa tehtävällä mielenterveystyöllä pyritään vastaamaan mielenterveysongelmista johtuvan toimintakyvyn heikkenemiseen liittyvän avun ja tuen tarpeeseen. Sosiaalihuolto järjestää sosiaalihuoltolain (1301/2014) perusteella mielenterveystoipujille asumispalveluita, niiden yhteydessä annettavaa sosiaaliohjausta, sosiaalista kuntoutusta, päivätoimintaa, työtoimintaa sekä itsenäisten asioiden hoidon, mielekkään arjen ja yhteiskunnallisen osallistumisen tukemista. Avohoitoa tukevia asumispalveluita tuottavat yksityiset yritykset, julkiset tahot, järjestöt ja säätiöt. 2010-luvun loppupuolella Suomessa mielenterveystoipujien asumispalveluissa oli noin 7500 asukasta (Vorma ym. 2020, 32). Asiakasmäärät psykiatrian asumispalveluissa ovat yli kaksi ja puolikertaistuneet vuosina 1995–2003 (Pirkola ym. 2005, 18).⁴

Järjestöt tuottavat julkisen tahon rinnalla täydentäviä ja matalan kynnyksen mielenterveyspalveluita ja tukea: koulutuksia ja valmennuksia, yksilö- ja ryhmäohjausta, klubitaloitointia, vertaistukea ja kokemusasiantuntijatoimintaa. Mielenterveyden hoidon tulisi muodostaa toimiva kokonaisuus sosiaali- ja terveydenhuollon osana, kunnissa tehtävän ehkäisevän mielenterveystyön kanssa ja perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kesken (Sosiaali- ja terveysministeriö 2025). Mielenterveyden hoito on monen tahon toteuttamaa, pirstaleista ja hoito eroaa hyvinvointialueittain.

Mielenterveyden häiriöiden hoidoista masennuksen hoitoa on kritisoitu 2000-luvulla siitä, että se on näyttäytynyt käytännössä lääkehoitona ja lääkehoidon seurantana. Toipujien omahoito voi tarkoittaa käytännössä oireiden tunnistamista ja voinnin vaihteluiden seurantaa (Hautamäki ym. 2011, 85–97).

Koronapandemia yleisti digitaalisten palveluiden käyttöönottoa psykiatrisessa hoidossa ja toipumispalveluissa. 2020-luvulla ovat käytössä digitaaliset hoitopolut, terapianavigaattorit ja HUS:n verkkopalveluina Mielenterveystalon palvelut, nettiterapiat, oirekyselyt ja etäkuntoutus perinteisten hoito- ja tukimuotojen rinnalla (Mielenterveystalo n.d.). Psykiatrisia sairaaloita osastopaikkoineen on ajettu alas, ja samalla psykiatrista sairaalahoidoa on siirretty keskussairaaloiden yhteyteen. Keskus-

⁴ Psykiatrian asumispalveluista on koottu asiakaslaskenta julkisten sosiaali- ja terveydenhuollon, yksityisten ja järjestöjen tuottamista palveluista vuoden 1995 lopusta alkaen (Pirkola 2005, 18).

sairaalat saattavat sijaita kaukana toipujan omasta ja läheisten asuinpaikasta. Monet matalan kynnyksen mielenterveyspalvelut ovat ruuhkautuneet.

Tutkimukseni kannalta on erittäin merkittävää, että tässä vaiheessa mielenterveystoipujien kokemustieto tuli kirjatuksi kansallista mielenterveys- ja päihdepalveluita kuvaavaan politiikkaohjelmaan, kansalliseen Mieli-suunnitelmaan 2009–2015 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009). Ohjelman kolmannessa tavoitteessa tuotiin esille vertaistuen ja kokemusasiantuntijuuden lisääminen palvelujärjestelmässä (Moring ym. 2011). Kokemustieto otettiin mukaan myös ohjelman valmisteluun. Kokemusasiantuntijaksi alettiin kutsumaan toipujaa, jolla on omakohtaista kokemusta mielenterveys- tai päihdeongelmaan sairastumisesta ja toipumisesta sekä kokemustietoa hoitoa ja toipumista tukevista palveluista (Moring ym. 2011; Rissanen 2013a, 14). Kokemusasiantuntija on voinut käydä kokemusasiantuntijakurssin syventääkseen aihealueen tuntemusta.

Politiikkatoimilla on tähdätty mielenterveyden ja kuntouksen tavoitteiden uudistamiseen yhteiskuntatasolla. Sosiaali- ja terveysministeriön asettama kuntoutuksen uudistamiskomitea valmisti 55 ehdotusta kuntoutuksen kokonaisuuden uudistamiseksi osana hyvinvointipalvelukokonaisuutta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017). Tavoitteena oli muun muassa tukea toipujan selviytymistä omassa elinympäristössään (mt.). Ministeriö valmisti myös kansallisen Mielenterveysstrategian yhdessä julkisten ja järjestötoimijoiden kanssa. Strategian avulla tähdätään muun muassa mielenterveyteen jokaisen pääomana, mielenterveysoikeuksien keskeytyneen ja ihmisten tarpeen mukaisiin, laaja-alaisiin palveluihin (Vorma ym. 2020).

Suomessa ryhdyttiin kehittämään toipumisorientaatiota (*recovery*) mielenterveyspalveluissa järjestöjen ja julkishallinnon toimesta ja yhteistyössä tapahtuvana (Nordling 2018; Nordling & Rissanen 2020; Martin ym. 2021). Tämän tutkimuksen kuluessa useat toimijat, kuten Helsingin kaupungin päihdepalvelut, Porin mielenterveys- ja päihdetoipujien asumispalvelut ja jotkut yksityiset mielenterveystoipujien asumispalvelut, kuten sosiaalipsykiatriset säätiöt, ovat sitoutuneet toipumisorientaation lähestymistavan soveltamiseen. Lapin yliopisto koordinoi vuosina 2019–2021 valtakunnallista Recovery-toimintaorientaatio mielenterveyspalveluissa -hanketta, jossa analysoitiin ja kehitettiin toipumislähtöisiä mielenterveyspalveluita yhteistyössä sairaanhoitopiirien ja järjestöjen, tutkijoiden, kehittäjien, kokemusasiantuntijoiden ja omaisten kanssa. (Nordling & Rissanen 2020; Martin ym. 2021; Martin & Soronen 2022.)

Vaikka toipuminen on monien valtioiden mielenterveyspolitiikoissa tunnustettu periaate, toipumisen toteuttaminen mielenterveyspalveluiden käytänteissä on todettu pulmalliseksi (Kourgiantakis ym. 2020, 2). Anna Alanko (2017) nimeää edellä kuvatun mielenterveyspolitiikan muutoksen suomalaisen mielenterveystyön ekspansioksi, joka ilmenee avohoidon lisääntymisenä ja mielenterveyspalveluiden käytön laajentamisena vähemmän oireilevan väestön keskuuteen. Karoliina Ahonen (2019) toteaa, että mielenterveyspolitiikan avohoidon keinot eivät käytännössä

ole tukeneet pitkäaikaisista mielenterveyden ongelmista toipuvien osallisuutta yhteiskunnassa.

2020-luvulle on tyypillistä poliittisten, määräaikaisten ohjelmien ja strategioiden aika. Toipujat kohdataan yhteiskunnan ja palvelujärjestelmän tasoilla monin eri tavoin: heistä puhutaan mielenterveystoipujien ohella edelleen mielenterveyspotilaina, mielenterveyskuntoutujina sekä uudistuneemmin palveluiden käyttäjinä, kokemusasiantuntijoina tai asiakkaina. (McLaughlin 2009.) Epäselvää on, miten ohjelmissa ja strategioissa mainittujen mielenterveyteen liittyvien tavoitteiden seuranta ja vaikutusten arviointi toteutetaan myös toipujien kokemustieto huomioiden, ja miten toipujat tulevat eri rooleissa autetuiksi julkisessa palvelujärjestelmässä.

Vaiheen jännitteitä ovat yhtäältä ennaltaehkäiseviin ja perustason mielenterveyspalveluihin panostaminen sekä toisaalta erityisesti riittämätön apu ja tuki pitkäaikaisesti sairastuneiden mielenterveystoipujien toipumiseen avohoidon sekä muun tarvittavan tuen ja avun keinoin omassa arkielämässä, yhteisöissä ja yhteiskunnassa. Vaikka mielenterveystoipumisen lähestymistapaa on jalkautettu osin mielenterveyspalveluihin, mielenterveystoipuminen ja toipujista käytetyt käsitteet voivat poiketa toisistaan ja ilmetä suhtautumisessa toipumiseen ja toipujiin sekä näkyä palvelujärjestelmän käytänteissä.

Mielenterveystoipumisen historialliset vaiheet jäsenyivät neljään vaiheeseen, ensimmäisenä mielisairaana eristämiseen ja laitoksissa säilyttämiseen ja sitten mielisairaana hoitoon mielisairaalassa. Tämän jälkeen vaiheena seuraa mielenterveyskuntoutujan kotiuttaminen ja neljäntenä vaiheena mielenterveyskuntoutujan ja mielenterveystoipujan palautuminen yhteiskuntaan avohoidon, toipumista tukevien palveluiden sekä vertaistuen ja kokemusasiantuntijuuden myötä. Kullekin vaiheelle oli ominaista kulttuurishistoriallisesti rakentuvat jännitteet sekä käytetyt käsitteet toipujista, jotka ilmenevät asenteissa, ja heijastuvat yhteiskunnan rakenteisiin ja palvelujärjestelmän käytänteisiin. Aiemmat aikakaudet käsitteineen vaikuttavat ja näkyvät myös myöhemmissä vaiheissa.

3 Mielenterveystoipumisen käsitteelliset lähtökohdat

Tässä luvussa tarkastelen ensin henkilökohtaisuutta painottavaa toipumista (*personal recovery*). Olen valinnut käsitteelliseksi tarkasteluksi henkilökohtaisen toipumisen näkökulman, sillä se on keskeiseksi tunnistettu ja nimetty toipumista tarkastelevissa tutkimuksissa. (Onken ym. 2007; Leamy ym. 2011; Nordling 2023; Tew 2013; Bejerholm & Roe 2018; Topor ym. 2022.) Seuraavaksi laajennan käsitteellistä tarkastelua sosiaaliseen toipumiseen (Marino 2015; Ramon 2018) yhteisöissä ja elinympäristöissä, mikä ilmenee osittain myös henkilökohtaisen toipumisen tarkastelussa. Kolmanneksi käsittelen vertaistuen ja kokemusasiantuntijuuden merkitystä mielenterveystoipumisessa. Vertaistuki ja kokemusasiantuntijuuden käsitteellinen tarkastelu on merkityksellistä tutkimusaineistoni erityisluonteen hahmottamiselle. Edellisessä pääluvussa kuvatut mielenterveyden toipumisen vaiheet ja näiden jännitteet, erityisesti niistä viimeisin, heijastuvat käsityksiin ja määrittelyihin mielenterveystoipumisesta, siinä käytettyihin käsitteisiin, sen osa-alueiden erittelyyn sekä toipumista tukeviksi tunnistettuihin käytänteisiin. (Myös Jäntti ym. 2022.)

3.1 Henkilökohtaisen toipumisen näkökulma

Henkilökohtaisen toipumisen määrittely on lähtöisin potilas-, antipsykiatria-, selviytyjä- ja käyttäjälähtöisistä kansalaisliikkeistä (Chamberlain 1990; Deegan 1988; Lukens & Solomon 2013; Ostrow & Adams 2012). 1960-luvulta lähtien erilaiset kansalaisliikkeet toivat esille eri vähemmistöryhmien asemaa ja ihmisoikeuksien keskeisyyttä (Davidson ym. 2010). Mielenterveystoipujien näkemyksiä ja kokemuksia ajaneet kansalaisliikkeet syntyivät vastauksena mielisairaaloiden paternalistiselle hoitokulttuurille ja objektivoiville hoitokäytänteille.

Mielenterveyden toipumisen keinot olivat aiemmin määräytyneet klinisen toipumisen käsitteen pohjalta pääosin ammattilaisten taholta ja palvelujärjestelmästä käsin (Pilgrim & McCranie 2013). Klinisen toipumisen mukaan mielenterveystoipuja määrittyy mielenterveyden ongelmien, oireiden, vajavaisuuksien ja diagnoosin kautta. Mielenterveystoipumista kuvattiin mielenterveyden ongelmien oireiden loppumisena, remissiona. Mielisairaaloiden hoito- ja rajoitustoimenpiteet, laitospäätös ja valtadynamiikka ammattilaisten ja toipujien välillä rajoittivat toipujan itsemääräämisoikeutta, identiteettiä ja vaikuttivat siihen käsitykseen, jonka toipuja loi itsestään (Goffman 1997).

Kuten edellisen luvun historiallisessa tarkastelussa tuli esiin, mielenterveystoipujien toipumista tuettiin laitosten ulkopuolella 1950-luvulta lähtien. Tässä muutoksessa kansalaisliikkeillä oli olennainen merkitys. Kansalaisliikkeitä oli lukuisia ja niillä oli omanlaisia painotuksia, joiden lähempi tarkastelu kuvaa hyvin henkilökohtaisen toipumisen näkökulmia. Yhdysvalloissa mielenterveystoipujien Liberation-liike (*Liberation movement*) sai alkunsa 1960- ja 1970-luvuilla (Chamberlain 1990). Keskeinen julkaisu oli Judith Chamberlainin (1978) *On our own: Patient Controlled Alternatives to the Mental Health System*⁵. Liikkeen periaatteena oli puolustaa mielenterveyspotilaiden ihmis- ja kansalaisoikeuksia sekä tavoitella vaihtoehtoisia toipumisen keinoja institutionalisoituneelle psykiatriselle hoidolle (Ostrow & Adams 2012, 71). Samanaikaisesti palvelun käyttäjien liike (*consumer movement*) pyrki kehittämään toipumisajattelua, omahoidon keinoja ja yhteistyötä psykiatrisen hoidon kanssa. Selviytyjien liike (*survivors, ex-survivors*) toisaalta painotti samana ajankohtana potilaiden selviytymistä psykiatrisesta hoidosta, siihen sisältyvistä pakkotoimenpiteistä sekä kehitti vaihtoehtoisia toipumisen tapoja perinteiselle psykiatriselle hoidolle. Yhdysvalloissa psykiatrasta pakkohoitoa kokeneiden toipujien (*ex-survivors*) ”*We are not alone*” -liike loi 1940-luvulla perustan klubitalokonseptille. (Piat & Sabetti 2009; Hänninen 2016, 32.) Toipujat kertoivat toisilleen toipumiskokemuksiaan ja tukivat toisiaan vastavuoroisesti. New Yorkin julkisen kirjaston portailla perustettiin Manhattanille ensimmäinen klubitalo nimeltään Fountain House (Stromwall & Hurdle 2003, 207). Anti-psykiatrisen liikkeen edustajat kuten Tomas Szasz ja Thomas J. Scheff kritisoivat psykiatrasta hoitoa ja psykososiaalisten ongelmien medikalisoitua. (Ostrow & Adams 2012, 71). Mielenterveyspalvelut deinstitutionalisoituivat asteittain eri maissa 1960- ja 1970-luvuilta lähtien, mikä edisti vähän kerrallaan mielenterveystoipujien mahdollisuuksia ja osallisuutta yhteisöissä ja yhteiskunnassa (Millar ym. 2016; Chamberlain 1990).

Toipujien osallisuus⁶ (*service-user involvement*) ja osallistuminen (*participation*) omaan hoitoon ja toipumiseen vahvistuivat kritiikkinä biomedikaaliselle, kliiniselle mielenterveyden hoidolle. Kliinistä mielenterveyden hoitoa kritisoiitiin standardisoituna, kaikille samanlaisena hoitona ”*one approach fits all*”, jossa toipujan oma-kohtaista näkemystä ja kokemusta ei juurikaan huomioitu (Pilgrim & McCranie 2013; Khoury & del Barrio 2015). Ammattilaiset päättivät mielenterveyspotilaan

5 Chamberlin, Judi 1978: *On our own: Patient-controlled alternatives to the mental health system*. New York: Hawthorne Books.

6 Osallisuutta on määritelty eri tavoin. Osallisuuden käsitteissä voidaan määritellä osallisuuden, osallistumisen ja osallistamisen käsitteet, jotka linkittyvät toisiinsa ja samalla jäsentävät osallisuuden määrittelyiden merkityseroja (Närhi ym. 2014). Osallistaminen liittyy hallinnon tai päätöksentekijöiden tavoitteeseen saada kansalaisia osallistumaan ennalta määriteltyyn osallistumisteemaan. Osallisuutta on määritelty osallistumisena oman elämän asioiden päätöksentekoon ja kokemukseen toimijuudesta, liittymisenä vastavuoroisiin suhteisiin, kuulumisen tunteena yhteisöissä ja niissä toimimiseen sekä vaikuttamisena elinympäristössä, yhteisöissä ja yhteiskunnassa (Närhi 2014; Isola 2017).

hoidosta ja toipujan tuli sopeutua hoitoon. Epäsuhtainen valtdynamiikka ammatilaisten professionaalisen asiantuntijuuden ja potilaiden kokemustiedon välillä oli ilmeinen. Yhteiskunnallisten tekijöiden, kuten köyhyyden, syrjäytymisen ja huono-osaisuuden vaikutukset toipujan arkielämään jäivät vähälle huomiolle.

Yhdysvalloissa toteutetussa Vermontin kuntoutusprojektissa 1960-luvulla kysyttiin skitsofreniaan sairastuneilta, mitä he tarvitsevat päästäkseen pois sairaalasta. Kyselyn tulosten perusteella toipumista ryhdyttiin tukemaan pitkän laitoshoidon jälkeen sitä mahdollistavissa elinympäristöissä. Vermontin kuntoutusprojektin pitkittäistutkimuksen pohjalta todettiin, että toipujan on mahdollista toipua laitoshoidon jälkeen tuetussa ympäristössä. (Harding ym. 1987.)

Henkilökohtaisen toipumisen näkökulmat eroavat kliinisen toipumisen määrittelyistä (Scheyett ym. 2013). Niistä on laadittu kirjallisuuskatsauksia (Onken ym. 2007; Leamy ym. 2011; Tew ym. 2012). Lisäksi on tehty tutkimuksia sekä ammatilaisten että mielenterveystoipujien näkemyksistä ja kokemuksista toipumisesta ja vertaisten ja kokemusasiantuntijoiden merkityksestä mielenterveyspalveluissa (mm. Anthony 1993; Slade 2009; Shcön & Rosenberg 2013; Rissanen 2015; Bejerholm & Roe 2018). Mielenterveystoipumisen periaate on kirjattu useiden valtioiden mielenterveyspolitiikkaa suuntaaviin ohjelmiin, kuten Yhdysvaltojen SAMSHA (Substance Abuse and Mental Health Service Administration), Kanadan, Ison-Britannian ja Australian politiikkaohjelmat ja WHO:n Mielenterveyden ohjelma 2013–2030 (Khoury & del Barrio 2015; World Health Organisation 2021). Suomessa jotkut julkiset toimijat ja kansalaisjärjestöt, kuten Mielenterveyden keskusliitto ja sosiaalipsykiatriset säätiöt, kuvaavat internet-sivuillaan toiminnan periaatteekseen toipumisorientaation.

Toipumisen käsitettä on käytetty päihteistä toipuvien ja heidän läheistensä oma-apu- ja vertaisryhmissä, kuten AA-ryhmien 12 askeleen ohjelmissa ja Al-Anon -ryhmissä⁷ (ks. Suomen AA-kustannus ry. 2014; Nylund 2005) jo ennen mielenterveystoipumisen käsitteen ja työorientaation yleistymistä mielenterveys-työn ja tutkimuksen kentälle. Päihde- ja mielenterveystoipumisen prosesseilla on samankaltaisuuksia, vaikka niissä on erojakin. Toipuja voi olla toipumassa myös sekä mielenterveys- että päihdeongelmasta, jolloin voidaan puhua kaksoisdiagnoositoupujasta (Aalto 2007). Päihde- ja mielenterveystoipumista ei voida tällöin erottaa toisistaan (Kuussaari & Hirschovitz-Gertz 2016). Päihteistä toipumista voidaan tarkastella kokonaisvaltaisena muutosprosessina, joka edellyttää syvällistä ajattelutavan muutosta ja mahdollisuutena elää itselle merkityksellistä elämää, ei vain päihteistä irrottautumista (ks. Koski-Jännes 2002). Päihdetoupuumista voidaan jäsentää merkittävänä kokemuksena jostakin elämäntapahtumasta tai useista eri elä-

7 AA-ryhmät eli nimettömät anonyymit alkoholistit on kansainvälinen yhteisö. Yhteisön jäsenten päämääränä on tukea toisia alkoholisteja saavuttamaan ja ylläpitämään raittius. Al-Anon -ryhmät tarjoavat vertaistukea alkoholista toipujien läheisille (Suomen AA-kustannus ry 2014).

män tapahtumista, kuten sairaudesta, työpaikan menetyksestä tai vastaavasta, joka käynnistää osaltaan toipumisprosessin. Toipumisen katsotaan liittyvän olennaisesti identiteetin uudelleen tulkintaan. Monenlaisten toipumisten katsotaan olevan mahdollisia johtuen monentyyppisistä päihteiden käytön ongelmista. Päihteistä toipumista voidaan kuvata toipujan sosiaalisesti rakentuvana kertomuksena, johon voivat vaikuttaa ammattilaisten konstruktiot päihdetoipumisesta sekä se, mikä merkitys lääkehoidolle annetaan. (Mcintosh & McKeganey 2000.) Toipumista voidaan tarkastella päihdetyössä myös spontaanina toipumisena ilman määriteltyä kliinistä hoitoa tai hoitosuhdetta (Kuusisto 2004).

Erilaisissa tavoissa määritellä henkilökohtaisen toipumista on paljon samankaltaisuutta, limittäisyyttä ja päällekkäisyyksiä. (Stuart ym. 2017; Elison ym. 2018.) Henkilökohtaista toipumista on määritelty laajempaan kuin mielenterveysongelmasta paranemisena tai toipujan paluuna omaan arkielämään (Deegan 1988). Toipumista voidaan tarkastella prosessina vaihteluineen toipujien ääntä kuullen heidän omassa elinympäristössään.

Henkilökohtaisen toipumisen määrittelyssä siteerataan usein William Anthonyn (1993, 16) näkemystä:

”A deeply personal, unique process of changing one’s attitudes, values, feelings, goals, skills, and or roles. It is a way of living satisfying, hopeful and contributing life even with limitations caused by illness.”

Anthonyn (1993) jäsenyyksessä toipuminen määrittyy toipujan yksilöllisistä lähtökohdista, jonka mukaan toivo, ainutlaatuinen ja merkityksellinen elämä on mahdollista sairastamisesta huolimatta. Bostonin kuntoutuskeskuksen johtajan Anthonyn ja tutkijoiden kehittämässä henkilökohtaisen toipumisen toimintatavassa toipujia otettiin yliopiston opiskelijoiksi pyrkimyksenä oppia parhaita tapoja tukea omakohtaista toipumista. Toipuminen nähtiin diagnoosin aiheuttamista vaikutuksista, kuten syrjinnästä ja rikkoutuneista unelmista, selviytymisenä.

Toipumisen nähdään muuttavan toipujan arvoja, tunteita, elämän päämäärää ja rooleja omassa elämässä. Henkilökohtaisen toipumisen merkitystä tarkastellaan yksilöllisistä lähtökohdista, jolloin korostetaan kunkin toipujan omakohtaista voimaantumista (Fischer 1994). Anthonyn määrittely (1993) on lähellä fenomenologista yksilöllisen kokemuksen tutkimusta, joka perustuu ihmisen omakohtaisiin havaintoihin ja kokemuksiin (Perttula & Latomaa 2008; Topor ym. 2022). Toipujan osallisuutta ja itsemääräämisoikeutta painottavat lähtökohdat korostuvat.

Henkilökohtainen toipuminen voidaan jäsentää kasvu- ja muutosprosessina ja identiteetin uudelleen tulkintana. Luigi Basso ja kumppanit (2016, 76) tarkastelevat mielenterveystoipumista sekä tuloksena (*recovery from mental illness*) että toipumisena mielenterveysongelmasta prosessina (*recovery in mental illness*). Sairastamisen vaihteluista huolimatta elämä nähdään merkityksellisenä. Sairastamisen ei ajatella

määrittelevän toipujan minuutta (Jacobson & Greenley 2001). Alain Topor ja kumppanit (2011, 90) korostavat toipumista sellaisena, joka todentuu ihmisessä ja ihmisen toimesta (*takes place within and by the individual*). Toipumista voidaan siis jäsentää prosessina sairastamisen vaihtelut huomioiden ja edelleen prosessina, joka on tietoiseksi tulemista itsestä, muista ihmisistä ja ympäristöstä. (Peltomaa 2005; Onken ym. 2007.) Toipumisajattelussa toimintamahdollisuudet laajenevat omassa arkielämässä ja elinympäristössä (Anthony 1993).

Seuraavaksi tarkastelen tarkemmin joitakin erilaisia henkilökohtaisuutta painottavia toipumisen konstruktioita, joita on useita (kooste liitteessä 1, taulukko 1). Nora Jacobson ja Dianne Greenley (2001) jäsentävät toipumisen sisäisiksi tekijöiksi määrittyvät toivon, eheytyksen, voimaantumisen ja yhteyden muihin ihmisiin. Toipumista kannattelee toivo. Toipumisessa saatetaan myös palata taaksepäin ja jumiutua. Eheytyksessä opitaan oireiden ja stressin hallintakeinoja ja toimimista muussa kuin toipujan roolissa, ja näillä tekijöillä on yhteys toipujan voimaantumiseen. Voimaantumisella tarkoitetaan toipujan autonomisuutta, rohkeutta ja vastuunottoa oman elämän päätöksistä (Hokkanen 2009, 319). Pikemminkin voidaan tarkastella valtaistumista⁸, jossa muutoksen tarkastelu nähdään tila- ja aikasidonnaisena sekä suhteulotteisena, yksilön, ryhmän ja yhteisöjen välisenä vuorovaikutuksena ja paikantumisena yhteiskunnallisiin valtasuhteisiin (mt. 2009, 323, 329–332). Yhteys toisiin ihmisiin nähdään silloittajana ja välittävänä tekijänä toipumisen sisäisten ja ulkoisen tekijöiden välillä. (Jacobson & Greenley 2001, 482–483.)

Ulkoisina tekijöinä Jacobson ja Greenley (2001) tarkastelevat toipumiskulttuurin toteutumista mielenterveyspalveluissa. Tutkijat näkevät, että mielenterveyspalvelut voidaan tuottaa toipujia kuunnellen, ammattilaisten ja vertaisen kanssa yhteistyönä tai vertaisten itsensä tuottamina palveluina. Toipujalähtöisistä palveluista mainitaan esimerkkeinä klubitalot, toipujien omakohtaiset suunnitelmat kriisien varalle, toipujille suunnatut mentoroinnit, valmennukset ja vertaistukiohjelmat sekä läheisten mukaan ottaminen. Tutkijat näkevät keskeisenä toipujan ihmisoikeuksien kunnioittamisen ja stigmatsoivien käytänteiden vähentämisen palveluissa, kuten esimerkiksi sosiaali- ja terveyspalveluissa, koulutuksessa ja työllistymisessä.

Henkilökohtaista toipumista tarkastellaan usein CHIME⁹-mallin avulla, joka on useissa tutkimuksissa siteerattu henkilökohtaisen toipumisen käsitteellinen konstruktio (Leamy ym. 2011). Mary Leamy ja kumppanit pohjaavat CHIME-mallin aiemmalle tutkimuskirjallisuudelle. Suurin osa Leamyn ja kumppaneiden (2011) tutkimuksen taustalla olleista julkaisuista liittyy Yhdysvalloissa, Isossa-Britanniassa,

8 Empowerment -käsitteestä on vastaavasti kirjoittanut suomeksi Marjo Kuronen (2004) sosiaalityön ja käsitteen välisestä suhteesta ja Liisa Hokkanen (2009) empowermentistä valtaistumisen ja voimaantumisen dialogina. Empowermentin perinteet ovat naistutkimuksessa, vähemmistöryhmien oikeustaisteluissa ja vammaisliikkeessä (Hokkanen 2009; Kuronen 2004).

9 CHIME = C (Connectedness), H (Hope and optimism), I (Identity and Meaningful life) ja E (Empowerment).

Kanadassa ja Australiassa tehtyihin tutkimuksiin. Valtaosa tutkimuksista on julkaistu psykiatrian tai hoitotieteen julkaisuissa, muutama Community Mental Health Journalissa ja yksi Social Work in Mental Health -julkaisussa. He jäsentävät useita toipumisesta tehtyjä käsitteellistämisen tapoja nimeten henkilökohtaisen toipumisen viiteen prosessiin CHIME-mallina. CHIME-mallin prosessit ovat yhteys muihin (*Connectedness*), toivo ja optimismi suhteessa tulevaisuuteen (*Hope and optimism*), identiteetti ja elämän merkityksellisyys (*Identity and Meaningful Life*) ja valtaistuminen (*Empowerment*). (Leamy ym. 2011; Stuart ym. 2017; Bird ym. 2014.)

Leamyn ja kumppaneiden (2011) CHIME-mallissa yhteys muihin tarkoittaa toipujan sosiaalisia suhteita, vertaistukea ja kuulumisen tunnetta yhteisöihin. Toivolla ja optimismilla tarkoitetaan unelmia ja luottamusta toipumisen mahdollisuuteen, motivaatiota ja toivoa edistäviä vuorovaikutussuhteita. Toipumiseen liittyvät identiteetin uudelleen rakentuminen ja stigman hälventämisen prosessit. Elämän merkityksellisyysprosessiin kuuluvat elämän tarkoituksellisuus ja tavoitteet, omakohtaisesti koetut tärkeät vuorovaikutussuhteet, elämän polun uudelleen muotoutuminen ja henkisyys. Valtaistuminen merkitsee omakohtaista vastuunottoa toipumisesta ja keskittymistä omiin vahvuuksiin ja autonomiaan oman elämän päätöksissä (Leamy ym. 2011, 448).

CHIME-mallin osa-alueet toivon, tulevaisuuden ja elämän merkityksellisyys osalta ovat samansuuntaisia Andersenin ja kumppaneiden (2003), Onkenin ja kumppaneiden (2007) sekä Jacobsonin ja Greenleyn (2001) jäsenysten kanssa. Leamylla ja kumppaneilla (2011) kuten myös Andersenilla ja kumppaneilla (2003) elämän tarinan uudelleen rakentumisella on keskeinen merkitys.

Vastuunotto omasta toipumisesta on mainittu Leamyn ja kumppaneiden (2011) lisäksi myös Andersenin (2003) toipumisen määrittelyssä. Mike Slade (2009) painottaa samansuuntaisesti avun ja tuen hakemista tarvittaessa ja Steven Onken (2007) toipujan autonomisuutta ja toimijuutta. Sosiaalisten suhteiden ja yhteisöjen merkitys on nimetty Leamyn ja kumppaneiden CHIME-mallissa (2011), Jacobsonin ja Greenleyn (2001) sekä Sladen (2009) toipumisen jäsennyksissä. Vertaistuki ja kokemusasiantuntijuuden merkitys on nostettu esiin osassa määritelmiä (Leamy ym. 2011; Jacobson ja Greenley 2001; Nordling & Rissanen 2020). Leamyn ja kumppanien (2011) toipumisen prosessissa on muista poiketen mukana henkisyys.

Simon Stuart ja kumppanit (2017) analysoivat 12 vertaisarvioitua artikkelia CHIME-mallin mukaan jäsentäen. Artikkeleiden tutkimusaineistoissa yhteensä 236 toipujaa tarkasteli omakohtaista toipumisprosessiaan. CHIME-mallin ohella toipujien korostamia tekijöitä toipumisessa olivat itsemtyötätunnon merkitys, myönteiset vuorovaikutussuhteet ammattilaisten kanssa ja lääkitys, jotka puuttuivat CHIME-mallista. Stuart ja kumppanit (mt., 292) painottavat, että CHIME-mallissa ei tuoda näkyväksi käytännön toipumisen keinoja eikä toipumisen arkielämän sujuvuuteen vaikuttavia sosiaalisia ja taloudellisia tekijöitä, joihin voidaan vaikuttaa

yhteiskunnan palvelurakenteilla ja päätöksenteolla. He (mt., 301) näkevät, että CHIME-malli voi toimia toipujien marginalisoitumista vahvistavana tekijänä, mikäli toipumisen odotetaan etenevän tiettyjen nimettyjen osa-alueiden mukaan. Toipumisen jäsenysten kritiikissä on toivottu tarkasteltavan myös kulttuurisia eroja, toipujien vaikeuksia sekä heidän tekemiään valintoja, riskinottoa ja selviytymisen taitoja (Van Weeghel ym. 2019).

Reetta Andersen ja kumppanit (2003) kohdentavat tarkastelunsa erityisesti psykologiseen toipumiseen, jota tarkastellaan toipumisena sairastamisen seurauksista. He erottelevat neljä psykologiseen toipumiseen sisältyvää prosessia ja tunnistavat prosessista viisi vaihetta. Toipumisen prosesseiksi tutkijat nimeävät toivon (*finding hope*), identiteetin uudelleen muotoilun (*re-establishment of identity*), elämän merkityksellisyyden löytämisen (*finding meaning in life*) ja vastuun ottamisen omasta toipumisesta (*responsibility for recovery*). Psykologisen toipumisen vaiheiksi he nimeävät esivaiheen ja pohdinnan (*moratorium*), tietoisuuden (*awareness*), valmistautumisen (*preparation*), uudelleen rakentumisen (*rebuilding*) ja kasvun (*growth*). Andersenin ja kumppaneiden (2003) psykologisen toipumisen määritelmä sisältää samoja elementtejä kuin henkilökohtaiseen toipumiseen yleensä liitetään.

Steven Onken ja kumppanit (2007) tarkastelevat henkilökohtaista toipumista samansuuntaisesti kuin Andersen ja kumppanit (2003) eli toivona, toimijuuden tuntona, elämän päämääränä, itsemääräämisoikeutena, elämän tarkoituksellisuutena ja tulevaisuuden mahdollisuuksina. Keskeinen merkitys on toipujan elämäntarinan uudelleen rakentumisella (*re-story*) (Onken ym. 2007). Onkenin ja kumppaneiden jäsennystä on kritisoitu liian optimiseksi, sillä siinä ei huomioida toipujan kohtamia vaikeuksia ja ongelmia, mikäli elämän tarinan rakentuminen jumittuu (Stuart ym. 2017, 301).

Mike Slade (2009) määrittelee toipumista henkilökohtaisen ja sosiaalisen identiteetin uudelleen kehystämisen ja itsensä ohjaamisen (*reframing and self-managing*) näkökulmista. Keskeisiä ovat sosiaalisen identiteetin rakentumista tukevat sosiaaliset suhteet ja uudenlaiset sosiaaliset roolit toipujan elinympäristössä. Samansuuntaisesti kuin Slade (2009) myös Nora Jacobson ja Dianne Greenley (2001) tarkastelevat mielenterveystoipumista suhteessa toisiin ihmisiin ja mielenterveyspalveluiden toteuttamista toipujalähtöisesti. Mielenterveysongelman ja sairastamisen ei nähdä määrittelevän koko minuutta (Slade 2009; Anthony 1993). Tulevaisuus nähdään mahdollisuuksina (Onken ym. 2007).

Esa Nordling ja Päivi Rissanen (2020) tarkastelevat toipumista yhtäältä psykologisiin teorioihin kiinnittyvänä. Toipumisorientaatiolle läheisiksi psykologisiksi teorioiksi tutkijat nimeävät humanistisen psykologian suuntaukset (Maslow 1970; Rogers 1980), eksistentialismin (Frankl 1980), kognitiivisen psykologian lähestymistavat (Rotter 1966; Bandura 1977), salutogeenisuuden, koherenssin tunteen sekä kyvyn selviytyä ja tuntea elämänsä hallittavaksi ja merkitykselliseksi (Antonovsky 1979) sekä positiivisen mielenterveyden lähestymistavat (Appelqvist-Schmid-

lechner ym. 2016; Vaillant 2012). Toisaalta mainitaan yhtymäkohtia sosiaalityön teorioihin kuten yhdyskuntatyöhön ja yhteisösosiaalityöhön, psykososiaaliseen työhön ja palveluohjaukseen sekä osallisuuden, toimijuuden, osallistumisen ja sosiaalisuuden käsitteet ja vertaistuki ja kokemusasiantuntijuus (Nordling & Rissanen 2020).

Laadin edellisten käsitelmäärittelyjen perusteella henkilökohtaisen toipumisen eri osa-alueista yhteenvedon, josta ilmenevät keskeisimmät samankaltaiset painotukset toipumisessa (taulukko 1).

Taulukko 1. Yhteenvedo henkilökohtaisen toipumisen osa-alueista

Henkilökohtaisen toipumisen osa-alueet
• Toivo & itsemyötätunto • Elämän tarkoitus & merkityksellisyys • Itsemääräämisoikeus & ihmisoikeudet • Vastuunotto toipumisesta & toimijuus & selviytymisen taidot • Sosiaaliset suhteet • Vertaistuki & kokemusasiantuntijuus • Identiteetin uudelleen rakentuminen & osallisuus • Toipumista edistävä kulttuuri & hoito & palvelut

Käsitelmäärittelyjen laajuus huomioiden henkilökohtainen toipuminen jäsentyy moniulotteiseksi orientaatioksi. Käsitelmäärittelyille yhteisiä osa-alueita ovat toivo ja itsemyötätunto sekä elämän tarkoituksen ja merkityksellisyyden oivaltaminen. Lisäksi omakohtainen vastuunotto toipumisesta, itsemääräämisoikeuden ja ihmisoikeuksien kunnioittaminen sekä toimijuuden ja selviytymisen taitojen tukeminen ovat yhteisiä. Sosiaalisten suhteiden, vertaistuen ja kokemusasiantuntijuuden merkitys toipumisessa tukevat identiteetin uudelleen rakentumista ja osallisuuden kokemusta. Edellisten tekijöiden lisäksi myös toipumista edistävä kulttuuri, hoito ja palvelut mainitaan osassa määrittelyitä. Henkilökohtaisen toipumisen näkökulmissa on päällekkäisyyttä ja limittäisyyttä myös seuraavassa luvussa kuvaamassani sosiaalisen toipumisen jäsennyksissä.

3.2 Sosiaalinen toipuminen yhteisössä ja elinympäristössä

Tarkastelen seuraavaksi sosiaalista toipumista, jonka määrittelen yhteisössä ja elinympäristössä toipumiseksi. Edellisessä luvussa käsiteltyjä henkilökohtaisen toipumisen käsitteellisiä konstruktioita tutkijat ovat kritisoineet niiden normatiivisista ja

yksilöön keskittyvistä tarkasteluista (Harper & Speed 2012; Bjørlykhaug ym. 2021; Price-Robertson ym. 2017; Schön & Rosenberg 2013.) Useissa tutkimuksissa on korostunut, että mielenterveystoipumista tulee tarkastella suhteessa yhteiskunnan rakenteellisiin tekijöihin, kuten köyhyyteen, huono-osaisuuteen ja osattomuuden kokemuksiin (Bjørlykhaug ym. 2021; Hendryx ym. 2009; Corrigan & Shelan, 2004).

Sosiaalista toipumista on tarkasteltu suhteessa toipujan kokemaan osallisuuteen ja yhteyden tunteeseen muihin ihmisiin ja yhteisöihin (Marino 2015; Markovitz 2015). Osallisuuden kokemus voidaan määrittää prosessina, johon elämässä koetut tilanteet ja eri vaiheet vaikuttavat (Raivio & Karjalainen 2013). Helka Raivio ja Jarno Karjalainen jäsentävät osallisuuden prosessin kolmella tavalla laajennettuna Allardtin (1976)¹⁰ tekemästä perustarpeiden jaottelusta: taloudellisena osallisuutena eli toimeentulona ja hyvinvointina (*Having*), toimijuutena, toiminnallisena osallisuutena (*Acting*) sekä yhteisöllisenä osallisuutena (*Belonging*) (Raivio & Karjalainen 2013, 16–17). Suhteessa Allardtin teoriaan, Raiviolla ja Karjalaisella korostuu toimijuus ja toimijuuden mahdollisuus. Osallisuutta voidaan tarkastella suhteessa osattomuuden ja sivussa olon kokemuksiin, joihin liittyy valtaa ja vallankäyttöä (mt.).

Toipumisilmiön lähestyminen osallisuuden tarkastelun kautta tuo osaltaan näkyväksi toipumisen suhteisuuden ja rakentumisen yhteisöllisissä suhteissa. Sosiaalisten suhteiden merkitys näkyi myös jo aiemmin esitellyissä henkilökohtaisen toipumisen määrittelyissä (Leamy ym. 2011; Jacobson & Greenley 2001; Slade 2009; Stuart ym. 2017). Mielenterveystoipumisen edellytyksiä onkin tarkasteltu korostaen sosiaalisten suhteiden, yhteisöjen ja elinympäristön sekä yhteiskunnan rakenteiden merkitystä. Seuraavaksi liitän tarkasteluun Jerry Tewin (2013) toipumispääoman käsitteellisen tarkastelun sekä Casadi Marinon (2015), Charmaine Williamsin ja kumppaneiden (2015), Shulamit Ramonin (2018) ja Michael J. Nortonin ja Calvin Swordsin (2021) tavat jäsentää erityisesti sosiaalista toipumista.

Jerry Tew (2013) analysoi mielenterveystoipumista toipumispääomana sekä henkilökohtaisena että sosiaalisena prosessina. Toipuminen merkitsee mahdollisuuksia omassa arkielämässä ja yhteenkuuluvuuden tunnetta toipujan sosiaalisissa suhteissa ja elinympäristössä. Tew määrittelee toipumispääoman (*recovery capital*), joka muodostuu perustoimeentulosta (taloudellinen pääoma; *economic capital*), sosiaalisista verkostoista (sosiaalinen pääoma, *social capital*), sosiaalisten vuorovaikutussuhteiden laadusta (sosiaalisten suhteiden pääoma, *relationships capital*), identiteetin uudelleen rakentumisesta (identiteettipääoma, *identity capital*) sekä selviytymistaidoista ja mahdollisuudesta kokea itsensä uudella tavalla (persoonallinen pääoma, *personal capital*). Toipuminen edellyttää sekä toipumisen eri pääomia että motivaatiota toi-

10 Allardt (1976) jäsentää perustarpeet elintason ja hyvinvoinnin (*Having*), yhteisyyssuhteiden (*Loving*) ja itsensä toteuttamisen (*Being*) kautta.

pumiseen. Toipuminen määritetään muutosprosessina. Siinä tähdätään toipujan autonomisuuden tukemiseen sosiaalisten roolien ottamisen kautta ja mahdollisuutena liittyä ja kokea osallisuutta sosiaalisissa verkostoissa.

Casadi Marino (2015; 2016) tarkastelee sosiaalista toipumista yhteisön, minäkäsityksen ja kyvykkyyksien kautta. Keskeistä on tunne kuulumisesta sellaiseen yhteisöön, jossa toipujan omakohtaista kokemusta ja panosta yhteisön hyväksi arvostetaan, ja jossa on mahdollisuus vastavuoroiseen tukeen. Toipuminen edellyttää myös taitoa päästää irti menneestä, nykyhetkessä elämistä sekä selviytymistä tukevia taitoja ja tulevaisuuden toivoa. (Marino 2015, 70–72.)

Charmaine Williams ja kumppanit (2015) jakavat vastaavasti mielenterveystoipumisen biomedikaaliseen, psykologiseen ja sosiaaliseen toipumiseen. Toipuminen merkitsee selviytymistä diagnoosin ja lääkityksen kanssa (biomedikaalinen) sekä elämän merkityksellisyyttä ja itsensä ymmärtämistä (psykologinen näkökulma). Sosiaalinen toipuminen jäsentyy mahdollisuutena elää sellaisessa elinympäristössä, jossa toipujat hyväksytään täysivaltaisina yhteiskunnan jäseninä (myös Raitakari ym. 2011). Uudet sosiaaliset roolit yhteisöissä, kuten läheisistä huolen pitäminen ja oma panos yhteisön hyväksi, esimerkiksi vapaaehtoistyönä, ovat keskeisiä toipumisen tekijöitä (Myös Martela 2020). Toipumisen suurimmaksi esteeksi nähdään sisäistetty stigma ja toivottomuus (Williams ym. 2015).

Shulamit Ramon (2018) määrittelee sosiaalisen toipumisen ihmisten välisten suhteiden ja yhteenkuuluvuuden kautta toipumispääomana (*recovery capital*) ja sosiaalisena pääomana (*social recovery*). Sosiaalinen toipuminen edellyttää panostamista vuorovaikutussuhteisiin, asumiseen ja arjen tukeen, terveyteen, talouteen sekä yhteisöjen ja yhteiskunnan rakenteellisiin tekijöihin. Yhteiskunnan rakenteelliset ongelmat, kuten työttömyys, velkaantuminen, köyhyys ja yksinäisyys heijastuvat toipujien yksilöllisinä ongelmina. (Mt.) Michael J. Norton ja Calvin Swords (2021) jäsentävät vastaavasti sosiaalisen toipumisen keskeisiksi osa-alueiksi terveyden, toimeentulon, työllistymisen, koulutuksen, asumisen, sosiaaliset suhteet ja tuen. He näkevät, että terveyttä tulisi lähestyä holistisesti fyysisen, sosiaalisen ja psykologisen terveyden osa-alueilla.

Shulamit Ramon (2018) liittää toipumiseen aktiivisen kansalaisuuden, jaetun päätöksenteon ja palveluiden yhteistuottamisen (*co-production*) yhdessä ammatilaisten kanssa. Aktiivisen kansalaisuuden vaadetta on kuitenkin myös kritisoitu normatiivisista määrittelyistä pohtien, millainen kansalaisuus on hyväksyttävää toipumisessa. Ketkä ovat osallistuvia kunnon kansalaisia ja ketkä puolestaan ulkopuolella eläviä, marginalisoituneita ja syrjäytyneitä? (Korkiamäki ym. 2008, 14; Juhila 2006, 49–83). Syrjäytymisen käsite ja tapa määrittää ihmisiä marginaalisen kautta tuottaa oletuksia ihmisistä (Juhila 2006, 64). On ilmeistä, että toipumiseen kuuluu vaihteluita, jolloin monenlaisten toipumisten ja osallistumisen tapojen tulisi olla mahdollisia. Aktiivinen yhteydenpito ja osallistuminen sosiaalisissa verkostoissa ei aina tue toipumista.

Tunnistan sosiaalisen toipumisen määrittelyillä olevan selkeitä yhteyksiä valtaista-vaan sosiaalityöhön, yhdyskunta- ja yhteisösosiaalityöhön, sorron vastaiseen sosiaalityöhön ja rakenteelliseen sosiaalityöhön (Eräsaari 2015, 39; Raunio 2009, 15–16; Korkiamäki ym. 2008, 13; Freire 2005; Puurunen 2019; Rissanen 2020). Yhteydet rakentuvat toipujan ja hänen elinympäristönsä välisen suhteen korostumisena ja tämän suhteen merkityksestä henkilökohtaiselle toipumiselle. Näin painottuu autonomian tukeminen ja sosiaalisten yhteyksien rakentaminen eri ryhmien välillä ja rakenteellisten ongelmien ratkaiseminen yhteisöissä ja yhteiskunnassa. Yhdessä toimimalla ja refleктоimalla muiden ihmisten kanssa voidaan saavuttaa muutoksia (Freire 2005).

Taulukko 2. Yhteenveto toipumispääoman ja sosiaalisen toipumisen käsitteellisistä osa-alueista

Toipumispääoman ja sosiaalisen toipumisen osa-alueet
• Elämän merkityksellisyys & minäkäsitys & autonomisuus • Selviytymisen taidot & kyvykkyyden tunto (persoonallinen pääoma) • Sosiaaliset suhteet, yhteenkuuluvuuden tunne (toipumispääoma) & sosiaalisten yhteisöjen ja verkostojen tuki (sosiaalinen pääoma, sosiaalisten suhteiden pääoma) • Sosiaalisen identiteetin uudelleen rakentuminen (identiteettipääoma) • Toimeentulo (taloudellinen pääoma) • Jaettu päätöksenteko & palveluiden yhteistuotanto • Kansalaisuus & vaikuttaminen • Yhteisöjen & yhteiskunnan rakenteelliset tekijät • Holistinen hyvinvointi: psyykkinen & fyysinen & sosiaalinen hyvinvointi

Sosiaalinen toipuminen ja toipumispääoma (taulukko 2) voidaan nähdä toipujan sosiaalisen identiteetin rakentumisen tarkasteluna sekä toimijuutena sosiaalisissa suhteissa, verkostoissa ja elinympäristössä (Raivio & Karjalainen 2013). Erilaisissa sosiaalisen toipumisen (Marino 2015; Williams ym. 2015; Ramon 2018; Norton & Swords 2021) ja toipumispääoman (Tew 2013) jäsennyksissä painottuvat sosiaaliset suhteet ja verkostot, yhteisöjen ja yhteiskunnan jäsenenä toimimisen mahdollisuudet sekä yhteiskunnallisten rakenteiden ja asenteiden tarkastelu toipumisen esteinä tai mahdollisuuksina.

3.3 Henkilökohtaisen ja sosiaalisen toipumisen limittyminen toisiinsa

Henkilökohtaisen toipumisen näkökulmassa painottuvat toipumisen käsitteellistäminen yksilöllisenä ja kokonaisvaltaisena prosessina, jossa keskiössä ovat toipujan aktiivisuus, toimijuus sekä omakohtainen rooli ja vastuu toipumisesta (Anthony

1993; Andersen ym. 2003; Scheyett ym. 2013). Jerry Tew (2013) ja Alain Topor ja kumppanit (2018) painottavat toipujan motivaatiota toipumisen prosessin alkuun saattajana, missä toipumisen prosessin nähdään vastavuoroisesti vaikuttavan toipujaan itseensä. Omakohtainen vastuunotto toipumisesta jäsenyyttä lähelle Marjo Peltomaan (2005) ja Jari Koskisuun (2004, 17) käyttämää kuntoutumisvalmiuden käsitettä, jolla tarkoitetaan halua ja kykyä suunnitella oman elämän muutostarpeita ja tavoitteita. Voimavaroja tukemalla toipuja voi rakentaa toipumistaan ja tukea itseään saavuttamaan päämääränsä ja työstää uudelleen identiteettiään.

Yhteistä henkilökohtaisen toipumisen eri jäsenyyksille ovat toivo ja luottamus tulevaisuuteen, elämän merkityksellisyys ja tarkoitus, toipujan itsemääräämisoikeus ja voimaantuminen oman elämän päätöksissä. Omakohtainen vastuu toipumisesta sekä identiteetin uudelleen rakentuminen suhteessa muihin ihmisiin, yhteisöihin ja sosiaaliseen elinympäristöön ovat myös yhdistäviä osa-alueita. Henkilökohtaisen toipumisen käsitteellinen näkökulma sisältää siis osin sosiaalisen toipumisen käsitteellisiä näkökulmia sosiaalisten suhteiden, verkostojen ja sosiaalisen elinympäristön osalta.

Henkilökohtaisen toipumisen näkökulmissa on liittymäkohtia positiivisen psykologian, ratkaisukeskeisyyden ja voimavaralähtöisyyden lähestymistapoihin (Seligman 2008; Rapp & Goscha 2012; Nordling 2023). Toipuminen nähdään näissä lähestymistavoissa voimavarojen löytämisenä ja vahvistamisena sekä uudenlaisten ratkaisujen tai elämänpolkujen mahdollistamisena (Rapp & Goscha 2012). Toipumisen esteitä kohdatessa etsitään toipujalähtöisiä ratkaisukeinoja. Tarkastelu on läheinen Carl Rogersin (1980) asiakaskeksien terapian periaatteiden kanssa: ihmisen elämän ainutkertaisuus ja näkemys siitä, että menneisyyden ei tarvitse määrittää tulevaisuutta. Henkilökohtaisen toipumisen käsitteellisissä konstruktioissa on yhtymäkohtia myös Franklin (1980) ja Martelan (2020) painotuksiin elämän merkityksestä liittyen itselle tärkeisiin asioihin ja muiden auttamiseen. Elämän tarkoituksellisuuden ja merkityksellisuuden kokemisen haastavina aikoina on nähty tukevan selviytymistä (Frankl 1980).

Henkilökohtainen toipumisprosessi kiinnittyy osaksi sosiaalisen identiteetin rakentumista ja sosiaalisia suhteita ja verkostoja (Slade 2009; Price-Robertson ym. 2017). Henkilökohtaisen toipumisen näkökulmat jäsenyyvät pääosin yleisiksi periaatteiksi toipumisesta (Anthony 1993; Jacobson & Greenley 2001; Andersen ym. 2003; Onken ym. 2007; Leamy ym. 2011). Jäsenyyksissä ei tuoda juurikaan esille toipumista edistäviä konkreettisia keinoja. Henkilökohtaista toipumista onkin keskeistä tarkastella limittyneenä sosiaaliseen toipumiseen toipujalle merkityksellisissä arkielämän yhteisöissä ja elinympäristöissä. Keskeistä sosiaalisessa toipumisessa on toipujalle merkitykselliset ihmiset, kuten ammattilaiset ja läheiset sekä vuorovaikutussuhteet yhteisöissä (Webber ym. 2015). Läheiset tuovat näkyviksi toipujan muut sosiaaliset roolit perheessä ja yhteisöissä. Perhe tai läheiset voivat tarjota myös taloudellista tukea tai toimia toipujan puolesta puhujana (Topor ym. 2011).

Arkielämän sosiaaliset suhteet ja verkostoihin kiinnittyminen koetaan olennaisiksi (Angell 2003). Martin Webber ja kumppanit (2015) toteavat, että toipujan arkielämän suhteet ovat voineet kaventua ammatillaisiin tai toipuja on voinut vetäytyä sosiaalisista suhteista tai hän ei välttämättä osaa liittyä muihin. Sosiaaliset suhteet läheisiin voivat olla myös ongelmallisia, rajoittavia ja ahdistavia (Tew ym. 2012, 447). Vuorovaikutussuhteet muodostuvat kuormittaviksi, mikäli ne koetaan pakottaviksi tai toipujaa mitätöiviksi, tulehtuneiksi tai traumatisoiviksi.

Sosiaalisen toipumisen näkökulmat painottavat sosiaalisen identiteetin uudelleen rakentumista verkostoissa ja yhteisöissä sekä yhteiskunnan rakenteellisten tekijöiden huomioimista. Sosiaalisen toipumisen (Marino 2015) ja toipumis pääoman (Tew 2013) määrittelyissä painottuvat toipujalle merkitykselliset uudenlaiset sosiaaliset roolit ja mahdollisuudet verkostoissa ja yhteisöissä, toipujien kyvykkyyksiä ja voimavaroja tukevat vuorovaikutussuhteet, asenteet ja yhteiskunnan rakenteelliset tekijät (kuten mahdollisuus toimeentuloon, asumiseen, koulututukseen, työllisyyteen ja vapaa-ajan aktiviteetteihin) toipumista edistävinä tai estävinä tekijöinä (Tew ym. 2012; Williams ym. 2015; Ramon 2018). Keskeiseksi tunnistetaan elämä arkielämän elinympäristössä, jossa toipujat hyväksytään täysivaltaisina yhteiskunnan jäseninä.

Henkilökohtaisen ja sosiaalisen toipumisen näkökulmat eroavat siltä osin, miten huomioidaan yhteiskunnan rakenteiden ja palvelujärjestelmän eri tekijät ja vaikutukset toipumisen edellytyksinä. Henkilökohtaisen toipumisen painotuksissa onkin kyse siitä, että niissä tarkastellaan mielenterveystoipumista omakohtaisena toipumisprosessina irrallaan yhteiskunnan rakenteellisista ilmiöistä, kuten köyhyydestä ja toimeentulosta, asumisesta ja työllisyyden mahdollisuuksista (myös Karadzhov 2023). Muun muassa Elina Ikävalko (2021) on tuonut esiin terapeuttisen vallan vaikuttavan toipumisen määrittelyyn. Terapeuttinen kulttuuri voi muuntaa yhteiskunnalliset ongelmat yksilötason ongelmiksi, jolloin myös ongelmien ratkaisuksi haetaan yksilötason ratkaisuja.

On tarpeen huomata, että mielenterveystoipumisen jäsennyksiin vaikuttavat erilaiset toimintakulttuurit ja aikakaudet (Slade ym. 2012). Henkilökohtainen toipuminen voi toimia toipujien marginalisoitumista vahvistavana tekijänä, mikäli toipumisen oletetaan etenevän jonkin tietyn prosessin mukaisesti. Mielenterveystoipumisen käsitteellisissä määrittelyissä monenlaiset toipumisen prosessit ja osallisuuden muodot on nähty relevanteiksi omakohtaisen toipumisprosessin vaihteluiden vuoksi (Anthony 1993; Slade 2009; Leamy ym. 2011). Mielenterveystoipumisen jäsennyksissä tulisi ottaa huomioon myös ne toipujat, joiden toipumisprosessi on pysähtynyt tai jumiutunut (Rose 2014). Perusteltua on tarkastella syrjinnän kohteena olevien toipujien omakohtaisia näkemyksiä ja kokemuksia toipumisesta osana heidän arkielämäänsä (ks. Karadzhov 2023).

Mielenterveystoipumisen määrittelyt ovat alun perin olleet toipujien itsensä käyttämiä ja muotoilemia, toipujien kokemustarinaa perustuvia ja kokemustarinoista kumpuavia jäsennyksiä. Henkilökohtaisen toipumisen näkökulmien on toivottu

säilyvän toipujalähtöisesti määrittyvinä ja niitä toivotaan hyödynnettävän myös palveluissa ja ammattilaisten taholta (Stuart ym. 2017; Smith-Merry ym. 2011; Siantz ym. 2017.) Toipujan autonomian ja toimijuuden lisääntymisen, omassa arkielämässä selviytymisen taitojen sekä vastavuoroisen toimimisen ihmisten ja yhteisöjen hyväksi on todettu vaikuttavan myönteisesti tasavertaisiin vuorovaikutussuhteisiin ja osallisuuden kokemuksiin (Webber ym. 2015; Tew ym. 2012, 447; van Weeghel ym. 2019). Seuraavaksi tarkastelenkin vertaisryhmissä toimimisen merkitystä toipumisen kontekstissa.

3.4 Vertaistuki ja kokemusasiantuntijuus mielenterveystoipumisessa

3.4.1 Vertaistuki vertaisryhmissä

Määritän vertaistuen vuorovaikutussuhteeksi, joka perustuu vastavuoroiseen, tasavertaiseen ja yhteisölliseen suhteeseen ja tukeen sellaisten ihmisten kesken, joilla on omakohtaista kokemusta mielenterveys- tai päihdeongelmista, sairastamisesta ja toipumisesta (Vuorinen & Helasti 1997; Nylund 2000; Loumpa 2012; Rissanen & Puumalainen 2016). Vertainen voi olla vertainen toiselle tai toimia vertaisena jossakin vertaisryhmässä¹¹.

Vertaisryhmä voidaan tarkastella ihmisten yhteisönä, joissa jaetaan kokemuksia ja yhteistä ymmärrystä samankaltaisista elämäntilanteista ja jotka tuottavat näin voimavaroja yhteisöön kuuluville jäsenille (Juhila 2006, 129–130). Vertaistuen käsitteen rinnalla on käytetty aiemmin termiä oma-apu (*self-help*)¹² (Nylund 1996; 1999). Thomasina Borkman ja kumppanit (2021, 11) siteeraavat Frank Riesmanin ja David Carrolin (1995) määrittelyä oma-avusta, jolla tarkoitetaan henkilön sisäisten voimavarojen käyttöönottoa ottamalla vastuu omien ongelmien ratkomisesta. Oma-apua voidaan tarkastella oman edun saavuttamisena ja keskinäisenä tukena, kun taas vertaistukea voidaan määritellä vapaaehtoisina toimivien vertaisten vastavuoroisena, omakohtaiseen kokemukseen perustuvana tukena toisilleen (Nylund 1996; 2005; Mikkonen 2009, 31). Samalla vertaistuki on paikannettu yhdeksi vapaaehtoistoiminnan muodoksi (Nylund 2000). Vastavuoroinen ja keskinäinen tuki (*mutual aid*) voidaan vastaavasti jäsentää vertaisten molemminpuolisen ja yhdenvertaisen tuen ja tiedon saamisena ja antamisena (Borkman ym. 2021).

Vertaisryhmät voivat ilmetä esimerkiksi erilaisina vertaisryhminä. Toipujien

11 Heikki Lehtosen (1990, 197–233) mukaan yhteisöksi voi kutsua todellista tai symbolista vuorovaikutusjärjestelmää. Yhteisön voi ymmärtää sellaisena vuorovaikutusjärjestelmänä, jonka jäsenet tuntevat keskinäistä yhteenkuuluvuutta, ja joilla on yhteisesti jaettu mielenkiinnon kohde ja toimintaa yhteisen hyvän eteen sekä kokemus keskinäisestä osaamisen ja kykyjen arvostamisesta (mt.).

12 Riesman, Frank & Carroll, David 1995: Redefining self-help: Policy and Practice. San Francisco: Jossey Bass.

vertaisryhmät ja oma-apuryhmät ovat lähtöisin 1930-luvulla Yhdysvalloissa perusteluista AA-ryhmistä (Hensley & Dawson 2017, 139; Arminen 1998). Ensimmäisiä vertaistuen muotoja on Suomessa esiintynyt 1940-luvulta lähtien. AA-ryhmistä ja AA-liikkeestä vertaistoiminta laajeni eri potilas-, vammais- ja kansalaisjärjestöihin sekä sittemmin julkiselle sektorille (Suomen AA-Kustannus ry 2014). Vertaistuen eri muodot lisääntyivät Suomessa laman myötä 1990-luvulla (Mikkonen & Saarinen 2018). 2000-luvulla oma-apu- tai itseapu-käsitteiden käyttö on vähentynyt. Näiden sijasta käytetään vertaistuen käsitettä niin tutkimuksissa ja järjestöjen ja yhdistysten Internet-sivustoilla kuin oppaissa ja mediassa (Mikkonen 2009, 31).

Vertaisryhmistä, vertaistuesta ja vertaisyhteisöjen vastavuoroisista auttamisen tavoista sekä toipujälähtöisten yhteisöjen, kuten klubitalojen ja recovery-oppimiskeskusten (*Recovery College*), merkityksestä toipumiselle ja niiden vaikutuksista on julkaistu useita tutkimuksia (mm. Bourne ym. 2018; Ebrahim 2018; Anttinen & Nousiainen 2021). Mielenterveystoipumista edistäviksi tekijöiksi on klubitaloja tutkittaessa tunnistettu yhteisöön kuulumisen tunne (Tanaka ym. 2018), keskinäisen tuen ja sosiaalisten verkostojen rakentuminen (Carolan ym. 2011), vertaistuki klubitaloyhteisössä (Hänninen 2016, 239), solidaarisuus, merkitykselliset työtehtävät, sosiaaliset suhteet ja yhteisön tuki (Norman 2006). Recovery-oppimiskeskusten valmennusten on havaittu vaikuttavan mielenterveyspalveluiden käytön vähenemiseen (Bourne ym. 2018; Sommer ym. 2018), ja toipujat ovat kokeneet saaneensa vertaistukea, toivoa ja luottamusta (Ebrahmim 2018).

Lisäksi on tutkittu vertaistukea ja kokemusasiantuntijuutta hyödyntävien organisaatioiden palveluita (esimerkiksi Solomon 2004; Shalaby & Agyapong 2020). Vertaishenkilöiden kanssa on kehitetty vaikuttavia toipujälähtöisiä omahoidon muotoja (esim. Wellness Recovery Action Plan) (Pratt ym. 2013; Valkeapää ym. 2019; Pilgrim & McCranie 2013, 73–74). Mielenterveystoipumista tukevia keinoja ovat myös tukihenkilötoiminta tai ystävyysohjelmat, joissa vapaaehtoiset toimivat lähiyhteisöissä toistensa tukena (McCorkle ym. 2009). Vertaistukiohjelmien avulla toteutuneen vertaistuen on todettu vähentävän stigmaa, tuovan sosiaalista tukea sekä vahvistavan vertaisten keskinäistä ryhmäidentiteettiä ja koettua elämänlaatua (Corrigan ym. 2013).

Vertaistoimintaa on toteutettu vapaaehtoistoiminnassa sekä julkisten palveluiden sijaan että niitä täydentävänä palveluna (Nylund 2000). Suomessa vertaistuki on organisoitu usein eri vammais-, potilas- tai muiden kansalaisjärjestöjen tai seurakuntien ylläpitämänä vertaistoimintana. Tällaisia ovat mielenterveysyhdistysten vertaisryhmät ja verkkomuotoiset vertaisryhmien alustat, kuten Mieli ry:n ylläpitämä internetpohjainen toiminta, Tukinet.fi. Vertaistukea varten on kehitetty digitaalisia sovelluksia muun muassa OLKA-toiminnan TOIVO-sovellus (Toivo n.d.) tai paljon sosiaali- ja terveyspalveluita tarvitseville työikäisille ja heidän läheisilleen Helsinki Recovery-sovellus (Helsinki Recovery App – toipumisen kompassi taskusasi n.d.).

Vertaisen tehtävät ja roolit voivat rakentua monin tavoin, riippuen tehtävästä ja organisaatiosta, jossa vertainen toimii ¹³. Vertaistuesta on monia eri muotoja, ja niistä yksi on vertaisryhmissä toteutuva vertaistuki. Yhdistyksillä on myös palkattua tai palkkioperusteista vertaistukea, jossa koulutettu vertaisohjaaja tai vertaisneuvoja antaa tukea yksittäisille henkilöille, toimii ammattilaisen työparina, vertaispalveluohjaajana tai vertaisvalmentajana palvelujärjestelmässä (Mikkonen 2009, 31; Rissanen 2013b; Rissanen & Jurvansuu 2017). Vertaisryhmät voivat olla avoimia tai suljettuja. Avoimeen ryhmään voi osallistua, kun ja jos se itselle sopii. Sen sijaan suljetut ryhmät kokoontuvat ennalta sovitusti ja ryhmään osallistuminen edellyttää sitoutumista tapaamisiin. (Mikkonen & Saarinen 2018.) Useissa yliopisto- tai keskussairaaloissa toteutetaan matalan kynnyksen OLKA-toimintaa, joka on koordinoitua järjestö- ja vapaaehtoistoimintaa sairaalassa.

Suomessa mielenterveystoipujien vertaistukea on kehitetty erityisesti paikallisissa, alueellisissa ja valtakunnallisesti toimivissa mielenterveysyhdistyksissä ja niiden kattojärjestössä Mielenterveyden keskusliitto ry:ssä. Mielenterveystoipujien vertaistukea kehitettiin 1990-luvulla keskusliiton oma-apuprojektissa (Vuorinen & Helasti 1997). Vertaistoimintaa kutsuttiin keskusliitossa 1990-luvun alussa oma-aputoiminnaksi, sittemmin vertaistueksi ja vertaistukitoiminnaksi. Vertaistoiminta määriteltiin keskusliiton 1990-luvun lopun julkaisussa itsestä lähteväksi, vastavuoroiseksi tueksi samankaltaisia elämäkokemuksia omaavien kesken (mt., 8). Vertaistuen tavoitteena oli itsehoidon ja selviytymiskeinojen tukeminen ja sosiaalisten tukiverkostojen vahvistaminen. Sairastumiseen liittyy kielteisiä tunteita, kuten häpeää, syyllisyyttä ja osattomuutta erilaisiin arjen yhteisöihin, jolloin vertaistuen merkitys vertaisryhmässä on koettu keskeiseksi mahdollisuutena vastavuoroiseen auttamiseen (Rissanen & Jurvansuu 2017).

Vertaistuen merkitystä on tutkittu erilaisiin vertaisryhmiin osallistuvien osalta. Val Shillingin ja kumppaneiden (2013) mukaan vammaisten lasten vanhempien vertaistuessa merkityksellistä oli vertaisten yhteisesti jakama sosiaalinen identiteetti, vertaiskokemuksista oppiminen, henkilökohtainen kasvu ja vastavuoroinen tukeminen. Vertaisryhmissä jaettujen kokemusten on todettu laajenevan kollektiiviseksi kokemustiedoksi sisältäen vertaisten useita omakohtaisia näkökulmia ja kokemuksia (Castro ym. 2019, 313). Anu Kippola-Pääkkönen (2020) tutki vertaistukea perheille psykososiaalisessa kuntoutuksessa, jossa vertaistuki osoittautui keskeiseksi tuen muodoksi. Sopeutumisvalmennusten osana hän määrittelee vertaistuen ihmisten keskinäiseksi sosiaalseksi tueksi, jolle on ominaista luottamus, hyväksytyksi tule-

13 Vertaiselle voi olla monenlaisia rooleja ja tehtäviä kuten vertaisuuteen pohjaava asianajo (*peer-advocacy*), vertaistukihenkilö, vertaisohjaaja tai vertaismentori (*peer support person, peer counselor, peer support worker, peer support mentor*), tukihenkilö (*befriender*), tukiryhmän jäsen (*support group*), kokemustiedon välittäjä (*experiential knowledge*) ja kokemusasiantuntija (*expert by experience, consumer provider*). (Kippola-Pääkkönen 2020, 164–165.)

minen, välittäminen ja arvostaminen. Kippola-Pääkkönen (mt., 173) tarkastelee vertaistuen hyötyjä erityisesti tiedollisena tukena, kuten käytännöllisen tiedon ja vinkkien tukimuotona ja emotionaalisen tukena kuten toiveikkuuden ja selviytymiskeinojen vahvistumisena. Lisäksi hän jäsentää sosiaalisen tuen, joka on vastavuoroista jakamista sekä sosiaalisen yhteyden ja ymmärryksen tunnetta, identiteetin rakentumista ja itsehoidon vahvistumista. Anna Heinon ja Ilkka Armisen (n.d.) Psoriasisliiton sekä Allergia-, iho- ja astmaliiton verkkovertaistukea käsittävssä tutkimuksessa verkkomuotoisissa vertaistukitapaamisissa vertaistuki toteutui kolmella tavalla: kokemustietona sairauteen liittyvistä hoidoista ja palveluista, tunnetason ymmärryksenä ja kuuntelemiseen perustuvana tukena sekä voimaantumisenä. Osallistuminen oma-apu- tai vertaisryhmiin voi olla sosiaalisesti valikoitunutta. Markovitzin mukaan (2015) ryhmiin eivät osallistuneet sellaiset toipujat, joilla oli paljon sairauden oireita tai jotka kokivat elämän laatunsa huonommaksi. Toipujat, jotka eivät enää osallistuneet oma-apuryhmään, kokivat voineensa paremmin tai he arvioivat, ettei ryhmästä ollut apua (mt.).

Mielenterveysyhdistysten toimintaa ja vertaistukea Suomessa on myös tarkasteltu eri tavoin. Yhdistysten aktiivien toimintaa käsittävän tutkimuksessa vertaistuen piirissä olivat useimmiten henkilöt, joilla oli sosiaalista pääomaa (Hokkanen 2014). Toiminnan keskeisiä vaikutuksia olivat osallistujien mukaan toiminnan koettu mielekkyys, yhteisöön kuuluminen ja kuulluksi tuleminen kokemus (mt., 24). Vastaavasti mielenterveys- ja päihdejärjestöjen vertaistukea käsittävän tutkimuksen mukaan vertaisten tuki todentui yhteisen tekemisen kautta, tietämisenä ja tukemisena, osaa misena ohjata kanssavertaista viranomaisasioissa ja toivon tarjoamisena omalla esimerkillä sekä yhteiseksi koetun kielen kautta (Puumalainen 2020, 33–36). Mielen terveys- ja päihdejärjestöissä toimivien vertaisten on todettu tuovan esille vertaisen tehtävissä enemmän yhteisöllistä vaikuttamis-, valmennus- ja kehittämisosaamista, kun taas järjestöjen työntekijät painottavat vertaisen tehtävissä yksilökohtaisuuteen painottavaa henkilökohtaisen tuen tarjoamista (Rissanen & Jurvansuu 2017).

Vertaisryhmistä on havaittu myös kielteisiksi nähtyjä piirteitä. Niitä on kritisoitu vain omassa lähipiirissä toimimisesta (kuten AA-ryhmät, 12 askeleen ryhmät) tai on arvioitu, että luottamus ei välttämättä säily ryhmäläisten kesken. Vertaisryhmä voi painostaa toipuvaa pysymään uhrin roolissa (Nylund 2005, 205; Mikkonen 2009, 31). Joissain tilanteissa vertaisten kesken on ollut kilpailua siitä, mitkä ovat haasteellisimpiä elämäntilanteita. Vertaistuen on todettu aiheuttavan eristäytymistä, mikäli vertaisilla on keskenään hyvin erilaiset elämäntilanteet tai he eivät tunne toistensa elämäntilanteita (Kippola-Pääkkönen 2018).

Vertaisryhmässä jaetut kokemukset voivat tuottaa kielteisiä tunteita, sillä tilanteet voivat kuormittaa, aiheuttaa ahdistusta, syyllisyyttä, pelkoa tai alemmuudentunnetta. Oman myönteisen tarinan kertomista voidaan välttää, koska tarinan jakamisen ajatellaan aiheuttavan vääränlaista toivoa. (Kippola-Pääkkönen 2018, 185; Mikkonen 2009, 115–116, 132; Skea ym. 2011.) Vertaiset voivat kyseenalaistaa toipumisen

etenemistä ja olla toisilleen kateellisia (Schön 2010, 88). Vertaiset saattavat odottaa toisiltaan ja itseltään samankaltaisia kokemuksia ja jaettua ymmärrystä, vaikka jokaisen kokemus on lähtökohdaltaan yksilöllinen (Hokkanen 2003). Vertaisryhmistä on todettukin, että kokemuksia jakaessa tulisi olla sensitiivinen mahdollisille kielteisille tunteille ja niiden käsittelylle (Embuldeniya ym. 2013).

Internetissä jaettuun vertaistietoon voi liittyä kielteisiä tekijöitä sen osalta, miten vertaistietoa käytetään. Ari Haasion ja Mari Salminen-Tuomaalan (2021) tutkimuksessa sosiaalisesti vetäytyneiden henkilöiden Hikikomoro-keskustelupalstan itsemurha-aiheisissa viesteissä vertaistuen ja vertaistiedon merkitys oli suuri. Useissa tapauksissa vertaistuki ja vertaistieto olivat luonteeltaan kielteisiä ja rohkaisivat yrittämään itsemurhaa. Rohkeuden puute ja huoli läheisten surusta olivat itsemurhaa estäviä tekijöitä. Fred Markovitz (2015) ja Anu Kippola-Pääkkönen (2018, 174) toteavat, että tarvitaan lisää tutkimusta niistä toipujista, jotka eivät osallistu vertaisryhmien toimintaan. Kristina Åkerblom ja kumppanit (2023) näkevät vertaisten suurimmat vaikutusmahdollisuudet mielenterveyspalveluiden palvelumuotoilutyypissä kehittämisessä, jossa vertaiset ovat mukana palvelun ideoinnista alkaen.

3.4.2 Kokemusasiantuntijuus mielenterveystoipumisessa

Vertaisuuden ja kokemusasiantuntijuuden käsitteet limittyvät toisiinsa niin käsitteellisesti kuin ilmiöinä. Tarkastelen seuraavaksi kokemusasiantuntijuutta ja sen merkitystä mielenterveystoipumisessa. Kokemusasiantuntijuus on määritetty omakohtaisena kokemustietona mielenterveysongelmaan sairastumisesta ja toipumisesta sekä kokemustietona hoidosta ja toipumista tukevista palveluista ja tukimuodoista (Moring ym. 2011; Rissanen 2013a, 14). Taina Meriluodon (2018b) mukaan siinä on kysymys toipumisesta voimaantumisen, palveluiden yhteistuotannosta ja kansalaisoikeuksien toteutumisesta. Kari Soronen (2020) on tarkastellut kokemusasiantuntijuutta erityisesti tunnepitoisena asiantuntijuutena ja sen kehittymisenä. Tuki omakohtaisen toipumisen tukemisessa on tarkoittanut tunnekokemusten sanoittamista, kokemusten tulkitsemista ja toimijuuden tukemista. (Kivistö ym. 2021.)

Kokemusasiantuntijuutta muodostuu, kun mielenterveyden toipumisen kokee neet vertaiset jakavat yhteistä ymmärrystä ja kokemuksia mielenterveyden ongelmaan liittyvästä stigmasta ja toipumisesta (Elias & Upton-Davis 2015, 306). Jaettu vertaisten kokemustieto kattaa selviytyjän kokemuksen, kokemukset hoidosta ja hoitoinstituutioista sekä kokemuksen sairastamiseen liittyvästä leimaamisesta ja stigmasta (Baillergeau & Duyvendak 2016). Omakohtaista kokemustietoa voidaan reflektoida ja tulkita muiden kokemusta omaavien ihmisten kanssa ja välittää koottu kokemustieto hoidon ja palveluiden kehittämiseen (Beresford & Salo 2008; Hyväri 2005, 224–225). Kokemusasiantuntijuuden hyödyntämisellä voidaan vaikuttaa yhteiskunnassa asenteiden muuttamiseen sekä tehdä ehdotuksia valtakunnallisiin politiikkastrategioihin ja sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöön (Rissanen

2015). Liisa Hokkanen ja kumppanit (2017) ehdottavat, että ryhmissä tapahtuva ja organisoitu kokemusasiantuntijuus tulisi integroida tiiviimmin sosiaalityön käytäntöihin ja vaikuttamisessa politiikkatoimiin.

Kokemusasiantuntijuutta toipumisen tukena on hyödynnetty palveluiden kehittämistyössä. Suomessa ammattilaisten ja kokemusasiantuntijoiden yhteistoimintaa julkisten sosiaali- ja terveystalouden uudistamiseksi on toteutettu viime vuosina monin tavoin järjestöjen ja julkishallinnon hankkeissa (Palsanen & Kääriäinen 2015; Laitinen & Nikupeteri 2013; Pohjola ym. 2017). Kokemusasiantuntijat ovat voineet osallistua palveluiden suunnitteluun, kehittämiseen ja arviointiin (Kaseva 2011; Laitila 2010). Julkisten sosiaali- ja terveystalouden kehittämistyössä on sovellettu yhteiskehittämistä, millä viitataan ammattilaisten ja kokemusasiantuntijoiden tekemään palveluiden suunnitteluun ja kohentamiseen sekä uudenlaisiin tapoihin toimia (Keskitalo 2021). Uudenlaiset tavat toimia voivat toteutua muun muassa kokemusasiantuntijoiden ja ammattilaisten yhteisvalmentamisena, yhteisöjen tai palveluiden kehittämis- tai arviointityönä, yhteistutkimuksena tai käyttäjäraahteina (ks. Beresford 2007; Salo 2010; Salo & Hyväri 2012; Kapanen & Rantanen 2013; Kettunen ym. 2021; Hyväri & Rissanen 2014; Rosenberg & Hillborg 2016; Martin & Soronen 2022).

Mielenterveys- ja päihdetyön uudistamista on toteutettu yhteiskehittämisen kaltaisesti esimerkiksi sosiaalisen kuntoutuksen hankkeissa (Hietala ym. 2018), A-kliinikkasäätiön Verkottaja-projektin (2013–2016) yhteisvalmennuksissa (A-kliinikkasäätiö n.d.) ja palveluohjauksen yhteiskehittämisenä terveysaseman asiakkaiden kanssa (Johansson & Tölli 2021). Yhteiskehittämisen prosesseilla voidaan tavoitella osallisuutta ja valtaistumista, palveluiden asiakaslähtöistä kehittämistä ja taloudellisia vaikutuksia. Käytännöllisen, kokemukseen perustuvan tiedon merkityksen on paikoin todettu vahvistuneen ammattilaistiedon rinnalla toipumiseen tähtäävässä työssä (Topor ym. 2011; 95; Beresford & Salo 2008). Sovelletuista yhteiskehittämisen toimintavoista ei ole kuitenkaan muotoutunut yhtenäistä toimintakulttuuria sosiaali- ja terveydenhuollossa (Häyhtiö 2017).

Tarja Hirschovitz-Gerz ja kumppanit (2019) toteavat Suomen kokemusasiantuntijoiden koulutuksia ja käytänteitä tarkastellessaan, että yhtenäistä kokemusasiantuntijuuden tietoperustaa osaamisesta ei ole muotoutunut. Kokemusasiantuntijakoulutuksia ovatkin Suomessa järjestäneet useat organisaatiot kuten ammatilliset oppilaitokset, ammattikorkeakoulut, hyvinvointialueet edeltäjineen sekä yhdistykset (muun muassa Koulutetut Kokemusasiantuntijat Kokoa ry.) Kaikki kokemusasiantuntijat eivät syvennä tietämystään kokemusasiantuntijuudesta kouluttautumalla¹⁴. Koulutuksella on tunnistettu olevan myös toipumista tukeva merkitys. Rikostaustaisille kokemusasiantuntijoille koulutukseen osallistuminen

14 Kansallinen kokemustoimintaverkosto koordinoi kokemuskoulutustoimintaa ja yhteistä koulutusohjelmaa (Hirschovitz-Gerz ym. 2019, 15).

tuki uudenlaisen minäkäsityksen muotoutumista, omien kokemusten etäännyttämistä ja irrottautumista rikollisesta elämäntavasta (Lindström 2024).

Taina Meriluoto (2018a) korostaa, että kokemustietoa on pyritty tuomaan kehittämistoiminnassa esille neutraalina tiedon lajina asiantuntijatiedon rinnalle, jolloin omakohtaisen kokemustiedon yleistettävyyttä ei ole arvioitu riittävän kriittisesti. Ulpukka Isopahkala-Bouret (2008) pohtii, kuinka asiantuntijan kokemus omasta asiantuntijuudestaan muotoutuu, ja toteaa, että kokemus on kontekstisidonnaista. Se rakentuu tietämyksenä, tilannesidonnaisena tapana toimia sekä luottamuksen ja varmuuden tunteesta kussakin sosiaalisessa tilanteessa. Kokemusasiantuntijuus tiedon muotona on subjektiiviseen kokemukseen perustuvaa, ainutkertaista kokemustietoa sekä sellaisenaan arvokasta.

Kokemusasiantuntijuuden osallisuutta on tulkittu terveydenhuollon kehittämisessä usein kapea-alaisesti. Kokemusasiantuntijat ovat kohdanneet palveluiden kehittämisessä monia esteitä, kuten epäselviä rooliodotuksia ja poliittista ohjausta, väheksyviä asenteita ja tuen puutetta. (Jones 2021.) Joidenkin asiakkaiden osallistumisen on todettu voivan johtaa toisten asiakkaiden ulossulkemiseen (Toikko 2011). Osallistumisesta on tehty helppoa osallistumiseen valmiille kokemusasiantuntijoille, mikä voi rajoittaa kehittämisessä tarvittavien kokemusten moninaisuutta (Jones 2021). Kokemusasiantuntijoita voi olla tarjolla kehittämistyöhön liian vähän (Svenlin ym. 2023, 93). Osallistuminen voi olla myös näennäistä, jolloin siihen ei liity aitoa kokemusta mukana olostai vaikuttamista palveluiden suunnitteluun ja kehittämiseen (McLaughlin 2010). Kokemusasiantuntijuudesta rakentunutta kokemustietoa on saatettu kuulla, mutta käytännössä kokemusasiantuntijuus on päässyt vaikuttamaan rajattuihin aihealueisiin (Meriluoto 2018b).

On todettu, että kokemusasiantuntijoiden osallisuuden vahvistuminen kehittämistyössä vaatii ammattilaisten asenteiden muuttumista myönteisemmäksi kokemusasiantuntijuutta kohtaan (Hipp ym. 2016). Lapsi- ja perhepalveluissa kokemusasiantuntija- ja vertaistukitoimintaa on hyödynnetty palveluiden kehittämiseen, mutta tukirakenteet kokemusasiantuntijuuden käyttämisessä on todettu heikoiksi. Kokemustieto on koettu arvokkaaksi ja sen on havaittu tukevan ammattilaisten osaamista. Toisaalta asiakkaille suunnattuna tai palveluiden kehittämisessä sitä on hyödynnetty rajallisesti. Ammattilaisten ja kokemusasiantuntijan suhde on todettu jännitteiksi, sillä ammattilaisen tehtäväksi on nähty kokemusasiantuntijoiden välittämän tiedon sekä kokemusasiantuntijoiden osallistumiseen liittyvän jaksamisen kriittinen arviointi. (Svenlin ym. 2023, 99–100.)

Kokemusasiantuntijuutta toipumisessa on syytä tarkastella myös asiakasosallisuuden käsitteen kautta. Asiakasosallisuuden käsite liittyy asiakassuhteeseen, jolloin kokemusasiantuntijuus määrittyy asiakkuuden kautta osallisuutena omassa asiassaan ja laajemmin palvelujärjestelmässä. Asiakasosallisuuden on todettu vaikuttaneen toipumiseen ja omahoidon lisääntymiseen, ammattilaisten ja toipujien tasavertaiseen suhteeseen ja mahdollisuuteen tulla otetuksi huomioon päätöksente-

ossa. Asiakasosallisuuden on arvioitu vaikuttavan myönteisesti hoitojärjestelmässä hoidon tuloksellisuuteen, hillitsevän kustannuksia, tukevan hoitotyötä ja palvelun laatua (Kasila & Kettunen ym. 2021, 18; Kivistö ym. 2021).

Asiakkaiden osallisuudella muutetaan ammattilaisten ja asiakkaiden välistä valtasuhdetta, minkä on arvioitu tuovan myös vastustusta (Kettunen ym. 2021). Mielenterveystoipujien mukaan ottaminen hoidon ja palveluiden kehittämiseen voi vaikuttaa moninaisesti. Kokemusasiantuntijat voivat tuottaa sellaisia näkemyksiä palveluista ja niiden kehittämistarpeista, mitä he olettavat ammattilaisten odottavan, että kokemusasiantuntijan tulee ilmaista. Vaihtoehtoisesti kokemustiedon pohjalta tehtyihin kehittämisehdotuksiin saatetaan suhtautua varauksellisesti. Mielenterveyspalveluiden kehittämistyössä mukana olevilla vertais- tai kokemusasiantuntijoilla ei välttämättä ole enää myöskään asiakassuhdetta hoito- ja palvelujärjestelmään. Omakohtaisesta kokemuksesta voi olla kulunut aikaa suhteessa nykyhetken palveluiden kehittämistarpeisiin, jolloin kokemusten suhde ajankohtaiseen palveluiden kehittämiseen voi heikentyä. Osa kokemustiedosta ei sellaisenaan vastaa palveluiden muuttunutta toteutusta, jolloin kehittämisen lähteeksi tarvitaan monenlaista kokemustietoutta. Onkin syytä arvioida, millaista kokemusasiantuntijuutta kokemusasiantuntijat edustavat kehittämistyöhön osallistuessaan (Häyhtiö 2017; Rissanen 2013c; Rissanen 2015, 13) ja miten kokemusasiantuntijat valikoituvat mielenterveyspalveluiden kehittämistyöhön.

4 Tutkimuksen toteutus

4.1 Tutkimuskysymykset

Vakaviin psyykkisiin sairauksiin liittyvä stigma on edelleen vahva (Strand ym. 2023; Tainio 2024). Leimautuminen ja syrjintä voivat näkyä sisäistettynä stigmana ja heijastua avun hakematta jättämisenä, hoidon ja palveluiden saamisen vaikeutena, epäoikeudenmukaisena kohteluna sekä stereotyyppisenä suhtautumisena toipumiseen ja sen mahdollisuuksiin (Linnaranta ym. 2022). Tutkimukseni tarkoituksena on analysoida pitkäkestoista mielenterveysongelmista toipuneiden vertaisten puheessaan tuottamia kokemuksia ja näkemyksiä mielenterveystoipumisesta sen ulottuvuuksineen, ongelmineen ja ratkaisuehdotuksineen.

Tutkimukseni tiedontuottajia ovat vertaisina toisilleen toimivat mielenterveystoipujat. Vertaisten vuorovaikutuksessa rakentuvat jäsennykset toipumisesta on keskeistä tunnistaa ja jäsentää näkyväksi. Tutkimukseni tavoitteena on ymmärtää vertaisen mielenterveystoipumista käsittelevän puheen rakentumista sekä sitä, millaisia toipumiseen kiinnittyneitä kategorioita vertaisten puheessa ilmenee. Vuorovaikutuksessa heijastuvat eri aikakausien kerrostuneet näkemykset ja tulkinnat toipujista ja toipumisesta. Tarkastelussa huomio kiinnittyy vertaisten omakohtaisesti ja vertaisina rakentuvaan keskusteluun siitä, miten he tuntevat tulleen määritetyiksi arkielämänsä toipumisessa, vertaisyhteisöjen jäseninä ja kokemusasiantuntijoina ja yhteiskunnan rakenteissa ja palvelujärjestelmän kulttuurisissa käytänteissä ja kohtaamisissa. Keskusteluissa omaksuttujen ja käytettyjen jäsenkategorioiden katson olevan yleisimpiä ilmentymiä siitä, miten mielenterveysongelmia kokeneet suhtautuvat itseensä, miten heihin suhtaudutaan ja miten suhtautuminen muotoutuvien kategorioiden kautta heijastuu yhteisöjen ja yhteiskunnan rakenteisiin ja toimintaan sekä palvelujärjestelmän käytänteisiin ja asenteisiin.

Varsinaiset tutkimuskysymykseni ovat:

1. Miten mielenterveystoipuminen rakentuu vertaisten puheessa?
2. Millaisia toipumiseen kiinnittyneitä kategorioita vertaisten puheessa ilmenee?

Tutkimukseni tarkastelun rajaan vertaisina ja kokemusasiantuntijoina toimivien mielenterveystoipujien toipumisen puheen rakentumiseen.

4.2 Tutkimusaineistot

Tutkimusaineistoina ovat vertaisten ryhmäkeskustelut ja kahdenkeskiset keskustelut vertaisen ja minun välillä. Kutsun näihin keskusteluihin osallistuneita vertaisia keskustelijoiksi. Tutkimusaineiston valintaa perustelen sillä, että keskustelijoilla on sekä omakohtaista kokemusta toipumisesta että yhdistysten vapaaehtoisuuteen pohjautavissa vertaisryhmissä muotoutunutta vertaiskokemusta. Erityisesti ryhmäkeskusteluissa keskustelijat muotoilevat jaettua ymmärrystä toipumisesta. Yhdistysten ja liiton kautta tavoitin pitkäkestoista mielenterveysongelmien kokemusta omaavia toipujia, mikä oli havaitsemani tutkimuksellisen tiedon katvealue.

Ryhmäkeskustelu sopii aineistonkeruumenetelmäksi, koska tavoitteena oli ymmärtää keskustelijoiden näkemyksiä ja kokemuksia valituista aihealueista tai kun tarkastelun kohteena on ryhmän jäsenten välinen vuorovaikutus (Stevanovic & Weiste 2018, 115). Ilkka Pietilän (2017) ja Riie Heikkilän (2008) mukaan ryhmäkeskustelu sopii aineiston keruumenetelmäksi, kun on kiinnostuttu näkemysten ja kokemusten moninaisista tulkinnoista, moniäänisyydestä. Ryhmäkeskustelun käsitteellä painotetaan enemmän sitä, että tutkittavat osallistuvat keskusteluun keskenään, kun taas ryhmähaastattelun käsitteellä painotetaan sitä, että keskustelu tapahtuu ryhmäläisten ja tutkijan välillä (Pietilä 2017).

Olen kiinnostunut tarkastelemaan vertaisten yksilöllisistä kokemuksista yhdessä muotoilemaa ja jaettua ymmärrystä toipumisesta sekä toipumispuheessa ilmentyviä erilaisia, ristiriitaisiakin näkemyksiä. Ryhmäkeskustelu mahdollistaa tutkimusaineiston jäsentämisen monia eri näkökulmia sisältävänä ja muuttuvana. Ryhmäkeskustelulle on ominaista runsas vuorovaikutus tutkijana antamieni aiheiden ja tarkentavien kysymysten pohjalta. Eri sosiaaliset tilanteet, kuten keskustelutilanne, voivat vaikuttaa moninaisten tulkintojen muotoutumiseen (Kamberelis & Dimitriadis 2013, 5).

Ryhmäkeskustelua alettiin hyödyntää Yhdysvalloissa toisen maailmansodan jälkeen markkinointitutkimuksissa, kun selvitettiin ihmisten mielikuvia tuotteista tai poliittisista linjauksista (Pietilä 2017, 112). Sitten sitä on hyödynnetty laajasti laadullisessa tutkimuksessa ja organisaatioiden kehittämistyössä yhtenä aineistonkeruutapana.

Ryhmäkeskusteluille on luonteenomaista, että siinä puhutaan jostakin ennalta annettua sisällöstä (Pietilä 2017; Fern 2001). Sovelsin keskusteluiden aiheiden käsittelyyn teemahaastattelun periaatteita. Teemahaastattelun keinoin kerättyssä aineistossa keskustelua ohjaavat ennalta hahmotellut aiheet kullekin ryhmä- tai yksilökeskustelulle. (Hirsjärvi & Hurme 2022; Tuomi & Sarajärvi 2011.) Toteutettujen keskusteluiden aiheet olivat toipumisen alkaminen, osallisuuden kokemuksen rakentuminen, osallisuuden esteet, osallisuuden tukeminen ja kehittämis ehdotukset.

Ryhmäkeskustelua on kritisoitu siitä, että se saattaa tuottaa pinnallista aineistoa tai että keskustelun dynamiikka voi vaikuttaa niin, että vuorovaikutuksen aikana

keskitytään tiettyjen aiheiden käsittelyyn toisten asioiden jäädessä vähäiselle huomiolle tai käsittelemättä (Stevanovic & Weiste 2018; Kainulainen & Honkatukia 2021). Keskustelun sisällöt muokkautuivat keskustelun kulun aikana ja keskustelijat tuottivat itselleen ja toisilleen merkityksellisiä tulokulmia. Annoin heille tilaa muotoilla keskustelun kulkua ja aiheita. Samalla varmistin tutkijana, että keskustelurungon mukaiset aihealueet tuli käsiteltyä. Tutkijan roolini oli kuunnella ja fasilitoida keskusteluiden kulkua. (Hirsjärvi & Hurme 2022.)

Aineiston hankintaan ryhtyessäni tavoitteenani oli kerätä koko aineisto ryhmäkeskusteluihin. Osa keskustelijoista kertoi kuitenkin haluavansa osallistua tutkimukseen kahdenkeskisenä keskusteluna tutkijan kanssa. He kokivat ryhmässä puhuminen vaikeaksi tai eivät esittäneet perustelua toiveelleen. Päätin toteuttaa osan aineistonkeruusta kahdenkeskisinä keskusteluina. Hyödynsin ryhmäkeskusteluita aineistonkeruumenetelmänä rinnakkain kahdenkeskisten keskusteluiden kanssa. Sain samalla mahdollisuuden tarkastella, miten eri aineistonkeruun tavat vaikuttavat keskustelun kulkuun ja aiheiden valikoitumiseen.

Minun ja keskustelijan välinen kahdenkeskinen keskustelu muotoutui yksilöhaastattelua soveltaen. Sen tarkoituksena on saada tietoa keskustelijalta tutkimuskysymyksiin vastaamiseksi. Miellän kahdenkeskisen keskustelun vuorovaikutustapahtumaksi keskustelijan ja tutkijan välillä, jolloin molempien osapuolten lausumat vaikuttavat toisiinsa ja liittyvät aiemmin puhuttuun (Hyvärinen 2017, 119; Lähteenmäki 2002.) Kahdenkeskisten keskusteluiden aiheet olivat samat kuin ryhmäkeskusteluissa.

Ryhmäkeskustelussa keskeistä on huomioida, että keskusteluryhmä vaikuttaa siihen, mitä keskustelun aikana tuodaan esille ja millaiseksi keskustelu rakentuu. Heini Kainulainen ja Päivi Honkatukia (2021, 226) kirjoittavat, että ryhmätilanteessa jotkin keskustelun aiheet voivat muotoutua hyvinkin vallitseviksi tai väittelyn kohteiksi tai ryhmän valtasuhteet voivat antaa liiankin yhdenmukaisen kuvan keskustellusta aihealueesta. On huomattava, että osa ryhmäkeskustelun osallistujista tunsi toisensa entuudestaan, sillä he olivat jäseniä paikallisissa mielenterveysyhdistyksissä. Vuorovaikutus ryhmäkeskustelussa voi siis heijastaa totuttuja arvoja ja normeja vertaisyhteisöistä, mikä olikin toivottavaa tutkimustehtävä huomioiden (ks. Pietilä 2017, 114). Kahdenkeskisessä keskustelussa puheen kulku rakentui keskustelijan tuottamien kokemusten ja näkemysten kautta minun fasilitoidessani keskustelua samoin kuin ryhmäkeskusteluissa.

Keräsin tutkimusaineiston kesäkuun 2017 ja joulukuun 2018 välillä. Keskusteluihin osallistui yhteensä 21 keskustelijaa (taulukko 3). Viisi keskustelua toteutui kahdenkeskisinä ja viisi ryhmäkeskusteluina. Ryhmäkeskusteluihin osallistuneiden määrä vaihteli kahdesta viiteen keskustelijan välillä. Yhdessä ryhmäkeskustelussa oli kaksi keskustelijaa, koska kolmas siihen lupautunut oli estynyt osallistumasta. Keskusteluissa oli yhteensä kahdeksan miestä ja 13 naista, ja heidän ikänsä oli arvioni mukaan 30–60 vuotta. Tutkimusaineiston keruun aikana suurin osa keskustelijoista

oli kuntoutustuella tai pysyvällä työkyvyttömyyseläkkeellä. Yksi keskustelija kertoi olevansa työtön.

Taulukko 3. Tutkimusaineisto

Keskustelumuoto	Keskustelijat	Keskustelun kesto	Litteraatiot sivumäärä (riviväli 1, fontti Arial 12)	Keskustelun tunniste
Ryhmäkeskustelu	3 henkilöä	1 h 28 min	18 sivua	A
	3 henkilöä	1 h 11 min	14 sivua	B
	5 henkilöä	56 min	14,5 sivua	C
	3 henkilöä	1 h 23 min	24 sivua	D
	2 henkilöä	49 min	12,5 sivua	E
Kahdenkeskinen keskustelu	5x1 henkilöä	42 min	20 sivua	F
		1 h 5 min	24 sivua	G
		48 min	13 sivua	H
		52 min	16,5 sivua	I
		56 min	13 sivua	J
Yhteensä	21 henkilöä	10 h 10 min	170 sivua litteroitua tekstiä	10 keskustelua

Keskustelut kestivät 40 minuutista puoleentoista tuntiin. Keskustelut äänitettiin ja litteroitiin sanasta sanaan hyödyntäen Näkövammaisten keskusliitto ry:n litterointipalvelua. Litteroitua aineistoa kertyi yhteensä 170 sivua 1-rivivälillä kirjoitettuna.

Vaikka tutkimusaineistoa ei videoitu, havainnoin keskustelujen ilmapiiriä (myös Engeström & Ruusuvuori 2003; Ruusuvuori 2016). Ilmapiiriin vaikutti se, missä tilassa keskustelu toteutui ja käytiinkö keskustelu istumalla yhdessä sohvalla, nojatuoleilla vai yhteisen pöydän ääressä. Keskustelijat istuivat toistensa vieressä mielenterveysyhdistyksen, Mielenterveyden keskusliiton tai sairaanhoitopiiriin tilassa, joka oli varattu keskustelua varten. Havaitsin, että keskustelijat jännittivät alussa minua tutkijana ja hieman toisiaan, mutta he rentoutuivat keskustelun kulun aikana. Ilmapiiri vaikutti rennommalta, kun istuimme yhdessä puolikaaren muotoisessa sohvassa, jossa näimme toisemme helposti tai nojatuoleilla matalan pöydän ympärillä. Yksi ryhmäkeskustelu tehtiin toimistotilassa toimistopöytien ääressä kovilla tuoleilla istuen, mikä vaikutti ilmapiiriin tehden siitä muodollisemman oloisen. Tästä huolimatta toimistopöytien ääressä käyty keskustelu eteni sisällöllisesti samankaltaisesti kuin muut keskustelut.

Koska suurin osa keskustelijoista on toiminut pitkään vertais- ja kokemusasian-tuntijoina, heillä on kokemustietoa sekä omasta että vertaisten toipumisesta. He

edustavat kansalaisjärjestöjen organisoimia vertaistoiminnan jäseniä, eivät itseorganisoitujen yhteisöllisten vertaistoimintojen jäseniä. Kansalaisjärjestötoiminta on nähty perinteisesti julkisen sektorin toiminnan ja markkinasektorin jatkeena ja täydentävänä toimintana. Kansalaisyhteiskunnan verkostomainen toiminta on digitalisaation myötä helpottunut, jolloin on mahdollista toimia ilman yhdistystoiminnan edellyttämiä byrokraattista päätöksentekoa. (Ruuskanen ym. 2020, 18–19.)

Tutkimusaineistoni kokemusasiantuntijat edustavat kuitenkin perinteistä kolmatta sektoria ja sen vertais- ja kokemusasiantuntijatoimintaa. Mielenterveysyhdistykset, joiden toiminnassa keskustelijat ovat mukana, ovat valtakunnallisen Mielenterveyden keskusliitto ry:n jäsenyhdistyksiä¹⁵. Mielenterveysyhdistykset edustavat mielenterveysongelmia kokeneiden henkilöiden ääntä ja tarjoavat vertaistukea ja matalan kynnyksen toimintaa. Suurin osa mielenterveysyhdistyksistä toimii vapaaehtoisperiaatteella.

Tutkimusaineisto muodostaa retrospektiivisen kehyksen mielenterveystoipumisen tarkastelusta puheena. Retrospektiivinen kehys merkitsee, että omakohtaisia ja yhdessä jaettuja kokemuksia sairastamisesta ja toipumisesta tuotetaan, arvioidaan ja tulkitaan ajallisesti etäämmältä. Melisa Stevanovic ja Elina Weiste (2018, 116) painottavat, että sosiaaliseen konstruktionismiin nojaavassa tutkimuksessa kielelliset merkitykset ja kategoriat muotoutuvat historiallisesti osana erilaisia sosiaalisia käytänteitä. Tutkimusaineiston tarkastelu toipumispuheen rakentumisena tuo esille eriyttäisyyttä, vuorovaikutuksen muotoja ja kategorisointeja. Toipumispuheessa vaikuttavat keskustelijoiden eletty historia ja kokemukset, omaksutut ja toteutuvat vuorovaikutuskäytännöt, mielenterveyshoidon ja kuntoutuksen historiallisesti eri aikoina yhteiskunnassa muotoutuneet käsitteet sekä keskustelujen aikainen yhteiskunnallinen tilanne.

Tutkimusaineistot ovat laadultaan monipuolisia. Niissä keskustelijat tuottavat sekä ryhmäkeskustelun että kahdenkeskisten keskusteluiden keinoin kuvauksia moninaisista sairastamisen, hoidon ja toipumisen poluista niihin liittyvine haasteineen ja ratkaisuehdotuksineen. Tutkimusaineistoni keskustelijoiden sairastamis- ja toipumiskokemukset sijoittuvat myös eri aikoihin ja alueellisesti eri paikkoihin Suomessa. Näin toipumiskuvaukset kattavat monenlaisia julkisen palvelujärjestelmän hoitoon ja palveluihin, kolmannen sektorin toimintaan, vertaistukeen ja kokemusasiantuntijuuteen liittyviä kokemuksia ja näkemyksiä.

Keskustelijoiden puhe sairastamisesta käsitti pitkäkestoisia mielenterveyden ongelmia ja niistä toipumista. Mielenterveyden häiriöt ovat kliinisesti luokiteltu oireiden ja vaikeusasteiden mukaan. Joissain keskustelijoiden puheissa ilmeni

15 Mielenterveyden keskusliitolla on noin 120 jäsenyhdistystä (Mielenterveyden keskusliitto n.d.). Yhdistykset voivat olla organisoituja paikallisesti, alueellisesti tai valtakunnallisesti. Osa liiton jäsenyhdistyksistä saa rahoitusta tätä tutkimusta kirjoittaessa Sosiaali- ja terveysjärjestöjen avustuskeskus STEA:lta tai niillä on muuta (hanke)rahoitusta toiminnan rahoittamiseksi.

mielenterveysongelmien rinnalla pitkäaikainen somaattinen sairastaminen. Pitkäkestoista mielenterveysongelmista ja päihderiippuvuudesta toipuvilla on todettu olevan enemmän terveysongelmia kuin ei-sairastavilla (Fortuna ym. 2020). Lisäksi sosiaalisella haavoittuvuudella on todettu olevan yhteys somaattiseen sairastavuuteen (Yanguas ym. 2018).

Keskustelijoiden mielenterveysdiagnoosit ovat tekstissä esillä vain puheessa esiin tuotettuna, sillä kliiniset diagnoosit eivät ole tutkimustehtävälle olennaisia. Mielenterveyden häiriöiden diagnosointia¹⁶ on pidetty ongelmallisena, ja tutkimusten mukaan lääkärit kohtaavat usein kritiikkiä diagnosoinnin onnistumisesta (Järvensivu ym. 2018, 30). Mielenterveyden ongelmien biologisten syiden on todettu saaneen enemmän painoarvoa kuin yhteisöllisten ja yhteiskunnallisten tekijöiden. Elämänolosuhteiden kehittämiseen ei ole aina panostettu samassa määrin kuin oireiden hoitoon (Savolainen 2011, 148).

Toipumisen tarkastelussa ei ole olennaista käsitellä keskustelijoiden diagnooseja sinällään, vaan pikemminkin tarkastella mielenterveyden ongelmien heijastumista arkielämän sosiaalisiin suhteisiin ja elinympäristöön sekä kokemuksiin toipumisen mahdollisuuksista. Tämä tuli esiin käydyissä keskusteluissa. Sairastamisen syiksi keskustelijat mainitsivat läheissuhteet, monista haasteellisista ongelmista kasautuneet ja haavoittavat elämäntilanteet, merkittävät elämän muutokset kuten avioero, somaattinen sairastaminen, kiusatuksi tuleminen, liiallinen työntekeä ja siitä seuraava jatkuva kuormittuminen. Yhtenä tekijänä mainittiin yli sukupolvien periytyvä alttius sairastua mielenterveyden ongelmiin, jonka on todettu olevan yksi keskeisimpiä riskitekijöitä sairastavuuden ja syrjäytymisen taustalla (Solantaus & Paavonen 2009).

4.3 Eettiset periaatteet tutkimusaineiston hankinnassa ja käsittelyssä

Tutkimuksen eettisen neuvottelukunnan (TENK) tutkimuseettisten periaatteiden mukaisesti tutkimuksessa tulee noudattaa ihmisarvoa ja tutkittavien itsemääräämisoikeutta huomioiden vapaaehtoisuus, anonymiteetti ja yksityisyyden suoja (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019). Tutkimuksesta ei saa aiheutua tutkittaville, heidän yhteisöilleen tai muille tutkimuskohteille merkittäviä riskejä, vahinkoja tai haittoja.

Pyrin tutkimuksen kaikissa vaiheissa noudattamaan Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2019; 2023) tutkimuseettisiä periaatteita. Tutkimusta varten sain

16 Mielenterveyden häiriöiden kliinisessä luokittelussa käytetään kahta psykiatrista tautiluokitusjärjestelmää: Maailman terveysjärjestön kehittämää ICD-järjestelmää ja Yhdysvaltojen psykiatriyhdistyksen kehittämää DSM-järjestelmää, suomalaisessa terveydenhuollossa on käytössä ICD-10 järjestelmä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2025). Uusimmasta DSM-järjestelmästä ei ole suomenkielistä versiota saatavilla (mt.).

tutkimusluvan Mielenterveyden keskusliitto ry:ltä. Otin yhteyttä liiton jäseninä oleviin mielenterveysyhdistyksiin tutkimusaineiston keruuta varten. Mielenterveysyhdistysten toiminnanjohtajien, puheenjohtajan tai liiton työntekijöiden kautta oli välitetty keskustelijoille tieto mahdollisuudesta osallistua tutkimukseen. Keskustelijoilta pyysin suostumuksen osallistua tutkimukseen (liite 2). Saate- ja suostumuskirjeessä sekä keskusteluiden alussa informoin tutkittavia tutkimuksen tavoitteista, sisällöistä, aineistonkeruutavoista, aineiston anonymisoinnista, käyttötarkoituksesta ja aineiston säilyttämisestä. (Mäkinen 2006, 94–95.) Keskustelijoilla oli mahdollisuus kysyä minulta tutkimuksesta joko keskustelutilanteessa tai ottamalla yhteyttä minuun sähköpostitse. Toin esille suullisesti ja kirjallisesti, että tutkimukseeni osallistuvilla oli mahdollisuus osallistua tutkimukseen vapaaehtoisesti ja peruuttaa osallistumisensa milloin tahansa. Säilytän tutkimusaineistoni tutkijan sähköisessä arkistossani kovalevyllä.

Tutkimustekstissä en mainitse alueita tai mielenterveysyhdistyksiä, joiden toimintaan keskustelijat osallistuivat tutkimusaineiston keruun aikana. Tekstissä keskustelijoiden nimet ja paikkakunnat on koodattu anonymiteetin säilyttämiseksi. Erisnimien anonymisointi on merkitty isolla kirjainmerkillä ja sulkeisiin on merkitty, mitä yksilöityä paikkaa kirjainmerkki tarkoittaa, esimerkiksi ”X:ssä [=psykiatrien sairaala]” (ks. Kuula 2006, 214–216). Keskusteluotteissa ryhmäkeskustelut on koodattu kirjaimin A, B, C, D ja E ja kahdenkeskiset keskustelut kirjaimin kuten F, G, H, I ja J. Keskusteluotteissa lyhenteet kuten A1, A2 ja E1, E2 viittaavat kunkin ryhmäkeskustelun keskustelijoihin ja T viittaa tutkijaan. Ryhmäkeskustelun C alkuperäinen litterointi ei identifioinut keskustelijoita kattavasti, joten merkintätapa poikkeaa muista. Kenttäpäiväkirjani muistiinpanoista käy ilmi, että moni ryhmän viidestä keskustelijasta käytti puheenvuoroja keskustelussa, mikä ilmenee myös eri kokemusten esille tuomisena keskustelun aikana. Ryhmäkeskustelun sitaattit on merkitty joko N (nainen) tai M (mies) sekä näiden numerotarkenteella silloin, kun keskustelijoiden tarkempi identifiointi oli mahdollista. Näin myös ryhmäkeskustelussa C on mahdollista eritellä puhujat melko kattavasti.

Tutkimuksen kysymyksen asettelu ja tutkimusaineiston keruu on yhteydessä tutkijuuteeni. Kokemukseni Mielenterveyden keskusliiton työntekijänä antaa minulle esiymmärryksen mielenterveysyhdistysten toiminnasta ja vertaistuesta, osallistuvien keskustelijoiden arkielämän toipumisesta haasteineen sekä mielenterveystoipujien asemasta yhteiskunnassa. Roolini kattojärjestön työntekijänä mahdollisti yhteyden saamisen keskustelijoihin helpommin. Tiesin jotkut keskustelijat nimeltä tai tunsin sen jäsenyhdistyksen toimintaa, jonka jäseniä keskustelijat olivat. Olen informoinut tutkittavia siitä, ettei roolini liiton työntekijänä vaikuta heidän asemaansa, eikä liiton tai jäsenyhdistysten palveluiden käyttämiseen eikä heidän rooliinsa osallistujina, jäseninä, vertaisina tai kokemusasiantuntijoina.

Luonnollisesti roolini liiton työntekijänä on silti voinut vaikuttaa tutkittavien tapaan keskustella ja tuoda ajatuksiaan yhteiseen vuoropuheluun. Keskustelijat

saattoivat olettaa yhtäältä minun tietävän enemmän paikallisten mielenterveysyhdistysten toiminnasta ja vertaistuesta. Toisaalta osa keskustelijoista saattoi pyrkiä puhumaan ja kommentoimaan tutkijana tekemiini kysymyksiin ja kommentteihin sosiaalisesti hyväksyttävällä tavalla, mikä tuo näkyväksi suhtautumista suhteessa toisiin ja itseen (ks. Paulhus 2002). Puhetta sanoitetaan ja jaetaan yhteisöllisesti. Puhetapa näyttäytyi tutkimusaineistossani niin, että keskustelijat saattoivat rakentaa puheen kulkua aiheista, joista he ajattelivat muiden keskustelijoiden odottavan, miten ja mistä asioista vertaisten kesken tulee puhua. Erityisesti kahdenkeskisissä keskusteluissa odotus saattoi liittyä siihen, mistä ja miten minulle tulee tutkijana aihepiiristä puhua.

Olen pohtinut sitä, olisivatko keskustelijat puhuneet toisin, mikäli aineiston olisi kerännyt tutkija, joka ei tunne mielenterveysyhdistyskenttää entuudestaan käytännön työkokemuksen kautta. Toisaalta roolini on auttanut minua ymmärtämään vertaisina toimivien keskustelijoiden omakohtaisesti ja yhteisöllisesti muotoutuvaa puhetta toipumisesta sekä suhteessa palvelujärjestelmän palveluihin.

Ammattiroolini ja tutkijan roolini vaikuttavat osaltaan puheen kulun muotoutumiseen kuten siihen, mitä kommentteja tai kysymyksiä olen esittänyt keskustelun pohjaksi. Olen pyrkinyt antamaan tilaa keskustelijoille tuoda esiin oman näköisensä äänen toipumiseen liittyen. Joissakin keskusteluissa olen erikseen kysynyt hiljaisemman keskustelijan näkemystä, jotta kaikkien äänet pääsevät kuuluviin. Olen tukenut keskustelun kulkua tarkentavilla kysymyksillä ja kommentteilla niistä puheenaiheista, joita keskustelijat ovat itse tuoneet aiheiksi vuorovaikutuksen aikana.

4.4 Aineiston analyysi

4.4.1 Menetelmälliset valinnat

Lähestyn tutkimusaineistoa sosiaalisen konstruktionismin mukaisesti, jossa todellisuuden nähdään rakentuvan sosiaalisessa vuorovaikutuksessa (Berger & Luckmann 1994). Sosiaalinen konstruktionismi liittyy yhteiskuntatutkimuksen kielelliseen käänteeseen, joka tarkoitti tutkimuksen painopisteen siirtymistä kielen ja vuorovaikutuksen tarkasteluun. Sosiaalisesta todellisuudesta voidaan rakentaa erilaisia selitystapoja ja kertomuksia. Tiedon nähdään muotoutuvan sosiaalisissa prosesseissa ja olevan osa historiallis-kulttuurista, tilannesidonnaista sosiaalista toimintaa. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2009, 46–47.)

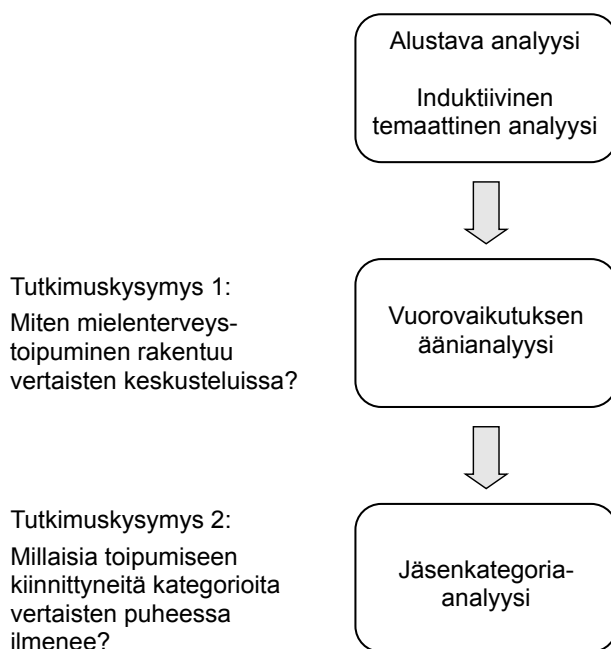
Tarkastelen tutkimusaineistoni ryhmäkeskusteluja ja kahdenkeskisiä keskusteluja tilanne- ja kontekstisidonnaisena vuorovaikutuksena. Vuorovaikutuksessa voi muotoutua ristiriitaisia ja keskeneräisiä näkemyksiä. Keskustelu ilmentää yleisempiä sosiaalisia rakenteita ja jaettuja käsitteellistämisen ja ymmärtämisen tapoja, jotka ovat kerrostuneet ja muotoutuneet eri aikakausina (ks. luku 2). Keskustelijat heijastavat eri aikakausilta periytyneitä ja kohtaamiaan käsitteellistämisen tapoja.

Analysoin keskustelijoiden vuorovaikutusta puheena ja toimintana, puhetekoina. Puheteolla tarkoitan puhuttua kieltä toimintaa ohjaavana tekona. Puheteko suuntaa keskustelua ja sillä katson olevan seurauksia. Pyrkimyksenäni on jäsentää ymmärrystä keskusteluiden kulun rakentumisesta. Vuorovaikutustilanteeseen voi liittyä oletuksia ja tilannekohtaisia asioita, joita tarkistetaan vuorovaikutusprosessin aikana. Keskusteluun ja keskustelijoihin vaikuttavat muut keskustelijat ja esillä oleva keskustelun aihe, jolloin keskeistä on vuorovaikutuksen prosessi, jonka aikana sisällöt tulevat esille (esim. Holstein & Gubrium 1997, 121; Silverman 2006, 131–132). Tavanomaista keskustelulle on, että sen fasilitoija kannattelee ja luotsaa keskustelua ja samalla rohkaisee ryhmäläisiä ottamaan osaa keskustelun kuljettamiseen (Stevanovic & Weiste 2018, 115). Toimin tutkijana kysyjän, kommentoijan ja fasilitoijan roolissa.

Sosiaalisessa konstruktionismissa kyseenalaistetaan sellainen tarkastelu, jossa vuorovaikutus määritetään tiukasti faktojen tarkasteluna jonkin ennalta määritetyn asetelman mukaisesti (Silverman 2006, 119–120, 128–129). Tutkimusaineistoni keskustelut eivät ole vain kuvauksia mielenterveystoipumisen sisällöistä sinällään kuten siitä, mitä mielenterveystoipumisella tarkoitetaan tai mistä osa-alueista toipumisen ajatellaan muodostuvan. Keskeistä on tarkastella myös sitä, miten keskustelu muotoutuu osana vuorovaikutuksen kontekstia (Silverman 2006, 128).

Käsittelen tutkimusaineistoa menetelmällisesti kolmella tavalla, jotka analyysin toteutuksessa muodostivat myös ajallisen jatkumon (kuvio 2), mikä heijastuu myös tutkimukseni rakenteeseen. Analysoin tutkimusaineistoni aluksi induktiivisen temaattisen analyysin (Terry & Hayfield 2021) keinoin saadakseni alustavaa ymmärrystä toipumisen eri ulottuvuuksista, haasteista, keinoista ja ratkaisuehdotuksista toipumisen tukemiseksi. Induktiivista temaattista analyysiä voi tehdä kirjoitetusta tekstistä, kuten tutkimuskeskusteluiden nauhoitetuista litteraatioista. Induktiivisella temaattisella analyysillä viitataan analyysitapaan, jossa edetään tutkimusaineiston ehdoilla. Sen avulla analysoin toipumisen sisältöjä, joista keskustelijat puhuvat. Aineistosta tekemäni toipumista kuvaavat teemat eivät ole siis ennalta määrittäjä, vaan jäsenen teemat aineistolähtöisesti.

Jäsentämieni sisältöjen pohjalta tein jatkoanalyysiä pohjustavan induktiivisen temaattisen analyysin jälkeen. Jatkoin puheen tulkintaa vuorovaikutteisena keskusteluna. Sisällöt kuvaavat toipumista koskevia asioita, joista keskustelijat vuorovaikutuksessa puhuivat (Tuomi & Sarajärvi 2011). Puhunnan asiat eivät ole kuitenkaan itsessään tarkasteluni pääfokus, vaan se on puheen kulun muotoutumisessa, kun arkielämän ymmärrystä sairastamisesta ja toipumisesta hahmotetaan. Puheen kulku ja asiat kuitenkin liittyvät toinen toisiinsa. Puhuttu asia osaltaan liittyy siihen, miten keskustelijat kuljettavat puheenvuoroja edellisiin ja seuraaviin lausumiin sekä rakentavat vuorovaikutusta ja jaettua ymmärrystä.



Kuvio 2. Tutkimuskysymysten ja analyysimenetelmien yhteys

Aineistoon tutustumisen ja induktiivisen temaattisen analyysin jälkeen siirryin analyysin toiseen vaiheeseen eli vuorovaikutuksen äänianalyysin soveltamiseen (Engeström 1999; Engeström 2004). Analysoin puheen kulun muotoutumista kussakin keskustelussa paikantamalla aiheet, joista keskustellaan ja siirtymät puheenaiheesta toiseen. Tavoitteeni on tehdä näkyväksi vuorovaikutuksen muodot ja erilaisten äänen muotoutuminen (Engeström 1999).

Ammattitaustani vaikuttaa siihen, miten aineistoa analysoin ja tulkiten. Aiempi koulutustaustani kasvatustieteen maisterina kehittävään työntutkimukseen painottuen on vaikuttanut kehittävässä työntutkimuksessa sovelletun vuorovaikutuksen äänianalyysin valintaan jäsenkategoria-analyysin rinnalle. Vuorovaikutuksen äänianalyysi etenee tarkasteluna siitä, miten puheenvuorot rakentuvat yhden puheenaihejakson aikana, puheenjaksoista toiseen siirryttäessä ja miten keskustelu muotoutuu ja muuntuu vuorovaikutuksen kuluessa. Puheenaihejaksolla tarkoitan vuorovaikutuksessa yhtä jaksoa, jonka aikana nimetystä puheenaiheesta keskustellaan ja johon liittyy yksi tai useampia puheenvuoroja. Kahdenkeskisiä keskusteluja tarkastelen samoin kuin ryhmäkeskusteluita keskusteluna, koska vuorovaikutuksen kulussa sosiaalista todellisuutta muotoillaan yhdessä tutkijan ja keskustelijan välillä. (Kinni 2011.) Äänillä tarkoitan keskustelijoiden näkökulmia, sosiaalisesti rakentunutta puhetta.

Keskustelun rakenteen tarkastelusta, vuorovaikutuksen äänianalyysistä siirryn keskustelussa tuotetun toipumispuheen tarkasteluun. Sovellan Harvey Sacksin¹⁷ jäsenkategoria-analyysiä (Juhila ym. 2012b), jonka avulla voi analysoida puhe- ja tekstiaineistoja (Juhila ym. 2012a, 24). Kiinnostus analyysissä kohdistuu siihen, miten ihmiset jäsentävät sosiaalisessa vuorovaikutuksessa arkielämän ymmärrystä ja sosiaalista järjestystä tuottamalla luokitteluita (myös Juhila ym. 2012a, 20–24).

Päädyin jäsenkategoria-analyysin valintaan, koska luokittelut tuottavat arkielämän ymmärrystä toipumisesta. Kirsi Juhila ja kumppanit (2012a, 22–23) kirjoittavat, että jäsenkategorioiden tulkintojen ja selontekojen hyväksyttävyyteen vaikuttavat muut keskustelijat, sääntöjen ja normien paikallinen rakentuminen sekä oletetun makrotason sosiaalisen järjestyksen heijastuminen. Jäsenkategoria-analyysin keinon pyrinkin jäsentämään sitä, mihin luokitteluihin keskustelijat suuntaavat itsensä ja toisensa tai tulevat suunnatuiksi toisten ihmisten, palvelujärjestelmän ja yhteiskunnan taholta (Juhila ym. 2012a).

Jäsenkategoriat määrittyivät analyysissäni personoiduiksi jäsenkategorioiksi, niiden piirteiksi ja ominaisuuksiksi, personoiduiksi jäsenkategoriapareiksi sekä symbolisia ja kulttuurisia paikkoja ilmentäviksi ei-personoiduiksi jäsenkategorioiksi. Induktiivisen temaattisen analyysin, vuorovaikutuksen äänianalyysin ja jäsenkategoria-analyysin kuvaan tarkemmin seuraavissa alaluvuissa.

4.4.2 Induktiivinen temaattinen puheen sisältöjen analyysi

Aloitin analyysin induktiivisella temaattisella sisällönanalyysillä (Riker & Sigurvinssdottir 2016), joka on tutkimuksessani luonteeltaan alustava analyysi. Temaattisen sisällönanalyysin avulla hahmotan, mistä sisällöistä keskustelijat puhuvat. Analyysissä etenen aineistolähtöisesti ja aineiston ehdoilla. Luin ensin keskusteluaineiston läpi useita kertoja kokonaiskuvan muodostamiseksi. Keskeistä oli ensin kiinnittää huomio siihen, missä kontekstissa tutkimusaineisto on kerätty. Tutkimusaineisto kuvaa eri puolella Suomea toimivien mielenterveysyhdistysten toimintaan osallistuvien vertaisten puhetta toipumisesta 2010-luvun lopulla. Keskustelijoiden ensimmäisestä sairastamisesta on saattanut kulua useita vuosia tai enemmänkin aikaa. Keskusteluiden sisällöissä ilmenevät eri sosiokulttuurisissa kehyksissä rakentuneet sisällöt toipumisesta, toipumisen esteistä ja ratkaisuehdotuksista sekä toipumisen mahdollisuuksista.

Analysoin keskusteluaineiston keskustelu keskustelulta ensin olennaisimpiin sisältöihin, joista sekä ryhmä- että kahdenkeskisissä keskusteluissa puhuttiin. Induktiivisessa temaattisessa analyysissä aineistoa voi koodata samankaltaisiin sisältöihin ja sitten yhdistää samankaltaisia sisältöjä kuvaaviin alateemoihin ja edelleen yläteemoihin (Riker & Sigurvinssdottir 2016, 38–39; Terry & Hayfield 2021). Järjestin

17 Sacks, Harvey 1972: On the analysability of stories by children. Teoksessa Jeff Coulter (toim.) 1990: Ethnomethodological sociology. Aldershot: Edward Elgar Publishing Company, 254–270. Alkuperäinen julkaisu: Roy Turner (toim.) 1974: Ethnomethodology. Harmondsworth: Penguin Books, 216–232.

aineistoa ensin ryhmiin, jotka koostuivat samankaltaisista toipumisen sisällöistä ja sellaisista sisällöistä, jotka ilmenivät vain joissakin keskusteluissa. (Hurme & Hirsjärvi 2022; Tuomi & Sarajärvi 2024) Tiivistin sisältöjä teemoihin pyrkien olemaan kadottamatta aineiston sisältämää informaatiota (ks. Eskola & Suoranta 1998). Sovelsin induktiivista temaattista analyysiä niin, että ryhmittelin aineistoa sairastamiseen ja toipumiseen liittyviin samankaltaisiin sisältöihin. Erittelin sairastamiseen liittyviä sisältöjä, joita ryhmittelin sairastamiseen liittyviin oireisiin ja sairauksiin ja niiden ilmenemiseen arkielämässä suhteessa toisiin ja elinympäristöön sekä yksinäisyyteen, eristäytymiseen ja puheisiin toiseudesta ja ulkopuolisuudesta. Näiden asioiden tulkitsin liittyvän toisiinsa, joten yhdistin nämä sisällöt teemaan sairastaminen suhteessa itseen, toisiin ja elinympäristöön (liite 3).

Sitten analysoin aineistosta toipumista estäviä tekijöitä. Erittelin aineistosta ammattilaisten kohtaamissa koettuja ennakoasenteita ja itsensä leimaamisen samankaltaisia sisältöjä. Nämä sisällöt yhdistin stigmatemaan. Sitten ryhmittelin samankaltaisiksi sisällöiksi toipumisen esteiksi hoitokulttuurin ja työvälineet, toipujan kuuntelematta jättämisen, riittämättömän avun ja tuen kotiin, ongelmat päästä psykoterapiaan ja kannustinloukut työn ja toimeentulon esteenä. Tulkitsen näiden sisältöjen linkittyvän hoito- ja palvelujärjestelmän joustamattomiin käytänteisiin, joten yhdistin sisällöt tähän teemaan.

Tämän jälkeen siirryin analysoimaan toipumiseen liittyviä sisältöjä. Erittelin aineistosta seuraavia samankaltaisia toipumisen mahdollisuuteen liittyviä sisältöjä kuten toivo, toipumisen käännekohta ja mahdollisuus, elämän merkitys ja tarkoitus ja toipuminen prosessina voinnin vaihteluista huolimatta. Nämä sisällöt liittyvät sisällöllisesti toisiinsa, joten yhdistin nämä sisällöt toivo ja toipumisen mahdollisuus teemaan. Sitten ryhmittelin aineistosta toipumisen keinoihin liittyviä samankaltaisia sisältöjä, joita olivat itsemääräämisoikeus ja yksilöllisyyden kunnioittaminen, omakohtainen vastuu toipumisesta, holistinen mielenterveystoipuminen, hyvä hoitosuhde ja kuunteleminen, ammattilaisten ja läheisten kannustava, sosiaalinen ja emotionaalinen tuki, mielekäs tekeminen, jännitteiset, uudenlaiset sosiaaliset roolit ja hengellisyys. Nämä sisällöt yhdistin toipumisen keinot teemaan, sillä sisällöt kuvasivat toipumisen konkreettisia keinoja arkielämässä.

Lopuksi ryhmittelin samankaltaisia sisältöjä vertaistuesta ja kokemusasiantuntijuudesta. Yhdistäviksi sisällöiksi erittelin kokemusasiantuntijuuden omakohtaisena toipumisena, vertaistukena ja yhteiskunnallisena vaikuttamisena. Nämä sisällöt yhdistin vertaistuki ja kokemusasiantuntijuus toipumisessa teemaan.

Induktiivinen temaattinen sisällönanalyysi antoi esiymmärryksen sisällöistä, joita keskustelijat pitivät toipumisessa merkityksellisinä. Keskustelijoiden tapa puhua keskenään vaikutti siihen, miten sisällöt valikoituivat, miten vuorovaikutuksessa jaettiin yhteistä ymmärrystä ja tuotiin esiin aiempaa keskustelua. Induktiivisen temaattisen sisällönanalyysin pohjalta päädyin tarkastelemaan tutkimusaineistoa puheena mielenterveystoipumisesta. Halusin ymmärtää syvemmin puheen kulun

rakentumista. Havaittiin, että keskusteluiden sisältöjen ohella keskustelijat tekivät luokitteluita itsestä ja tulivat puheessa luokitelluiksi, mikä vaikutti osaltaan myöhempään analyysin valintaan. Päädyin tarkastelemaan tutkimusaineistoani keskusteluaineistona. Keskusteluaineistolla tarkoitan aineiston tarkastelua vuorovaikutuksena, joka rakentuu keskustelijoiden ja tutkijan kesken (Stevanovic & Weiste 2018).

4.4.3 Vuorovaikutuksen äänianalyysi

Keskustelun kulun analyysiin siirtyessäni sovelletin tutkimuksessani kehittävässä työn tutkimuksessa käytettyä vuorovaikutuksen äänianalyysiä (Engeström 1999; Engeström 2004). Yhdessä induktiivisen temaattisen sisällönanalyysin ja vuorovaikutuksen äänianalyysin keinoin vastaan ensimmäiseen tutkimuskysymykseen, miten mielenterveystoipuminen rakentuu vertaisten puheessa. Kehittävä työntutkimus perustuu kulttuurihistoriallisen koulukunnan ja toiminnan teorialle¹⁸. Analyysin kohteena ovat erityisesti kulttuuriset työvälineet, symbolit ja merkit ja niiden avulla välittynyt toiminnan luonne. (Engeström 1995; Alanen 2002.) Keskiössä on kulttuurihistoriallisten psykologioiden, Lev Vygotskyn merkkejä ja sosiaalista vuorovaikutusta sekä Aleksei Leontjevin toiminnan kohteellisuutta¹⁹ painottavat lähestymistavat (Engeström 1999; Engeström 2004, 104–105; Alanen 2002). Toimintaa käsitellään sekä tavoitteellisenä ja johonkin kohdistuvana että ihmisen kehitystä kulttuurisesti ja historiallisesti tarkastelevana ilmiönä.

Lev Vygotsky määrittelee ihmisen tietoisuuden rakentuvan vuorovaikutuksessa²⁰. Vuorovaikutukseen liittyy dialogisuus. Dialogi tulee kreikan kielen sanoista ”dia” kautta ja ”logos” sana. Dialogisuudella tarkoitetaan vuoropuhelua ulkomaailman muiden ihmisten kanssa ja samalla vuoropuhelua itsensä kanssa. Vuorovaikutuksessa asioita prosessoidaan ensin intersubjektiivisesti²¹, josta ne välittyvät yksilön sisäiselle tasolle prosessoitavaksi ja säätelemään toimintaa (Alanen 2002, 219). Vuorovaikutuksessa tuotettuihin näkemyksiin vaikuttavat yhteiskunnan sosiaalinen ja kulttuurinen historia. Toiminnassa keskeistä on huomioida yhteisöjen ja toimijoiden näkemykset ja kokemukset, moniäänisyys (Engeström 2008, 56).

Mihail Bahtin käyttää moniäänisyydestä polyfonian käsitettä, jolla tarkoitetaan keskustelussa eri ääniä²². Keskeistä vuorovaikutuksen rakentumisessa on se, mitä

18 Toiminnan teorian kehittäjinä pidetään Lev Vygotskia, Aleksander Luriaa ja Aleksei N. Leontjevia (Alanen 2002).

19 Pirkkalainen (2003) kuvaa Aleksei Leontjeviin (1977) viitaten, että toiminnan kohteellisuuteen katsotaan liittyvän sitoutuminen tavoitteiden tekemisen prosessiin. Siinä ihminen tietoisesti pyrkii johonkin kohteeseen ja tulokseen.

20 Lev Vygotskyn ajattelun voidaan tarkastella olevan lähellä Yrjö Alasen kuvaamaa (2002, 209) Mihail Bahtinin (1981) dialogisuutta.

21 Intersubjektiivisuudella tarkoitetaan ihmisen kykyä ymmärtää ja jakaa subjektiivisia ajatuksia ja merkityksiä toisten kanssa vuorovaikutuksessa (Tieteen termipankki).

22 Mihail Bahtin (1991) tarkastelee teoksessaan *Dostojevskin poetiikan ongelmia* Dostojevskin romaaneja polyfonisina, moniäänisinä kokonaisuuksina.

aiemmin on sanottu: mihin puhujan puheenvuoro vastauksena liittyy (Haarakangas 2008, 46). Sana tai puhe syntyy menneen ja tulevan välisessä dialogissa, jolloin rakentuu monenlaisia tulkintoja samasta keskustelun kohteesta (Juhila 2004, 158; Bahtin 1991)²³. Vuorovaikutuksessa voidaan ajatella olevan läsnä tiettyjä sisällöllisiä ja tyyllisiä samanlaisuuksia. Keskustelijan voi tunnistaa liikkuvan eri sisällöllisten ja tyyllisten samankaltaisuuksien välillä joustavasti, vaikka ne ohjaavat vuorovaikutusta tiettyyn suuntaan (Juhila 2004, 159).

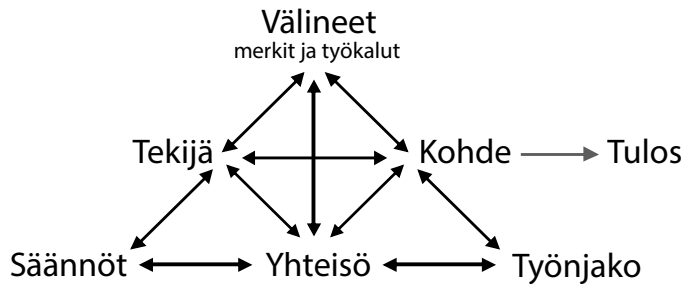
Esimerkiksi lääkärin ja potilaan vastaanottokeskusteluista on tutkittu keskusteluanalyysin ja dialogisuuden avulla. Ritva Engeströmin (1999) väitöstutkimuksessa analysoitiin 32 terveysasemalla käytyä vastaanottokeskustelua ensin keskustelun sisältöjen osalta somaattisiin, psykologisiin ja sosiaalisiin aiheisiin. Sitten tutkimusaineistoa käsiteltiin lääketieteen, hallinnon ja arkielämän näkökulmista ja analysoimalla eriytyä, keskustelun katkoksia ja innovatiivisia ehdotuksia. Engeström (1999) tunnisti potilaan ja lääkärin vastaanottokeskustelusta kolme ääntä: hallinnon äänen, potilaan äänen ja lääkärin äänen. Engeströmin (1999) mukaan psykologista aihetta käsittelevää keskustelua oli erittäin vähän, jolloin psyyke sai biolääketieteellisen merkityksen. Keskustelulle oli ominaista metapuheen, sen miten puhutaan, puuttuminen. Puheen ajatellaan olevan toimintaa, joka merkityksellistyy siitä tehdyn tulkinnan myötä. Keskusteluanalyysin avulla voidaan äänien lisäksi tuoda näkyväksi potilaan ja lääkärin toiminnan kulkua ja sitä ohjaavaa toiminnan logiikkaa (Engeström & Ruusuvaara 2003). Vastaanottokeskusteluista havaittiin, että keskusteluihin saattoi liittyä lääketieteellisen kentän ulkopuolisia odotuksia ja tietoa, jotka muotoilivat vuorovaikutuksen kulkua, kuten esimerkiksi potilaiden viestittämistä siitä, että he ovat kunnan potilaita (Engeström 1999).

Dialogisuutta on sovellettu mielenterveyshoidossa hoitokokouksissa tai perheterapiassa avoimen dialogin hoitomallina (Seikkula & Alakare 2004; Seikkula 2022; Bergström 2020). Dialogisuutta on hyödynnetty myös tulevaisuuden muistelu menetelmän keinoin tilanteissa, joissa asiakas voi yhdessä sosiaalisten verkostojensa kanssa tarkastella tilannettaan tulevaisuudesta käsin (Arnkil & Seikkula 2009; Arnkil 2020). Raitakari ja kumppanit (2014) ovat tutkineet asiakkaan osallistumista mielenterveyshoidossa. Tutkijoiden mukaan asiakkaan osallistuminen nähdään suhteellisen ja vuorovaikutukseen sidoksissa olevana. Asiakkaan tulisi voida olla toimija päätöksenteossa ja vaihtoehtoja pohdittaessa.

Kehittävässä työntutkimuksessa sovelletaan toimintajärjestelmäkaaviota, joka käsittelee työtoiminnan osatekijät kuten tekijän, välineet, säännöt, työnjaon ja yhteisön, kohteen ja tuloksen (kuva 3). Toimintajärjestelmäkaavion avulla voidaan kuvata ihmisten toimintaan liittyvien osatekijöiden riippuvuuksia ja osatekijöiden välisiä jännitteitä, joita tarkastellaan historiallisesti muotoutuneina (Engeström 2004,

23 Kirsi Juhila (2004, 160) kirjoittaa, että sosiaalinen konstruktionismi on lähellä Mihail Bahtinin ja Ludwig Wittgensteinin kielifilosofiaa.

10). Jännitteet on kuvattu toimintajärjestelmäkaaviossa nuolina, jotka osoittavat suhteita eri tekijöiden välillä, kuten esimerkiksi välineiden (asiakastietojärjestelmän dokumentointi) ja työnjaon (ammattilaiset, kokemusasiantuntijat) välillä. Nuolien välillä olevat jännitteet voivat olla ongelma ja uuden kehittämisen alku, jota toivotaan ratkaistavan.



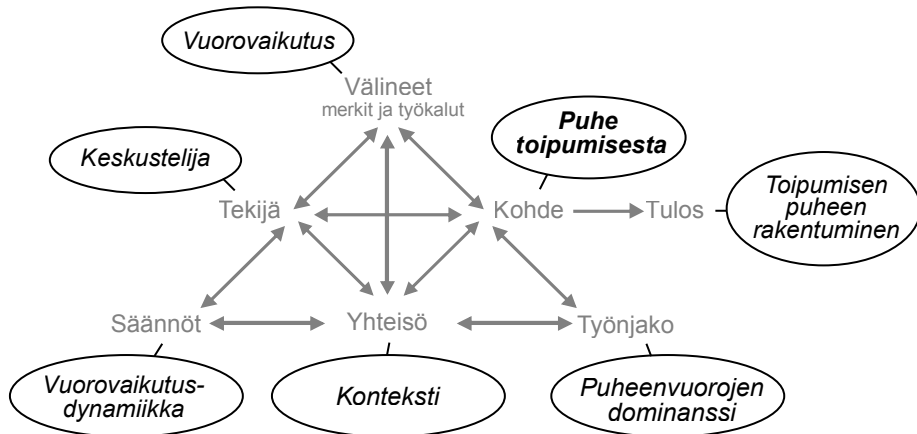
Kuvio 3. Toimintajärjestelmän osatekijät (Engeström 2004, 10; 1987²⁴)

Tutkittaessa organisaatioiden toimintaa vuorovaikutuksen äänianalyysin keinoin on tavanomaisesta työn kulusta tuotu näkyväksi poikkeamia ja haettu keinoja toiminnan kohteen edelleen kehittämiseksi (Engeström 2004). Toiminnan kehitys ajatellaan ristiriitaiseksi, jännitteiseksi. Jännitteitä voi tunnistaa esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden hoito- tai palveluketjujen nivelvaiheissa. Jännite voi ilmentyä esimerkiksi niin, että hoidon nivelvaiheessa kukaan ei ota kokonaisvastuuta asiakkaan ongelmien ja tarpeiden kokonaisuudesta (mt. 2004, 73). Asiakkaan hyvinvoinnin edistämiseen voi tulla katkoksia hoidon ja palveluketjujen prosessien ja vastuiden epäselvyyksistä johtuen.

Käytän tutkimuksessani soveltaen vuorovaikutuksen äänianalyysin välineitä, vuorovaikutuksen muotojen ja äänien jäsentämistä, vertaisina toimivien keskustelijoiden puheen kulun tarkasteluun. Tutkimusaineistossani keskustelijat rakentavat yhteistä ymmärrystä toipumisesta. Sovellan Engeströmin (2004) toimintajärjestelmäkaaviota²⁵ tutkimusaineistossani olevan toipumisen puheen muotoutumiseen. Kuvaan seuraavassa kuviossa 4, kuinka puhe rakentuu tutkimuksellisissa keskusteluissani.

24 Engeström, Yrjö. 1987. Learning by expanding: An Activity-theoretical approach to developmental research. Helsinki: Orienta-konsultit.

25 Toimintajärjestelmä kuvaa ihmisten toiminnan yleistä rakennetta. Toimintajärjestelmä voidaan esittää kaaviona (Engeström 2004).



Kuvio 4. Mielenterveystoipumisen puheen kulun rakentuminen tutkimuskeskusteluissa (pohjana käytetty Engeström 2004, 10)

Toipumisen puheen rakentumiseen (tulos) vaikuttavat vuorovaikutuksessa kunkin keskustelijan, johon katson kuuluvaksi myös osaltaan tutkijan (tekijä) puhe toipumisesta (kohde), konteksti (yhteisö), vuorovaikutusdynamiikka (säännöt) ja puheenvuorojen dominanssit (työnjako), vuorovaikutus (välineet), rakentuvat puheenaiheet ja keskustelijan sisäinen puhe itselleen (ks. Alanen 2002). Puhe toipumisesta rakentuu kussakin keskustelussa omanlaisekseen. Keskustelun kulkuun vaikuttaa se, ketkä puhuvat, miten puheenvuorot jakautuvat vuorovaikutuksen kulussa, miten vuorovaikutus tilannekohtaisesti etenee sekä millaisessa yhteisöissä vuorovaikutus toteutuu.

Käsittelen seuraavaksi soveltamiani vuorovaikutuksen äänianalyysin välineitä (taulukko 4). Keskusteluaineiston olen järjestänyt keskusteltujen aiheiden mukaan taulukoihin (liite 4 ja liite 5). Liitetaulukot ovat analyysini toteuttamisen välineitä. Kutsun keskustelun asiaa, josta keskustellaan, *puheenaiheeksi*. Keskustelu jakautuu *puheenaihejaksoihin*. Puheenaihejakso ilmentää vuorovaikutuksen sisällä eri puheenvuoroja, joiden aikana analyysissä nimetystä aiheesta keskustellaan. *Puheenvuorolla* tarkoitan yksittäisen keskustelijan puhumaa ajatusta, jonka hän tuo esille vuorovaikutustilanteessa. (Engeström 1999.) Vuorovaikutustilanteessa tarkastelen keskustelijoiden suhdetta toistensa puheenvuoroihin ja suhdetta keskusteltavaan aiheeseen, mielenterveystoipumiseen (Engeström 2004, 106). Puheenaihejaksojen määriä ja kulkua seurattessani jäsennän, miten keskustelun kulku ja puhutut asiat muotoutuvat.

Keskustelulle on tyypillistä, että näkökulmat voivat jäädä keskustelun aikana keskeneräisiksi (Lähteenmäki 2002). Keskustelun kulussa voi ilmetä *katkoksia*. Tällä tarkoitan sitä, että keskustelija tuo jonkin näkökulman keskusteluun, johon kukaan muista keskustelijoista ei tartu tai keskustelun jää muutoin keskeneräiseksi jonkin

puhujan puheenvuoron osalta. Yhden puheenaihejakson aikana, jolloin tietty puhuttu asia on esillä, voi esiintyä myös sitä sivuavia asioita, joita kutsun *sivupuheenaiheeksi*. *Muulla puheenaiheella* tarkoitan muuta puhetta, joka ei liity sinällään keskusteltavaan aiheeseen, kuten puhetta meneillään olevasta muusta tutkimuksesta, johon osa keskustelijoista oli osallistunut.

Taulukko 4. Vuorovaikutuksen äänianalyysin välineet

Puheenaihe	Asia, josta puheenaihejakson aikana keskustellaan.
Puheenaihejakso	Vuorovaikutuksessa yhden tai useamman puheenvuoron jakso, jossa tietystä aiheesta keskustellaan.
Puheenvuoro	Yksittäisen keskustelijan puhuma ajatus, jonka hän tuo esille vuorovaikutustilanteessa.
Katkos	Puheeseen tuotu näkökulma, johon kukaan muu keskustelija ei tartu tai muotoile puheen kulussa.
Sivupuheenaihe	Puheenaihetta sivuavia keskustelun sisältöjä.
Muu puheenaihe	Muu puhe, joka ei liity keskusteltavaan aihealueeseen (esimerkiksi puhe ajankohtaisesta muusta tutkimuksesta).
Vuorovaikutuksen muodot:	
Koordinaatio vuorovaikutuksen muotona	Kukin keskustelija keskittyy esittämään oman näkökulmansa tai itsensä ja kokemuksensa.
Kooperaatio vuorovaikutuksen muotona	Keskustelijat rakentavat yhteistä keskustelun kohdetta tai pyrkivät hakemaan siihen ratkaisuja.
Ääni	Puhujien yhteisön sosiaalisesti rakentunut ja tulkinnallinen kieli, joka rakentuu sama- ja erinäkökulmaisesti.

Jäsenmän edelleen aineistoa käyttämällä välineinä Engeströmin (2004, 16) äänianalyysissä käytettyä kahta Arne Raeithelin (1993)²⁶ vuorovaikutuksen tasoa: *koordinaatio ja kooperaatio*. Vuorovaikutuksen tasojen katsotaan olevan historiallisesti muotoutuneita ilmentymiä keskustelussa (Engeström 2004). Kutsun vuorovaikutuksen tasoja *vuorovaikutuksen muodoiksi*, koska en halua arvottaa eri vuorovaikutuksen tapojen paremmuutta suhteessa toisiinsa. Kyseisen analyysimenetelmän kontekstissa koordinaatio ja kooperaatio eroavat samojen sanojen yleisesti käytetyistä merkityksistä.

Vuorovaikutuksen muodon nimeän *koordinaatioksi* silloin, kun kukin keskustelija keskittyy esittämään vain oman näkökulmansa tai kokemuksensa. Koordinaatiossa puhujat eivät varsinaisesti vaihda näkökulmia toistensa kanssa tai kehittele ajatuksia

26 Raeithel, Arne 1993: Tätigkeit, Arbeit und Praxis. Frankfurt am Main: Campus.

yhdessä eteenpäin (Engeström 2004, 107). Jokaisen puhuttu asia jää omaksi erilliseksi näkökulmaksi, vaikka asia olisikin yhteinen. *Kooperaatioksi* katson keskustelun silloin, kun keskustelijat rakentavat yhteistä keskustelun kohdetta ja pyrkivät hakemaan siihen ratkaisuja esimerkiksi pohtimalla toipumisen eri keinoja arkielämään. Arne Raethelin (1993) mukaan vuorovaikutuksen muotoihin kuuluu myös kommunikaatio. Kooperaatiossa saatetaan ylittää oletetun vuorovaikutuksen käsikirjoituksen rajoja esimerkiksi kommunikaatioon, mutta ne eivät johda vuorovaikutuksen pysyviin muutoksiin (Engeström 2008, 51). Kommunikaatiota²⁷ vuorovaikutuksen muotona en keskusteluista tunnistanut.

Vuorovaikutuksen muotojen ohella paikannan analyysistä *ääniä*. Vuorovaikutuksen kulkua voi ilmentää monenlaisten äänien rakentuminen (Engeström 2004, 107). Äänillä tarkoitan puhujien eri näkökulmia, tapoja tuottaa vuorovaikutuksellisia puhetekoja (Engeström 2004, 112). Ääni kuvaa puhujan yhteisöjen sosiaalista kieltä ja toimintaa, ja se on tulkinnallinen ja dialoginen (Engeström 2004, 112; Lähteenmäki 2002). Yhteinen kieli voi vahvistaa sen käyttäjien ja käyttäjäryhmän yhteenkuuluvuuden tunnetta ja samalla toimia erottavana tekijänä muista ryhmistä. Äänet ja niiden määrät olen jäsentänyt puheenaihejaksoittain ryhmäkeskusteluiden ja kahdenkeskisten keskusteluiden osalta liitetaulukoihin (liitteet 4 ja 5). Äänet tulevat näkyviksi analyysissäni puheenaihejaksoittain kiinnittyen keskusteltavaan puheenaiheeseen ja rakentuviin puheenvuorojen näkökulmiin ja tulkintoihin. Tarkastelen vuorovaikutuksen äänianalyysin keinoin samaa aineistoa siis kahdella eri välineellä (vuorovaikutuksen muodoilla ja äänillä), joiden tulkitsen olevan limittäisiä. Käytän pitkiä aineisto-otteita, jotta vuorovaikutuksen muodot ja äänet tulevat näkyviin keskustelun kulussa.

Puheeseen voi liittyä jännitteisiä ongelmia ja ratkaisuehdotuksia samankin puheenvuoron aikana tai yhden puheenaihejakson aikana. Puhetta voi tällöin tarkastella dialogisesti, moniäänisenä kokonaisuutena (Alanen 2002; Seikkula 2022). Vuorovaikutukselle on ominaista, että puhuttu asia, toipumisen esteiden tunnistaminen ja ratkaisuehdotukset voivat jäädä myös keskeneräisiksi puheen kulussa.

4.4.4 Jäsenkategoria-analyysi

Jäsenkategorisoinnilla tarkoitan jonkin asian tai ilmiön kuvaamista, nimeämistä ja rakentumista vuorovaikutuksessa (Jokinen & Juhila 2012). Jäsenkategoria-analyysiä soveltamalla vastaan toiseen tutkimuskysymykseen, millaisia toipumiseen kiinnittyneitä kategorioita vertaisten puheessa ilmenee. Jäsenkategoria-analyysi voidaan liittää etnometodologiseen ja keskusteluanalyttiseen tutkimustraditioon (Juhila ym.

27 Käsite *kommunikaatio* vuorovaikutuksen muotona eroaa vuorovaikutuksen äänianalyysissä tavanomaisesta käyttötarkoituksestaan. Vuorovaikutuksen äänianalyysin kommunikaatiossa keskustelijat arvioivat kriittisesti metapuheena keskustelun kohdetta, vuorovaikutuksen roolijakoa ja etenemisen tapaa sekä omaa vuorovaikutustapaansa (Engeström 2004, 109; 2008, 51).

2012a, 24–26)²⁸. Harvey Sacksia voidaan pitää jäsenkategoria-analyysin kehittäjänä (Silverman 1998). Hän oli kiinnostunut erilaisista ihmisten tekemistä arkielämän luokitteluista ja arkielämän ymmärtämisestä. Sacks, Harold Garfinkelin oppilas, oli kiinnostunut dialogisuudesta työskennellessään itsemurhien ehkäisykeskuksessa yhdessä Garfinkelin kanssa. Sacks tutki ensin jäsenkategorisoinnin ja myöhemmin sekventiaalisen järjestyksen osalta nauhoituksia puheluista, joissa itsemurhaa aikovat henkilöt hakivat apua. Sacks keskittyi puheen toimintajaksojen tarkasteluun ja niissä rakentuvien jäsenysten, sääntöjen ja jäsenkategorisointien erittelyyn²⁹ (Koskela & Piirainen-Marsch 2002, 260–261). Sacks käytti analyysistä ensin käsitettä Membership Category Device (MCD) ja myöhemmin Membership Category Analysis (MCA) (Silverman 1998, 79).

Jäsenkategoria-analyysiiä on hyödynnetty sittemmin suomalaisissa sosiaali- ja terveystutkimuksissa, kuten tutkittaessa mielenterveystoipujien omakohtaisia kertomuksia (Kulmala 2006), pitkäaikaistyöttömien puhetta (Välimaa 2008), Aslak-kuntoutuksen asiakkuuden rakentumista ja kuntoutusta toimintana (Ylisassi 2009), työntekijöiden kirjoittamien päiväkirjojen kuvauksia naisten tukiyksiköstä (Juhila 2011), sairaalan moniammatillisen ryhmän jäsenten ja iäkkäiden potilaiden keskustelupuhetta (Kinni 2011) ja kehitysvammahuollon ammattilaisten puheessa rakentuvia asiakaskuvia (Ylisassi ym. 2023). Anna Kulmalan (2006) mielenterveystoipujien omakohtaisia kertomuksia käsittävän tutkimuksen tulosten mukaan ammattilaisten ongelmalähtöiset luokittelut palvelun käyttäjistä siirtyivät osallistujien kielteisiksi käsityksiksi itsestään. Häpeäleima johti kielteiseen sosiaalisen identiteetin muodostumiseen.

Jäsenkategorisointien avulla voidaan pyrkiä tavoitteeseen jonkin ongelman käsittelyssä ja siitä neuvottelemisessa (Mäkitalo 2024, 38–39). Jäsenkategorisointeja on tutkittu esimerkiksi asiakkaan ja työntekijän vuorovaikutuksessa velvollisuuksista ja oikeuksista neuvoteltaessa työvoimatoimiston tai sosiaalitoimiston palveluista (Mäkitalo 2024, 40) ja asiakkaiden identiteeteistä (Virokannas ym. 2011). Institutionaalisten kategorisointien on todettu ilmenevän instituutioiden käytänteissä (Mäkitalo 2024, 45; Juhila ym. 2016).

Jäsenkategoriat rakentavat keskusteluun järjestystä, tietynlaisia pelisääntöjä, joilla ihmiset tekevät luokitteluja ja tuottavat kulttuurista ymmärrystä arkielämästä ja yhteiskunnasta (Ruusuviiri 2001). Keskustelijoiden voidaan ajatella rakentavan sosiaalisia sääntöjä osana keskusteluympäristöään osin huomaamattaan (Pain 2009, 7). Jäsenkategorisointeja analysoitaessa huomio kiinnittyy kulttuuriin odotusar-

28 Harold Garfinkelin etnometodologiassa tarkastellaan ihmisten arkielämän sääntöjä ja arkitietoa sosiaalisessa vuorovaikutuksessa (Koskela & Piirainen-Marsch 2002, 261). Keskusteluanalyysin kehittäjinä voidaan pitää Kalifornian yliopistossa 1960-luvulla vaikuttaneita Harvey Sacksia, Emanuel Schegloffia ja Gail Jeffersonia (Peräkylä 2004, 165–166; Järviluoma & Roivainen 1997).

29 Harvey Sacks esitteli jäsenkategoria-analyysin luennoillaan vuosina 1964–1965 (Järviluoma & Roivainen 1997).

voihin siitä, miten oletetusti hyväksyttävä tai tuomittava käytös rakentuu puheessa tyypillisinä luokitteluina. Jäsenkategoria voi esimerkiksi ilmentää odotusta siitä, millainen toipujana tulisi olla. (Korolainen 2010, 141.)

Keskustelun aikana voi syntyä myös eriäviä käsityksiä siitä, millaisiin luokkiin toimijat asemoituvat (Juhila 2004). Tarkastelun keskiössä on se, miten keskustelijat tuottavat puhumiaan kokemuksia ymmärrettäväksi tehdessään jäsenkategoriointeja (Juhila ym. 2012a, 23–24). Jäsenkategorisointien kautta ilmiöt voidaan luokitella erityisinä (Korolainen 2010, 141; Juhila, 2012b).

Analysoin ryhmä- ja kahdenkeskisiä keskusteluita jäsenkategoria-analyysin keinoin. Tarkastelen, millaisia jäsenkategorioita keskustelijat tekevät itsestä tai muista, tai millaisia jäsenkategoriointeja he kuvaavat muiden tekävän heistä ja millaisiin jäsenkategorioihin keskustelijat suuntautuvat (Ruusuvuori 2001; Juhila ym. 2012, 26; Juhila 2004, 169). Jäsenkategoria-analyysin avulla pyrin ymmärtämään puhetehtöjen paikallista rakentumista, indeksiaalisuutta ja reflektiivisyyttä (Koskela & Piirainen-Marsch 2002, 262). Indeksiaalisuuden tarkastelussa katson, että tieto puhetilanteesta, puhujasta ja asiayhteydestä sekä edeltävä keskustelu muotoilevat merkityksiä. Reflektiivisyydessä keskeistä on se, miten puhetehtöjen avulla keskustelun kontekstia analysoidaan ja sovelletaan keskustelun aikana.

Ihminen voi asemoitua useampaan jäsenkategoriaan. Jäsenkategoriat täydentävät näin toinen toisiaan ja kysymys on kontekstisidonnaisista luokitteluista. Uusia jäsenkategorioita voidaan muodostaa keskustelun aikana ja muuttaa jo tehtyjä luokitteluita. Luokitteluihin voi vaikuttaa myös se, kenelle puhe on suunnattu, jolloin puheenvuorojen vastaanottaja voi tulla jäsenkategorisoiduksi. (Nikander 2010, 243–244; 246; Järviluoma & Roivainen 1997; Korolainen 2010, 138–143). Jäsenkategoriat ja niihin liitettävät määreet ovat vuorovaikutuksessa neuvoteltuja ja jännitteisiä, jolloin tulee kiinnittää huomiota siihen, missä määrin on kysymys itsestä tehdyistä luokitteluista tai toisten tekemistä luokitteluista. (Juhila ym. 2012b, 62–63). Jäsenkategoria-analyysin avulla voidaan jäsentää yhteiskunnallisten rakenteiden heijastumista puheessa (Juhila ym. 2012a, 37; Juhila ym. 2012b, 50). Yhteisesti kulttuurisesti jaetusta ymmärryksestä riippuu, kuinka kiinteinä tai tilannesidonnaisina kategoriat tyypitellään. Näin jäsenkategoriat tulkitaan vuorovaikutuskontekstista.

Tutkimukseni jäsenkategoria-analyysin välineet ovat personoidut jäsenkategoriat ja personoidut jäsenkategoriaparit sekä ei-personoidut jäsenkategoriat (taulukko 5). Kategoriat voivat rakentua vuorovaikutuksessa ja ne voivat jäädä keskeneräisiksi (Kinni 2011, 24–25).

Taulukko 5. Jäsenkategoria-analyysin välineet

Personoidut jäsenkategoriat	Luokittelut, joita keskustelijat tekevät itsestään tai muista tai keskustelijat kuvaavat muiden tekemän heistä. Jäsenkategorioihin voidaan liittää niitä kuvaavia piirteitä (adjektiivit) ja toimintoja (verbit).
Personoidut jäsenkategoriaparit	Tilanne, jossa yhden jäsenkategorian määrittymisen sisältää toisen personoidun jäsenkategorian olemassaolon.
Ei-personoidut jäsenkategoriat	Symbolinen ja kulttuurinen paikka tai tila, josta tehdään luokitteluita ja kuvauksia.

Jäsenmän puheesta ihmisiin liitettyjä *personoituja jäsenkategorioita* ja niiden piirteitä (adjektiivit) ja toimintoja (verbit) (ks. Stokoe 2012). Piirteiden avulla jäsenkategorioihin kiinnittyy luonnehdintoja, kuten esimerkiksi ”masentunut mielenterveyspotilas”. Tiettyihin personoituihin jäsenkategorioihin määrittävien ihmisen odotetaan tekemän tiettyjä toimintoja, jotka näkyvät vuorovaikutuksessa, kuten esimerkiksi ”toipuja liittyi vertaisryhmään”. Toimintaan voi liittyä kulttuurisidonnaisia odotuksia vastavuoroisuudesta, oikeuksista ja velvollisuuksista, taidoista ja osaamisesta tai niiden puutteista (Ylisassi ym. 2023, 146). Luokitteluihin liittyen eron tekeminen muihin, meidät erotellaan heistä.

Puheen analyysissä hahmottuu myös *jäsenkategoriaparit*, joista yhden jäsenkategorian määrittymisen edellyttää toisen personoidun jäsenkategorian olemassaolo. Jäsenkategoriapareissa (*standardized relational pair*), kuten esimerkiksi lääkäri–mielenterveyspotilas tai kokemusasiantuntija–ammattilainen, toisen jäsenkategoriaparin esille tuonnin myötä toisenkin parin ajatellaan tulevan näkyväksi, vaikka se ei näkyisi suoraan puheessa (Nikander 2010, 243–244).

Lisäksi erittelen *ei-personoituja jäsenkategorioita* (Juhila ym. 2012b), jotka liittyvät symboliseen tai kulttuuriseen tilaan tai paikkaan kuten esimerkiksi koti toipumista edistävänä fyysisenä paikkana. Ei-personoituihin jäsenkategorioihin liitetään usein personoituja jäsenkategorioita kuten hoitaja ja mielenterveyspotilas. Ei-personoiduilla jäsenkategorioilla voidaan tarkoittaa yhteiskunnallisia ja sosiaalisia järjestelmiä tai rakenteita, ja niiden avulla tuotetaan kulttuurisia merkityksiä ja tulkintoja tilasta ja paikasta (Juhila ym. 2012b, 58–61). Ei-personoidut jäsenkategoriat tuovat osaltaan näkyväksi mielenterveyden hoito- ja kuntoutusjärjestelmän rakenteita ja toimintakäytänteitä. Ne kuvaavat suhtautumista toipujiin osana sosiaalisia suhteita, yhteisöjä, palvelujärjestelmää ja yhteiskuntaa.

Tulkitsen jäsenkategorioita sellaisina puhetekoina, jotka yhtäältä voivat heijastaa yhteiskunnan mielenterveystoipumisen historiassa muotoutuneita asenteita ja luokitteluita mielenterveystoipujista ja toisaalta muotoilevat niitä edelleen. Aineisto-otteiden avulla pyrin kontekstisoimaan tulkintaa, jonka olen tehnyt keskusteluisista ja keskustelijoiden antamista merkityksistä (ks. Ruusuvuori 2001, 390–391).

5 Toipumisen puheen rakentuminen

5.1 Toipumisen sisällöt

Lähestymistapani aineiston temaattiseen sisällönanalyysiin on induktiivinen. Saadakseni alustavaa ymmärrystä toipumisen ulottuvuuksista, keinoista ja ratkaisuehdotuksista erittelin keskusteluiden ilmaukset toipumista koskeviin sisältöihin ja sisältöä kokoaviin teemoihin. Analyysin tavoitteena on tuottaa näkyväksi teemat, joista keskustelijat puhuivat. Teemoiksi jäsentyivät sairastaminen suhteessa itseen, toisiin ja elinympäristöön, stigma, julkisen palvelujärjestelmän byrokraattiset käytänteet, toivo ja toipumisen mahdollisuus, toipumisen keinot sekä vertaistuki ja kokemusasiantuntijuus toipumisessa. Kahdenkeskisissä keskusteluissa erottuivat lisäksi somaattisten sairauksien ja kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin huomioimisen merkitys osana mielenterveyden hoitoa sekä näkemys riittämättömästä avusta ja tuesta kotiin. Kuvaan seuraavaksi tiivistetysti analyysin tuloksia (taulukko 6).

Sairastamisen kuvaus perustui omakohtaisiin kokemuksiin. Sairastamisen kuvaukset määritettiin omakohtaisiin sairastamisen oireisiin kuten fyysisiin ongelmiin kuten nukkumattomuuteen ja syömisongelmiin ja psyykkisiin ongelmiin kuten masennukseen, ahdistukseen tai harhojen kuulemiseen. Sairastamisen oireet heijastuivat sosiaalisiin suhteisiin kuten eristäytymiseen muista ihmisistä sekä kokemuksiin toiseudesta. Arkielämän ongelmat ilmenivät taloudellisina ongelmina, vaikeutena tarttua kodinhoidollisiin askareihin sekä vaikeutena osallistua koulu- tai työelämään.

Stigma ja koetut ennakkoasenteet ilmenivät selkeästi toipumisen esteinä. Keskustelijat mainitsivat kokeneensa kielteisiä asenteita ja suhtautumista pääosin terveydenhuollon ja toisen asteen oppilaitosten ammattilaisten kohtaamisissa. Stigma ilmeni itsestigmatisoitumisena omasta elämäntilanteesta ja sairastamisen koetuista rajoitteista sekä toisten leimaavasta ja ennakkoasenteisesta suhtautumisesta itseen. (Myös Kulmala 2006.)

Taulukko 6. Toipumiseen liittyvät teemat keskustelijoiden puheessa

Toipumiseen liittyvät teemat keskustelijoiden puheessa
Sairastaminen suhteessa itseen, toisiin ja elinympäristöön
Stigma
Julkisen hoito- ja palvelujärjestelmän byrokraattiset käytänteet
Toivo ja toipumisen mahdollisuus
Toipumisen keinot
Vertaistuki ja kokemusasiantuntijuus toipumisessa

Toipumisen rakenteellisiksi esteiksi nimettiin useita tekijöitä. Ne liittyivät (perus)terveydenhuoltojärjestelmän hoitokulttuuriin, joustamattomiin toimintatapoihin ja pirstaleisuuteen julkisessa palvelujärjestelmässä. Esteitä tuottivat myös palvelujärjestelmän jäykät työvälit ja asiakastietojärjestelmiin tehdyt kirjaukset. Toipumisen esteiksi mainittiin vaikeudet saada ja päästä psykoterapiaan työkyvyttömyyseläkkeellä ollessa, työllistymistä estävät kannustinloukut sekä kotiin annettavan tuen ja avun riittämättömyys.

Toivo rakentui olennaiseksi tekijäksi toipumisen mahdollisuudelle, vaikka toivo-sanaa ei keskusteluissa välttämättä käytetty. Toivon olemassaoloa kuvasivat omakohtaisesti rakentuva luottamus siitä, että sairastaminen ei kestä ikuisesti, ja pohdinta elämän tarkoituksesta ja merkityksellisyydestä. Toivoa tuovat läheisiltä ja ammattilaisilta saatu tuki, rohkaisu ja haastaminen toipumiseen sekä hengellisyys. Toipumisen mahdollistavina tekijöinä mainittiin kokonaisvaltainen mielenterveys-toipuminen, jossa avun ja tuen tarve arvioidaan kiinteässä suhteessa arkielämään ja johon liittyvät niin somaattiset sairaudet kuin mielenterveyden ongelmat seurauksineen. Nämä toipumista mahdollistavat osa-alueet ovat samankaltaisia muiden tutkimusten esittämien henkilökohtaisen toipumisen näkökulmien kanssa. (Andersen ym. 2003; Leamy ym. 2011.)

Toipumisen keinoiksi mainittiin oma vastuunotto toipumisesta ja lempeä suhtautuminen omakohtaisiin toipumisen vaihteluihin. Keskeisiksi keinoiksi tuotiin esille mielekkääksi koettu tekeminen kuten luonnossa kävely, harrastukset, kuorolaulu, hengellisyys, kirjallisuus ja yhdistystoiminta. Vuorovaikutukseen ja sosiaalisiin suhteisiin liittyviä toipumista tukevia osa-alueita mainittiin useita. Keskeiseksi koettiin toipujan itsemääräämisoikeuden ja yksilöllisyyden kunnioittaminen kai-

kessa kohtaamisessa sekä luottamukseen ja kuuntelemiseen perustuva hoitosuhde. Merkityksellistä oli ammattilaisten ja läheisten kannustava ja rohkaiseva sosiaalinen ja emotionaalinen tuki varsinkin toipumisen alkuvaiheessa. Toipumista kuvasi jännitteisten sosiaalisten roolien tunnistaminen ja tiedostaminen omassa arkielämässä toipumisen prosessin myötä.

Vertaistuki ja kokemusasiantuntijuus olivat merkityksellisiksi koettuja toipumisen keinoja (ks. Nordling & Rissanen 2020). Yhdistystoiminnassa toteutuva vertaistuki merkitsi toivoa, yhteistä kieltä sekä jaettua ja sanomatontakin ymmärrystä toipumisesta sekä kokemusta samaa matkaa kulkemisesta. Vertaistuki vahvisti omakoh- taista toivoa selviytymisestä sekä mahdollisti tunnetukea ja konkreettisia vinkkejä kanssavertaisille. Kokemusasiantuntijuuden merkitykselle toipumisessa annettiin keskeinen painoarvo. Kokemusasiantuntijuus toipumisessa ilmeni hoidollisten ko- kemusten ja toipumisen kokemustiedon hyödyntämisenä sekä rinnalla kulkijuutena vertaisen kanssa. Se näkyi lisäksi empaattisena välittäjän roolina ammattilaisen ja kanssatoipujan välisissä kohtaamisissa. Kokemusasiantuntijuus merkitsi myös koke- mustiedon hyödyntämistä mielenterveystoipumiseen liittyviin asioihin vaikuttami- sena palvelujärjestelmän kehittämiseksi. Toipumista edistivät mielekäs tekeminen ja osallisuuden kokemukset mielenterveysyhdistyksissä ja muissa vapaa-ajan toimin- nissa sekä koettu osallisuus lähiyhteisöissä toiminnassa ja työelämässä.

Puheen sisältöjen alustava erittely mahdollisti analyysini alkuvaiheessa minua hahmottamaan asioita ja teemoja, joita toipumiskeskusteluissa käsiteltiin. Kes- kusteluita tematisoidessani huomioni kiinnittyi vuorovaikutustapaan, jolla asiasta puhutaan. Seuraavaksi analysoinkin sitä, miten asioista puhuttiin. Puheen sisältö- jen syvempään tarkasteluun palaan luvussa kuusi jäsenkategorioiden tarkastelun yhteydessä.

5.2 Toipumisen puheen kulku

5.2.1 Toipumisen puheen yleinen kulku

Tarkastelen tässä alaluvussa toipumista koskevien keskusteluiden puheen kulkua yleisellä tasolla. Seuraavissa alaluvuissa siirryn tarkempaan tarkasteluun hyödyntäen vuorovaikutuksen äänianalyysin menetelmiä. Vuorovaikutuksen kulkua yleisesti tarkastellessani havaitsin, että sille oli ominaista eri puheenaiheiden kietoutuminen päällekkäin ja edelliseen keskustelun aiheeseen palaaminen sitä seuraavissa puheen- vuoroissa. Keskusteluista oli tunnistettavissa vertaispuheen erityisyys. Keskusteluille oli ominaista pitkät yksittäiset omakohtaiset puheenvuorot niin ryhmäkeskusteluissa kuin kahdenkeskisissä keskusteluissa. Keskustelijat kävivät yhden puheenaihejak- son aikana puheenaihetta sivuavia aiheita palaten alkuperäiseen puheenaiheeseen. Niin kauan kuin puhujat käsitelivät alkuperäistä aihetta, nimesin puheenaihejak- son kyseessä olevan aiheen mukaan.

Ryhmäkeskusteluille oli luonteenomaista moninaisten näkökulmien salliminen ja erilaisten tai ristiriitaisten toipumispuheiden ilmaiseminen. Vertaiskeskustelijan omakohtaista puhetta sairastamis- ja toipumiskokemuksista ei refleksiivisesti juurikaan pohdittu. Vertaiskeskustelulle oli ominaista hiljaisuuden mahdollistaminen itselle ja toisille. Tämän tulkitseen kuvastavan vertaisten toipumiskulttuuria, jossa jokaisen kokemus arvotetaan arvokkaaksi kuuntelemalla ja osoittamalla empaattista ymmärrystä ja myötätuntoa hiljaisuuden keinoin.

Puheenaihejaksojen määrät vaihtelivat niin ryhmäkeskusteluissa kuin kahdenkeskisissä keskusteluissa (ks. tarkemmin liitteet 4 ja 5). Myös puheenvuorojen määrät kussakin puheenaihejaksoissa vaihtelivat keskustelujen välillä ja myös yksittäisen puheenaihejakson sisällä. Puhutut aiheet tuovat näkyväksi, mitkä asiat haluttiin jakaa yhteiseen keskusteluun. Pitkä yksittäinen puheenvuoro ilmentää keskusteltavan asian tärkeyttä puhujalle. Samoin joidenkin keskustelijoiden ajoittain vahvistavat toteamukset jo edellä puhutusta vahvistavat osaltaan puhutun asian merkityksellisyyttä puheen kulussa. Ryhmäkeskusteluissa puheen rakentumista muotoiltiin yhdessä kuljettaen, joko keskustelijoiden tai tutkijan toimesta kysymyksillä, vastauksilla ja kommentteilla suunnattuina jo puhuttuun tai tuleviin lausumiin. Kolmessa viidestä ryhmäkeskustelusta oli runsaasti yhdessä rakentuvia puheenaihejaksoja, joissa sisältöä muotoiltiin tuottamalla eri näkökulmia. (Ks. myös Pietilä 2017.) Keskustelijat vaikuttivat toinen toistensa näkemyksiin ja puheenvuoroihin, jolloin keskustelun kohde täydentyi eri näkökulmilla (Mönkkönen 2002). Kaksi ryhmäkeskustelua viidestä rakentui pääosin yhden keskustelijan puhuessa pidempään ja muiden kuunnellessa tai ajoittain kommentoimassa jotain lyhyesti tuomalla täydentävän näkökulman tai muotoilemalla uudenlaisen puheenaiheen. Aiheet saattoivat ajoittain jäädä myös keskeneräiseksi ja muotoutuvaksi, erilaisia näkemyksiä tuottavaksi, joihin muut keskustelussa mukana olevat eivät tarttuneet.

Kahdenkeskinen keskustelu eteni keskustelijan ja minun välilläni, jolloin sen kulkuun vaikuttivat niin puhujan kuin tutkijan puheenvuoroissa ilmaistut asiat. Puheenvuorojen rakentuminen ja roolijako noudattivat pitkälti yksilöhaastattelun tyyppistä logiikkaa ja rakennetta. Vastaavasti puhujan puheen kulku vaikutti tapaani tutkijana kysyä lisää tai tehdä kommentteja jo puhuttuun. Kahdenkeskinen keskustelu rakentui keskustelijan lähtökohdista ja tutkijana tekemistäni tarkentavista kysymyksistä tai kommentteista keskustelurunkoa löyhästi seuraten.

Ryhmäkeskusteluissa ilmeni myös katkoksia. Puheen kulun aikana saattoi ilmetä puheenjakson aikana ääneen nimetty yksittäinen aihe, johon muut puhujat eivät tarttuneet. Puheen kulku jatkui kuitenkin alkuperäistä aihetta tai keskustelussa esille tuotuja sivupuheenaiheita seuraten. Silloin tällöin yksittäinen puhuja muotoili puheenaiheeseen vastakkaisen näkemyksensä, jota muut eivät juurikaan vahvistaneet tai kuljettaneet eteenpäin. Kahdenkeskisissä keskusteluissa ei ilmennyt puheen kulun rakenteessa kohtia, joissa puheenvuoro tai puheenaihe olisi tyrehtynyt, mikä johtuu tulkintani mukaan pitkälti kahdenkeskisen keskustelun rakenteesta ja roolijaosta.

Metapuhe, puhe siitä kuinka puhutaan, puuttui pääosin keskusteluaineistosta. Yhdessä ryhmäkeskustelussa puhuja reflektoi kahdessa kohdassa keskustelun kulkua metapuheena siitä, miten ja mistä puhutaan ja miten katse tulee suunnata puhuttaessa omakohtaisesti vaikeasta aiheesta. Muut keskustelijat eivät kuitenkaan tuossa tilanteessa jatkaneet keskustelijan ehdottamaa vuorovaikutuksen tapaa arvioivaa metapuhetta. Metapuheen vähäisyys korostaa puheessa toteutunutta vertaisten keskinäistä tapaa olla vuorovaikutuksessa, heidän toipumispuhettaan. Puhunta heijastelee mielenterveysyhdistysten vertaistuen perinnettä ja toimintatapoja toipujien äänen esille tuojana. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että jokaisen keskustelijan kokemus arvotetaan sellaisenaan ainutlaatuiseksi, ja samalla tiettyyn kontekstiin ja puhetilanteeseen kiinnittyväksi, vertaisten toisilleen muotoilemaksi puheeksi. Vertaisten puhe on omakohtaisten kokemusten jakamista ja toipumisen yhdessä sanoittamista sekä vertaisoppimista ja kriittistäkin arviointia yhdessä rakentuvasta aiheesta (myös Jakonen 2017, 78). Kyse on myös tunnetasolla empaattisesta suhtautumisesta toisen vertaisen puheeseen. Omakohtainen kokemustieto rakentuu vertaistiedollisesti sanoitetuksi ja jaetuksi kokemustiedoksi (myös Hokkanen ym. 2017; Pohjola 2017, 311–312; Soronen 2024).

Tunnistin puheen kulusta kahdenlaisia vuorovaikutuksen muotoja: koordinaatioita ja kooperaatioita. Varsinaista kommunikaatiota ei Engeströmin (2004) sovelta-man Arne Raeithelin (1993) mallin mukaan ymmärrettynä ilmennyt keskusteluissa vuorovaikutuksen muotona lainkaan.

Taulukko 7. Ryhmäkeskusteluiden vuorovaikutuksen muodot puheenaihejaksoittain

Ryhmäkeskustelu	Koordinaatio	Kooperaatio
A	0	9
B	0	5
C	0	9
D	6	5
E	1	6
Yhteensä puheenaihejaksoja	7	34

Ryhmäkeskusteluiden puheenaihejaksoista seitsemän noudatti koordinaatiota ja 34 kooperaatiota (taulukko 7). Ryhmässä tapahtuvalle keskustelun kululle oli ominaista useamman puheenaihetta täydentävän ja erilaisen näkökulman tuominen keskusteluun saman puheenaihejakson aikana sekä palaaminen osin edeltävään tai siirtyminen seuraavaan aiheeseen. Tuotettuihin näkökulmiin liittyi samalla sivupuheenaihteita.

Ryhmäkeskusteluissa oli selkeitä eroja sen suhteen, millaiseen vuorovaikutukseen muotoon niiden toiminta painottui. Ryhmäkeskustelujen puheenaiheen käsittely ilmensi useammin kooperaatioita vuorovaikutuksen muotona kuin koordinaatioita. Ryhmäkeskustelun fyysinen paikka ja keskustelijoiden istuminen suhteessa toisiinsa ja minuun tutkijana saattoivat vaikuttaa siihen, miten puheen kulut keskusteluissa etenivät. Ryhmäkeskusteluissa, joissa istuimme sohvalla tai tuoleilla ympyrässä toisemme nähden, keskustelun kulussa toteutui useammin kooperaatioita. Enemmän koordinaatioita oli niissä keskusteluissa, joissa keskustelijoiden ja minun välissäni oli pöytä. Tämä tulkintani mukaan osittain hankaloitti vuorovaikutuksen yhdessä rakentuvaa etenemistä.

Yhdessä ryhmäkeskustelussa oli enemmän koordinaatiota kuin muissa keskusteluissa. Tämä keskustelu oli myös kestoltaan pisin. Siinä kukin keskustelija tuotti paljon omakohtaista puhetta muiden aktiivisesti kuunnellessa. Kolmessa ryhmäkeskustelussa ei ollut ollenkaan koordinaatiota osoittavia vuorovaikutuksen muotoja ja yhdessä ryhmäkeskustelussa vain yksi koordinaatio. Kestoltaan lyhyimmässä ryhmäkeskustelussa oli erotettavissa useita kooperaatioita. Puhetta seuratessa vaikutti siltä, että keskustelijat tunsivat toisensa entuudestaan. Tässä keskustelussa tuotettiin runsaasti täydentäviä näkökulmia kulloinkin keskustelun kohteena olevaan aiheeseen.

Kahdenkeskisten keskustelujen vuorovaikutuksesta paikansin yhteensä 29 koordinaatiota ja 23 kooperaatiota (taulukko 8). Kahdenkeskinen keskustelu eteni kysymys-vastaus-kommentti-jatkokysymys-vastaus -tyyppisesti. Puheen kululle ei ollut luonteenomaista refleктоiva vuorovaikutus. Kahdenkeskisissä keskusteluissa koordinaatio oli tyypillisin vuorovaikutuksen muoto. Koordinaatioissa keskustelun kulku eteni minun tutkijana esittämällä kysymyksillä ja keskustelijan puhuessa. Keskustelu rakentui omakohtaiselle puheelle toipumisesta, jolle tutkijana annoin tilaa. Keskustelun kulun rakentumiseen vaikuttivat molempien keskustelijoiden puheen-vuoroissa ilmaisemat asiat.

Taulukko 8. Kahdenkeskisten keskustelujen vuorovaikutuksen muodot puheenaihejaksoittain

Kahdenkeskiset keskustelut	Koordinaatio	Kooperaatio
F	6	0
G	7	7
H	3	7
I	2	5
J	11	4
Yhteensä puheenaihejaksoja	29	23

Sekä ryhmä- ja että kahdenkeskisten keskustelujen vuorovaikutuksen muodoista on erotettavissa runsaasti kooperaatioita osoittavia puheenaihejaksoja. Ryhmäkeskustelussa niitä oli 34 ja kahdenkeskisessä keskustelussa 23 kappaletta. Kuitenkin kahdenkeskisissä keskusteluissa koordinaatio oli yleisin vuorovaikutuksen muoto. Yleisen puheen tarkastelun tulos on toipumiseen kytkeytyvän vertaispuheen erityislaatuisuuden tunnistaminen. Se rakentuu sekä toisille tilan antamisesta (koordinaatio) että toisen esiin ottamaan mukaan lähtemisestä (kooperaatio). Koordinaatio vuorovaikutuksen muotona ilmentää toipumiskulttuurille ominaista kuuntelevaa puhetta, jossa jokaisen puheenvuoro koetaan ainutlaatuiseksi ja arvokkaaksi. Ryhmäkeskusteluissa selkeästi vallitsevin muoto oli toisen esittämään reagoiva kooperaatio. Ryhmäkeskusteluiden vuorovaikutus rakentuu useammista puheenvuoroista samankin puheenaihejakson aikana. Lisäksi ryhmäkeskusteluissa rakentui moninlaisista näkökulmista käytävää vuorovaikutusta. Ryhmäkeskusteluiden kooperaatiota osoittava vuorovaikutuksen muoto ilmentää vertaisten puhetta, jossa jaetaan oma-kohtaisia kokemuksia ja muotoillaan yhteistä vertaisten rakentamaa puhetta.

5.2.2 Tilaa antava puhumisen tapa

Tarkastelen seuraavaksi vuorovaikutuksen tapaa, jonka nimeän tilaa antavaksi puhumisen tavaksi. Tilaa antava puhumisen tapa vastaa vuorovaikutuksen muodoista koordinaatiota. Keskustelun kulussa paikannan tilaa antavan puhumisen tavan silloin, kun kukin keskustelija puhuu omakohtaisen kokemuksensa ja näkökulmansa toipumisesta. Tilaa antavassa puhumisen tavassa keskustelijat eivät muotoile yhteistä puheen kohdetta rakentamalla sidoksia edellisiin ja seuraaviin lausumiin. Kyseessä on vuorovaikutuksen tapa, jossa asetutaan kuuntelemaan toisia empaattisesti, tilaa toisille antaen ja toisen puhuntaan puuttumatta.

Ryhmäkeskustelut

Ryhmäkeskusteluissa paikantuu tilaa antava puhumisen tapa seitsemässä puheenaihejaksoissa kahdessa eri ryhmäkeskustelussa. Muissa ryhmäkeskusteluissa tilaa antavaa vuorovaikutusta ei ole. Tilaa antavien puheenaihejaksojen kulku rakentuu läpi keskustelun pääosin niin, että yksi keskustelija puhuu vuorollaan pitkään omakohtaisesta toipumisestaan muiden kuunnellessa. Vaikka puheenvuorot on suunnattu kaikille keskustelussa mukana oleville sekä tutkijalle, muut keskustelijat eivät täydennä tai osallistu keskustelijan esille nostamiin puheenaiheisiin. Yhteistä keskustelun kohdetta, kuten esimerkiksi sairastamista ja siihen liittyviä kokemuksia, ei siten sanoteta yhdessä.

Käsittelen seuraavaksi esimerkkioitetta tilaa antavasta puhumisen tavasta. Ote on ryhmäkeskustelusta³⁰. Otteessa puhuja D1 puhuu pitkään omakohtaisesta toipumi-

30 Lyhenne T tarkoittaa tutkijaa, D tarkoittaa D ryhmän keskustelua ja D1 ensimmäistä kyseisen ryhmäkeskustelun keskustelijaa. Tässä alaluvussa aineisto-otteisiin lihavoidulla tekstissä on merkitty kohdat, joissa koordinaatio jäsentyy näkyväksi vuorovaikutuksen kulussa.

sestaan. Keskustelun alussa olen tutkijana maininnut, että puhumme osallisuusaiheista. Olen kysynyt ennen otetta, mitkä tekijät ovat tukeneet ja mitkä ovat olleet osallisuutta estäviä tekijöitä. Ensimmäinen puhuja D1 aloittaa puheenvuoronsa omakohtaisesta toipumisestaan:

Ote ryhmäkeskustelusta D, rivit 38–85

Vuorovaikutuksen muoto: Koordinaatio

Puheenaihe: Sairastamisen syyt yksilöllisiä

D1: **Ja sit masennus helpotti niin paljon, että tää synnytyksen jälkeinen psykoosi** oli se oikea sairausdiagnoosi. Niin, se masennus helpotti niin paljon, että mie halusin lähteä kotia. Ja siitä se lähti taas elämä menemään eteenpäin. Pakkoajatus säily, mutta mie jaksoin sen kanssa elää ja olla. Että se oli sillä kertaa. Tuleeks siulle mieleen?

D2: Nii (mieltii), siis, ootas nytten, sanos vielä uudestaan, mistä tota noin niin tää ensimmäinen kohta lähti?

T: Et mitkä seikat sillon, kun on sairastunu, niin mitkä on vaikuttanu siihen, et mikä on tukenu eteenpäin, ja mikä tavallaan on ollu estävää tekijää, tai ei oo toiminu niin hyvin kun ajatteli, apu tai tuki?

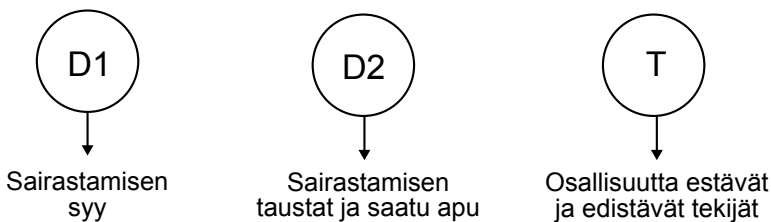
D2: **No, mulla oli tietysti se, et kun itellä alko tää homma sillä tavalla** et mä lakkasin nukkumasta. Ja mä en oikein, mä en ymmärtäny sillon tästä järjestelmästä yhtään mitään. Et mä olin työelämässä. Ja tota, mä olin työterveydenhoidon parissa. Ja mä en niin hirveesti ollu sitä joutunu käyttään. Et ollu sillei terve. Mut sit tuli kuitenkin semmonen tilanne, että mä lakkasin nukkumasta. Et kolme vuorokautta olin valveilla, kun mulle tuli semmonen olo, et mä rupesin sillon aamun tunteina miettimään et mun pää sekoo. Et mulla oli ihan semmonen olo, et mä sekoon. Ja mä mietin, et mä olin yksin sillon, ja se oli niinkun avioeron jälkeistä aikaa. Siinä oli paljon muitakin isoja asioita mietittävänä. Ja tota, ja lähdin sit kuiteskin omaan terveyskeskukseen. Että mulla on varsin lyhyt matka, et siitä on nelisen kilometriä terveyskeskukseen. Ja menin sinne puhumaan. Ja kyllähän mä sain sitten, aika nopeesti sain hyvää hoitoa. Et siellä on hyvät sairaanhoitajat sillä tavalla, että mä pystyn vieläkin heitä sanomaan hyviks hoitajiks. Et ne otti sen asian niinkun heti. Ja pääsin heti lääkärille. Et siinä ei ollu mitään epäilystä. Ja siellä oli semmonen, ei ollu vielä lääkäriks valmistunu, että oli niinkun, pienissä paikkakunnilla, kun käytetään paljon sellasia henkilöitä, ainakin tällä alueella. Mut osas kuiteskin ymmärtää sen asian, et mitä se tekee, kun ei nuku. Niin, hän määräsi mulle lääkkeet, millä mä sit kyl rupesin nukkumaan. Ja se oli sen jälkeinen aika sit, mä en ihan tarkkaan edes muista kaikkea, niin semmosta sumuista aikaa. Mä en niinkun tällä hetkellä, mä niinkun, mä oon miettiny, et miten mä lähdin sitten, kun se johti sit jossain vaiheessa, se johti sit siihen, et mä masennuin, mä jäin kokonaan kotia. Ja mua vaivas. Ja sit multa loppu viäl työt, et koko firma lopetettiin, mä olin viimeinen työntekijä kun jäin pois sieltä. Kyl mä sit silti jaksoin jotenkin sinnitellä eteenpäin, että mä lähdin heti koulutukseen. Et mä en halunnu olla ns. työtön. Et se kuva oli mulle niin outo sana kun työtön. Et mä lähdin kouluttaan itseäni, kun

mä oon aikuisiällä kaikki koulutukset, mitä mulla on, niin tehny työn ohessa. Ja pääsin heti koulutukseen. Et mä, olinko mä neljä päivää kotona. No se piristi mua sit jonkun verran. Mut se oli kuiteskin sellanen, et mä koin että mä osaan ammatillisesti enemmän, mitä ne kouluttajat siellä, koska mä olin tehny työkseni sitä työtä.

T: Mm, just.

Otteessa keskustelija D1 puhuu omakohtaisesta näkökulmastaan sairastamiseen vaikuttaneista tekijöistä. Toinen keskustelija D2 tarkentaa minulta kysymystä ensimmäisen puhujan puheenvuoron jälkeen, ja sitten hän puhuu pitkään omakohtaisista sairastamiseen johtaneista tekijöitä. Vaikka keskustelussa molemmat puhuvat sairastamisesta, keskustelun kohde suuntautuu omakohtaiseen sairastamispuheeseen. Puheenaihejakso ilmentää Arne Raeithelin (1993) vuorovaikutuksen muodoista koordinaatiota. Kummankin puhujan rakentama omakohtainen keskustelun kohde, sairastamisen alku, halutaan sanoittaa muille keskustelijoille ja itselle D1:n puhuessa *”ja sit tää masennus helpotti paljon, että tää synnytyksen jälkeinen psykoosi”* ja D2:n tuodessa esille puheenvuorossaan *”No, mulla oli tietysti se, et kun itellä alko tää homma sillä tavalla, et mä lakkasin nukkumasta.”* Keskustelun koordinaatiota kuvastaa tilan antaminen kunkin keskustelijan itse esiin nostamille ajatuksilla ja tavasta puhua omakohtaisista kokemuksista. Otteessa D1 puhuu lyhyesti diagnoosista ja sairastamisen syistä, kun taas D2 taustoittaa sairastamistaan, elämäntilannettaan ja palvelun saantia laajasti. Yhteistä keskustelun sanoitettua kohdetta tutkijana esille nostamastani aiheesta osallisuutta estävistä tai edistävistä tekijöistä tai sairastamisesta ei rakenneta puheen aikana. Keskeistä keskustelijoiden tavassa toteuttaa koordinaatiota on tilan antaminen kunkin keskustelijan omakohtaiselle puheelle (kuvio 5). Tilaa antava puhumisen käytäntö kuvastaa vertaisten omaksumaa keskinäistä vuorovaikutuksen tapaa, jossa omakohtainen puhe sairastamisen kokemuksesta saa keskeisen aseman.

Tilan antaminen jokaisen omakohtaiselle puheelle sairastamisesta



Kuvio 5. Tilaa antava puhumisen tapa, esimerkki ryhmäkeskustelusta D (D_n = keskustelija, T = tutkija) (mukaeltu Engeström 2004, 107)

Tilaa antavassa puhumisen tavassa kumpikin keskustelija määrittelee, mitä asioita hän haluaa muille kertoa. Puhe rakentuu polveilevasti. Olettamana on se, että omakohtaisessa tulee myös pysyä. Kysymyksessä on muotoutuva kokemustiedon merkitysperspektiivi (Noorani ym. 2019), jossa henkilökohtaisen kokemuksen jäsentämiselle annetaan tilaa arvostaen sitä itsessään, sitä kritisoiden. Keskustelijat osallistuvat sairastamisen sanallistamiseen ja käsitteellistämiseen omista lähtökohdistaan, mutta yhdessä vuorottelevaa puhetta käsiteltävästä aiheesta ei keskustelussa muotoudu.

Tilaa antava puhumisen tapa tuli näkyväksi ryhmäkeskusteluissa myös sellaisissa puheenaaihejaksoissa, jotka sisälsivät yhden keskustelijan sairastamisen kokemuksia tai toipumiseen ja sen keinoihin liittyvää puhetta. Tilaa antavan puheen ilmentymisessä ei ollut ajallista yhteyttä, niin että se olisi tyypillisesti ilmennyt esimerkiksi keskustelun aloituksessa tai sen edetessä.

Kahdenkeskiset keskustelut

Kahdenkeskisissä keskusteluissa keskustelu minun ja keskustelijan välillä oli lähellä yksilöhaastattelun logiikkaa, jossa minä kysyn tutkijan roolissa ja keskustelija puhuu. Tämä puheenvuorojen rytmitys vaikuttaa osaltaan siihen, että kahdenkeskisistä keskusteluista on tunnistettavissa runsaasti tilaa antavia vuorovaikutuksen muotoja. Tutkijan seuraava kysymys tai täydentävä kysymys liittyy useimmiten siihen, mitä on jo edellä sanottu. Vaihtoehtoisesti tutkijana esitän kysymyksen seuraavasta keskusteluaiheesta keskustelurunkoa seuraten. Keskustelurunko toimii keskustelua ohjaavana välineenä. Vuorovaikutustilanne minun ja keskustelijan välillä rakentuu niin, että me molemmat keskustelijat vaikutamme puheenvuoroillamme edelliseen ja seuraavaan puheenvuoroon sekä muotoutuvaan keskustelun kohteeseen.

Seuraava kahdenkeskisten keskusteluiden ote kuvaa tilaa antavaa puhumisen tapaa. Ote on pidemmästä puheenaaihejaksoista, jossa keskustelija F kuvaa sairastamisen alkamista ja oireita. Ennen otetta olen kysynyt, mitkä tekijät auttoivat pääsemään eteenpäin, kun asiaa tarkastelee nyt jälkikäteen. Tähän F ei anna suoranaista vastausta, vaan hän aloittaa taustastaan.

Kahdenkeskinen keskustelu F, rivit 29–44

Vuorovaikutuksen muoto: Koordinaatio

Puheenaihe: Sairastamisen syy yksilöllinen

F: **Mut siis alussa siis tota, siis mullahan nyt on pitkä tarina.** Mut siis, että mulla oli ensimmäiset masennusoireet vuonna 1992. Mä valmistuin kauppaopistosta (mietti) erittäin hyvällä todistuksella. Ja valmistuin keskelle lamaa. Ja olisin mennyt vaikka koulun jälkeen vaikka siivoamaan, mutta ei ollut. Mut mä olin, (mietti) kysy vaan, että jos tulee jotain.

T: Juu.

F: **Mut siis mä innolla lähdin kouluun.** Ja olin suorittanut armeijan ja lukiosta selvisin.

Ja ehkä tarkemmin, mut mulla oli varmaan, tiettyjen asioiden takia oli masennusta jo lukioaikana. Mut se on sitten, ehkä nyt en siihen jaks mennä. Mutta siis mä itse hain, (miettii) nyt siis kun oon eläkkeellä, sen voin sanoa, mut siis mä hain, mä muistan sen, et marraskuussa 92 mä eka menin terveystieteidenkeskukseen. Ja valitin niinkun oloa. Ja mä sanoin, että mä tartten jotain niinkun apua. Et mä olin ollu syys-loka... mä olin kolme kuukautta ollu työttömänä, eikä mistään saanu niinkun apua.

T: Mm.

Otteessa keskustelija F puhuu sairastamisen alkamisesta. Keskustelun kohde on näennäisesti yhteinen, keskustelija puhuu ja tutkijana kuuntelen, ja viestin ymmärrystä lyhyesti kommentoimalla. Keskustelutapa on tilaa antava, sillä tutkijan roolissa en osallistu varsinaiseen käsillä olevan keskustelun aiheen muotoutumiseen. Keskustelija puhuu omakohtaisesta kokemuksestaan. Kahdenkeskisten keskusteluiden kulussa rakentui runsaasti yllä olevan otteen kaltaista puhumisen tapaa. Koordinaatio vuorovaikutuksen muodolle on ominaista yksilöhaastattelun logiikan rakenne ja kulku, joka ei anna helposti ”tilaa” muunlaiselle vuorovaikutukselle. Kahdenkeskisten keskusteluiden kulku muuttui kooperaatiota kuvastavaksi keskustelun kuluksi vain silloin, kun tutkijana lisäsin keskusteltavaan aiheeseen täydentävän kommentin, kysymyksen tai joskus oman lyhyen näkökulmani aiheeseen.

5.2.3 Mukaan lähtevä puhumisen tapa

Jäsenän keskustelun muuttuvan tilaa antavasta koordinaatiosta mukaan lähteväksi kooperaatioksi silloin, kun keskustelijat osallistuvat yhteisesti muotoutuvan puheenaiheen muotoiluun (ks. Engeström 2004, 99). Yhteisen keskustelun aiheen rakentuminen edellyttää vastavuoroista vuoropuhelua aiheesta, edeltävään tai tulevaan lausumaan liittymistä, ei vain kuuntelemista ja oman puheenvuoron ja näkökulman esittämistä.

Keskusteluun vaikuttivat keskustelijoiden puheenvuorojen rytmitys siitä, mitä ryhmässä on edellä puhuttu, suuntautuminen puheteoilla eteenpäin sekä tutkijana nostamani kysymykset tai kommentit. Keskustelun kulkua edistivät nyökkäykset ja katseet toisille keskustelijoille sekä vuorovaikutuksessa esiintyvät kommentit. Toisten keskustelijoiden puheeseen mukaan lähtemistä osoittavat puheenaihejaksot olivat erittäin tyypillisiä ryhmäkeskusteluissa ja niitä oli myös kahdenkeskisissä keskusteluissa. Vuorovaikutuksessa puheenaiheet rakentuivat ja laajenivat keskustelun edetessä. Keskustelijat vaihtoivat näkökulmia yhteisestä keskustelun kohteesta, usein intensiivisesti puheen kulkua edelleen kuljettaen (myös Saari 1995, 42).

Keskustelun kulun seuraaminen edellytti minulta tutkijana herkkyyttä kommentoida ja kysyä, mikäli jokin näkökulma jäi epäselväksi. Keskustelijat suuntasivat aiheita vuorovaikutuksen aikana heille merkityksellisiin sisältöihin ja antoivat niille tilaa. Puheenaiheet saattoivat keskittyä tilannekohtaisesti ajankohtaiseen elämäntilanteeseen, kuten kirjallisuuden hyödyntämiseen toipumisen keinona, läheissuh-

teisiin, itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen ja toimeentulon niukkuuteen. Tutkijana tekemäni lisäkysymykset vaikuttivat osaltaan siihen, mistä ja millä tavalla keskusteltiin. Roolini oli tukea ja mahdollistaa puheen kulkua, vaikka varsinaisesti vuorovaikutuksen muotoutuminen ja uusien näkökulmien etsiminen tapahtui keskustelijoiden toimesta. Vaikka mukaan lähtevässä vuorovaikutuksessa keskustelijat saattoivat tuoda uusia näkökulmia keskustelun aiheeseen, puhetapaa ei tarkasteltu kriittisesti eikä vuorovaikutuksen muotoa tietoisesti muutettu (myös Saari 1995). Puheen kululle oli ominaista moninaisten näkökulmien yhdessä sanoittaminen ja jakaminen toipumisesta.

Ryhmäkeskustelut

Mukaan lähtemistä noudattavat puheenaihejaksot kulkevat ryhmäkeskusteluissa niin, että puhujat ottavat tai saavat puheenvuoroja odottamalla toisen puheenvuoron loppumista. Lisäksi seuraava puhuja poimii ilmaisun edelliseltä puhujalta ja liittää omakohtaisen kokemuksen mukaan käynnissä olevaan keskustelun kohteeseen. Puhumisen tapa kutsui esiin omakohtaista ja vertaisten yhdessä rakentamaa kokemustietoutta. Tämä näkyi keskustelujen myönteisenä ilmapiirinä ja aktiivisena tapana osallistua yhteiseen keskusteluun. Vuorovaikutus ilmentää keskustelijoiden yhteisesti jakamaa ja tuottamaa ymmärrystä rakentuvasta asiasta. Samalla kysymys on yhteisöllisen kokemustiedon käsitteellistämisestä ja sen tuomisesta näkyväksi (ks. Hokkanen ym. 2016; 2017). Mukaan lähtevä vuorovaikutuksen muoto edellyttää tiivistä keskittymistä, toisen puheen kuuntelemista ja oman ajatuksen aktiivista muotoilemista. Keskustelun kulku voi tuntua ajoittain intensiiviseltä.

Keskustelijat kuljettivat puhetta eteenpäin ja tekivät usein ehdotuksia keskustelun aikana nimettyjen epäkohtien ja ongelmien ratkaisemiseksi. Heillä on saatanut olla esiolettama siitä, että tutkijana toivon heidän tuottavan pohdintoja ja ratkaisuehdotuksia kulloinkin esillä olevaan aiheeseen. Tämä on voinut vaikuttaa tehtyjen ratkaisuehdotusten ideointiin. Toisaalta useimmat keskustelijat ovat toimijoina yhdistyksissä vertaisina ja kokemusasiantuntijoina. Tulkitsen heillä olevan kosolti omakohtaista ja yleistettyä vertaiskeskusteluissa rakentunutta kokemustietoa toipumisesta.

Esimerkiksi seuraavassa puheenaihejaksossa rakentuu vertaisina toimivien tietoisesti ja yhteisesti oletama konteksti ja siihen liittyvää merkitysten yhteistä konstruointia (Sarja 2000, 74). Vertaisilla odotetaan olevan jaettava esiyymmärrystä ja kokemustietoa psykiatrisen osastohoidon käytänteistä. Yhteisesti rakentuvaa aihetta, omahoitajan kanssa käytyjä keskusteluja, tarkastellaan omakohtaisista näkökulmista yhteisen jaetun ymmärryksen muodostumiseksi³¹.

31 Tässä alaluvussa aineisto-otteisiin lihavoidulla tekstissä on merkitty kohdat, joissa kooperaatio jäsenyyttä näkyväksi vuorovaikutuksen kulussa.

A1: - - **kyl ne avaimet on ihan sun omassa käsissä, et sä pystyt, me voidaan sua tukee, mut me ei voida parantua sun puolesta.** Ni nimenomaan tämmösillä pienillä asioilla eli, että heti alkuvaiheesta heti, kun se akuutti kriisi on mennä ohitte. Ni siinä otetaan se potilas tai se asiakas mikä tahansa mukaan siihen kuntoutumiseen ja tähdennetään sitä, että tää on susta ittestä kiinni. Et tämmöset on selvinny vasta tässä vuosia vuosia myöhemmin.

A2: **Saanko mä tohon samaan asiaan sanoa yhen asian vielä.** Mä onneks sain kuulla jostain sillä tavalla, että siihen aikaan, siis aika on voinu muuttua, mut siihen aikaan, kun mä olin sairaalahoidossa, mul on aika lyhyitä sairaalakajaksoja, joku ehkä kaheksan tai jotain sellasta sillon 90-luvulla. Pisin aika on ollu se puol vuotta, mut mä en nyt osaa niitä niin sanoa. Mut se mikä mul oli se, et onneks mä olin jostakin saanu kuulla, että piti, jos sä halusit keskustella hoitajan kanssa, ni sun piti itse tehdä alote keskustella hoitajan kanssa. Että ne eivät koskaan tehneet alotetta mun suuntaan, että ne ottais, että keskustelis minun kanssaan. Vaan se, että sen potilaan piti **kyetä vielä siinä tilassa** esittämään toiveensa, että hän haluaa jutella sairaanhoitajan kanssa. Ja sit monet ihmiset ihmettelivät sitä, et kun tääl ei kukaan juttele mun kanssa. Ja sit se olikin tämmösest asiast kiinni, et sen ois sen potilaan ite pitäny pyytää sitä keskusteluaikaa. **Et ootteks te törmänny samanlaiseen asiaan?**

A1: **No tuolla missä minä oon ollu,** ni siel on ollu nimetty omahoitaja, jokainen näki sieltä taululta sieltä kanslian vierestä. Ni mulla on kyllä ollu niin, että on hoitaja pyrkiny, jos vaan on ehtiny melkein aina sitten, että on ollu semmonen lyhyt keskustelu, et tavallaan se kuuluu sille omahoitajalle. Ja mulla oli vielä sit sillä lailla, kun mä oon ollu kolme kuukautta pakkohoidossa, jollon mä en ryhmän kanssa, ryhmän mukana päässy ulos ulkoilemaan, niin mulla oli semmonen omahoitaja Y [=hoitajan nimi], josta **mä kerroin samalla lailla, kun sä kerroit sun omaa tarinaa.** Mä kerron ni mä aina kerron tässä Y:stä, koska mä jälkeenpäin oon tajunnu, et kuinka hyvä hoitaja hän oli. Että sitten kun tuli tää keskusteluaika, niin hän ei suinkaan tullu siihen mun vuoteen viereen tai sano, et mennäänpä tohon käytävälle nyt juttelemaan, vaan hän aina sano, että ota takki päälle, et lähetään kävelemään. Ja me käveltiin siellä x:n [=sairaalan] puistossa ja katottiin y [=luonnon osaa] ja katottiin sitä x:n [=esine] siellä. Ja mä luulen, että tämmöstä kun tehtäis enempikin, että lähettäis pois sieltä sairaalasta ja kävelemään. Ni mä itse koen, että mun on ollu helpompi avautua ja jutella, kun **se tilanne ei oo ollu tämmönen muodollinen, kun esim. me tässä ollaan pöydän ääressä.** Niin ihan toista sitten, kun kävellään tuolla ja mennään ulkona ja, et jotenkin tuntuu, että tuli sillon kuulluksi ja nähdyksi, kun hän otti mut aina siitä sitten ja lähetti ulos ja istuskeltiin siellä puistossa.

Otteessa ensimmäinen keskustelija A1 puhuu psykiatrisessa sairaalahoidossa toipujan omakohtaisen vastuunoton merkityksestä. Puheenvuoron ottanut A2 kuvaa haluavansa täydentää omakohtaisella kokemuksellaan A1:n näkemystä, että aktiivisuuden vaatimus edellyttää potilaalta voimavaroja sanomalla, että *”piti kyetä vielä siinä tilassa”* pyytää hoitajalta keskustelua. A1 jatkaa tämän jälkeen A2:n puheenvuoroon seuraavasti *”No tuolla missä minä olen ollut”* kertomalla kokemuksestaan omahoitajakäytännöistä psykiatrisen sairaalahoidon aikana. A2 rakentaa yhteyttä edelliseen puhujaan maininnalla *”mä kerroin samalla lailla, kun sä kerroit sun omaa tarinaa”*. Keskustelussa rakentuu yhteisesti jaettu konteksti ja tila, psykiatrinen osastohoito ja siellä omahoitajakäytännöt, mihin kumpikin keskustelija liittää omakohtaisen kokemuksensa. Puheen kulku muotoutuu mukaan lähteväksi, yhteisesti jaetuille ja sanoitetuille vertaiskokemuksille omakohtaisten kokemusten pohjalta. Keskustelun aikana A2 tekee huomion metapuheenvuorona keskustelun ilmapiiristä, joka tuo näkyväksi osaltaan keskustelun kulkua *”se tilanne ei oo ollut tällainen muodollinen, kun esim. me tässä ollaan pöydän ääressä.”* Kommentti tuo näkyväksi tutkijan ja keskustelijoiden ennalta määritetyt positiot keskustelijoina, mihin vaikuttaa tulkintani mukaan osaltaan istumajärjestys toimistopöydän äärellä. Muut keskustelijat eivät liity kuitenkaan A2:en metapuhetapaan kommentoida sitä, miten käsillä olevaan asiaan liittyvät puheenvuorot kulkevat tai miten puhutaan.

Samankaltaisesti kuin edellisessä otteessa myös toinen ryhmäkeskustelu etenee toisten puheeseen mukaan lähtien puhuttaessa vertaistuen merkityksestä. Keskustelijat todentavat edellisen puhujan esille tuomia näkökulmia vertaistuen merkitystä täydentäen. Omakohtaiset kokemukset liitetään muiden kokemuksiin:

Ryhmäkeskustelu C, rivit 115–133

Vuorovaikutuksen muoto: Kooperaatio

Puheenaihe: Mikä vertaistuessa merkittävää

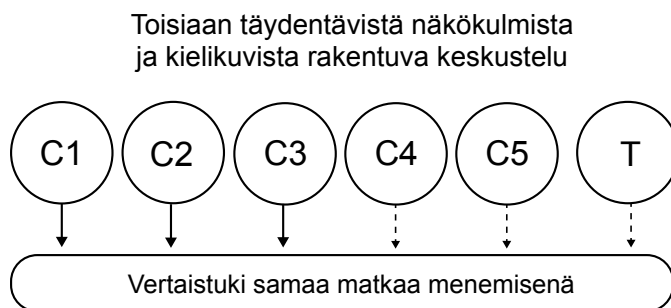
C1: **Joo tuohon ei oo paljon kyllä lisättävää, mutta tietysti sen verran, että omalla kohti minä oon ainakin sillan,** kun enempi olin tossa vertaistuen piirissä, ni parhaimmillaan se toimi sillä tavalla, että itse ei kyllä juurikaan tarvinnu sanoa, että sen ties, että mikä tälläsellä ihmisellä on. Ja niin se pitäis ollakin, että **heikomman eholla mennään.**

C2: **Toi oli muuten tosi tärkeä pointti se,** että kun on vertaisryhmä, ni nimenomaan sen **heikomman ehoilla** se etenee sillan. Et se, jolla on huonoin kausi menossa, ni se porukka osaa jotenkin hirveen luontevasti tukea sitä heikointa kuitenkin yleensä väsyttämättä itseänsä. Ja se et kun täällä puhutaan tästä, että ne on ihmisiä, jotka ymmärtää, ovat kokeneet saman, ni yhtä lailla asian voi ilmasta sillä tavalla et **puhutaan samaa kieltä.** Ei välttämättä tarvi paljoakaan puhua, kun toinen jo tietää, että mistä puhutaan. Ja se on jotenkin niin hirveen **vaivatonta se vertaisten kanssa keskustelu** ja asioitten käsittely.

C3: **Minä oon ihan täysin samaa mieltä,** että nimenomaan ettei hirveen paljon sanoja

tarvita, että siinä voi paljon selvittää saman tien. Ja se **kieli on se sama** ja siinä on sitten kaks tai usempi **mitkä menee samaa matkaa**. Että siinä ei kukaan oo yksin, että ei tunne ulkopuoliseksi itseänsä.

Otteessa puheenaihe vertaistuesta rakentuu toisiaan täydentävistä näkökulmista (kuvio 6). Otteessa ensimmäinen keskustelija C1 liittää puheenvuoronsa edeltäneen puheen jatkoksi lisäten siihen omakohtaisen kokemuksensa vertaistuesta, joka toimii ilman sanojakin ja jossa mennään heikoimman ehdoilla. Seuraava keskustelija C2 vahvistaa edellisen puhujan C1:n kokemusta ”*heikoimman ehdolla menemisestä*” sekä tuomalla täydentävän näkökulman ”*että puhutaan samaa kieltä*” ja lisää, että ”*vaivatonta se vertaisten keskustelu ja asioitten käsittely*”. Kolmas keskustelija C3 tulee mukaan puheenvuoroihin toteamalla olevansa samaa mieltä siitä, ettei vertaistuksessa tarvita paljon sanoja ja vahvistamalla näkemyksen samalla kielellä puhumisesta. Lisäksi C3 täydentää muotoutuvaa aihetta tuomalla esille toipumisen ”*samalla matkalla menemisestä*” ja yhteenkuuluvuuden tunteesta vertaisryhmän jäsenenä. Vertaisryhmään kuulumista rakennetaan yhteisesti jaetuilla kielikuvilla vertaistuen merkityksestä. Ryhmän kaksi muuta jäsentä kuuntelevat, eivät osallistu näkemyksillään aiheen kuljettamiseen. Keskustelu rakentuu toisiaan täydentävistä näkökulmista ja käytetyistä kielikuvista. Keskustelussa ei edellytetä kaikkien äänessä oloa. Myös hiljaa keskustelua seuraavat ovat vuorovaikutuksessa mukana, mitä kuviossa 6 on havainnollistettu katkoviivoilla. Keskustelun kohde muotoutuu omakohtaisista kokemuksista kohti yhdessä rakentuvaa vertaistietoa vertaistuesta. Keskustelijat sanoittavat aihetta käyttämällä toistensa sanoja, millä luodaan yhteisyyttä ja yhteistä keskustelun kohdetta. Tutkijana kuuntelen keskustelun kulkua.



Kuvio 6. Mukaan lähtevä puhumisen tapa, esimerkki ryhmäkeskustelusta C (C_n = keskustelijat, T= tutkija) (mukaeltu Engeström 2004, 108)

Kuviossa 6 olen edellistä aineisto-otetta hyödyntäen kuvannut mukaan lähtevää vuorovaikutuksen muotoa, jossa tunnistetaan ja jaetaan merkitykselliseksi rakentuva keskustelun kohde vertaistuesta samaa matkaa menemisenä. Yhteisesti muotou-

tuva vertaisten puhe vaikuttaa myös omakohtaisen kokemuksen sanoittamiseen ja käsitteellistämiseen.

Kahdenkeskiset keskustelut

Kahdenkeskisten keskusteluiden mukaan lähteminen vuorovaikutuksen muotona on erilaista kuin ryhmäkeskusteluissa. Kahdenkeskisissä keskusteluissa vuorovaikutuksen kulku etenee niin, että tutkijana asetan kysymyksiä ja keskustelija pohtii ja vastaa kysymykseen. Puheenvuoro voi jatkua kysymyksilläni keskustelijan esille tuomasta aiheesta tai lyhyillä kommentteillani, joilla osoitan ymmärrystä hänen puheelleen. Lyhyet kommenttini tai äännähdykset pitävät keskustelun etenemistä yllä. Ohessa on ote kahdenkeskisestä keskustelusta, jossa mukaan lähtemistä ilmenee.

Kahdenkeskinen keskustelu H, rivit 66–98

Vuorovaikutuksen muoto: Kooperaatio

Puheenaihe: Kohtaaminen ammattilaisen kanssa, diagnoosit

H: - - Sitte mul oli vähän pidempään yks lääkärikontakti, mutta häntä (naurahdus) minä en olis halunnu pitää, mut minulla ei ollu annettu vaihtoehtoja. **Hän oli mejän työterveyslääkäriks nimetty ja pyysin vaihtoa. En saanut.**

T: Oliko se epämiellyttävä?

H: **Hän pisti sitten kaiken mun fyysisen sairastumisen mun mielenterveyden piikkiin.** Hän vaan toisti mulle sit sitä mantraa, että sinusta voi tuntua toista, mutta että tää on ei nyt ihan suoraan, mut että sano, että olet hyvin masentunut [=nimi], että näitä oireita ei voi toteen näyttää. Se oli hyvin mitätöivä kokemus. Minä olin jo monta vuotta ollu ihan hirveessä sairastelukierteessä ja mulle oli lähes kehittynyt astma. Mut ku kaikki oli hiljalla ni sitä ei. Katottiin, et se on ihan normaalia. Ei oo mitään. Ois pitänyt olla varmaan sit sairaalan sängys, jos sekään ois riittänyt (naurahdus). Sit sanotaan, et on jotain. Mutta hän toisti sitä, että olet ainut oireileva, vaikka minä tiesin, etten ole. Työkaverit kerto mulle omistaan. Ja jostain syystä mulle sanottiin aina, että sinä oot ainut ja näit ei voi toteen näyttää. Ja mitään tutkimuksii mun työpaikoil ei oo koskaan tehty, että se on kans sellanen, mikä on sitte tuonu sellasen kokemuksen, että se minun tila ja minun sairastuminen. Ni sitä ei otettu todesta. Välillä aattelin, et ois helpompaa, ku ois käsi tai jalka poikki. Vois sanoa, että mä oon nyt täs sairaalomal tää takia, et näätteks te. Kyllä mä ulospäin varmasti monille ihmisille näytin ihan perusterveeltä ihmiseltä. Ja nyt mä alan olee vähän paremman kunnon, mut minä oon ollu kaks vuotta pois työelämästä. Meil oli samaan aikaan sit kotona vesivahinko ja myytiin kämpä, ku rempattiin se. Sit muutettiin nyt yhteen toiseen asuntoon tässä lähellä ja se oli huono. Nukuin parvekkeella. Oli niin huono asunto. Täs asunnos ollaan asuttu kaks vuotta ja **nyt ollaan oltu ihan sitte.**

T: Tyytyväisiä.

H: Joo.

H: **Tää vaikuttaaki kivalta.** Tosi ihana paikka. Mut että se oli aika sellanen. Miten minä sanosin? Vaikutti tosi voimakkaasti se kokemus, miten se lääkäri mut kohtas ja ei niitä. Laitto psykosomaattiseksi nää oireet. Minä sanoin, että kyllä minä olen väsynyt, masentunut ja mul oli ahdistuneisuus tällainen diagnosoiki annettu ja minä en yhtään niitä kiellä. Minä olin todella ahdistunu.

Otteessa keskustelija H puhuu toivoneensa työterveyshuollon lääkärin vaihtoa. Tiedustelen keskusteltavasta aiheesta ja samalla liityn keskustelijan edelliseen puheenvuoroon. Keskustelu muotoutuu edelleen H:n puheenvuorolla sairastamiseen liittyvistä tekijöistä. H puhuu sivupuheenaiheena vesivahingosta kotona, jolla hän perustelee osaltaan sairastamisen moninaisia syitä. Keskustelun kulku on keskustelukumppanin puheeseen mukaan lähtevää, sillä kumpikin keskustelija muotoilee yhteistä keskustelun kohdetta ja yhteisen ymmärryksen saamista. Keskustelija H perustelee vuorovaikutuksen kohdetta eri tulokulmista. Tutkijana puheeni ei ole runsasta, mutta rakennan puheen kulkua lyhyilläkin kommentteilla ja kysymyksillä.

5.2.4 Puhumisen tapojen yhteistarkastelua

Vuorovaikutuksen äänianalyysin keinoin olin analyysivaiheessa erotellut puheen kulusta kahdenlaisia vuorovaikutuksen muotoja: koordinaatioita ja kooperaatioita. Tutkimusilmiön kontekstissa nimesin koordinaation tilaa antavaksi ja kooperaation mukaan lähteväksi puhumisen tavaksi. Ryhmäkeskusteluiden ja kahdenkeskisten keskusteluiden vuorovaikutuksen muodot erosivat toisistaan. Ryhmäkeskustelujen puheenaiheiden käsittely ilmensi useammin mukaan lähtevää kuin tilaa antavaa puhumisen tapaa. Yhtä lailla puheen kululle oli ominaista runsas tilan antaminen kunkin keskustelijan omakohtaiselle kokemukselle, mikä kuvastaa vertaisten toipumiskulttuurille ominaista vuorovaikutuksen tapaa. Ryhmäkeskusteluille oli tyypillistä moninaisten omakohtaisten kokemusten sanallistaminen kollektiiviseksi kokemustiedoksi. Kokemustieto muotoutuu jaetusta ja rakentuvasta vertaistiedosta ja sisältää konkreettisia ratkaisuehdotuksia havaittuihin epäkohtiin.

Kahdenkeskisissä keskusteluissa vuorovaikutukselle ei ollut luonteenomaista refleктоiva ja kriittinen tapa puhua. Kahdenkeskiset keskustelut rakentuivat pääosin keskustelijan puheelle ja tutkijan niukoille kysymyksille tai toteamuksille, mikä ilmenee tyypillisesti tilan antamisena vuorovaikutuksessa. Kahdenkeskisissä keskusteluissa pyritään omakohtaiseen toipumiseen liittyvien merkityksellisten aiheiden sanoittamiseen itselle ja tutkijalle. Puheen aikana rakentuu myös oman puheen yhteensovittamista tutkijana nostamiini keskustelurungon aiheisiin, kysymyksiin tai kommentteihin. Vastavuoroisesti tutkijana pyrin sovittamaan keskustelurungon mukaiset aiheet keskustelijan esille tuomiin puheenvuoroihin.

Vuorovaikutuksen äänianalyysin vuorovaikutuksen muodot soveltuivat hyvin ryhmäkeskustelujen analyysivälineeksi. Sen sijaan ne soveltuvat heikommin kahdenkeskisten keskusteluiden erittelyyn. Keskustelun vuorottelu minun tutkijana ja

keskustelijan välillä on pitkälti samankaltaista kuin tutkimushaastattelussa, jossa tutkijan kysymykset ja haastateltavan vastaukset vuorottelevat. Tutkijan ja keskustelijan erilaiset roolipositiot ja asiantuntijuuden muodot asettavat strukturoidumman ja normatiivisemmän kehysten keskustelun kululle kuin ryhmäkeskusteluissa. Keskustelun tarkoitus on luoda tilanteeseen kooperaatioita, mutta se tuottaa usein koordinaatioita, vastauksia tutkijan esittämiin kysymyksiin. Kahdenkeskinen keskustelu tuo ensisijaisesti näkyviin omakohtaista puhetta toipumisesta ja joiltakin osin vertaistietouteen perustuvaa puhetta.

Ryhmäkeskusteluiden kulku rakentuu pääosin toisten puheeseen mukaan lähteväksi, jossa ilmenee yhdessä muotoiltua vertaistietoa toipumisesta ja palveluista. Myös ryhmäkeskusteluissa annetaan tilaa tuoda esiin vuorotellen omakohtaista. Tämä ilmentää vertaisten ryhmäkeskustelun kulttuurille ominaista tapaa arvostaa jokaisen kokemusta elämästään tuoden esille samalla tilan antamiseen pohjaavaa työnjakoa ja vuorovaikutusdynamiikkaa mielenterveysyhdistysten vertaisryhmien keskustelukulttuurista.

5.3 Äänet toipumisen puheessa

Tarkastelen seuraavaksi vuorovaikutuksesta jäsentämiäni ääniä. Äänet kuvaavat keskustelijoiden sosiaalista kieltä ja puhetoimintaa, vuorovaikutuksellisia tekoja (Engeström 2004, 107–112). Vuorovaikutuksen kuluksi voi ilmetä useanlaisia ääniä ja äänien dialogia. Analyysissäni jäsenyi kolme ääntä, jotka olen nimennyt omakohtaiseksi, vertaisen ja kokemusasiantuntijan ääneksi.

5.3.1 Omakohtainen ääni

Omakohmainen ääni tulee näkyväksi puhuttaessa omista toipumiskokemuksista. Samankaltaisista kokemuksista puhuminen ja vertaisten tarinoiden kuunteleminen muotoutuvat suhteessa toisiin ja sisäisenä puheena suhteessa itseen (Hänninen 1999). Omakohtainen ääni ilmenee ryhmäkeskusteluiden 30:ssä (n=41) puheenaihejaksoissa, joista yhdeksän puheenaihejaksoa yhdessä vertaisen ja kaksi puheenaihejaksoa yhdessä kokemusasiantuntijan äänen kanssa (liite 4). Omakohtainen ääni ilmenee kahdenkeskisissä keskusteluissa 38:ssä (n=52) puheenaihejaksoissa, joista kaksi puheenaihejaksoa sivuaa myös kokemusasiantuntijan ääntä ja yksi puheenaihejakso sivuaa myös vertaisen ääntä. Omakohtaisen äänen jäsenyminen heijastaa vertaisyhteisöjen periaatetta jokaisesta oman elämänsä asiantuntijana (Vuorinen 1997). Jean Laven ja Etienne Wengerin (1991) mukaan yhteisöjen jäseniksi sosiaalistutaan asteittain oppimalla yhteisöjen tavat, mihin vaikuttavat vuorovaikutusareenat, vakiintuneet roolit ja käytänteet. Keskustelijat vaikuttavat sosiaalistuneen vertaisyhteisöön.

Omakohtaisella äänellä on samankaltaisuutta tilaa antavan puhettavan kanssa, jota käsittelemme aiemmassa alaluvussa. Tilaa antavassa puhumisen tavassa keskustelijat

eivät vaihda näkökulmia toistensa kanssa eivätkä kehittele keskustelussa muotoutuvia ajatuksia yhdessä eteenpäin (Engeström 2004, 107.) Omakohtaisen äänen osalta keskustelijat kuuntelevat toistensa kokemuksia sairastamisesta ja toipumisesta, minkä tulkitseen hiljaiseksi näkökulmien vaihtamiseksi. Keskustelijat keskittyvät kuitenkin oman kokemuksena sanoittamiseen muille keskustelijoille ja tutkijalle.

Ryhmäkeskustelut

Tarkastelen omakohtaisen äänen ilmentymistä ensin ryhmäkeskusteluiden ja sitten kahdenkeskisten keskusteluiden valossa. Ryhmäkeskusteluiden etenemiselle on usein ominaista, että keskustelijat puhuvat ensin sairastamisestaan, sitten käännekohtasta ja toipumisesta. Puhe sairastamisesta etenee keskustelija kerrallaan narratiivisesti, kronologisesti ja ongelmakeskeisesti. Yhden puheenvuoron päätyttyä seuraava puhuja jatkaa omasta tilanteestaan, ja samoin seuraava keskustelija omalla vuorollaan.

Kysyin keskustelijoilta, mikä sairastamisen ja toipumisen alkuvaiheessa on tärkeintä: mikä auttaa arkielämässä ja toipumisessa. Seuraavassa otteessa omakohtaisella äänellä kuvataan sairastamista ja siirtymistä toipumiseen. Ryhmäkeskustelun otteessa ensin puheenvuoron ottanut keskustelija A1 puhuu hoidon nivelvaiheen tärkeydestä toipujan kotiutuessa psykiatrisesta osastohoidosta. Hän tuo esiin näkemyksenä kuntoutussuunnitelman tärkeydestä jokaiselle toipujalle³².

Ryhmäkeskustelu A, rivit 11–25 ja 99–105

Ääni: Omakohtainen ääni

Puheenaihe: Sairastaminen ja käännekohta

A1: **No kyllä mä katsoisin, että kaikista tärkeintä mun kohdalla on se, että mä oon saanu** sen hoitopolun päästä kiinni, kun mut on kotiutettu sairaalasta, niin aina on ollu se jatko. Eli, jos jätetään tyhjän päälle, niin on aika heikoilla ja voi sitten palata takasinkin sinne sairaalaan. Että peräänkuuluttaisin sitä, että tehdään kuntoutussuunnitelma ja kuntoutuja on siitä myös itse tietoinen, ja sitä noudatetaan.

A2: **Mä haluisin sanoo sitä, että kun mä sairastuin,** niin mä jäin nimenomaan tyhjän päälle ja mun oirehtiminen alko jo siinä 11-vuotiaana tyttönä ja mä, mulla alko tulee semmosia esim. kerran viikossa saatoinkin jäädä kotiin nukkumaan. Ja mä oon ollut jälkeenpäin miettinyt sitä aikaa silloin ala-asteella vielä, niin mä kuulin jotain semmosia äänten esiasteita, että jossain pidetään jotain juhlia jossakin jossakin semmosta lasien kilinää ja puheen sorinaa ja sellasta, et nyt jossain on jotkut juhlat sillä tavalla. Ja sit mä menin yläasteelle niitä oli edelleenkin niitä väsymispäiviä. - - -

T: Joo, kiitos. Entäs sit?

A3: Joo mä rupesin miettimään, ett millä tavalla mä rupeen täs kertomaan, mut jotenkin mä en katso suhun, mun on helpompi. Tavallaan mähän **oon hakenu koko ikäni**

32 Tämän alaluvun aineisto-otteisiin lihavoidulla tekstissä on merkitty kohdat, joissa omakohtainen ääni jäsentyy näkyväksi vuorovaikutuksen kulussa.

yhteyttä toisiin ihmisiin. Jouduin ensimmäistä kertaa hoitoon, kun mä olin 14. Ja mä en ois ees ymmärtäny itse sitä, että mä oon hoidon tarpeessa - -.

Otteessa keskustelija A2 puhuu omakohtaisesta sairastamisesta kuvaten jo lapsuudesta alkaneilla oireilla. Omakohtainen ääni limittyy kokemusasiantuntijan ääneen A1:n tarkastellessa yleisimmin kuntoutussuunnitelman tekemistä ja esittämällä kehittämisehdotuksen sen laatimisesta niin, että asianomainen on siitä tietoinen. Keskustelija A3 tulee mukaan keskusteluun, kun osoitan seuraavan puheenvuoron hänelle. Hän puhuu sairastamisensa alkamisesta ja yhteyden hakemisesta muihin ihmisiin sekä hoidon tarpeesta. Kysymyksessä on pääosin omakohtaisen äänen esille tulo puhetekona.

Otteessa ”*tyhjän päälle jääminen*” määrittyy tietämättömyytenä mielenterveyden hoidosta. Vuorovaikutuksessa tyhjän päälle jäämisen käsite määrittyy uudelleen sanoitettuna seuraavan keskustelijan A2:n omaan kokemukseen liitettynä. Näkemys psykiatrisesta hoidon tarpeesta muotoutuu keskustelijoiden jakamalle yhteiselle ymmärrykselle sairastamisesta ja muotoutuvalle vertaisten kokemustiedolle. Vaikka sosiaalisesti muotoutuva todellisuus psykiatrisesta hoidosta jaetaan yhdessä, jaettuun elämismaailmaan vaikuttavat kunkin keskustelijan puhe omakohtaisesta kokemuksestaan ajankohtaisessa elämäntilanteessa (Berger & Luckman 1994, 37).

Omakohtainen ääni tulee näkyväksi myös seuraavan otteen puheessa sairastamisen alkamisesta.

Ryhmäkeskustelu D, rivit 8–20

Ääni: Omakohtainen ääni

Puheenaihe: Sairastamisen syyt yksilöllisiä

D1: Joo. **Eli kaikki alko siitä, kun mulle tuli synnytyksen jälkeinen**, masennusta tietysti oli. Ja sitten jysähti ihan äärettömän kova pakkoajatus. Ja mie huomasin, mulla on ollu sitä ihan lapsesta saakka, mutta se ei oo haitannu sullei tässä kohtaa, kun se alko. Ja mie puhuin neuvolassa siitä. Ja neuvolassa sitten ohjattiin, kyllä kai neuvolalääkäri alotti jo ton mielialalääkityksen. Mutta neuvolasta minut ohjattiin tuon perhepsykologin luokse. Ja hän pyysi, että ensimmäisellä kertaa tulis mieskin mukaan. Ja hän puhu ihan soopaa. Tää psykologi puhu miun miehelle ja miulle, että niin, teiän parisuhde on niinkun ihan vääränlainen, et mies vois niinkun vähän enempi osallistua kotitöissä ja niin päin pois. Ja mies teki niin paljon, kun ikinä vaan kerkes työn lisäksi. Ja mie petyin siihen psykologin hoitoon niin paljon, että mie vetäsinkin niin ne lääkepurkit, mitä miulla oli, kun niitä oli tietysti kolmeks kuukaudeks otettu apteekista. --.

D2: Nii, siis, ootas nytten, sanos vielä uudestaan, mistä tota noin niin tää ensimmäinen kohta lähti?

T: Et mitkä seikat sillon kun on sairastunu, niin mitkä on vaikuttanu siihen, et mikä on tukenu eteenpäin, ja mikä tavallaan on ollu estävää tekijää tai ei oo toiminu niin hyvin kun ajatteli, apu tai tuki?

D2: No, mulla oli tietysti se, et kun itellä alko tää homma sillä tavalla et mä lakkasin nukkumasta. Ja mä en oikein, mä en ymmärtäny silloin tästä järjestelmästä yhtään mitään. Et mä olin työelämässä. Ja tota, mä olin työterveydenhoidon parissa. Ja mä en niin hirveesti ollu sitä joutunu käyttään. Et ollu sillei terve. Mut sit tuli kuitenkin semmonen tilanne, että mä lakkasin nukkumasta, et kolme vuorokautta olin valveilla, kun mulle tuli semmonen olo, et mä rupesin silloin aamun tunteina miettimään, et mun pää sekoo.

D1 ja D2 tuovat kumpikin vuorollaan esiin sairastamisen alkua kuvaten oireitaan ja toimintaansa apua etsiessään. D1 kuvaa sairastamisen oireitaan, ohjautumista hoitoon ja kohtaamista psykologin kanssa. Tuon jälkeen keskustelija D varmistaa minulta kysymystä, josta keskustellaan, jolloin asetan kysymyksen hänelle. Keskustelija D2 puhuu samaan tapaan kuin D1 omakohtaisista sairastamisen oireistaan ja myös työterveyden asiakkuudesta. Vaikka puhutaan samasta aiheesta, sairastamisesta ja hoitoon ohjautumisesta, aiheiden konkreettiset sisällöt ovat keskenään erilaiset. Toipuminen rakentuu puheessa yksilöllisesti. Puheenvuorot piirtävät esiin omakohtaisen kokemustiedon moninaisuutta.

Ryhmäkeskusteluissa puheenaihejaksot rakentuvat melko pitkille puheenvuoroille omakohtaisesta sairastamisesta ja itseä auttavista toipumisen keinoista. Omakohtainen ääni tuo näkyväksi sosiaalisen kielen mielenterveystoipumisen ainutlaatuisuudesta, mikä painottuu henkilökohtaisen toipumisen näkökulmassa (ks. Anthony 1993; Leamy ym. 2011). Omakohtaista ääntä ilmentävässä puheessa toipumisen yksilöllisistä keinoista ei muotoudu yhdessä jaettua keskustelua samankaltaiseksi koetuista kokemuksista tai niiden eroista. Toisaalta hiljaisuus ja kommentoimattomuus keskustelijan puheenvuoron aikana on arvostuksen osoitus henkilökohtaiseen kokemukseen perustuvalle puheelle. Yhteisöllisesti jaettu kokemustieto on luonteeltaan polveilevaa itsessään. (Noorani ym. 2019.)

Kahdenkeskiset keskustelut

Kahdenkeskisissä keskusteluissa puhe on luonnostaan keskustelijan omakohtaista puhetta tutkijalle. Omakohtainen ääni on lähellä tilaa antavaa puhumisen tapaa vuorovaikutuksen muotona samoin kuin ryhmäkeskusteluissa.

Kahdenkeskinen keskustelu rakentuu keskustelijan esittämille näkökulmille tutkijan esittämiin kysymyksiin ja kommentteihin. Näkökulmat ilmentävät myös kasvojen säilyttämisen tärkeyttä: toisin sanoen toipumiseen liittyvällä puheella luodaan vaikutelmaa puheesta toimintana, jollaista vertaisena ja kokemusasiantuntijana suuntautuvalta keskustelijalta voidaan odottaa.

Alla oleva kahdenkeskinen keskusteluote on osa pidemmästä puheenvuorosta. Sitä edeltää kysymykseni, mitkä ovat olleet elämää auttavia käännekohtia ja mitkä toipumista hankaloittavia asioita. Keskustelija puhuu sairastamisen ilmenemisestä omassa arkielämässään ja suhteessa työhön.

Kahdenkeskinen keskustelu G, rivit 50–70

Ääni: Omakohtainen ääni

Puheenaihe: Sairastaminen

G: **Mä en uskaltanu avata kirjeitä. En vastannu puhelimeen**, että jos sieltä jotakin negatiivista tai jotakin tekemistä tulee, niin ei jaksa yhtään. No silloin oli vuosi 2007 sitten menossa siinä vaiheessa, ja sitten oltiin ihan täysin jumissa. Ahdisti ja tosi tuskasta oli olla. Mä kävelytin paikasta toiseen. Mä saatoin mennä tonne verstaalle huutamaan tuskaani ja mä en ymmärtäny yhtään, että mikä tää olotila. Jälkeenpäin mä oon ymmärtäny, että mua ahdisti ihan hirveesti asiat. Mä en sitten osannu miettiä, että mikä tämä tilanne. Mikään ei huvita ja ahdistus hirvee päällä, niin se oli todella tuskasta monta vuotta. Siihen käytiin kaikki mahdolliset sitten hoidot ja lääkkeet, ja sitten siinä vielä tuli yks takapakki siinä vaiheessa, kun mä siirryin erikoissairaanhoidon. Sitten psykiatri oli sellanen. Se ei kuullu mua, mitä mä sanoin. Mä olin tietysti niin huono kuvaamaan sitä omaa tilannetta. Musta sai ehkä enemmän vastauksen, että kyllä, ei, en tiedä, mutta se ei osannu tavallaan kysellä ja haastaa mua pohtimaan ja kysellä riittävän laajasti. Mul on hirvee pelko. Sitten se määräsi aina kahesta viijestä kuukauteen sairaslomaa. Ei ollu tavallaan tilaa sille kuntoutumiselle. Se ahdisti ja todella paljon ahdisti, kun mä pelkäsin sinne mennessä, että jos mä en saakaan sairaslomaa, että mun pitää lähtee töihin. Ja sitten, jos mä saan sen sairasloman, niin se taas oli pieni pätkä. Mä mietin sitä, että silloin mun pitäis olla taas työkunnossa, mutta ei onnistu.

T: Niinpä.

Otteessa rakentuu keskustelija G:n kuvaus sairastamisesta alkaen vuosia kestäneestä ahdistuksesta, pelosta avata kirjeitä tai vastata puhelimeen, hoidosta ja siirtymisestä erikoissairaanhoidon potilaaksi. G:n puheenvuoro päättyy kuvaukseen lääkärin myöntämistä lyhyistä sairaslomajaksoista ja keskustelijan pelosta joutua palaamaan töihin huonovointisena. Puheessa jäsentyy omakohtainen ääni henkilökohtaisesti rakentuvasta tilanteesta. G:n puheenvuorossa ei tuoda esille muiden vertaisten kokemuksia, eikä tarkastella aihetta etäämpänä kokemusasiantuntijan äänellä. Vuorovaikutuksessa tutkijana kommentoin lyhyesti G:n puheenvuoroa. Tarkoitukseni on tukea kutakin keskustelijaa omien näkemystensä esiin tuontiin.

5.3.2 Vertaisen ääni

Keskustelussa erottuu vertaisen ääni omakohtaisen äänen lisäksi. Kahdessa puheenaieheksossa vertaisen ääni ilmenee yksin. Vertaisen ääni rakentuu ryhmäkeskusteluissa yhdeksässä puheenaieheksossa, yhdessä omakohtaisen äänen kanssa ja yhdessä puheenaieheksossa yhdessä kokemusasiantuntijan äänen kanssa. Kahdenkeskisissä keskusteluissa vertaisen ääni erottuu viidessä puheenaieheksossa, joissa puheen sisältönä on vertaistuki.

Yhteisössä voidaan katsoa muodostettavan yhteistä ymmärrystä ja käytänteitä siitä, miten kieltä käytetään ja toimitaan sen pohjalta (Lähteenmäki 2002, 194; Ruusuviiri 2010, 270) Vertaisten kanssa toimimassa sosiaalistutaan vertaisyhteisölle ominaisille periaatteille puhua, kuunnella ja toimia (Lave & Wenger 1991). Tämä ilmenee niin, että keskustelijat ottavat vastaan toisen näkemyksen kuuntelemalla ja hyväksymällä toisen puheen sellaisenaan tai vaihtoehtoisesti tuomalla omalla puheenvuorollaan oman täydentävän näkökulman osaksi vuorovaikutusta. Keskustelun kirjoittamattomiksi säännöiksi rakentuvat eri puheenvuoroja vuorotteleva, yhdessä muotoutuva ja täydentyvä puhe toipumisesta, toisten vertaiskeskustelijan tarkkaavainen kuunteleminen, keskeyttämisen ja neuvojen antamisen välttäminen sekä puhuminen omakohtaisesta tulokulmasta toisille, ei toisistaan.

Mielenterveystoipujien ja kokemusasiantuntijoiden vastavuoroisuutta käsittelevässä tutkimuksessa on todettu toipujien vastavuoroisuuden ilmenneen muihin ja itseen kohdistuvina odotuksina, henkilökohtaisena ja jaettuna reflektointina sekä välittävänä ja kunnioittavana suhteina (Kivistö ym. 2022). Vuorovaikutuksen tapa eroaa esimerkiksi potilaan ja lääkärin vastaanottotapaamisen puheen logiikasta, jossa potilaat ottavat vastaan lääkärin nimeämän diagnoosin hyväksymällä sen sellaisenaan tai minimipalautteen ilmaisulla (Peräkylä 2001). Vertaisen äänelle on ominaista keskustelijoiden keskinäinen tasavertaisuus ja kunnioittaminen, vaikka osalla oli muita pitempi kokemustausta vertaistuesta ja toimimisesta yhdistysten vertaisena ja kokemusasiantuntijana.

Ryhmäkeskustelut

Puheenaihe määrittää osaltaan vertaisen äänen erottumista keskustelun kulussa. Vertaisen ääni tulee näkyväksi puhuttaessa hoidollisista kokemuksista ja hoitoinstituutioista. Keskustelijat keskustelevalle vertaisen äänellä omakohtaisen kokemustietonsa pohjalta esimerkiksi psykoterapiasta ja kohtaamisista perusterveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Se ilmenee myös keskustelussa psykiatrisen osastohoidon päiväjärjestyksen rutiineista sekä erityisesti puhuttaessa vertaistuen kokemuksista ja merkityksestä.

Puheenaihejakson aikana vertaisen ääni esiintyy joko yksinään tai limittäin omakohtaisen tai kokemusasiantuntijan äänen kanssa. Omakohtainen ja vertaisen ääni ilmenevät limittäin, kun keskustelun kulku muotoutuu omakohtaisista kokemuksista kohti yhdessä jaettua näkemystä toipumisesta ja siinä tarvittavasta avusta ja tuesta. Vertaisen ääni erottuu yhdessä kokemusasiantuntijan äänen kanssa, kun keskustelun kulku rakentuu yhteiseksi näkemyksiksi hoidollisiin ja palvelujärjestelmän epäkohhtiin tai ratkaisuehdotuksiin liittyvistä asioista.

Vertaisen ääni ilmenee yhdessä omakohtaisen äänen kanssa puhuttaessa vertaistuen merkityksestä toipumisesta³³:

33 Tässä alaluvussa aineisto-otteisiin lihavoidulla tekstissä on merkitty kohdat, joissa vertaisen ääni jäsentyy näkyväksi vuorovaikutuksen kulussa.

M1: Mun kohalla on niin, et mä oon ollu raittiina 4,5 vuotta ja sanotaan nyt ensimmäinen raittius yhdeksän vuoden jälkeen. Ni mun kohallahan siis se vertaisuus oli mulla siis se, et mä löysin itelleni vertaistukea ja sit se, et mä nopeesti pääsin sit jakamaan sitä omaa kokemusta. Mut **minun kohalla vertaistuki on ollu tosi tärkeä**, käyn edelleenkin vertaistukiryhmässä, et se on sitä kautta mä oon saanu elämästäni kiinni, et mulla on se.

N1: **No mun ensimmäinen** sairastuminenhan oli -97 masennukseen ja jouduin sillon Y:-hyn [=hoitopaikan nimi] ja olin siellä puoli vuotta. Että se oli se tietysti se puolivuos-
kausi siellä ni, se oli hirveen hyvä, ja me tehtiin semmonen tavallaan psykoanalyysi
siellä, et se oli semmonen, joka anto sen ensimmäisen lähtölaukauksen. Ja sit 2008
kun mä sairastuin, tai siis se muutettiin kakssuuntaiseksi mielialahäiriöksi, niin sitten
siitä suurin piirtein se sama vuosi tai oisko ollu vähän aikasemmin, **kun mä sain sen
diagnoosin, ni tulín K:lle** [=yhdistyksen nimi] **ihan vahingossa. Ja se, että se ver-
taistuki sit siinä vaiheessa**, niin sehän oli aivan (epäselvää), jos voi näin sanoa, että
sitä ei voinu käsittää, kun sen konkreettisesti sai itselleen, et **miten vaikuttavaa se on**.

M2: **No mulla tota**, mistähän päästä aloittais, niin sairastan vakavaa masennusta, ja sitä
hoidettiin kans X:ssä [=psykiatrisessa sairaalassa]. Olin lepäilemässä siellä kolmisen
kuukautta, vähän päällekin, ja sieltä sain tukea ja apua tietysti ja lääkehoito sitten
tietysti siinä myöskin. Ja tästä nyt on aikaa, muistaakseni 02, kun olin sen jakson siellä
ja sitten on. Siitä alkoholi seuras mukana ja pitkän tien kävin sitä kautta ja nykyään
oon raittiina kyllä, että. Mutta nyt on todettu tommonen kun paniikkihäiriö, ja se on
aika paha, se on viheliäinen, ja sitä nyt ei tiiä oikein, että miten sitä hoitais sitten. **Ja
vertaistuki on ollu mullekin hirmusen tärkeä, mutta tällä hetkellä en oo kovin
tihuahan niissä kyllä käyny, että koittanu itekseen mennä**. Ja sit tietysti perhe mulla
on, että lapsia oon hoitanu vaikkakin erossa ollaan, mutta mie käyn siinä perheessä
sitten joka päivä lähes ja hoijan niitä lapsia pienempiä sitten.

N2: **Mä kovasti yritän tässä muistella**, että mitkä ne on ollu sillon alun alkaen niitä kan-
tavia asioita. **Mut kyllä miunkin kohalla vertaistuellä on hirveen iso merkitys**. Kun
hyvin pian sairastuttuani tai sairaalasta päästyäni, sanotaan näin päin, niin sitten kun
lähdin tai pääsin mukaan Mielenterveyden keskusliiton kuvioihin ja sitä kautta sitten
tutustuin hirveeseen määrään vertaisia tossa.

Otteessa vertaistuesta käytyä keskustelua muotoillaan ja peilataan suhteessa oma-
kohtaisiin kokemuksiin. Vertaisen ääni muotoutuu puheenaihejakson aikana yh-
dessä jaetuksi ymmärrykseksi, joka ilmentää samalla mukaan lähtemistä puhumisen
tapana. Ensimmäisen puheenvuoron käyttänyt M1 kuvaa vertaistuen olleen käänne-
kohta omakohtaisessa päihdetoipumisessa: ”*minun kohalla se vertaistuki on ollu tosi
tärkeä*”. Seuraava puhuja N1 jatkaa samoin omasta sairastamisestaan ja lisää edellisen
puhujan puheenvuoroon vertaistuesta ”*et miten vaikuttavaa se on*” ja sijoittaa ver-

taistuen sopivaan ajankohtaan suhteessa muuhun apuun. M2 tukee N1:n ajatusta ja täydentää apukeinojen ja lääkehoidon merkitystä. N2 asettuu puheenvuorossaan edellisten puhujien rinnalle ja täydentää näkökulmia vertaisten merkityksestä järjestötoiminnassa sosiaalisten suhteiden mahdollistajana.

Vertaisen ääni rakentuu keskustelijoiden puheenvuoroissa omakohtaisista kokemuksista yhdessä muotoilluksi, jaetuksi näkemykseksi toipumisen eri vaiheista ja laajentuu vertaisryhmien sosiaaliin suhteisiin ja läheissuhteisiin. Keskustelussa rakentuu kokonaisempi kuva vertaistuen merkityksestä kuin omakohtaisiin kokemuksiin perustuvassa puheessa. Keskustelun kulussa tuetaan aiempia näkökulmia ja samalla tuodaan mukaan uusia vivahteita. Erilaiset näkökulmat hyväksytään kuuntelemalla, eikä toisten keskustelijoiden näkökulmia kiistetä.

Seuraavassa otteesta kahdesta erilaisesta kokemuksesta muotoutuu jaettu näkemys vertaistuesta toipumisen keinona. Ensin vertaistuki liitetään psykiatriseen osastohoitoon ja sitten yhdistyskontekstiin.

Ryhmäkeskustelu B, rivit 163–185

Ääni: Vertaisen ääni

Puheenaihe: Vertaistuki ja sen merkitys

B2: Kyllä ihan ehdottomasti, koska sit ne vertaiset, jotka esimerkiks suljetul osastoli, niin siel ollaan niin huonos kunnossa. Ja esim. mä olin ekan kerran, kun mä suljetul osastolla unettomuuden takii, kun mä olin puolen vuot valvonu oikeestaan yötä päivää. Ni mul laitettiin semmonen siilisumussa-lääkitys, et mä, mut saatiin jotenkin tainnutettuu. Niin sit kun siäl on suurin osa vertaisist aika lail samas kunnossa, ni ei siit oo. Mut se, et mä oisin kuullu joku, joka on selvinny siitä ja sanoo, et hei, et toi ei jatku koko sun loppuikää, niin sil ois ollu aivan **korvaamaton merkitys mulle.**

T: Haluutko sinä sanoo sit taas?

B3: Joo sittemmin olin mukana perustamassa X:n [= kaupunkiin] sitten vertaistukiryhmää X [=vertaistukiryhmän ja yhdistyksen nimi], ja siis nyt meillä on kolmas vuosi sitten jo pyörähti käyntiin. Ni se on sitä, on vaikee jotenkin edes kuvailla minäkalasta, et se ensimmäisen kerran sillon kolmisen vuotta sitten, kun mä tapasin ne muut, meit oli sattumalta sit neljä yhteensä, jotka oltiin ilmottauduttu siihen ryhmän ohjaajan pestiin. Ja me tavattiin kahvilassa, ja muistan mua jännitti tietysti mennä sinne, ja meidän oli tarkoitus suunnitella sitä ryhmän käynnistystä. Ja sit me käytiin jokainen omat kokemuksemme läpi, ni se oli semmonen olo kun olis tullu jotenkin kotiin tai johonkin, et semmoset ihan tuntemattomat ihmiset puhuu ihan niist samoista kokemuksista. Et se on joku semmonen jännä pohja, mikä luo semmosen, et ihan toisenlaisen olon, et sä voit olla oma itsesi, ja **nää ihmiset tietää ihan tarkkaan mistä puhuu - -.**

Ensimmäinen puhuja B2 mainitsee jälkikäteen ymmärtäneensä, kuinka merkityksellinen vertaistuki olisi voinut olla jo psykiatrisen osastohoidon aikana. Tutkijana

asetan seuraavan puheenvuoron kysymällä toiselta keskustelijalta hänen mahdollista näkemystään asiasta. B3 liittyy keskusteluun puhumalla vertaisuuden merkityksen löytymisestä hieman yllättäen hänen hakeutuessaan ohjaamaan vertaistukiryhmää. Keskustelussa rakentuu yhdessä jaettu ymmärrys, vaikka lähtökohtana on omakohtaista toipumista käsittelevä puhe. Vertaisen ääni sitoo omakohtaisia ääniä yhteen. Tilanteessa syntyy kahden keskustelijan jakama yhteinen käsitys vertaistuen merkityksestä sosiaalisen identiteetin uudelleen rakentumisen keinona (ks. Jacobson & Greenley 2001).

Vertaisen äänelle on ominaista täydentävien näkemysten salliminen ja vertaisten kokemusten ääneen sanoittaminen, jakaminen ja pohdinta. Näkyväksi jäsenyyttä myös tapa puhua toisilleen vertaisina ja yhdessä jaettu Tehseen Nooranin ja kumppaneiden (2019, 6–7) kuvaama merkitysperspektiivi (*meaning perspective*). Keskustelussa rakentuu yhteisöllistä kokemustietoutta käsitelystä aiheesta ja jaetuista kokemuksista vertaisina.

Kahdenkeskiset keskustelut

Kahdenkeskisissä keskusteluissa rakentuu muutamassa puheenaihejaksossa puhe vertaistuen merkityksestä. Näissä yhteyksissä ilmenee vertaisen ääni, josta seuraavassa otteessa on esimerkki.

Kahdenkeskinen keskustelu G, rivit 504–510

Ääni: Vertaisen ääni

Puheenaihe: Toivon merkitys vertaistuessa

G1: Sitä kautta tulis se kokemus, että hei – **meitä on muitakin, että mä en oo yksin**, Koska se on. Siinä vaiheessa, kun sä oot sairas, niin sinä oot niin yksin. Sitä ajattelee, että ei minulla oo. Ei kellään muulla voi tällästä oloa olla. Sitä kautta tuo sitä **toivoo**, että **mä kuntoudun, että minäkin voin tulla tohon kuntoutusjaksolle, kun oon ihminen**. Elämästä tulee tavallaan elämisen arvonen. Saaha se toivo syttymään, että hei – kyllä tästä vielä nousee.

Vertaisen ääni erottuu G:n näkemyksissä suhteessa vertaistoipuihin, kun hän kuvaa kokemustaan vertaisuudesta ”*meitä on muitakin, että mä en ole yksin*”. Muihin vertaaminen tuo toivoa ”*mä kuntoudun, että minäkin voin tulla tohon kuntoutusjaksolle, kun oon ihminen*”.

Keskustelija G:n tapaan muissa kahdenkeskisissä keskusteluissa kuvataan vertaistuen merkitystä tiedon ja tuen lähteenä sekä ryhmään kuulumisen tuottamaa kokemusta ymmärretyksi tulemisesta. Yhteisöön kuulumisen tunne ei ole itsestäänselvyys kuten J:n puheessa ilmenee:

J: Jotenki miust tuntuu, et minua masentaa kattoo niitä ihmisiä, kun he ei oo niiku tässä, ku ei saa kontaktia. **Joten sit tulee semmonen tunne, et mihin mä oikein kuulun. Mihin joukkoon minä oikein kuulun**, ku en minä koe kuuluvani siihen joukkoon. Mihin joukkoon minä kuulun? Toisaalt annetaan ymmärtää julkisen puolen tuol terapialääkäripuolel, et niinsanotust terve. Ei sä tänne tarvi tulla. Mut sit kuitenkin itsellä on oireita, omast mielestä oireita. Mut sitte, ku oot näitten viel huonompikuntosten kans, ni sit tulee semmonen tunne, et ei hemmetti.

Keskustelija J:n puheesta on tulkittavissa, että vertaisuus määrittyy odotuksena toipumisen etenemisestä samankaltaisesti vertaisyyhteisön jäsenenä, mistä voi seurata vetäytymistä ryhmästä silloin, kun elämäntilanteet koetaan erilaisiksi (ks. Hokkanen 2003; Embuldeniya ym. 2013). Puhujan kokemus heijastaa oletettua vertaisryhmän yhdenmukaisuuden painetta. Omakohtaisiin käsityksiin vaikuttavat vertaisryhmän puhe- ja toimintakäytänteet (ks. Lähtenmäki 2002, 186–198).

Keskustelijat ovat tietoisia välillään rakentuvasta vertaistiedon muodosta ja siitä, kuinka puheenvuorojen sisältöjä muotoillaan sopiviksi suhteessa edellisiin ja suuntautuneena tulevaan puhumiseen (*recipient design*) (Lindholm & Stevanovic 2016, 80). Keskusteluissa on nähtävissä Camilla Lindholmin ja Melisa Stevanovicin (mt.) mainitsema yhteinen tiedollinen perusta, joka tässä yhteydessä on vertaistietoa toipumisesta. Kysymyksessä on vertaisten toisilleen jakama yhteinen ymmärrys samankaltaisista omakohtaisista kokemuksista ja niihin liittyvistä yhteenkuuluvuuden tunteista sekä tunnetuista (ks. myös Soronen 2024). Hyväksyville katseilla ja kuuntelemisella osoitettu vertaistuki keskustelijoiden puheenvuoroille tukee yhteisen ymmärryksen muotoutumista.

Vertaisen ääni on monin paikoin päällekkäinen mukaan lähtevän puhumisen tavan ja kooperaation kanssa. Se rakentuu keskustelun aikana ja täydentyy kunkin omakohtaisesta äänestä. Tapa puhua ja toimia vertaisryhmän jäsenenä rakentuu hiljaisen tiedon (*tacit knowledge*) ohjaamana. Hiljaisen tiedon on todettu muun muassa jäsenyvän vuorovaikutuksessa yhteisesti jaettuna sekä ilmenevän toiminnallisesti kokemuksen kautta (Toom 2008, 34–40).

Martin Heidegger (2000) erottelee tiedossa käsillä olevan (*Zuhanden*) ja esillä olevan (*Vorhanden*) tiedon välistä eroa. Käsillä olevalla tiedolla tarkoitetaan impliisiittistä tiedon muotoa, joka on käytettävissä toiminnassa, mutta jota ei välttämättä koskaan sanoiteta ääneen (Heikkinen & Huttunen 2008, 206; Nonaka & Takeuchi 1995). Sanojen avulla ilmaistu tiedolla tarkoitetaan eksplisiittistä, esillä olevaa tietoa (Heidegger 2000; Heikkinen & Huttunen 2008, 206). Vertaisen ääni ilmenee hoidollisten kokemusten ja vertaistuen merkityksestä esillä olevana tietona ja käsillä olevana tietona, kun tarkastellaan lisäksi keskustelijoiden tapaa toimia ja ilmaista

asioita vertaisvuorovaikutuksessa. Keskustelujen eteneminen on ominaista vertaisryhmässä vallitsevalle puhe- ja toimintatavalle, jonka mukaan kulloisiakin sosiaalisia tilanteita tulkitaan (Miller 1984). Kun opitaan vertaisyhteisön tapa toimia ja puhua, sosiaalistutaan samalla siihen, millaista sosiaalista valtaa, vuorovaikutuksen tapoja ja sosiaalisia ääniä tilanteessa olevat puhujat käyttävät.

5.3.3 Kokemusasiantuntijan ääni

Kokemusasiantuntijan ääni ei tule niin yleisesti puheen rakenteessa esille kuin omakohtainen ja vertaisen ääni. Kokemusasiantuntijan ääntä ilmentäviä puheenaihejaksoja oli ryhmäkeskusteluissa 41:stä puheenaihejaksosta kahdeksassa ja kahdenkeskisissä keskusteluissa 52:sta puheenaihejaksosta kymmenessä. Ryhmäkeskusteluissa kahdessa puheenaihejaksossa kokemusasiantuntijan ääni ilmeni limittäin omakohtaisen äänen kanssa ja yhdessä puheenaihejaksossa limittäin vertaisen äänen kanssa. Kahdenkeskisissä keskusteluissa kokemusasiantuntijan ääni tuli näkyväksi kahdessa puheenaihejaksossa yhdessä omakohtaisen äänen kanssa ja yhdessä puheenaihejaksossa yhdessä vertaisen äänen kanssa.

Tunnistan kokemusasiantuntijan äänen, kun keskustelijat puhuvat toipumisen kokemuksestaan ja tarkastelevat toipumista suhteessa palvelujärjestelmään ja yhteiskunnan rakenteisiin. Keskustelussa sanoitetaan ja muotoillaan kokemustiedon puhetta, jota työstetään omakohtaisten ja vertaisten kokemusten pohjalta. Keskustelussa sanoitetaan toipumiseen liitettyjä ongelmia, joihin jäsennetään ehdotuksia ratkaisuihin. Vuorovaikutuksessa tuotetaan toisin sanoen reflektoituvaa kokemusasiantuntijan ääntä, joka sisältää kriittistä hoitokokemusten ja palvelujärjestelmän sekä toipumiseen liittyvien asioiden tarkastelua. Tunnistan puheesta kokemusasiantuntijan vaikuttajan pyrkimyksen. Kokemusasiantuntijan ääni tuottaa näkyväksi vaikuttamisen tavoitetta ja suuntaamista palveluiden ja yhteiskunnan rakenteiden kehittämiseen. Siinä työstetään yhteisöllistä kokemustietoa, joka ylittää omakohtaisen sanoitettun kokemustiedon (Jones 2018, 171).

Ryhmäkeskustelut

Keskusteluryhmiin osallistui kokemusasiantuntijoina toimivia keskustelijoita. Seuraavassa ryhmäkeskusteluotteesta keskustelijat ottavat esiin omakohtaisesta kokemuksesta sekä vertaisten keskinäisessä vuorovaikutuksessa muotoutunutta tietoa sosiaaliturvan eri muotojen vaikutuksista osatyökykyisten toimeentuloon ja mielekkästä tekemisen merkityksestä toipumisen tukena. He ottavat keskustelussa esiin asioita, joihin arvioivat tarvittavan rakenteellisia muutoksia, jotta toipuminen edistyisi.³⁴

³⁴ Tässä alaluvussa aineisto-otteisiin lihavoidulla tekstissä on merkitty kohdat, joissa kokemusasiantuntijan ääni jäsentyy näkyväksi vuorovaikutuksen kulussa.

A1: [puheenvuoron loppuosasta] - - **mistä mä oon monesti puhunukin, kun oon käynyt puhumassa mitä mä haluaisin, että muutettais**, ni mun mielestä pitäis jollakin tavalla helpottaa osatyökykyisten töihin menoo. Ni mun mielestä työn teko suurimmalla osalla ei välttämättä kaikille se ei käy, mutta monelle se käy ja se on myös kuntouttavaa. Ihmiset kuntoutuu siitä, ja aivot tarttee tämmöstä ajattelua ja ihminen tarttee mielekästä tekemistä.

A2: **Taloudellisesti kanssa.**

A1: **Siihen mä juuri halusin sanoo, eli heti sitten kun saa asumistukee**, ni se vaikuttaa siten tulot rupee vaikuttaan asumistukeen. Eli tavallaan, jos sä teet työtä, ni sit sulle voi tulla jollakin tavallaan se työn tekemisen ilo, mitä sulle jää käteen. Mun mielestä **näin ei pitäis olla**, koska mä näkisin sillä lailla, että se **työ pitäis olla aina taloudellisesti kannattavaa ja yhteiskunta vois säästää tällä**. Koska en tiedä, onko olemassa mitään tutkimustuloksia siitä, mutta se vois myös vähentää - - . - - mutta näille, jotka saa, on paljon kuntoutujia, jotka saa asumistukee tai jopa toimeentulotukee, ni mun mielestä siitä pitäis jäädä se taloudellinen hyöty. Koska ihminen nujertuu tässä sairautessa ja tulee semmonen, että mä oon huono ja mua hävettää, kun mä oon tämmönen. Mut sitten kun mä rupeenkin saamaan siinä muutaman sataa euroa kuukaudessa siitä työstä, ni mä teen tän työn, tätä arvostetaan ja mä saan siitä palkan. So what, vaikka se saa sitä asumistukee, ni saakoot sen päälle, koska se voi toiselta puolelta sitten vähentää, et se sanoo, et mä en enää tarttekaan näitä hoitajan käyntejä joka kuukausi, mulle riittää joka toinen kuukausi. Yks hoitajan käynti erikoissairaanhoidossa helposti maksaa sen sata euroa.

A3: **Minä haluan ensin kommentoida tohon Tukilinjaan**, se on hyvä paikka ja sieltä saa siis mielenterveyskuntoutujat eri harrastuksiin kaikkeen niitä tukee. **Mutta** se hakeminen on tehty niin hankalaksi, elikä siellä sä joudut toimittamaan sinne esimerkiksi just tietokonetta varten todistuksen, et sä osaat tavallaan jo jollakin tavalla asentaa sen ja laittaa tehdä sillä jotain ja se todistus täytyy tulla psykan polilta. Ja jos sul ei oo, esimerkiksi masennusasiakkaalla ei oo ees asiakkuutta mihinkään psykan polille, ni sit sä joudut menee terveyskeskuslääkäriin tavallaan hakemaan todistuksen sieltä, että sä oot mielenterveyskuntoutuja ja sä tarvitset tietokoneen – **eiks oo ihan järkyttävää, ei oo hyvä**.

Otteesta tulee esille kehittämisen tarve liittyen toipujien haasteisin päästä työmarkkinoille, mitä täydennetään eri näkökulmilla. Keskustelussa tehdään ehdotuksia toipujien mielekkään tekemisen ja työllistymisen mahdollistamisesta. Ensimmäinen keskustelija A1 asemoi itsensä vaikuttajaksi ja kertoo puhuvansa aiheista, joita hän on kokemusasiantuntijana aiemmin nostonut esiin. Hän puhuu mielekkästä tekemisestä ja työllistymisen tärkeydestä kuntoutumisen tukena. A2

täydentää keskustelua lisäämällä jo puhuttuun ”*taloudellisesti kanssa*”. A1 täydentää A2:n esittämään huomioita liittämällä sen yhtäältä toipujan omakohtaiseen elämäntilanteeseen ja toisaalta palvelujärjestelmän kustannusvaikutusten tarkasteluun. A3 liittyy keskusteluun lauseella ”*minä haluan ensin kommentoida tohon Tukilinjaan*” tuomalla esiin uuden näkökulman toipujien taloudellisiin tukimahdollisuuksiin liittyen. Keskustelijoiden vuorovaikutus liittää omakohtaiset ja vertaisten kokemukset kohti yhteiskunnallisia ongelmia nimeävään ja niitä ratkovaan keskusteluun. Keskustelijat ovat tottuneet perustelemaan kehittämis ehdotuksiaan niitä monipuolisesti argumentoiden. Omakohtaisesta puheesta siirrytään palveluiden ja yhteiskunnan tason kriittiseen ja pohdiskelemaan tarkasteluun ratkaisuehdotuksineen.

Julkisen hoitojärjestelmän epäkohdista puhuminen rakentuu seuraavassa myös näkökulmille siitä, miten toipuja voisi tulla kuulluksi omassa asiassaan, ja siitä, miten vaikea hoitoa on saada silloin, kun on eniten hoidon ja avun tarpeessa.

Ryhmäkeskustelu B, rivit 525–572

Ääni: Kokemusasiantuntijan ääni

Puheenaihe: Tulla kuulluksi omassa toipumisessa

B2: - - ymmärtämättömyyteen liittyen ni kysytty, et haluunko mä vahingoittaa muita tai et tarviiks mua pelätä tai sil tavalla, et ku must tuntuu ihan hassulta. Ja sit uniongelmiin ko on kärsiny trauman seurauksena, ni sit moni psykiatri on sanonu, et no joo, et ooks sä koittanu, et sä meet vaik vessaan, etkä lait yöl valoi päälle, tai et meet samaan aikaan nukkuu. Et jotenkin semmost vähän vähättelykin sil taval, et kun on aidoist isoist elämää haittaavist ongelmist kyse, niin jotenki. Ja sit se ehkä mitätöinti, et jos joku asia on mul erittäin tärkeä. **Mä koen vaik vaikeeks itelleni, ni se et kukaan muu ei voi siihen sanoo, et joo, et et sä voi tuntee noin. Et mä oon todella paljon kuullu sitä, et sä et voi tuntee noin ja et sä voi reagoida tohon tol tavalla, et.**

B1: Mul on ollu tuol julkisel puolella, ni mä ymmärrän, et siel on varmaan kauhee paine ja kiire ja jonot ja muuta, **mut mä en oo siel saanu minkäänlaist palveluu, enkä semmost apuu, mitä mä oon menny hakemaan.** Mun piti siält sit lähtee yksityisel, vaik se on kallist, mut mä ajattelin, et siin on mun elämäni kiinni siinä. Et se on kyl pahasti sekasin se julkinen puoli, et just mielenterveys varsinki näis asiois. Semmost kans huonoo kohteluu. Se on ihan erilaist, sit kun menee yksityisel, ni siäl on sit sitä otetaan ihan vakavasti ja.

B3: Kyl kaiken järjen mukaan siis jotenkin must. Mä oon seurannu tässä, kun oli tää lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelma, joka nyt päättyi. Ni oon sillai ollu puhumas siellä vertaistuesta yhessä perhekeskusfoorumissa ja muutenkin, sit ollu siinä, seurannu sitä ja osallistunu niihin. Ja mulla oli jotenkin siis must se perhekeskusajatus kuulostaa ihanalta – se et mitä sen kuuluis olla. Myös ihan jokaiselle ihmiselle toivois sen, että sit, jos sulla maailma romahtaa, **ni siin ois verkko, joka ottais sut kiinni.** Ja mun mielest vielä nimenomaan niin, et jos sä tarviit usein tarvii olla esimerkiks Kelan kanssa tekemisissä ni niin, että jotenkin se kävis sillai helposti. Eikä niin, et siis jotenkin, et sillan **kun sä et**

ite pysty vaatimaan semmosta hoitoo, mitä sä tarvit ja niitä, ni sillen yhteiskunta pitäis huolta susta. Ja mun mielest se ihan varmasti kokonaiskuvana, ni se säästäs yhteiskunnan rahoja ihan hirveesti. Että ne asiat hoidettais hyvin ja kohdattais ihmiset hyvin, ja et jotenkin mul on semmonen hirveen turhautuminen nykyään siihen ja sitten myös siellä. Tietysti mä katon taas siitä synnytysmasennuksen näkökulmasta, niin et siin ei oo mitään järkeä jotenkin. Et siis, et se voi olla niin, et neuvolapsykologille ei pääse, sielt tulee läheteet bumerangina takasin. Tai sit niin et sinä saat kolmen kuukauden päähän ajan ja se ei, sit on kyse lapsista ja äidistä ja koko siitä perheestä, ja siin ei oo mitään järkeä jotenkin siis. Et kuka tahansa ymmärtää, että se kun ihminen tarvii apua, ni se tarvii sitä nyt eikä kolmen kuukauden päästä. Ja sitten samaan aikaan käynnistetään hankkeita ja laitetaan rahaa niihin, kun saman tien **vois laittaa sitten palkata psykiatrisia sairaanhoitajia vaikka, jotka kävis kotona äidin luona.** Ja et jotenkin, must ne oli semmosia aika pieniä juttuja tai semmosia ihan maalaisjärjellä ajateltavia juttuja. Et se on hirveetä ajatella, et siin vaihees, kun sä oot niin väsyny et sä et jaksa, et joku ajatus Kelasta vaikka tuntuu niin, et se vie kaiken elinvoiman susta se, että mun tarvii täyttää joku lappunen sinne. Ni se tavallaan, että jotenkin, et se ei ois, et sillen kun sä oot kaikkein sairaimmillaan, niin sillen sun pitäis osata vaatia itse kaikkein eniten. Et se pitäis olla niin, et julkisella puolellakin ne asiat toimis vaan.

Otteessa nimetään yhdessä palvelujärjestelmän ongelmia ja tehdään ratkaisuehdotuksia. B2 ehdottaa turvaverkkoa toipujan tueksi ja vastaavasti B3 tekee ehdotuksen psykiatristen sairaanhoitajien palkkaamisesta jalkautuvaksi tueksi kotiin toipumisen nivelvaiheeseen.

Ratkaisuehdotus muotoutuu uudenaikaiselle työnjaolle, jossa hyödynnettäisiin palveluiden yhteensovittamista eri instituutioiden ja toimijoiden välisillä rajapinnoilla (ks. Mäenpää & Faehnle 2021). Palvelujärjestelmän pulmia ja ratkaisuehdotuksia tuottava puhe nivoutuu omakohtaisista kokemuksista yleistetyimmäksi kokemusasiantuntijan ääneksi.

Seuraavassa keskustelussa pohditaan kokemusasiantuntijan asemaa ja työnjakoa suhteessa ammattilaisiin.

Ryhmäkeskustelu D, rivit 838–863

Ääni: Kokemusasiantuntijan ääni

Puheenaihe: Toipuminen ja ratkaisuehdotuksia

D3: - - et siinä kun olis sellanen tulkki. Ja se vois olla aivan hyvin kuntoutunu kokemusasiantuntija, mikä tekis tätä välityönä tässä. Säästetäs sitä henkilökuntaa niihin oikeisiin töihin, ja otettas kokemusasiantuntija tekemään tämmöstä kokemuksellista työtä täällä. Et mä uskon, että se nopeuttas järjestelmää, kuntoutusjärjestelmässä olemista huomattavasti. Et se toiminta, toiminta, toiminta, järkevä tekeminen. Kokemusasiantuntijat kyllä, ketkä on kuntoutunu, niin niillä on niin valtavasti ideoita ja tällasta, et ne näkee sen ja ehdottaa kaikennäköstä, niin kun itekin oon tehny.

T: Joo, just.

D2: Et se on se pääpointti kyllä mulla siinä.

D1: **Niin, tosta tulee mieleen vertaistukiryhmien pitäminen. Eli tavallaan ensitietopäivä.** Mut tää minullakin on niin, oli luultavasti harvinainen mutta niin hävetty sairaus, että semmosta on lähes mahotonta saada aikasiks. Mutta minä olisin ehtottomasti tarvinnu sen sillon.

T: Just.

D1: Mutta se oli hienoa, että siellä X [=sairaalan nimi] **sairaalassa samaan huoneeseen laitettiin meitä kaks.** Toinen pesi käsiä koko aika.

T: Joo.

D1: Mut mie ymmärsin sen, että samassa veneessä ollaan.

Otteessa D3 puhuu kokemusasiantuntijan positiosta tulkkina, välittäjän roolina hoitojärjestelmässä ja erotettuna ammattilaisen työroolista: ”*olis sellanen tulkki. Ja se vois olla aivan hyvin kuntoutunu kokemusasiantuntija, mikä tekis tätä välityönä tässä*”. Keskustelu täydentyy D1 ehdottaessa kokemusasiantuntijaa mukaan sairaalahoidon ensitietopäivään. D1 puhuu lisäksi kokemuksestaan vertaispotilaasta psykiatriassa sairaalahoidossa. Vuorovaikutuksen aikana eri näkökulmien pohjalta työsty koke-musasantuntijan ääni, joka on moninaisista kokemuksista muotoutuvaa (Tynjälä 2002) ja ratkaisuehdotuksia tuottavaa.

Kahdenkeskiset keskustelut

Kahdenkeskisissä keskusteluissa ilmenee kokemusasiantuntijan ääni esimerkiksi otteessa, jossa keskustelija F tarkastelee palvelujärjestelmän käytänteitä ja ongelmia etäämpänä omakohtaisesta kokemuksesta. Ennen otetta olen kysynyt keskustelijalta, mitä tulisi muuttaa palvelujärjestelmässä hoitopuolella tai sosiaalityössä osallisuuden tukemiseksi.

Kahdenkeskinen keskustelu F, rivit 779–788

Ääni: Kokemusasiantuntijan ääni

Puheenaihe: Mitä tulisi muuttaa julkisessa palvelujärjestelmässä

F: Se psykiatrisen hoidon saatavuus, et sitä tulee parantaa. Ja sit varmaan, **psykpolien ja työvoimatoimiston (mieltii), sosiaalitoimiston tämmöstä yhteistyötä pitäis kehittää.** Ja moni nuori, mitä mä oon tavannu, niin se pelkkä hoito, mä oon tavannu semmosia ihmisiä paljon, niin ne käy vaikka kerran viikossa terapiassa, sit ne on sen muun ajan himassa.

T: Okei.

F: Ja siinä pitäis olla siinä niinkun, et jos on niinkun terapiassa, niin se ei, se ei nähtävästi auta, et sä oot sen muun ajan sit kotona.

Otteessa F hyödyntää kokemusasiantuntijana kertynyttä kokemustietoa ja kuvaa nuorten toipujien tilannetta, kun psykiatrisen hoidon saatavuus on riittämätöntä. Hän ehdottaa ratkaisuksi eri hallintokuntien, psykiatrinen poliklinikoiden, sosiaali-toimiston ja työvoimatoimiston yhteistyön parantamista.

Kokemusasiantuntijan äänessä erottuvat omien toipumiskokemusten ohella vertaiskohtaamisissa välittyneet ajatukset ja kokemukset laajemmin sekä kehittämistoimintaan pohjaava kokemustietous. Kokemusasiantuntijan ääni eroaa vertaisen äänestä siinä, että hoidollisiin ja palveluihin liittyvässä kritiikissä ilmenee reflektiivisempi tarkastelu omakohtaisista ja vertaisten kokemuksista suhteessa palvelujärjestelmän käytänteisiin ja yhteiskunnan rakenteisiin. Kokemusasiantuntijan äänessä ilmenee yleistempi kollektiivinen kokemustieto vaikuttamiseen tähtäävänä puhetekona.

Kokemusasiantuntijan ääni linkittyy mukaan lähtevään puhumisen tapaan ja kooperaatiota kuvastavaan vuorovaikutusmuotoon. Mukaan lähtevässä puhumisen tavassa keskustelijat rakentavat yhteistä keskustelun kohdetta ja pyrkivät hakemaan siihen ratkaisuja. Kokemusasiantuntijuudessa yhteisen kokemukseen perustuvan tietopohjan jakaminen ja sen pohjalta muotoutuvat kehittämis ehdotukset ja vaikutamispyrkimykset ovat keskeisiä.

5.3.4 Yhteenvedo äänistä

Puheen kulussa erottelin omakohtaisen, vertaisen ja kokemusasiantuntijan äänen. Eri äänet paikantuivat paitsi itsenäisesti myös limittäin ja toisiinsa kietoutuen. Äänten kietoutumisessa toisiinsa on havaittavissa sekä henkilökohtaisen (Jacobson & Greenley 2001; Leamy ym. 2011; Andersen 2003) että sosiaalisen toipumisen (Marino 2015; Williams ym. 2015) ulottuvuudet. Havaitsin analyysin tuloksia tulkitessani, että vuorovaikutuksen tavat ja vuorovaikutuksessa hyödynnetyt äänet olivat yhteydessä toisiinsa. Omakohtainen ääni kuvaa kokemustietoa omasta toipumisesta, mikä on välttämätöntä yksilöllisen kokemustiedon muotoutumiselle ja sen sanoittamiselle. Ääni on samankaltainen kuin kehittävässä työntutkimuksessa sovellettu Raethelin (1993) koordinaatio vuorovaikutuksen muotona, joka ilmeni tilaa antavana vuorovaikutuksen tapana ja jossa keskustelun kohde rakentuu omakohtaiselle puheelle toipumisesta (Engeström 2004.) Jaetut omakohtaiset toipumisen kokemukset rakentavat toipumispuhetta toipumisen esteistä ja ratkaisuksista yhteiskunnan rakenteisiin ja palveluihin kokemusasiantuntijan ääntä käyttäen.

Vertaisen ääni ilmeni toisten arvostavana kuuntelemisena, tapana puhua ja toimia vertaisryhmän jäsenenä sekä toipumiseen kiinnittyvänä vertaisten hiljaisesti jakamana tietona (ks. Toom 2008, 34). Kysymyksessä oli yhdessä jaettu ja muotoutuva sosiaalinen kieli (Miller 1984). Vertaisen ääni muotoutuu keskustelussa usein limittäin omakohtaisen äänen kanssa. Se paikantui hoidollisten kokemusten vertaisreflektointina, yhteisesti jaettuna ja työstytynä ymmärryksenä. Ääni saattoi erottua myös tiettyyn puheenaiheeseen liittyen, kuten puhuttaessa vertaistuesta toipumi-

nessa. Tämä tuli näkyväksi erityisesti kahdenkeskisissä keskusteluissa. Vertaisen ääni ilmensi odotuksia samankaltaisesta vertaistietoon perustuvasta toipumisesta. Se voi vahvistaa vertaisyhteisöllistä sosiaalista kieltä, vuorovaikutuksen tapoja ja stigman kokemuksia. Suhteessa vuorovaikutuksen muotoihin havaitsin, että vertaisen ääni ryhmäkeskusteluissa on samankaltainen kuin mukaan lähtevä puhumisen tapa, joka muotoutuu erilaisista, toisiaan vahvistavista ja täydentävistä näkökulmista. Kahdenkeskisissä keskusteluissa vertaisen äänelle oli merkityksellisempää siinä rakentuvan puheen sisältö kuin vuorovaikutuksen muoto.

Myös kokemusasiantuntijan äänelle oli ominaista mukaan lähtevä puhumisen tapa ja kooperaatiota kuvastava vuorovaikutuksen muoto. Sitä ilmentää reflektiivinen ja johtopäätöksiä tekevä kokemustieto, joka perustuu omakohtaiseen ja kollektiiviseen vertais- ja kokemustietoon sekä kokemusasiantuntijana toimimisen kokemuksiin. Äänelle oli ominaista pyrkimys vaikuttaa. Siinä nimettiin sekä toipumisen esteitä että ratkaisuja tunnistettuihin esteisiin. Kokemusasiantuntijan ääni on dialoginen, sillä siinä ilmenevät moninaiset omakohtaiset kokemukset ja näkemykset esteistä ja ratkaisuehdotuksista, jotka voivat jäädä myös avoimiksi. Kokemusasiantuntijan ääni tuo näkyväksi toipujalähtöiset ehdotukset julkisten palveluiden kehittämiseksi sekä vuorovaikutuksessa sanoitettujen ja yhdessä jaettujen yhteiskunnassa tunnistettujen rakenteellisten ongelmien ratkaisemiseksi.

6 Jäsenkategoriat toipumisen puheessa

Tässä luvussa tarkastelen jäsenkategorioita toipumista koskevassa puheessa. Keskustelijoiden puheessa jäsenntyvät jäsenkategorioiksi itsestä tehty luokittelut sekä palvelujärjestelmän ja ammattilaisten taholta tuotetut luokittelut. Itsestä tehty luokittelut ovat personoituja jäsenkategorioita, joihin keskustelija sijoittaa itsensä tai muut sekä luo jäsenntystä arkielämästä (Korolainen 2010, 141). Myös ulkoapäin tuotetut luokittelut siirtyvät keskustelijoiden puheessa itseluokitteluiksi. Jäsenkategoriat vaikuttavat käsityksiin itsestä, yhteisöjen ja ympäristön suhtautumisesta toipumiseen, toipumisen esteisiin ja mahdollisuuksiin. Personoitujen jäsenkategorioiden ohella jäsenntä jäsenkategoriapareja ja ei-personoituja symbolisiin ja kulttuurisiin paikkoihin kiinnittyneitä jäsenkategorioita.

Eri jäsenkategoriat, luokittelut, limittyvät toinen toisiinsa ja ne voivat olla päällekkäisiä. Kielteisten luokitteluiden rinnalle voi rakentua myönteisiä luokitteluja itsestä. Jäsenkategorioiden tarkastelu etenee mielenterveyspotilaan, sairastavan ja toipujan luokitteluista vertaisen ja kokemusasiantuntijan jäsenkategorioihin. Alalukujen nimet kuvaavat luokitteluiden yläkategorioita (mielenterveyspotilas, sairastava, toipuja, vertainen ja kokemusasiantuntija), jotka olen nimennyt tutkimusaineistosta. Personoitujen jäsenkategorioiden tarkastelussa rakentuu moninaisia määrittelyitä itsestä ja osana vertaisyhteisöjä sekä suhteessa yhteisöihin ja yhteiskunnan jäsenyyksiin.

6.1 Mielenterveyspotilas

Käsittelen tässä alaluvussa mielenterveyspotilaan jäsenkategoriaa, joka kiinnittyy sairastamiseen, mielenterveyspotilaaksi asemoitumiseen ja terveydenhuoltojärjestelmän kohtaamisiin ja käytänteisiin. Mielenterveyspotilaan jäsenkategoria tulee näkyväksi myös aineistostani tunnistamistani jäsenkategoriapareista. Keskustelijat pohtivat kokemuksiin kohtaamisista useimmiten terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Näissä kohtaamisissa mielenterveyspotilaan jäsenkategoria määrittyy. Sanan mielenterveyspotilas historia juontuu sairastamisen oireisiin ja asiakkaan rooliin terveydenhuollon palvelujärjestelmässä (ks. luku 2).

Mielenterveyspotilaan jäsenkategoria jäsenntyy organisaatio- ja diagnoosilähtöisesti. Terveydenhuoltoa säätelevässä terveydenhuoltolaissa (Terveydenhuoltolaki

1326/2010) käytetään termiä potilas³⁵. Mielenterveysoireiden pohjalta henkilölle nimetään diagnoosi ja palvelutarpeet sekä osoitetaan tarpeenmukainen hoito ja kuntoutus. Kysymys on lääketieteellisestä arviosta ja asiantuntijakompetenssista, joka sijoittaa keskustelijan mielenterveyspotilaan jäsenkategoriaan ja asettaa odotukset potilaan roolista: miten potilaana tulee toimia. Ammattilaisen havainnot ja jäsentävät hoitoa.

Diagnooseja voi lähestyä tiettyinä aikoina ja tietyissä paikoissa sosiaalisen toiminnan tuloksina ja monimutkaisesti muotoutuvina kokonaisuuksina (Järvensivu ym. 2018, 29–30). Diagnoosi on olennainen väline hoidon, kuten lääkityksen, keskusteluavun ja terapian saamiseksi. Diagnoosien on nähty rakentavan sosiaalista järjestystä ja kulttuurista määrittelyä normaaliudesta ja hoidon tarpeesta (Jutel 2009). Esimerkiksi raskauden jälkeisen masennuksen uudelleen määrittely merkitsee D1:lle hänen oireidensa ymmärtämistä osana henkilökohtaista elämäntilannetta ja tulevaisuutta³⁶.

Ryhmäkeskustelu D, rivit 398–406

Jäsenkategoria: Raskauden jälkeisen masennuksen kanssa elävä

Jäsenkategoriapari: Lääkäri–mielenterveyspotilas

Puheenaihe: Toipumisen polku

D1: Että tässä, ei ole kauheen monta vuotta, kun oli semmonen psykiatri, joka kerto ensimmäisenä lääkärinä minulle, että **tämmönen raskauden jälkeinen masennus**, niin se seuraa läpi elämän. Et kun mie olin muutaman kerran yrittäny vähentää, lopettaa lääkitystä, niin aina uuestaan pitää alottaa. Niin hän sano, että pitää syyä koko niinkun loppuelämästä. Ja se oli miulle hirmunen helpotus. Et hm. Ja sitten, jos noista lääkäreistä vielä semmosen, että on pystyny vaikuttamaan ite, jopa lääkkeen nimetä, et mitä haluaa käyttää. Että mie oon saanu tällasta tunnustusta, että mie pystyn analysoimaan ite omaa tilannetta hyvin.

Otteessa lääkärin luoma tulkinta diagnoosista ja lääkkeiden asemasta kontekstisidonnaisesti jäsentää sairastamista osana arkielämää. Puheesta erottuvat jäsenkategoriapari mielenterveyspotilas–lääkäri, jossa lääkäri edustaa mielenterveydenhoidon auktoriteettia. D1:n puheessa ilmenee mielenterveyspotilaan jäsenkategoria *raskauden jälkeisenä masennuksena*. Hänen saamansa tieto lääkärin vastaanotolla masennuksen hoitamisesta ylläpitolääkityksen keinoin muuttuu ymmärrykseksi omakohtaisesta toipumisesta läpi elämän jatkuvana prosessina. Lääkärin omassa asiantuntija-asemassaan D1:lle antama palaute taidosta analysoida omaa tilannetta

35 Alun perin potilas-sana on peräisin latinan kielen sanasta *pati*, kärsiä. Samoin suomen kielessä potilaan kantasana potea viittaa sairastamiseen tai vaivasta kärsimiseen (Suomen etymologinen sanakirja).

36 Tässä alaluvussa aineisto-otteisiin lihavoidulla tekstissä on merkitty kohdat, joissa jäsenkategoria, jäsenkategoriapari ja ei-personoitu jäsenkategoria jäsenyvät näkyväksi vuorovaikutuksen kulussa.

kohentaa hänen kyvykkyyden tuntoa ja asemoi hänet taidokkaaksi mielenterveyspotilaaksi. Diagnoosin nimeäminen luo sisäistä ymmärrystä arkielämässä koetuista oireista.

Järjestelmä- ja organisaatiolähtöisesti määrittynyt hoito asettuu puheessa keskenään ristiriitaiseksi suhteessa subjektiivisesti koettuihin tarpeisiin ja toiveisiin. Diagnoosin kautta näyttäytyy ammattilaisen asiantuntijatieto ja asiantuntijavalta suhteessa mielenterveyspotilaaseen. Kohtaamisissa toipujan elämän kokonaisuus voi jäädä huomioimatta ja toipujan tilanne voi määrittyä ongelmien kautta (Jokinen 2016, 143). Ristiriitaisuus ilmentyy keskustelijoiden esimerkeistä vastaanottokäynteistä, joissa mielenterveyspotilas ja ammattilainen kohtaavat keskussairaalaan tai terveyskeskuksessa. Keskustelijat puhuvat vastaanotolla käytettävistä asiakastietojärjestelmän työvälineistä. Dokumentaatio ja kirjaukset hoidosta jäsenyivät keskeisiksi työvälineiksi, joiden kautta mielenterveyspotilaan jäsenkategoria tulee esiin. Asiakkuudet näkyvät asiakastietojärjestelmästä ammattilaiselle erityisalojen ”välilehtinä” kuten päihde- ja psykiatrian välilehdet. Välilehtien kirjaukset vaikuttavat osaltaan siihen, minkä diagnoosin perusteella ja mihin palvelusegmenttiin toipujan oletetaan palvelutarpeen arvioinnissa asemoituvan, kuten seuraavassa otteessa käy ilmi:

Ryhmäkeskustelu C, rivit 394–424

Jäsenkategoria: Päihdeongelmainen, paniikkihäiriöinen, mielenterveyspotilas

Jäsenkategoriapari: Ammattilaiset–mielenterveyspotilaat

Puheenaihe: Hoitokulttuuri, työvälineet, ratkaisuehdotus

M: - - on Effikassa on merkattu niin, että kenellä on asiakkuusriippuvuus vastaa jotain muuta, ni se on semmonen kun PAI-lehti, ja sitä PAI-lehteä ei ole niillä, kenellä ei ole päihdeongelmia ollu. Eli tavallaan sit kun sinä meet keskussairaalaan verikokeisiin tai mihin tahansa muualle, ni eihän heidän tarvitte avata sitä sivua ollenkaan, kun siel näkyy se PAI-lehti, niin tietää, et tällä on **päihdeongelma**. Et tämmöset asiat on ne, mitkä tuo sit samaa asiaa, että kun se diagnoosiasia.

T: Voiks siinä tulkita, et se työväline tavallaan, mitä he käyttää, ni se voi aiheuttaa jo leimaamista?

M: Kyllä.

N: Niin kuin ihan yhtälaillahan siinä näkyy psykiatrian lehti.

M: Sitä minä tavallaan lähinkin siitä, että justiinsa kun se näkyy se, tämä juttu näkyy tavallaan, ni myöskin se pai näkyy myös samalla lailla. Just toi on juuri se asia mikä on mistä on myöskin puhuttu ihan - - johtajien kanssa X:ssä [=kaupunki]että tänne pitäis saada muutoksia sitten.

N: Ja sit kun se heijastuu myös siinä, että menet somaattisista syistä hakemaan päivystyksestä tai lääkäriltä apua, niin sitten sieltä tuleekin kohta **kysymyksiä psykiatrisesta puolesta**. Ikään kun niillä nyt olis jotakin tekemistä sen takia, et sul on kurkku kipee.

- M: Minä törmäsin itte selkäkipuihin (epäselvää). Menin eräälle terveyskeskuslääkärille ja mulla särki selkää niin tolkkottomasti, et minä en meinannu päästä liikkeelle kunnolla. Ni lääkäri totes vaan, et tää johtuu **paniikkihäiriöstä**.
- N: Juuri näin.

Otteessa kuvataan ammattilaisen ja keskustelijoiden kohtaamisia, joissa mielen-terveyspotilaaksi luokittelu tapahtuu. Jäsenkategoriaparina erottuvat *ammattilaiset* (he)–*mielenterveyspotilaat* (me). Puhujat mainitsevat erilaiset ammattilaisten valtaa ylläpitävät ja uusintavat työvälineet ja terveydenhuollon toimintakulttuurin käytänteet. Esimerkit verikokeiden ottamisen, kurkkukivun tai selkäsäryn osalta kohtaamisissa terveyskeskuksen ammattilaisten kanssa osoittavat sitä, miten somaattisen sairauden oireet tulkitaan psykiatristen ongelmien kautta mielenterveyspotilaan jäsenkategorian pohjalta. Somaattinen sairastaminen jää tutkimusaineistoni kohtaamiskuvauksessa mielenterveyspotilaan jäsenkategoriamäärittelyn varjoon (ks. Suvisaari ym. 2019). Kysymys on ammattilaisten oletuksista, käsityksistä ja työvälineisiin kiinnittyvästä asiantuntija- ja kategorisointivallasta (myös Kinni 2011). Somaattinen sairastaminen rakentuu alisteiseksi psykiatriselle diagnoosille ja käsitteille (Jännti ym. 2022). Keskustelussa ilmenee organisaation institutionaalinen puhe (myös Juhila ym. 2016).

Henkilökunnan vaihtuvuuden vuoksi lääkärin vastaanotolla voi joutua kertomaan samat asiat mielenterveyspotilaana yhä uudelleen:

Ryhmäkeskustelu E, rivit 445–451

Jäsenkategoria: Sä

Jäsenkategoriapari: Mielenterveyspotilas–työntekijä, lääkäri

Puheenaihe: Henkilökunnan vaihtuminen ja kohtaamisosaaaminen

E1: No mul tulee ihan mieleen tuolla psykolilla ja sairaaloissa henkilökunnan vaihtuminen, et joutuu uudestaan ja uudestaan selittää ne samat asiat. Ja sit, vaik ois sama työntekijä, mut tavallaan **sä** joudut aina alottaa siit, et mikä kaikki on huonosti, koska se lääkärin aika on tosi lyhyt aika ni sit, jos et sä sano sitä, et mikä on huonosti ni se luulee, et sul menee liian hyvin ja sit se. Loppuu rahat tai sinulla loppuu tuet tai sinulla loppuu sairaslomat tai muuta, jos sä sanot hyvät asiat.

Otteessa keskustelija E1 määrittää itsensä sellaisen mielenterveyspotilaan jäsenkategoriaan, jonka kuuluu kertoa vastaanotolla ensin pulmalliset arkielämän asiat. Hän pelkää sairasloman ja etuuksien tai tukien menettämistä. Ammattilainen, lääkäri, voi tehdä vastaanotolla arvion ja päätöksen hoidon jatkuvuudesta keskustelijan esiin nostamien asioiden perusteella. Keskusteluote kuvastaa sosiaalista mukautumista määrittyä ja toimia oletetun mielenterveyspotilaan roolissa vallitsevan terveydenhoitojärjestelmän ja sosiaalietuuksiin liittyvien sääntöjen, käytäntöjen ja resurssien ehdoilla (ks. Järvensivu ym. 2018).

Ammattilaisen oletukset vaikuttavat siihen, miten mielenterveystoipujiin suhtaudutaan. Alla olevassa otteessa J kuvaa perehtyneensä potilasdokumentteihinsa laatiessaan valituksia etuuksien ja tukien hylkäyspäätöksiin.

Kahdenkeskinen keskustelu H, puheenvuorojen rivit 480–488

Jäsenkategoria: Potilas, ihminen, asiakas

Jäsenkategoriapari: Ammattilainen–mielenterveyspotilas, ihminen, asiakas

Puheenaihe: Mitä olisi pitänyt tehdä toisin? Dokumentointi, kuunnellaan ja uskotaan

J: Siis sitte minä käänsin tän positiiviseksi (naurahdus) tän asian jossain vaihees. Minä aattelin, että tää oli aika rankka lisäkoulutus (naurua). Tietää, miltä tuntuu, kun joutuu niitä papereita täyttämään ja tulee hylkyä ja joutuu tekemään valituksia ja tulee kohdelluksi **potilaana** ja tulee. **On se ihminen**, kuka istuu siin tuolis, josta kirjojetaan ja josta sä luet sitte niitä, et **onks tää minä** (naurahdus) ne tekstit. Se oli sellanen, koska minä olin tehny minun **asiakkaista** monta vuotta jo kanssa tekstejä. Minä aattelin, että nyt minä ehkä vähän eri silmällä itsekin kirjottaisin ja mieltisin, että miten minä kohtaan, kun oon istunu siinä jakkaralla, et oon ollu se, **kenestä kirjojetaan ja kuka on se potilas**.

Otteessa dokumentaatioista erottuvat useat jäsenkategoriat ovat *potilas, ihminen ja asiakas*. Jäsenkategoriaparissa *ammattilaisen* vastinpariksi tulevat nimetyksi *potilas, asiakas, ihminen*. Jäsenkategoria *ihminen* nimetään vastaanottotilannetta kuvatessa, kun ammattilainen tekee kirjauksia. Keskustelija J muotoilee itseään ihmettelevää ”*onks tää minä*”-tarkastelua lukiessaan itsestä kirjoitettuja kirjauksia. Kirjaukset tuovat näkyväksi ammattilaisen segmentointivallan, jonka mukaan tarvittava hoitopolku ja etuuspäätökset rakentuvat järjestelmälähtöisesti määrittyvien palveluvalikkojen perusteella (myös Poikola 2010). Ihmisen kokemustieto omasta arkielämästään jää huomioimatta. J pohtii, että hän jatkossa reflektoi itseään siitä, miten ammattilaisen roolissa kohtaa potilaita. J:n puhe kuvastaa palvelujärjestelmän totuttuja pelisääntöjä. Kirjoittamattomat palvelujärjestelmän säännöt ilmenevät puheessa ja työvälineissä (Engeström 1995, 104).

Ongelmalähtöinen puhe siirtyy itsestigmatisoinniksi. Koettu ja eletty arkielämä moninaisine ongelmineen ei sovi palvelujärjestelmästä määritettyyn mielenterveyspotilaan jäsenkategoriaan, mikä aiheuttaa haasteita ammattilaisen ja keskustelijan välisissä kohtaamisissa.

Ryhmäkeskustelu B, rivit 449–471

Jäsenkategoria: Potilas, asiakas, alempiarvoinen, sairauksien vyyhti

Jäsenkategoriapari: Ammattihenkilökunta–potilas, asiakas, sairauksien vyyhti, ihminen

Puheenaihe: Esteitä toipumiselle ja ratkaisuehdotukset

B2: -- se tapa millä ammattihenkilökunta kohtaa **potilaan tai asiakkaan**, ni siin on minun mielestä ihan valtavasti parannettavaa, ja siin mä uskon näin, et siin ei voi vedota mi-

hinkään resursseihin. Koska se kohtaaminen, jos se aito kohtaaminen jos se toteutuu, ni se ei vie aikaakaan kauheen paljoo enempää, et se voi viedä vähemmänkin aikaa. Mä uskon täl tavalla, niin ja se nimenomaan, et mitä mä oon kokenu, kyl todella usein käytetään valtaa ja sitä käytetään aika häikäilemättömästi ja sillee semmosta jopa alistamista. Esimerkiks mulla, kun mä oon opiskellu kolme eri ammattii, mut ne kaikki on keskeytyny sairauksien takii ja mä oon pyrkiny aina hakeutumaan kuntoutuksiin. Ja just et on ollu kuntouttavaa työtoimintaa ja harjotteluu ja työkykyselvityksii ja kuntoutustutkimuksii ja minun oma motivaatio on ollu tosi korkea niihin. Mut siellä mua on kohdeltu **alempiarvoisena**, mua on mitattu, mua on väännelty ja käännelty ja on keskitytty nimenomaan puutteisiin ja vikoihin, ja nä oon alkanu ite myös ajattelemaan ittestäni sil tavalla. Et en enää onneks, mut pitkään ajattelin, et minussa ei oo mitään hyvää, et minä oon vaan yks vitun **sairauksien vyyhti**. Et myös se oma näkökenttä keskitty niihin sairauksiin. Et sit jotenkin se, et jos huomattais ne ihmisten voimavarat, et toki tiedostetaan, et sul nyt on nää rajotukset tässä, mitkä asettaa tietty vaatimuksii sil tavalla. Mut se, et jos nähtäis myös ne voimavarat ja oikeesti **kuunneltais ihmistä** ja se, et mitä hänel on sanottavana ja mitä hän kokis itse itselleen tärkeäks, merkitykselliseksi ja mikä mahdollisesti auttais häntä, mitä hän haluais. Niin kyl minä uskon, et se säästäsi resursseja ja se tukis sen ihmisen kokonaisvaltaast hyvinvointii, työllistymistä ja toiveikkuutta ja osallisuutta.

Otteessa B2 kuvaa ammattilaisen objektivoivaa toimintatapaa, jonka hän kokee alistavaksi vallankäytöksi (ks. Link & Phelan 2001). Hän puhuu tunteneensa itsensä *alempiarvoiseksi* ja käyttää itsestään ilmaisua *sairauksien vyyhti*, kielteisesti määrittynyttä personoitua jäsenkategoriaa. Sen ominaisuuksiksi määrittyvät puutteet ja viat. B2 tuo esille, ettei hän ole omalla toiminnallaan voinut kohentaa tilannettaan, vaan hän oli omaksunut alisteisen aseman omaan itsemäärittelyynsä. Kysymys on keskustelijan itsestigmatisoitumisesta. Tutkimuksissa on havaittu toistuvien häpeäkokemuksien muuttavan yksilön käsitystä itsestä kielteisesti, jolloin ei tarvitse enää kokea todellisia häpeän kokemuksia itsestään (Myllyviita 2020, 84). Edellä otteessa B2 koki ajattelevansa laajemmin, ettei hänessä ole mitään hyvää, vain kielteistä. Itsestigmatisoitumisen on todettu vahvistavan leimautumisen kokemusta, rajoittavan henkilön elämää ja hidastavan toipumista. (Myös Viljanen 2011, 70.)

Medikalisoitunut, ongelmalähtöinen puhe vahvistaa asiakkaan ongelmiin keskittävää työskentelyä, kun taas muutospuhe vahvistaa ratkaisujen hakemista. B2 puheessa jäsenkategoriapareiksi jäsentyvät yhtäältä määrittely mielenterveyspotilaasta puutteita ja vikoja korostavana *sairauksien vyyhtinä* ja toisaalta odotus *ihmisen* näkemisestä ja kuuntelemisesta toimijana voimavaroineen. Ilmaistu tarve toipujälhätöisestä kuuntelemisesta perustuu odotukselle ammattilaisen voimavaraletöisestä ja ratkaisukeskeisestä työorientaatiosta. Tarve kuuntelemiseen on samankaltainen Päivi Kirjavaisen (2024) väitöstudkimuksen kanssa, jossa osallisuuden kokemuksen nähdaän rakentuvan kunnioittavalle kohtaamiselle. Toipujälhtöinen kuuntele-

misen taustalla on vaihtoehtojen ratkaisujen hakeminen yhdessä ja uskominen toipujan omaehtoiseen kykyyn toimia itse, toimijana (myös Rapp & Goscha 2012; Nordling 2023). Kuuntelevan kohtaamisen tarvetta perustellaan toisaalla terveydenhuollon resurssien säästämällä ja asiakkaan kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin ja osallisuuden edistämällä (ks. Raivio & Karjalainen 2013).

Aineistossani ammattilaisen kirjaukset ovat ohjaavampia kuin keskustelijan ja ammattilaisen vuorovaikutuksessa rakentuva ymmärrys keskustelijan ajankohtaisesta voinnista ja tilanteesta. Kirjausten kieli ilmentää Güntherin (2012) painottamia ammatillisia kehyksiä kuten käytettyjä käsitteitä, ammatillista kulttuuria ja ammattilaisen ja asiakkaan rooleja. Toisaalla aineistossani tukihenkilön, kuten läheisen tai työterveyshoitajan, läsnäolon ja tuen todettiin olevan olennaisen merkityksellistä sellaisissa vastaanottotilanteissa, joissa ammattilaisen kohtaamiset koettiin mitätöivinä ja keskustelijan ääntä ohittavina. Lääkärin vastaanottotapaaminen voi edellyttää myös omien asioiden asianajoa:

Kahdenkeskinen keskustelu G, rivit 94–98

Jäsenkategoria: Huonokuntoinen mielenterveyspotilas

Jäsenkategoriapari: Huonokuntoinen mielenterveyspotilas–taitava psykiatri

Puheenaihe: Toipumisen käänne

G: Nyt, jos minä menisin psykiatrille, niin kyllä minä osaisin vaatia ja sanoo, että jos se ei toimi, niin seuraava psykiatri. Tää ei käy minulle, että meillä ei toimi tää homma. Mutta silloin siinä **huonokuntoisempana**. Silloin pitäis olla todella taitava psykiatri ymmärtämään ja kuulla. Tavallaan osata kuulla sieltä rivien välistä ne tärkeät asiat.

Otteessa keskustelija G kuvaa oppineensa vaatimaan hoitoa, mikäli psykiatrin kanssa ei rakennu yhteisesti jaettua näkemystä hänen ajankohtaisesta voinnistaan. G1:n puheessa rakentuu retrospektiivisesti tarkastellen mielenterveyspotilaan jäsenkategoria toimijana, asioiden vaatijana. G1 tarkastelee *meitä* jäsenkategoriaparina tarkoittaen meinä vastaanottotapaamisessa psykiatria ja mielenterveyspotilasta. Vastaavasti aiemmassa tutkimuksessa mielenterveyden hoitoon liittyvien palveluiden vaihtoehtoja on todettu neuvoteltavan ammattilaisen ja toipujan välillä (Juhila ym. 2015). G1:n puheessa ilmenee määrittely *huonokuntoisemmasta mielenterveyspotilaasta* voinnin vaihtelut huomioiden ja vastaavasti odotus *taitavasta psykiatrasta*, joka osaa kuulla rivien välistä tärkeät asiat, joihin tarttua. Palvelujärjestelmän tarjoamien mahdollisuuksien oikea-aikaisuuden on todettu olevan olennaista sen kannalta, edistävätkö hoito ja palvelut toipumista vaiko eivät (Koskisu 2004).

Ryhmäkeskustelu A:ssa keskustelijat tuovat esiin, kuinka oikea-aikaisuudessa on kyse palveluiden sopivuudesta sen hetkiseen vointiin ja tarpeisiin. On vaikea sitoutua hoitoon tai palveluun, mikäli tuki ja apu koetaan riittämättömäksi tai vääränlaiseksi. A1 puhuu, että osallistuminen päiväsairalan ryhmämuotoiseen toimintaan ei tukenut toipumista, koska A1 kuvaa tuolloin olleensa *hyvin sairas*:

Ryhmäkeskustelu A, rivit 531–540

Jäsenkategoria; Hyvin sairas

Jäsenkategoriapari: Hyvin sairas–hoitaja

Ei-personoitu jäsenkategoria: Päiväsairaalan ryhmä: levyraati

Puheenaihe: Päiväsairaala, yksilöllisyys vai järjestelmän struktuuri

A1: Joo mul on vähän eri lailla nyt koen mitä A2 sano, et mä oon ollu päiväsairaalassa puol vuotta, ja siel oli kans tämmönen **näitä ryhmiä ja yks oli levyraati**. Ja mä huusin sisältäni, et auttakaa mua, et parantakaa mua, koska mä koin, että mä **oon hyvin sairas**. Kaikki tauot mä makasin siellä lepohuoneessa, et hyvä, et mä jaksoin sen 40 minuuttii olla siinä ryhmässä, ja sit oli joku levyraati, ja siinä me istuttiin kun Jari Sillanpää laulaa Satulinna. Ni mä en ymmärtäny sitä ideaa, et millä lailla se mua parantaa. Et enempi mä oisin siellä päiväsairaalassa kaivannu yksilökeskusteluja sen hoitajan kanssa enempi, kun sitten mitään sellasta, että en täysin jäi epäselväks kyllä se musiikkihomma.

Keskustelija A1 puhuu päiväsairaalan kaikille mielenterveyspotilaille järjestetystä levyraatiryhmästä, jonka sijasta keskustelija olisi toivonut yksilökeskusteluja hoitajan kanssa. Päiväsairaalassa ei ollut tarjolla sellaista, mitä A1 koki tarvitsevansa. Otteessa ilmentyy jäsenkategoriapari *hoitajasta* toipumisen tukijana ja mielenterveyspotilaasta *hyvin sairaana* ja parantamisen kohteena olevana. Jäsenkategoriat kiinnittyvät päiväsairaalan levyraatiryhmään paikka- ja tilannesidonnaisesti.

Diagnoosien sekä lääketieteeseen kiinnittyneiden hoitokäytäntöjen ja työvälineiden ohella palvelujärjestelmä luo ja ylläpitää kategorisointeja ryhmämuotoisille palveluille. Päiväsairaalan struktuuri, viikko-ohjelma, ilmentää sosiaalista järjestystä, joka ohjaa toipujille toteutettavaa toimintaa kunakin päivänä. Yhtäältä päiväsairaalan strukturoidun ohjelman kuvattiin tuovan arkipäiviin rytmin, mutta toisaalta kategorisoivan toipujia yhdeksi homogeeniseksi ryhmäksi oletettuine yhteisine tarpeineen. Päiväsairaalan sosiaalisen struktuurin kuvauksessa tuli esiin organisaation jäykkyys ottaa huomioon palveluiden oikea-aikaisuus ja yksilöllisyys kunkin mielenterveyspotilaan osalta. *Päiväsairaalan ryhmä*, levyraati, määritetty A1:lle osoitetuksi tilaksi, ei-personoiduksi jäsenkategoriaksi, jonka hän koki itselleen vieraaksi.

Sairaalan ja terveyskeskuksen toimintatavat kuvattiin ristiriitaisina. Psykiatrisen osastohoidon aikana käveleminen omahoitajan kanssa luonnossa sairaalan lähiympäristössä edisti epämuodollista vuorovaikutusta ja helpotti vaikeista asioista puhumista. Toisaalta toimintaan osallistuminen saattoi nopeuttaa hoidon loppumista ja kotiin palaamista, jossa odottivat vaikeimmat ongelmat kuten läheisten päihteidenkäyttö ja tulehtuneet perhesuhteet. Aktiivisesta osallistumisesta seuraava kotiuttaminen voi ilmentää jännitettä kustannustehokkaan ja vaikutuksia arvioivan hoidon sekä toipumisen vaihteluita huomioivan, pidemmän hoidon tarpeen välillä (ks. Lähdesmäki 2003).

Keskusteluista rakentuu näkemys siitä, että palvelujärjestelmän käytänteissä henkilöltä odotetaan mielenterveyspotilaan kulttuurisidonnaista roolia ja toimintaa.

Kulttuurisidonnaiset ammatilliset kehukset ja käsitykset eri rooleista vaikuttavat siihen, kuka määritetään sairaaksi tai terveeksi, ja miten mielenterveyspotilaana tulisi olla ja toimia (myös Günther 2012). Liian hyvässä kunnossa olevan mielenterveyspotilaan jäsenkategoria velvoittaa asemoitumista normitettuun terveen kansalaisen rooliin sille ominaisine toimintoineen.

Samaan tapaan kuin edellä levyraati päiväsairaalassa määrittyi A1:lle vieraaksi tilaksi, myös psykiatrisen sairaalan osasto ilmentyy vieraana tilana. Seuraavassa otteessa psykiatrinen osasto ilmenee ei-personoituna jäsenkategoriana hoitajan todetessa, että osasto *ei ole mikään yksinäisyyden pakopaikka*. Osaston tulisi tarvelähtöisesti pikemminkin muotoutua paikaksi, jossa E1:n kuvaamia ongelmia, kuten yksinäisyyttä, kohdataan, nimetään ja käsitellään.

Ryhmäkeskustelu E, rivit 241–250

Jäsenkategoria: Mielenterveyspotilas

Jäsenkategoriapari: Mielenterveyspotilas–lääkäri, hoitaja

Ei-personoitu jäsenkategoria: Osasto ei yksinäisyyden pakopaikka

Puheenaihe: Esteet toipumiselle

E1: Mul oli sellasii välinpitämättömiä tapaamisia tavallaan, että ei tarvi ymmärtää sitä mun pahaa oloa, eikä tarvi tietää, miltä se tuntuu. Mutta se, että jotenkin aliajatellaan susta tai että sä et. Kun sä kuitenkin tiedät ite, miltä sust tuntuu niin, ettei sitä aliarvosteta. Mul on muutama kerta käyny just osastolla esimerkiksi sillai, että hoitaja on suoraan sanonu, et **ei tää oo mikään paikka yksinäisyyden pakopaikka**. Mihin mä sanoin, et kuule. Nyt, et jos lääkäri on määränny mut tänne ja sanonu, että tule tänne sisään, ja mä oon tätä paikkaa pitkään yrittäny päästä sisään, koska mul on niin paha olo, niin enhän mä täällä sen takia ole. Samoin sellanen välinpitämätön kohtaaminen psykopolilla. Sellanen, joka ei usko siihen mun omaan kokemukseen, ni se on ollu vaikee.

Otteessa psykiatrinen osasto ilmaistaan tilana, johon liitetään mielenterveyspotilaaseen oletettuja ominaisuuksia. Yksinäisyys kiinnittyy mielenterveyspotilaan jäsenkategoriaan ja liittyy E1:en ajankohtaiseen elämäntilanteeseen. Otteessa ilmenee ammattilaisten toiminta E1:n kokemuksen aliarvostamisena ja välinpitämättömyytenä hänen näkemyksistään. Samalla puheessa lääkäri jäsenkategoriaparina mielenterveyspotilaille määritetty auktoriteetiksi, jonka asiantuntemukseen E1 vetoaa tarpeestaan päästä psykiatriseen osastohoitoon.

Terveyskeskuksen tai sairaalan ammattilaisten kohtaamisissa määritellään mielenterveyspotilaan jäsenkategoriaa, joka vaikuttaa siihen, miten toipujaa kohdellaan hoitojärjestelmässä. Tutkimuksissa on havaittu, että mielenterveystoipujat ovat kohdanneet ammattilaisten stigmatisoivaa kieltä ja paternalistisia käytäntöjä, jossa heidät on asetettu päätöksenteon ulkopuolelle ja odottamaan apua hakiessaan (Knaak ym. 2017; Connor & Wilson 2006). Aineistoni keskustelijat puhuivat joutuvansa arvioiduiksi ja luokittelun kohteiksi asioidessaan terveydenhuoltojärjestelmässä.

Tämä heijastuu toipujaan vajavuuden, huonommuuden, toiseuden ja häpeän tunteina sekä itsestigmatisoitumisena. (Myös Väyrynen 2007; Williams ym. 2015.)

Stigmatisoituminen ilmeni aineistossani vuorovaikutussuhteissa ammattilaisen ja toipujan välillä sekä palvelujärjestelmän käytänteissä ja rakenteissa (myös Link & Phelan 2001; Karhunen & Orjasniemi 2024). Jäykät palvelujärjestelmästä lähtöisin olevat kategorisoinnit voivat syrjäyttää ihmisiä palveluista ja estää yksilöllisen toipumisen. Palvelujärjestelmän kohtaamisissa kielteiset asenteet ja toimintatavat sekä ammatillinen kulttuuri (myös Günther 2012) ylläpitävät toiseuttavia kategorisointeja ja ovat myös niiden tuotteita. Luokitteluiden on todettu vaikuttavan siihen, millaista työorientaatiota ammattilaiselta odotetaan ja kuinka mielenterveyspalvelut tulisi järjestää (Lukens & Solomon 2013, 64). Tutkimusaineistoni keskusteluissa muotoutuu yhteisesti sanoitettu muutostarve ammattilaisten asenteissa toipujia kohtaan, yksilöllisten tarpeiden ja oikea-aikaisten palveluiden huomioimisessa sekä kuuntelevan kohtaamisen taidoissa ammattilaisen työorientaationa.

6.2 Sairastava

Suurin osa keskustelijoista puhui sairastamisesta tilana, joka ilmenee myös limittein mielenterveyspotilaan jäsenkategorian kanssa. Sairastavan ymmärtäminen on olennaista kokonaiskuvan saamiseksi siitä, miten puheessa jäsenytyvät luokittelut toipumisen vaiheissa muotoutuvat. Sairastavan jäsenkategoriaa ei määritä diagnoosi kuten mielenterveyspotilaan jäsenkategoriasa. Keskeistä sairastavan määrittelyssä on itse tunnistettujen oireiden ja niiden arkisten merkitysten esille tuominen.

Sairastamisen tila erottui puheessa osin omana kokonaisuutenaan ja osin rinnakkaisena puheelle toipumisesta. Keskustelijat puhuivat pääosin ensimmäistä sairastamisen kokemuksestaan. Jotkut mainitsivat sairastamisen uusiutumisesta elämän erilaisissa muutostilanteissa. Osa ei kuvannut juurikaan sairastamista, vaan he puhuivat toipumisesta. Sairastamisen tilaan arkielämässä kiinnittyy sairastavan jäsenkategoria. Sairastava kuvaa käsitystä itsestä ja palvelujärjestelmässä tehdyistä luokitteluista siirrettynä itse.

Sairastavan jäsenkategoria määrittyy kielteisesti puheena itsestä ei-toimijana, kuten ”*en mä pysty tähän, en mä pysty tätä tekemään, sitten siihen pysty kuntoutumaan*” (kahdenkeskinen keskustelu G). Sairastavaa ilmentävät kielteiset adjektiivit ja verbit itsestä (ks. Nikander 2010). Jäsenkategorian piirteisiin kuuluivat psyykkisen ja fyysisen voinnin ja oireiden kuvaukset, kuten *vaikee, syvä masennus, itsetuhoinen ja masentunut, psykoottinen* tai *trauman seuraus*. Verbit muotoilivat itseän liitettyjä toimintoja ja olemusta, kuten *mä olin, mä itkin*. Keskustelijat kuvasivat sairastavan jäsenkategoriaa kognitiivisina oireina, jaksamis- ja keskittymisongelmina, kipuna, masentuneisuutena, itsetuhoisuutena, syömishäiriönä, nukkumattomuutena ja toimintakyvyn laskuna. Suhde omaan kehoon voi muuttua vääristyneeksi, mikä

heijastuu itsensä määrittymiseen kielteisesti (Väyrynen 2007, 111). Oireita olivat lisäksi eristäytyminen, välinpitämättömyys hoitaa henkilökohtaista hygieniaa ja arkielämän asioita sekä vetäytyminen läheisistä ja muista sosiaalisista suhteista.

Sairastavaan liittyy arkielämän totutun struktuurin rikkoutuminen ja toivottomuus. Toivottomuutta ilmentävät näköalattomuus, elämän tavoitteiden ja merkityksellisyyden menettäminen. Noora Tuomiston ja kumppaneiden (2022) nimeämä toivottomuuden diskurssi, joka kuvastaa sairastamisen nujertamana olemista, erottui myös sairastavan jäsenkategorian kuvauksissa. Nämä kuvaukset ovat ennen kaikkea moninaisia tulkintoja menneisyyden arkielämän tapahtumista ja sosiaalisista suhteista. Puheessa määritytään sairastavan rooliin: on lupa olla sairastava.

Sairastavan jäsenkategorian jäsennyksiä luonnehti pitkäkestoinen sairastaminen. A2 puhuu alla otteessa elämäänsä kymmenen vuoden ajanjaksolta kuvaamalla psykoosia, äänien kuulemista ja kokemaansa viiltävää kipua. Hän suuntaa itseään *sairastavaksi*³⁷:

Ryhmäkeskustelu A, rivit 182–192

Jäsenkategoria: 10 vuotta psykoosissa, heitteille jätettynä, rikki menneenä, avun pyytäjä, avun antaja

Puheenaihe: Omakohtainen sairastaminen, toipumisen käännekohta

A2: No mä sen verran sanon, että vaikka mun siis sillai tuntuu, kun mä kerron näist asioista, ni vähän niinku kevyeltä tai sillä tavalla, että ei mul ois ollu niin vaikeeta kun mul oli. Mutta mä oon oikeesti ollu 90-luvulla ni **noin 10 vuotta psykoosissa ja heitteille jätettynä** ilman hoitoa ja satoja ääniä päässä, tunteet menny vuoristorataa, kipua, puukon viiltävää kipua koko sielu käy läpi. Ja sitten mä itkin vuorokausi ympäri, mä olin ihan **menin rikki** oikeesti vakavasti ja muhun sattui ihan kauheesti jne, Mutta mä olen täs 2000-luvulla päässyt eheytymään ja kuntoutumaan niin hirveen hyvin, mua kohtaan on niin valtavan ystävällisiä oltu ja sillä tavalla, et mä oon päässy eheytymään. Ja tästä **avun pyytäjistä tai hakijasta must on tullu avunantaja** ja sillä tavalla, että mul on huomattava muutos tapahtunu mun elämässäni.

A2:n rooli sairastavana asemoituu palvelujärjestelmästä käsin *avun pyytäjänä ja avun hakijana* (ks. Ostrow & Adams 2012). Hän kuvaa itseään suhteessa muihin ihmisiin ja palvelujärjestelmään *heitteille jätettynä ilman hoitoa, rikki menneenä*. Sisäisen tarinan keinoin ihminen rakentaa tulkintoja ja merkityksiä omasta arkielämästään, ja siihen liittyvistä tunteista ja tulevaisuuksista (Hänninen 1999). Keskusteluissa puhutaan toisaalla, että sairastaminen ei välttämättä näy ulospäin muille ihmisille. Tällöin ei-sairastavien voi olla vaikea ymmärtää sairastavan tuntemuksia ja ajankohtaista elämäntilannetta. Puheenvuoronsa loppupuolella A2 jäsentää itsensä

37 Tässä alaluvussa aineisto-otteisiin lihavoidulla tekstissä on merkitty kohdat, joissa jäsenkategoria, jäsenkategoriapari ja ei-personoitu jäsenkategoria jäsenyivät näkyväksi vuorovaikutuksen kulussa.

sairastavan ja avun pyytäjän luokitteluiden ohella uudenlaiseen *avunantajan* jäsenkategoriaan suuntautuvaksi.

Jumiutuminen sairastavan identiteettiin vahvistaa kielteistä käsitystä itsestä (ks. Starnino 2009; Goffman 1997). Tämä murtaa aiempaa minäkäsitystä ja uskoa pystyvyydestä. Totutut arkielämän roolit kapenevat (myös Savolainen 2011, 155). Nämä ruokkivat huonoa itsetuntoa ja häpeän kokemusta. Seuraavassa otteessa D1 pohtii, kuinka luottamuksen katoaminen omaan pystyvyyteen heijastuu arkielämään:

Ryhmäkeskustelu D, rivit 138–144

Jäsenkategoria: Ahmintahäiriöinen, raha-asioiden säntillinen hoitaja

Puheenaihe: Sairastamisen vaihtelua, hoitoa ja kuntoutusta ja toipumista tukevat tekijät

D1: Et minulla oli oikein **paha ahmintahäiriökin**, tuli siinä. On ehkä jossain määrin ollu koko elämäni aikana. Se niinkun, se oli sellasta, ettei niinkun välittänyt ittestään. En minä oikein jaksanu käydä suihkussa. Ja kaikki tämmöset oma hygieniä ja kaikki tämmöset ei minua kiinnostanu yhtään. Et ainoa, mitä **minä hoidin säntillisesti**, niin **raha-asiat** minä oon hoitanu aina säntillisesti. Et niitä minä en jättänyt silloankaan retuperälle. Et se on joku mulla semmonen kunnia-asia ollu aina. Ja ne minä pystyin hoitamaan.

Otteessa *sairastavan* jäsenkategoriaa kuvaa irrallisuus ja kiinnostamattomuus, ”*ettei niinku välittänyt itsestään. En minä oikein jaksanu käydä suihkussa.*” Itsensä luokittelu ei ole kuitenkaan vain yhteen jäsenkategoriaan suuntautuvaa. Keskustelija puhuu talousasioiden hoitamisesta säntillisesti myös sairastamisen pahimpina aikoina. Sairastavan jäsenkategorian osana rakentuu *raha-asioita hoitava*, jolloin kielteiset ja myönteiset jäsenkategoriat vaihtelevat kuvatun toiminnan kontekstissa (myös Korolainen 2010).

Häpeän tunnetta syventävät sairauden moninaiset oireet ja toimintakyvyn heikkeneminen. Keskustelija D2 kuvaa itseään adjektiiveilla araksi ja huonon itsetunnon omaavaksi, joka välttelee muiden ihmisten kohtaamista:

Ryhmäkeskustelu D, rivit 230–236

Jäsenkategoria: Sairastava, arka

Jäsenkategoriapari: Sairastava–päivätoimintaan osallistuvien omituinen porukka

Puheenaihe: Sairastamisen vaihtelua, hoitoa ja kuntoutusta ja toipumista tukevat tekijät; päivätoiminta

D2: Kolmannella kerralla menin sisään. Ja katoin siellä sen huoneen perimmäisen nurkan. Otin lehden käteen, mikä oli todennäköisesti väärin perin. Ja sieltä sitten tähyilin, että mitä täällä oikein tapahtuu, että onpas täällä **omituista porukkaa**. (naurahdus). Seurailin sitä monta viikkoa. Et **mä olin todella arka**. Mä en ottanu minkään näköstä kontaktia, en kehenkään. Se oli aivan mahdoton juttu. Et mulla itsetunto oli niin maissa, kun olla ja voi. Et mä en, tänä päivänä mä en ymmärrä, et miten voi mennä sellaseen tilaan.

Otteessa D2 tarkastelee vetäytymistään sivuun päivätoimintaryhmän ihmisistä: hän seurasi muita osallistujia sivusta. Päivätoimintaan osallistuvat määrittyvät *omituisten porukan* jäsenkategoriaan sellaisina toipujina, jotka ovat mukana yhteisön toiminnassa. Hän tarkastelee toimintaansa jälkikäteen reflektoidulla omaa psyykkistä vointiaan kriittisesti. Sairastamisen puheelle on ominaista puhua itseään kauempaa tarkastellen, minkä on todettu olevan tavanomaista esimerkiksi masennukseen ja uupumiseen sairastuneille (Mattila 2021).

Sairastavan jäsenkategoria kiinnittyy toisaalla tutkimusaineistossa ristiriitaisesti läheissuhteisiin. Olisi suuntauduttava samaan aikaan sekä sairastavan jäsenkategoriaan että esimerkiksi *puolison ja vanhemman* jäsenkategoriaan, yhtä aikaa muotoutuviin jäsenkategorioihin (myös Järviluoma & Roivainen 1997). Keskustelussa tuotiin esiin, kuinka läheisten puheen sorina ja kodin arkielämä tuntuivat masennuksen pahimpina aikoina rasittavina. Kotiin yksin jäämisen saattoi kuitenkin kokea pelottavana, mikäli puoliso ja lapset olivat esimerkiksi vierailemassa sukulaisten luona. Gregory Batesonin (1956; Charlton 2008, 25) mukaan vuorovaikutuksessa voi syntyä ristiriita kahden tai useamman eri suuntaan vetävän odotuksen välillä (*double-bind situation*). Eri roolien välinen ristiriita läheissuhteissa on double-bind-tilanne, jossa sekä läheisen että sairastavan jäsenkategoriaan kiinnittyvät odotukset tuntuvat kuormittavilta.

Keskustelija G puhuu seuraavassa otteessa yksinäisyydestä ja erilaisuuden kokemuksesta. Arkielämässä yksinäisyys ilmenee yhtäältä vetäytymisenä ja toisaalta läheisten pelkona ottaa yhteyttä ja kohdata sairastunut omana itsenään. G kuvaa itseään sairastavan jäsenkategorian adjektiiveilla *hankala tai sillai* ja *arka*, johon kukaan ei ole yhteydessä ja joka ei helposti ota kontaktia muihin.

Kahdenkeskinen keskustelu G, rivit 286–300

Jäsenkategoria: Hankala, arka sairastava, masentunut henkilö, henkilö, jolla on masennus

Jäsenkategoriapari: Me sairastavat–muut, ei sairastavat ihmiset; masentunut henkilö–henkilö, jolla on masennus

Puheenaihe: Leimautumisen pelko miten sairastava toipuja määrittäytyy

G: Siis minä oon aina ollu vähän **semmonen hankala tai sillai**. En ole pystynyt helposti lähestymään ihmisiä. Sillai vähän **arka** ollu tavallaan. Eli sanotaan, että tää sairaus on tehnyt sen toisin puolin kääntäny. Mutta minun on helpompi nyt puhua tuntemattomillekin ihmisille, kun sillan ennen. Siitä on tavallaan tullu positiiviseksi kääntynyt se. Mutta kyllä jossain vaiheessa se yksinäisyys oli sitä, että vaimo osti joululahjaks puhelimen. Minä sanoin, että mihinkä minä tätä tarvin. Kukaan ei soita. Kysy, mitä minulle kuuluu. Monelle ihmiselle se on pelko, että ne ei osaa tai uskalla sitten soittaa ja ruveta kyselemään, että mitä minulle kuuluu. Tietyllä tavalla ne pelkää sitä, että mitään minulta voi kysyä. Se on siinä, että mitä me voijaan keskustella, että minulla on masennus. Eihän se oo yhtään, ku minä oon. Minä olen tavallaan ajanu sellasta. **Olen masentunu kaveri, vai olenko mä X [=henkilön nimi], jolla on masennus**. Ne on

kaks eri asiaa. Minä olen se masentunu, vaan minulla on se yksi osa se masentunu, ja muut osat on olemassa kuitenkin niin sanotusti sitä normaalielämää. Mutta siinä on se pelko, että millä tavalla kohdataan masentunu ihminen.

G:n puheessa tulee näkyväksi, miten kielikuvilla ja käytetyillä käsitteillä on merkitystä erilaisissa tavoissa suhtautua toisiin ihmisiin. Hän tuo esille, että ihminen voi luokitella yhteisöissä sen mukaan, lähestytäänkö masennusta sairastavaa *masentuneena henkilönä* vai *henkilönä, jolla on masennus*. Määrittymisellä masentuneen jäsenkategoriaan masennus yleistyy koko henkilön persoonaa koskettavaksi tuottaen itsestigmatisoitumista (Goffman 1997).

Myönteiset jäsenkategoriat itsestä rikkovat sairastavan jäsenkategoriaa ja siihen liitettyjä ulkopuolisuuden ja toiseuden kokemuksia. Sairastamisesta on usein kerrottu vain läheisille ystäville ja työyhteisön lähiesihenkilölle. Perheen ja läheisten on todettu olevan toipumisessa merkityksellisiä, sillä läheissuhteiden kautta tulevat näkyväksi myös muut roolit kuin sairastavan rooli (Topor ym. 2011). Puheessa määrittäytyivät toisaalta jäsenkategoriapari *me sairastavat–muut, ei-sairastavat ihmiset*, mikä piirtää esiin oletuksia ihmisten käsityksistä mielenterveysongelmien kanssa elävistä ihmisistä. Muiden ihmisten ei oleteta ymmärtävän mielenterveysongelmaan sairastunutta, jolloin siitä ei juuri myöskään puhuta muille. Sairastavan jäsenkategorioiden piirteet täydentyvät osattomuuden ja alemmuuden tunteen kuvauksilla.

Keskeiseksi rakentuu häpeän kokemus, jota eristäytyminen ja syrjässäolo ylläpitävät. Häpeän tunnetta reflektoidaan lapsuuden arvottomuuden kokemukseen ja häpeän tunteen syvenemiseen sairastamisen myötä. Häpeän kokemus liittyy myös kiintymyssuhdeongelmiin jo lapsuudesta alkaen, kun lapsena on koettu vähättelevää ja ristiriitaista suhtautumista ja on ilmennyt validaation puutetta tunteiden ilmaisemisessa (Suokas-Cunliffe & Maaranen 2014). Puhe häpeän kokemuksesta ilmeni myös yhteiskunnassa saavutetun aseman tai työn menettämisen myötä. Häpeän tunnetta vahvistaa huoli toimeentulosta ja köyhyys. Köyhyyden ja huono-osaisuuden jatkuminen syventävät arvottomuuden ja kelpaamattomuuden tunteita sekä osattomuuden kokemusta (Isola ym. 2017). Yksin sairastamisen kanssa jäänyt määrittyi stereotyyppisesti mielenterveysongelmaiseksi, johon liitetään oletetusti kielteisiä piirteitä.

Vaikka sairastavan piirteet ja ominaisuudet vaihtelivat yksilöllisesti ja kiinnittyivät tiettyyn paikkaan ja aikaan, kuvauksissa oli havaittavissa samankaltaisuuksia. Jäsenkategorioiden piirteissä näkyivät Peter Byrnen (2000) esille tuomat mielenterveyden ongelmien oireet, kuten uupuminen ja lamaantuminen, vetäytyminen sekä toimintakyvyn ja arjen hallintakyvyn merkittävä lasku. Sairastavaan liittyvät moninaisista ongelmista koostuvan hajanaisen ja epäselkeän elämänvaiheen kuvaukset.

Sairastavaan liitetään ristiriitaisia vaateita yhtäältä tarvittavan hoidon ja palveluiden vaatimisena itselle ja toisaalta sairastavan oikeutena saada apua silloin, kun ei itse jaksa apua pyytää:

Ryhmäkeskustelu B, rivit 570–587

Jäsenkategoria: Kaikkein sairaimmillaan, heikoimmillaan, aktiivisin, laiminlyöty, heitteille jätetty

Puheenaihe: Toipumisen esteet ja ratkaisuehdotukset

B3: - - sillon kun sä oot **kaikkein sairaimmillaan**, niin sillon sinun pitäis osata vaatia itse kaikkein eniten. Et se pitäis olla niin, et julkisella puolellakin ne asiat toimis vaan.

T: Se on kohtuutonta.

B2: Saanks mä tohon jatkaa just se, et mitä mä oon kans ite kokemu ni kyl se oma aktiivisuus on, et ilman sitä esimerkiks mä en sais sairauksiini sitä hoitoo, mitä mä niihin tarviin. Et pitää osata vaatii, et mä oon todella monta kertaa menny eri sairauksist vastaanotolle, et mulla on ollu siel kirja mukana, mihin mä oon tehny merkintöjä. Et mä osaan vaatii sen, mikä minun oikeus esimerkiks hoidos on tai, et mulle tehdään ylipäätään hoitosuunnitelma, koska se ei oo mitenkään sanottuu tänä päivän, et tehdään hoitosuunnitelma. Niin jotenkin se oma aktiivisuus. **Ja just siin kohtaa, et kun on heikoimmillaan**, ni sillon sinun tarvitsisi olla kaikkeist **aktiivisin** ja osat vaatii eniten niit asioit, kun sinä et pysty huolehtimaan välttämät itestään etkä omast elämästä ja hengissä säilymisestäkään. Ja sit, jos ei oo sitä turvaverkkoo, joka tekis sen, ni sit ei oo välttämät ketään ketä ottais koppii sinusta. Et ja se on **laiminlyöntiä** jotenkin ja **heitteillejättöö**.

Otteessa tulee näkyväksi sairastavaan kohdistuva oletus *aktiivisena* omien asioiden hoitajana silloinkin, kun on *kaikkein sairaimmillaan* ja *heikoimmillaan*. Sairaimmillaan ja ilman turvaverkkoa olevan mielenterveyspotilaan jäsenkategoria käsitteellistyy B2:n puheessa *laiminlyödyn ja heitteillejätetyn* jäsenkategoriaan. B2 puhuu tarpeen mukaisen avun saamista ja kopin ottamista silloin, kun on eniten avun tarpeessa.

Keskustelija G peräänkuuluttaa palvelujärjestelmän kääntämistä ylösalaisin. Toive uudenlaisesta hoitojärjestelmästä määrittyy sellaiseksi, jossa kysytään sairastuneilta palveluista.

Kahdenkeskinen keskustelu G, rivit 354–364

Jäsenkategoria: Me sairastuneet, ihminen, työllistäjä, työnantaja

Jäsenkategoriapari: Työllistäjä, työnantaja–palvelualalla oleva; auttaja, kuuntelija–ihminen

Puheenaihe: Palvelujärjestelmän kehittäminen, ”ruvetaan kuuntelemaan”

G: Liian vähän kysytään **sairastuneilta**. Se pitäis tavallaan koko järjestelmä kääntää niin puolin, että kysytään niiltä sairastuneilta, ja sitten tehtäs sellanen kultainen keskitie niistä asioista, minkälaisia palveluja **me sairastuneet** tarvitaan. Koska mä oon jossakin, kun käyny puhumassa, mä oon sanonu, että jos meitä ei olisi, niin teilläkään ei olis töitä, koska me sairastuneet tuodaan töitä. Ja kuitenkin, kun ihmismieli ja tulee masennukseen ja ihan väkisin tulee kaikennäkösiä mielikuvia aina mieleen, että se kuuluu elämään ja yhteiskuntaan, että pitäis tavallaan hyväksyy. Mutta kuitenkin lähtee siltä kannalta, että **me ollaan heille työllistäjä ja työnantaja**, tavallaan he on palvelualalla,

että ne olis kuuntelijoita. Sana auttaja ei oo hyvä. Sillon kun ruvetaan auttamaan, niin silloin on menty jo pieleen. Pitää saada kuuntelija ja kuulla, mitä se **ihminen** sanoo, mitä haluaa.

G:n puheessa jäsentyy jäsenkategoria *me sairastuneet*, joka kuvaa oletettavaa sairastuneista samankaltaisina. Me sairastuneiden ohella hän määrittää sairastuneen jäsenkategorian rinnalle *työllistäjän ja työnantajan*, ja jolle jäsenkategoriapariksi asettuu *palvelualalla työskentelevä*, jolle toipuja merkitsee ja tarjoaa työllistymismahdollisuuden. Ammattilaisten tulisi olla *kuuntelijoita*, kuunnella ja kuulla, millaisia palveluita sairastavat kertovat tarvitsevansa ja haluavansa.

Sairastavan jäsenkategorian kautta toipuja asemoituu kohteeksi, toiseksi ja poikkeavaksi muista ihmisistä. Sairastavan arkielämä kaventuu pysähtyneisyyteen, autonomian ja toimijuuden menettämiseen. Keskustelijat kuvaavat määrittäytensä toimenpiteiden kohteeksi usein myös palvelujärjestelmässä: he joutuvat ei-valtautaviin rooleihin, mikä vahvistaa itsestigmatisoitumista, eristäytymisen ja ulkopuolisuuden kokemuksia.

Sairastavan jäsenkategorian kuvaukset sisältävät luokittelua itsestä suhteessa omakohtaisiin oireisiin, sosiaalisten suhteiden poissaoloon ja yhteisöistä vetäytymiseen. Kuvaukset jäsentyvät suhteessa itselle merkityksellisiin yhteisöihin ja sosiaaliin suhteisiin (perhe, vertaistuki, lähiyhteisö, työ, opiskelu) sekä kulttuuriin (yhteiskunta, asenteet). Jäsenkategoriaparit tuottavat vertailua jäsenkategorioiden keskinäisestä vastakkaisuudesta sekä niiden erilaisuudesta että riippuvuudesta toinen toisistaan. Tuotetut kategoriat rajaavat ja toisaalta mahdollistavat käsityksiä itsestä. Henkilökohtaisessa toipumisessa toipujan yksi alue on olla sairastava, mutta se ei ole toipujan koko sosiaalinen identiteetti. Tämä tulkinta purkaa leimautumista sairastavan identiteettiin (myös Slade 2009). Identiteetin uudelleen rakentumisessa keskeiseksi muotoutuu vuorovaikutus muiden ihmisten kanssa ja se, miten ihminen itse suhtautuu kohtaamisten perusteella itseensä. Martin Buberin (1993) mukaan minä-sinä-vuorovaikutussuhteessa tullakseen minäksi Minä tarvitsee Sinää: tarvitaan vastavuoroisuutta ja dialogisuutta. Avoimuus omasta elämäntilanteesta muille vähentää itsestigmatisoitumista. Sairastavan jäsenkategoriasta irtautuminen ja suuntautuminen kohti toipujan ja vertaisen jäsenkategoriaa rikkoo vakiintuneita kielteisiä luokitteluita itsestä ja purkaa itsestigmatisoitumista. Sairastamista seuraa toivo ja toipujan jäsenkategoriaan suuntautuminen.

6.3 Toipuja

Toipujan jäsenkategoriassa toivo on keskeinen ominaisuus. Toivo on havaittu olennaiseksi tekijäksi psykiatrisessa hoitotyössä, psykoterapeuttisessa muutostyössä ja sosiaalityössä (Bonney ym. 2008; Shrank ym. 2008). Toivon olemassaolo edistää

myönteistä elämänlaatua (Schrank ym. 2008; Hobbs & Baker 2012). Toipujana mahdollistuu uudenlaisen minäkäsityksen rakentuminen sekä usko ja luottamus siitä, että saa apua ja tukea (ks. Mancini 2007).

Keskustelijat eivät välttämättä maininneet sanaa *toivo*, vaan toivo todentui Markus Raivion ja Jouko Raivion (2020, 27–31) kuvaamana uutena mahdollisuutena suhteessa itseen, toisiin ja arkielämän valintoihin. Seuraavassa otteesta keskustelija A3 kuvaa tulleen ensimmäistä kertaa kuulluksi ja ymmärretyksi avolaitoksessa. Hän tarkastelee tarkemmin sitä, millainen hoito ja ympäristö tukee toipujaksi siirtymistä. Toivoa luovat myös mieltä ehyttävä miljö, laitoksen hoito ja yhteydet muihin asukkaisiin.³⁸

Ryhmäkeskustelu A, rivit 109–115

Jäsenkategoria: Alkoholistin läheinen, itsetuhoinen, ihminen, asiakas

Ei-personoitu jäsenkategoria: Ei-suljettu laitos

Puheenaihe: Toipumisen käännekohta

A3: **Mä oon kasvanu siis tämmösessä alkoholistikodissa** ja kokenu siellä sitä kaiken näköstä kaaottista. Ja mä olin hyvin **itsetuhonen**. Ja se, mä olin puoli vuotta sit siel laitoksissa ja se **ei ollu suljettu laitos**, et se tavallaan oli, siel oli ovet auki, mutta tota kuitenkin, et siel oli hieno ympäristö, siel oli hyvin eri-ikäisiä **ihmisiä asiakkaina**, ja siellä mä jollakin tavalla koin ensimmäist kertaa tulleen kuulluks. Ja siit **tavallaan tuli mulle koti**. Se yhteyt niihin toisiin asukkaisiin siellä, sekä myös sitten se hoito kun se oli.

A3 määrittää itsensä *alkoholistin läheisen* ja *itsetuhoisen* jäsenkategorioihin puhuessaan elämästään lapsuuden kaoottisessa kotiympäristössä. Hoidossa olevat toipujat määrittyvät *ihmisinä* ja *asiakkaina*. *Ei-suljettu laitos* vertautuu *kotiin*, uutena ja turvallisena ympäristönä ja yhteytenä muihin ihmisiin. Se ilmentää ei-personoituna jäsenkategoriaa, paikkaa, jossa saa hoitoa, voi kerätä voimia ja tuntea olevansa oma itsensä. Myös muissa keskusteluissa kuvataan, miten ympäristön muutos tuki toipumista. Toipuminen saattoi alkaa esimerkiksi, kun pääsi muuttamaan uuteen omaan kotiin, pois ongelmia aiheuttavasta kodista tai pois aiemmasta työympäristöstä. Terveystiedon edistämisen on todettu olevan myös sosiaalisesti rakentuvaa ja edellyttävän muutoksia sosiaalisissa ympäristöissä (Bandura 2004).

Keskustelijat pohtivat toipumisessa elämän perimmäistä tarkoitusta. Elämänkriisejä kohdatessa ratkaisevaksi tekijäksi on todettu se, että ihmisellä on jotain arvokasta, jota hän haluaa tavoitella (Hämäläinen 2011, 74). Keskeistä toipumiselle on myös se, miten merkitykselliseksi ja johdonmukaiseksi oma elämänpolku koetaan. Keskustelija kuvaa oivaltaneensa psykiatrin kanssa puhuttuaan, että vastuu elämän tarkoituksesta ja merkityksestä on lopulta löydettävä itse:

38 Tässä alaluvussa aineisto-otteisiin lihavoidulla tekstissä on merkitty kohdat, joissa jäsenkategoria, jäsenkategoriapari ja ei-personoitu jäsenkategoria jäsentyvät näkyväksi vuorovaikutuksen kulussa

Ryhmäkeskustelu B, rivit: 43–52

Jäsenkategoria: Itsetuhoinen mielenterveyspotilas, toipuja

Jäsenkategoriapari: Itsetuhoinen mielenterveyspotilas, toipuja–psykiatri

Puheenaihe: Mikä auttanut toipumisessa

B2: Mut sit se mikä mul oikeastaan varsinaisesti käynnisti sen toipumisprosessin, oli **itse-murhayrityksen jälkeen**, kun mä olin suljetul osastolla ja silloinen psykiatri ni hän, en nyt ihan sanatarkkaan muista, mut sisällön muistan kyllä erittäin hyvin. Ni hän sano mul sillon, et sä tuut kuolemaan, et vaikka vaan vahingossa, et jos et sä ite päättä, et sä haluat elää. Et kun mul se **itsetuhoisuus** oli niin rajuu ja päivittäistä, ja silloin mä muistan, et mä heräsin oikeesti siihen, että kukaan muu ei mua jotenkaan voi siält pohjalt repäst pintaan ja saada sitä elämänhaluu, **ellen mä löydä sitä merkitystä ja tarkoista jotenkin elämälleni itse**.

Toipumisen voi käynnistää jokin ulkoinen tapahtuma ja tästä seuraava henkilökohtainen oivallus ja päätös muutoksesta. Muutos voi tapahtua ystävän, ammattilaisen tai läheisen lausumasta, tai ammattilaisen kanssa voi käynnistyä vastavuoroisen suhde, mikä vaikuttaa toipumisen alkamiseen. (Myös Allot ym. 2002, 22.) Otteessa jäsenkategoriapariksi jäsenyyttä *itsetuhoinen mielenterveyspotilas, toipuja–psykiatri*. B2 kuvaa elämänhalun, elämän merkityksellisyyden ja tarkoituksellisuuden oma-kohtaista oivaltamista ammattilaisen kanssa puhuttuaan. Nämä on myös aiemmissa tutkimuksissa todettu keskeisiksi toipumista edistäviksi osa-alueiksi (Hänninen 1999, 22; Leamy ym. 2011; Andersen ym. 2003; Mattila 2021).

Ammattilaisten ja läheisten tuella ja kannustuksella oli keskeinen merkitys toiveikkoudelle toipumisen mahdollisuudesta. Keskustelija E1 esittää toipumisesta puhuessaan jäsenkategoriaparin *toipuja–muut ihmiset*. Muiden ihmisten jäsenkategoria määrittyy laajasti. Jäsenkategoriaan kuuluvat sellaiset psykiatrian alan ammattilaiset, perhe, toipujat, koulukaverit, joiden koettiin tuovan toivoa ja uskoa asioiden järjestymisestä ja siitä, että sairastaminen ei kestä ikuisesti. Ammattilaisen ja läheisten kuvattiin suhtautuvan empaattisesti siihen, miltä sairastavasta voi tuntua.

Ryhmäkeskustelu E, rivit 9–18

Jäsenkategoria: Toipuja, toimija, selviytyjä, pystyjä

Jäsenkategoriapari: Toipuja–muut ihmiset, perhe, koulukaverit, ammattilaiset

Puheenaihe: Mikä auttanut toipumaan

E1: - - että ihmiset tällei monikossa ja yleisesti. Sellaset ihmiset, jotka on osottanu sieltä alusta asti, että toivoa on ja täst taas pystyy mennä eteenpäin. Vaikka ei itse oikein osannu edes uskoa itseensä, eikä siihen tilanteeseen, ni muut ihmiset sekä tuolla poliklinikalla että päiväsaitalassa että sairaalassa osastolla että koulussa että mitä pikkuhiljaa perhe, ni he usko siihen, että kyl **minä siitä selviän**. Se oli sellanen ja sit myös **toimi** sen mukaan. Ei vaan annettu olla sellanen objekti, jolle tehdään ja tuodaan nyt sitä vointia, vaan että myös osattiin sillai vaatia, että no kyllähän **sinä nyt pystyt tekemään**

asioita. Vaikka sinusta tuntuu pahalta, ni kyllähän sinä silti pystyt tekemään asioita. Se oli sellanen yks isoin ihan selkeesti.

E1 toteaa muiden ihmisten jäsenkategorian ominaisuuksiksi alusta asti kannustavan ja rohkaisevan suhtautumisen siihen, että hän selviää ja kykenee tekemään erilaisia asioita (myös Raitakari ym. 2018). Hän määrittää itsensä uuteen jäsenkategoriaan *pystyjä*, oman elämän *toimija*. Kysymys on George Kellyn (1992) kuvaamasta konstruktivistisesta alternavismista, jossa painottuu mahdollisuus tulkita elämäntilanteet vaihtoehtoista, kuten selviytymisen ja toipumisen näkökulmasta (myös Lindström 2024).

Myös vertaisten kokemusten kuuntelemisen ja jakamisen todettiin tuovan toivoa (ks. Repper & Carter 2011). Mielenterveysyhdistyksen nimen näkeminen sairaalan ilmoitustaululla antoi elämälle merkitystä ja todentui tunteeksi siitä, että toipuminen on mahdollista.

Ryhmäkeskustelu B, rivit 14–16

Jäsenkategoria: Mä

Puheenaihe: Mikä auttanut toipumisessa

B1: Mä näin sairaalan ilmoitustaulul mainoksen X:stä [= mielenterveysyhdistys], et mä sit ajattelin, et mä menen sinne sit sen jälkeen, ku mä pääsen kotiin. Et se oli mun semmonen hyvin merkittävä semmonen, et mä tunsin oikein, et **mä kuntoudun täs.**

B1:n puheessa *mä* rakentuu subjektiksi, toimijaksi ja toipujaksi ja liittää itsensä määreen kuntoutumisen mahdollisuudesta. Toivo merkityksellistyy varmuutena elää tässä hetkessä ja uskona siitä, että jotain hyvää on tulossa (ks. Kylmä & Juvakka 2007; Kylmä ym. 2006). Vuorovaikutuksessa rakentuu toivon myötä toipujan jäsenkategoria ja toipumispuhe. Toipujan jäsenkategoriaan identifioituminen merkitsee sairastamisen oireiden tunnistamista ja sairastamisen hyväksymistä. Kun siirrytään sairastamispuheesta toipumispuheeseen, puhe itsestä, omista arvoista ja ajatuksista sekä suhtautumisesta arkielämään muuttuu.

Toipujan puhe on muutospuhetta, jossa oma sisäinen kertomus itsestä itselle muuttuu myönteiseksi. (Allott ym. 2002; Hänninen 1999; Rissanen 2015). Eva Ekqvist (2021) on havainnut laitospäihdekuntoutuksen toipujia tutkiessaan, että hyvinvoinnin muutos ja toiveikkuus liittyivät toinen toisiinsa, mikä ilmeni samankaltaisesti aineistossani. Toipujaa kuvastavat murehtimisen lopettaminen, itselle ja muille anteeksi antaminen, voimavaroja vieneiden ihmissuhteiden katkaiseminen sekä surutyö ja luopuminen asioista, jotka eivät ole enää mahdollisia. Tutkimusaineistossa muutospuheelle oli ominaista Jari Koskisuun (2004, 71) painottama henkilökohtainen valmius ja halu tavoitella toisenlaista arkielämää. Muutos haastoi toisin ajattelemiseen ja omien tarpeiden ja tunteiden kuuntelemiseen. Toipumista nuotoiltiin yhtäältä tiettyyn elämäntapahtumaan tai henkilökohtaiseen syvään

oivallukseen perustuvana muutoksena ja konkreettisina muutoksina arkielämän valinnoissa.

Keskustelijoiden toipumispuheesta on tunnistettavissa samankaltaisuutta Noora Tuomiston ja kumppaneiden (2022) nimeämän vahvan toivon diskurssin kanssa, jossa nuoret mielenterveystoipujat suhtautuivat toipumiseen luottavaisesti ja kokivat itsensä aktiivisina toimijoina sekä varovaisen toivon diskurssin kanssa, jolle oli ominaista suhtautuminen toipumiseen toiveikkaasti. Vaihtoehtoisesti muutos jäsen-tyi kokonaisvaltaisena ja vuosiakin kestävässä prosessina, jota tutkimusaineistossani ilmentävät moninaiset toipumisen vaiheet.

Ajoittain toipuminen voi määrittyä myös *yksinäisenä tienä*, ilman toisten apua ja tukea:

Ryhmäkeskustelu B, rivit 221–226

Jäsenkategoria: Vaikeasti masentunut ja itsetuhoinen mielenterveyspotilas, hylätty, yksin oleva

Ei-personoitu jäsenkategoria: Yksin selviytymisen kulttuuri

Puheenaihe: Toipuminen, yksin selviytymisen kulttuuri

B2: välilä tuntuu, et se mun toipuminen ja kuntoutuminen oli todella **yksinäinen tie**. Mut-
sinä aikaa, kun mä olin yli 10 vuot **vaikeesti masentunu ja itsetuhonen**, ni lähestul-
koon kaikki lähellä olevat ihmiset **hylkäs mut**. Et mä olin ihan konkreettisesti **yksin**.
Niin se oli tosi raskas, ja se on kyllä jättäny muhun ihan varmasti hyvin pysyvät jäljet,
se **yksin selviytymisen kulttuuri**.

B2:n puheessa yksinäisyyden piirteitä kuvastavat arvottomuuden tunteet ja kokemus hylkäämisestä ilman läheisten tai ystävien tukea. Hän nimeää ei-personoidun jäsenkategorian *yksin selviytymisen kulttuurin*, jossa mielenterveyspotilas ei koe kuuluvansa mihinkään, joka vaikuttaa omakohtaiseen asennoitumiseen ja arkielämän ratkaisuihin. Suomalaiselle kulttuuri-identiteetille on todettu olevan ominaista vastuun kantaminen yksin ja selviytyminen yksin (Benjamin 2014, 71). Yksinäisyyden kokemus ilmenee keskustelijan puheessa sekä emotionaalisena yksinäisyytenä, jolloin ei koe kuuluvansa joukkoon, että sosiaalisena yksinäisyytenä, tavoittamattomissa olemisena, sosiaalisten verkostojen ja yhteisöjen puutteena (ks. Yanguas ym. 2018). Yksinäisyys merkitsee kokemusta toiseudesta, jota muiden ei koeta ymmärtävän. B2:sen puheessa *vaikeasti masentuneen ja itsetuhoisen, hylätyn* mielenterveyspotilaan jäsenkategoriaan kiinnittyminen poissulkee muut ihmiset, estää avun pyytämisen ja autetuksi tulemisen vahvistamalla itsestigmatisoitumista ja sosiaalista haavoittuvuutta.

Toipumiseen liittyy muutos oman identiteetin työstämisessä. Kysymys on sosiaalisen identiteetin muutoksesta, joka on vapaa aiemmasta annetusta ryhmäidentiteetistä ja vaikuttaa yksilön identiteetin muotoutumiseen uudelleen (myös Benjamin 2014, 72–73). Sosiaalinen identiteetti rakentuu sosiaalisesti merkitykselliseksi koetun toiminnan kautta. Siihen liittyy samalla kulttuurisia odotuksia, joiden pe-

rusteella ryhmään kuuluvan henkilön oletetaan käyttäytyvän (mt.). Sosiaalisen identiteetin muuttuminen näkyy omakohtaisen ajattelun muutoksen lisäksi asteittain lisääntyvänä osallistumisena yhteisöjen toimintaan. Seuraavassa otteessa N1 kuvaa miten toipuminen rakentuu todentamalla itselle, että hän on enemmän kuin *hullun paperit saanut vitipää*.

Ryhmäkeskustelu C, rivit 269–293

Jäsenkategoria: Opiskelija, työntekijä, paljon muutakin kuin hullun paperit saanut vitipää, vertainen, kokemusasiantuntija, järjestöaktiivi, puoliso, tarpeellinen, vanhempi, patikoija

Puheenaihe: Toipuminen arkielämässä

N1: Toi on loppupeleissä hirveen iso kysymys, mutta minun omalla kohalla, kun tää sairaus on tässä vuosien varrella hirveesti aaltoillu, niin aina kun on siinä kunnossa, et **pystyy opiskelemaan tai tekemään töitä**, niin se on aina itsessään jotenkin semmonen eteenpäin vievä, sitä kuntoutumista vahvistava tekijä. En tiä, tuleeks se sitä kautta, et ikään kun pystyy todentamaan itselle sitä, että joo, että **on ne hullun paperit, mut oon minä paljon muutakin, kun vaan se vitipää**. Sil oli hirveen iso merkitys, että tekee jotakin, on se sitten **vertaisena** toimimista tai **kokemusasiantuntijana toimimista, järjestöaktiivina** pyörimistä tai sitten olla mukana **työelämässä, opiskelemassa ihan mitä vaan**. Se, että jos tyytyisi vaan ikään kun jäämään sen oman sairautensa jalkoihin, niin eihän sitä koskaan voiskaan kuntoutua.

M1: Se on just noin.

M2: Minulla on tää valokuvaus, luonto ja sitten **parisuhde** luonnollisesti. Niin ja ehkä vielä ottaisin esille sen, että mielekäs homma, missä **tuntee ittensä tarpeelliseksi**. Et on se mikä homma tahansa, mutta se voi olla hyvinkin pieni asia jossain päivässä, mutta se oma tarpeellisuus kiteytettynä.

M3: Nyt kun M2 manitsi ton luonnon, ni kyllähän minun täytyy sanoo, että metsästys on minulle semmonen (epäselvää), joka kyllä vie mennessään. Nytkin oltiin viikko **vanhimman pojan** kanssa tuolla X:ssä luonnonsuojelualueella. Rynnättiin siellä pitkiä matkoja, **patikoitiin**, ja saalista nyt ei kovin paljon tullu, että lintu tuli jee. Mutta ei sillä nyt ollukaan niin väliä, että mut se unohtu tossa.

Otteessa keskustelijat nimeävät useita sosiaalista identiteettiä kuvaavia jäsenkategorioita toipumisessa. Niitä ovat merkityksellistä tekemistä osoittavat, kuten osallistuva, opiskelija, työssäkäyvä, vertainen, kokemusasiantuntija, järjestöaktiivi, tarpeellinen, patikoija, puoliso ja vanhempi. Jäsenkategoriat suuntaavat sosiaalisiin suhteisiin ja erilaisiin yhteisöihin liittymistä, jolloin ei jää oman sairautensa jalkoihin. Mielekäs toiminta uusine sosiaalisine rooleineen purkaa yhteiskunnan ja palvelujärjestelmän normituksia, luokitteluita toipujista ja häpeäleimoja (ks. Virokannas 2022). Mielenterveystoipuminen voi rakentua psykiatrisen osastohoidon aikana itselle mielekkään tekemisen kautta, kuten esimerkiksi postin jakaminen psykiatrisilla osastoilla tai liinavaatekaapin täyttäminen.

Ryhmäkeskustelu D, rivit 489–496

Jäsenkategoria: Töissä oleva, hoidossa oleva

Jäsenkategoriapari: Hoidossa–töissä oleva; toipuja–muut ihmiset, henkilökunta

Puheenaihe: Toipumisen vaihtelut, keinot

D3: - - jo sairaalan posti, että sen verran siitä, et **mä olin siinä toimistossa**. Ja missä oli toimistotyöntekijät. Ja **mä lajittelin sen postin ja jaoin**. Niin siltä ajoilta on jäänyt se, että siäl kävi ulkopuolisia ihmisiä, et käviks ne vierailulla ja tälle tai ketä milläkin asioilla, niin henkilökunta, ne toimiston naiset sano mulle, että siellä on moni kysynyt, et onks se töissä täällä. Tavallaan, **oonhan mä töissä, mut mä oon sisällä hoidossa**. Ja sitten, ja sit siinä se, et kun mä sitä sairaalan sisäistä postia, niin sit mä rupesin sitä liinavaatevarastoa, se tuli sitten, se oli sit isompi juttu.

Otteesta D3:n puheesta kuvastuu toipujan jäsenkategorioiden päällekkäisyys mielenterveyspotilaana ja toipujana ”oonhan mä töissä, mut mä oon sisällä hoidossa” ja erotettuna muista osastolla käyneistä ihmisistä ja toimiston henkilökunnan, naisten, jäsenkategoriasta. Mielekäs tekeminen on yhteydessä muilta ihmisiltä välittyneeseen palautteeseen ja huomiointiin ”moni kysynyt, onks se töissä täällä”. Jäsenkategorioita kuvataan konkreettisten verbien avulla ja liitettynä tiettyyn aikaan ja paikkaan, sairaalahoittoon.

Toipumista edistävänä toimintana kuvattiin monenlaisia kiinnostuksen kohteita, kuten kuorolaulu, hengelliset ryhmät, ajan viettäminen luonnossa, kävely, jumpparyhmään osallistuminen, uinti, hevostalleilla käyminen, metsästys ja kulttuuritoimintaan osallistuminen. Joillakin toipujan jäsenkategoriaa kuvaaviin ominaisuuksiin liittyi myös hengellisyys, joka konkretisoitui tutkimusaineistossani uskona Jumalaan, osallistumisena hengellisiin keskusteluryhmiin ja Raamatun tekstien lukemisena. Tekeminen suuntautui myös (vertais)yhteisöjen toimintaan, kuten mielenterveysyhdistysten, klubitalojen toimintaan tai päivätoimintaan ja kuntouttavaan työtoimintaan. Toipumista kuvattiin siirtymisenä johonkin uuteen, mitä ei vielä tiedä. Siirtyminen uuteen kuvastaa Engeströmin (2004) kirjoittamaa Lev Vygotskyn lähikehityksen vyöhykkeelle astumista: uuden oppimisena, jossa voi tarvita toisen henkilön tukea.

Toipumista ilmentävässä puheessa tulee näkyväksi *hyvä hoitosuhde*, ei-personoitu jäsenkategoria. Hyvän hoitosuhteen piirteeksi jäsentyy luottamus, jota kuvattiin ihmisen näkemysten ja kokemusten ottamisena vakavasti (myös Mönkkönen 2002; Seikkula & Arnkil 2009; Seikkula 2022). Minäkäsityksen on havaittu peilautuvan luottamuksellisissa vuorovaikutussuhteissa luoduista käsityksistä (Möttönen 2018, 170; Mönkkönen 2002). Useiden tutkimusten mukaan aito dialoginen kohtaaminen merkitsee yhteistä ihmettelyä elämäntilanteessa, jossa valmiita ratkaisuja ei ole sen paremmin toipujalla kuin ammattilaisellakaan (Loumpa 2012; Seikkula 2022) sekä toipujien voimavarojen tukemista sekä vakuuttamista toipumisen mahdollisuudesta (Lakeman 2010).

Hyvän hoitosuhteen piirteiksi keskusteluissa kuvataan sellaisia toimintatapoja, joissa toipujaa ei jätetä vaikeassakaan tilanteessa yksin. Hyvä hoitosuhde määrittyy toipujan ja hoitohenkilökunnan jäsenkategorioiden kautta. Lääkärin kerrottiin ottavan tarvittaessa vastuu toipujan asioiden asianajosta ja pohtivan yhdessä hänen kanssaan erilaisia ratkaisuja toipumisen tukemiseksi. Lisäksi terapeutti tai lääkäri oli saavutettavissa kriisitilanteissa myös puhelimitse tai tekstiviestillä. Tutkimuksen mukaan toipujat saattavat tarvita ulkopuolista tukea siirtyäkseen kontrolloivista ja rajoittavista sosiaalisista suhteista kohti valtauttavia suhteita (Tew ym. 2012; Juhila ym. 2018). Keskusteluissa erottuu ajoittain terapiakulttuurista lähtöisin olevia termejä kuten mielen eheytyminen, joka liitettiin hyvään hoitosuhteeseen. Hyvän hoitosuhteen määritettiin muotoutuvan ammattilaisen ja toipujan välisestä yhteistyösuhteesta, allianssista. Tämän yhteistyön on todettu olevan merkittävämpää kuin se, minkä suuntauksen hoito- tai terapiamenetelmää käytetään (Topor ym. 2011). Suhde ammattilaiseen voi olla toipujan keskeinen vuorovaikutussuhde (Webber ym. 2015). Vaikka keskustelijat eivät kertoneet suhteen ammattilaiseen olevan ainoa merkityksellinen vuorovaikutussuhde, useimmiten toipumisen vaihteluihin liittyi puhe yksinäisyydestä.

Toipumista kuvaava puhe kiinnittyy jännitteisesti arkielämän rooleihin ja odotuksiin siitä, miten eri rooleissa tulisi normatiivisesti olla ja toimia. Seuraavassa otteessa keskustelija B3 suuntaa itsensä normitettuun *äidin* jäsenkategoriaan lapsen syntymän myötä. Hän kuvaa oloaan kelpaamattomana äitinä verrattuna oletukseen onnellisesta äitiydestä. Äitiyden on todettu rakentuvan yhteiskunnallisista ja kulttuurisista odotuksista (Berg 2009).

Ryhmäkeskustelu B, rivit 189–195

Jäsenkategoria: Äiti

Jäsenkategoriapari: Huono äiti–hyvä äiti, yksinäinen äiti–huoneellinen äitejä

Puheenaihe: Vertaistuki ja sen merkitys

B3: - - äitiyteen liittyy niin paljon semmosia odotuksia ja sitten se häpeä on ihan hirvee siitä, että se olo, et mä oon **ihan huono äiti**, ja **kukaan ei varmaan tunne näin**. Ni se sillon kun niit pääsee puhumaan ääneen ja sinulla on huoneellinen äitejä, jotka sanoo, et no mul on ollu ihan samanlainen olo ja ni se on niin kun, et siellä näkee, et se on usein sinne tulee joku ensimmäistä kertaa, ni se tulee semmosena itkuna ja semmosena keventyneenä olemuksena, kun sieltä lähtee pois.

Otteessa B3 puheessa määrittävät huonon äitiyden jäsenkategoria sairastamisen myötä ja jäsenkategoriaparit *huono äiti–hyvä äiti*. Samalla puheesta erottuu jäsenkategoriapari *yksinäinen äiti–huoneellinen äitejä*. Huonoa äitiyttä suuntaavat oletukset ja havainnot kulttuurisesti määrittyviä ihanteita hyvästä äidistä, jonka tulisi kokea myönteisiä tunteita. Tutkimusaineistossani huonon äidin jäsenkategoriaan liittyy havaittu stigma, uskomus siitä, miten muut ihmiset asennoituvat itseän. Tämä siir-

tyy itsestigmatisoinniksi (Latalova ym. 2014). Itsen vertailu suhteessa kulttuurisesti normitetun äidin jäsenkategoriaan vahvistaa omakohtaista häpeän ja syyllisyyden kokemusta ja itsensä leimaamista huonoksi äidiksi. Äitiyden jäsenkategorian kuvaus on samankaltainen vammaisten naisten äitiyskertomusten kanssa, joissa äidit joutuivat kamppailemaan vammaisuuteen liittyvän stigman ja kielteisten merkitysten kanssa (Lappeteläinen ym. 2018).

Toipumisen myötä jäsenkategorisoinnit muuntuvat. Huonon äidin jäsenkategoria hälvenee äitiysmasennuksesta toipuvien vertaisryhmässä, jossa samankaltaisia kokemuksia kokeneita äitejä onkin useita. Äitiysmasennuksesta toipuvan jäsenkategoria purkaa yhteiskunnallisesti mielen sairauksiin liitettyä stigmaa ja vapauttaa syyllisyyden tunteesta (ks. Berg 2009).

Toipumisessa tarvitaan ymmärrystä erilaisten toipujien elämäntilanteista tarpeineen. Seuraavassa otteessa N1 on aiemmin kiinnittänyt puheensa yhdistettyyn mielenterveys- ja päihdetoipumiseen. Hän puhuu rajatummasta jäsenkategoriasta, *lapsiperheessä elävästä toipujasta*. Tämä ilmentää olettaa palvelujärjestelmän tavasta segmentoida asiakasryhmiä ja suunnata kohdennetuille asiakasryhmille apua ja tukea eri kriteerein.

Ryhmäkeskustelu C, rivit 515–524

Jäsenkategoria: Yksin elävä aikuinen, parisuhteessa ilman lapsia elävä aikuinen ihminen, henkilö, vapaaehtoinen tukihenkilö, kaveri

Jäsenkategoriapari: Lapsiperheessä elävä aikuinen–yksin elävä aikuinen; lapsiperheessä elävä aikuinen–parisuhteessa ilman lapsia elävä aikuinen ihminen; henkilö–läheinen; henkilö–vapaaehtoinen tukihenkilö, kaveri

Puheenaihe: Kotiin tukea, ratkaisuehdotuksia

N1: Ja yks mikä on niin jos on kyseessä **lapsiperhe**, niin tukitoimia löytyy paljon nopeemmin paljon helpommin, paljon selkeämmin. Mut se et jos olet **yksin elävä aikuinen ihminen tai parisuhteessa elävä aikuinen ihminen**, niin välillä vaikuttaa siltä, et se tuen saaminen sinne kotiin on paljon vaikeampaa. Ja se että usein unohdetaan, et se ei vaikuta se sairaus pelkästään siihen **henkilöön** itseensä, vaan myöskin hänen läheisiinsä. Ni siinäkin kohti just **vapaaehtoiset tukihenkilöt** tai muutenkin tämmöset kotikäynnit, ne ois ensiarvosen tärkeitä. Ni sit sekin et kun joittenkin kohalla se oleellinen hyöty ja apu voi olla se, että joku on **sinun kaverina** tekemässä niitä kotitöitä ensimmäistä kertaa moneen kuukauteen siellä kotona, että pääsee alkuun.

Keskustelija N1 viestittää otteessa mielenterveys- ja päihdetoipujien ymmärtämistä niin, että myös yksin elävät ja parisuhteessa ilman lapsia toipuvat ja heidän läheisensä huomioidaan. Vertaistukihenkilöiden eri rooleja on kehitetty sosiaali- ja terveydenhuollossa yhteistyössä eri toimijoiden kanssa (Shalaby & Agyapong 2020), mikä ilmenee ehdotuksena myös N1:n puheessa. N1 ehdottaa ja nimeää toipujan

jäsenkategorian pariksi vapaaehtoisen tukihenkilön ja kaverin, joka tarjoaa tukea toipujan kotiin.

Aiemmin tuli jo esille, että toipuminen merkitsi muutamien keskustelijoiden osalta mielenterveystoipumisen lisäksi samanaikaista päihdetoipumista. He määrittävät mielenterveystoipujan ohella myös päihdetoipujan jäsenkategoriaan. Muutos raittiutta kohti merkitsi uusien sosiaalisten taitojen oppimista siitä, miten hakeutua raittiutta edistävien ihmisten pariin. Sosiaaliset verkostot ja oma arvio muiden tuesta ennustavat hyvin toipumista (Corrigan & Pheelan 2004; Hendryx ym. 2009). Raittiuden myötä uudelleen rakentuva minuus suuntautuu raittiutta edustavien jäsenkategoriaan.

Toipuminen merkitsee myös mahdollisuutta työelämäosallisuuteen. Työllistyminen saattoi merkitä kokemusta esimerkiksi palkkatuetusta työstä. Palkkatuella työllistyvän jäsenkategoriaan kiinnittyminen vahvistaa toiseuden ja eriarvoisuuden kokemusta suhteessa tavallista palkkatyötä tekeviin työkavereihin ja sitä kuvaavaan jäsenkategoriaan.

Toipujana osana työyhteisöä voi tuottaa erilaisuuden ja toiseuden kokemusta suhteessa toisiin työyhteisön jäseniin. N:n sanoittaa sijoittuneensa sisäpiiriläisen jäsenkategoriaan mielenterveystoipumisen kokemustiedon vuoksi. N:n puheessa erottuu jäsenkategoriapari sisäpiiriläinen–työntekijä.

Ryhmäkeskustelu C, puheenvuoron rivit 184–191

Jäsenkategoria: Sisäpiiriläinen, kuntoutuja, kokemusasiantuntija

Jäsenkategoriapari: Sisäpiiriläinen–työntekijä

Puheenaihe: Ulkopuolisuus, yksinäisyys

N: Ulkopuolisuus, niin tuttu asia. Tuota miulla itellä on niinku ulkopuoliseksi jäämisen kokemuksia niin vertaisryhmissä kun sitten työelämässä ja opiskellessa just tuo, et työpaikalla kun oot ikään kuin osa työyhteisöä, mutta kun olet kokenu niitä asioita, niin osa työntekijöistä kokee sen jollakin tavalla vissiin uhkaksi, että kun toi on **sisäpiiriläinen**, se tietää liikaa. Tulee välillä vähän semmonen fiilis, et se on jotenkin **kuntoutuja tai kokemusasiantuntija** tai mikä ikinä onkaan se nimitys, mut se, et jos ihmisellä on kokemustaustaa, niin se tuo jotakin salaperäistä lisätietoa ja siihen ihmisten on vaikea suhtautua.

Sisäpiiriläisyys, ulkopuolelle jääminen suhteessa muihin työtovereihin, voi merkitä vieraantumista työyhteisön työkuultuurista ja siihen liitetystä yhteenkuuluvuuden tunteesta. Itsensä luokittelu toisenlaiseksi suhteessa muihin, tuo näkyväksi itseensä kohdistettua häpeän tunnetta siitä, miten muut voivat nähdä itsen ja mitä tunteita herättää muissa.

Vaikka arkielämän toipumisesta on tunnistettavissa yhtenäisiä piirteitä ja säännönmukaisuutta, toipumisen vaihtelut erottuvat ajaltaan ja kestoltaan yksilöllisesti. Toipumiseen liittyy haavoittuvuutta eli heikoimmillaan olemista. Siihen voi liittyä

myös traumakokemuksista toipuminen, sinnikkyyttä taistella tarvittavista hoidosta ja palveluista sekä selviytymisen taitojen oppimista. Traumasta selviytyminen kuvastaa keskusteluissa esille tuotua resilienssin merkitystä, ihmisen sopeutumiskykyä haasteellisessa elämäntilanteessa (Joutsenniemi & Lipponen 2015, 2515).

Keskustelijoiden kuvaamat toipumisen prosesseissa on tunnistettavissa yhtäläisyyksiä aiemmissa tutkimuksissa esitettyjen henkilökohtaisen toipumisen näkökulmien kanssa: niissä toistuu yksilöllisyys ja prosessinomaisuus sekä toipumisprosessin aaltoilu (esim. Starnino 2009, 838). Toipumisen kuvauksissa on kysymys Lisa Aspinwallin ja Ursula Staudingerin (2006, 28–29) painottamasta ajattelun, tunteiden ja niitä seuraavan toiminnan aktivoitumisen muutoksesta, joka on relationaalinen ja yhteisöllinen, muihin ihmissuhteisiin peilautuva. Olennaista on muutosta ylläpitävä toisin tekemisen näkökulma suhteessa aikaan ennen sairastamista. Toipuminen muuttuu asteittain osaksi tavanomaisen arkielämän kokemuksia (Borg & Davidson 2008).

Toipuminen määrittyy kovana työnä kiinnittyen arkielämän ratkaisuihin ja sellaisiin tekoihin, jotka eivät määräydy ainoastaan terveydenhuolto- ja muusta palvelujärjestelmästä. Toipumisessa kuvataan tarvittavan omaa tahtoa, motivaatiota ja kokemustietoa. Ryhmäkeskustelussa rakentuu D3:n puheessa jäsenkategoriapari *me–ne*, jota muut keskustelijat vahvistavat. *Niiden* oletetaan nojaavan vain hoito- ja toipumisjärjestelmästä saatuun apuun ja tukeen. *Meihin* kuuluvat kokemustiedon omaavat, jotka jakavat ymmärryksen toipumisesta itsestä lähtevänä työnä. Kokemustieto määrittyy vertaisten kokemuseräiseksi tiedoksi toipumisesta.

Ryhmäkeskustelu D, rivit 876–908

Jäsenkategoria: Järjestelmään luottavat kuntoutujat, toipuminen itsestä lähtevänä työnä

Jäsenkategoriapari: Me–ne; toipuja–ammattilainen,

Puheenaihe: Toipuminen ja ratkaisuehdotuksia, itse tehtävä töitä toipumisen eteen

D3: - - on helvetin paljon ihmisiä, **mitkä luottaa järjestelmään**, ja si on nauranu meidän toiminnalle eli tavallaan sille kokemustiedolle, mikä on tavallaan sen järjestelmän tällä puolella. Ja ne, ketkä luottaa tähän, niin ne lukitsee sen oman kuntoutumisensa. Ja ne ei koskaan tuu kuntoutuun sillei, niin kun ne haluaa. Eli tavallaan sitä kuntoutusta ei pitäs lukita. Et ymmärtää se, että **ite täytyy tehdä valtavasti töitä myös**. Jos aatellaan, et mitä itse täytyy tehdä, niin kolme asiaa on, et työtä, työtä ja työtä. Ei se ilmasiks tuu se. Vaikka minulle joku sanoo kans, että sun on helppo sanoa näitä asioita nytten, mutta minä oon valtavan työmäärän tehny itteni eteen.

D1: Tuo on jännä justiin. Miulle on käyny samalla tavalla, et on vaan hoksannu sen, et eihän se apu tuu ulkoapäin (naurahdus).

D2: Joo. Mulla on ihan sama juttu, et mä kans sillon, kun minä oivalsin tän, niin mä huomasin just, kun mä lähin sinne uimaan ja muuta, että tässä täytyy niinkun itse tehdä töitä ja itse täytyy kehittää itelle ne kaikki järkevä tekeminen. Ettei ne tule täältä yhteiskunnan rattaista, mitä sä sillon huonona hetkenä kuvittelet.

D3: Ja sit sellanen juttu vielä, että jos mietitään, mikä sinä on se että just että kun sä. Että mikä siinä sit edesauttaa, et sä meet eteenpäin. Jos lähetään sieltä alkuvaiheesta, niin kun itekin sitä, niin et jos sä pääset johonkin asioihin, et sä pystyt toiminnallisesti oleen jossain mukana ja se sua ittee kiinnostaa tavallaan, niin sitä kautta sie rupeet rakentaan sitä. Et kun sinä valitset asioita, sinä oot jossain mukana, sinä vähän aikaa toimit. Sit voi olla, et se lisää sulle jonkun toisen jutun. Ja elämähän koostuu siitä, että siulle tulee päivä- tai viikkorytmi tai kuukausrytmi, et sie oot asioissa mukana. Ja sit siitähän se muodostuu loppupeleissä, et se elämä on kivaa ja hauskaa. Mut täytyy siinä ymmärtää, et se mieli täytyy yrittää saada cheeks. Että semmonen, mä oon joskus X:lle [=psykiatriselle osastolle], kun oon sanonu sitä, että paljon on kysymyksiä sillei. Että mietitään että akuuttivaiheessa sinä saat, kun sie hakkaat, niin sie saat ammattilaisilta, saat vastauksia. Mut sit jos sulla on paljon kysymyksiä, niin ne kysymykset menee niinkun tän järjestelmän ohi. Ja tää on se oleellinen juttu.

Otteessa toipujan jäsenkategoriaa määrittää irrottautuminen hoidon ja toimenpiteiden kohteena olemisesta. Toipumiseen ja toipujan jäsenkategoriaan liittyä arkielämän viikko- ja päivärytmin tärkeys. Toisaalla aineistossa arkirytmi merkitsee päivärytmin lisäksi hygieniasta huolehtimista, arkielämän askareista suoriutumista, liikkeelle lähtöä ja toipumisen edetessä liittymistä muihin tekemisen avulla. Toipumista jäsentävät aineistossa normitukset tavanomaisesta arkielämästä oletettuine rutiineineen, jotka luovat jatkuvuutta, turvallisuuden tunnetta ja edistävät mielen toipumista. D3 puhuu, että kuntoutusta ei tule lukita yhteen tapaan toipua, vaan toipumiseen kuuluu myös kysymyksiä, joihin ei ole ennalta vastauksia. Minuuden uudelleen rakentuminen heijastaa sosiologien muotoilemaa refleksiivistä projektia, jossa tulevaisuus muotoutuu mahdollisuuksista, ollen samalla myös haavoittuva ja riskialtis (Eräsaari 2019). Jälkimodernissa yhteiskunnassa identiteetin rakentuminen on jännitteisempää, rikkonaisempaa ja katkeilevampaa kuin aikaisemmin. Jari Koskisu (2004, 137) kirjoittaa, että toipujalähtöisessä toipumisessa tarvitaan tavoitteiden ohella tavoittelemattomuutta: tilaa ja aikaa reflektoida toipumisprosessin muutosta ja suuntaa.

Keskustelijoiden puheessa määrittävät toipujaa ilmentävät useat personoidut jäsenkategoriat ja jäsenkategoriarit sekä ei-personoituina jäsenkategorioina ei-suljettu laitos, hyvä hoitosuhde ja yksin selviytymisen kulttuuri. Toipujalle todetaan muotoutuvan kokemustietoa sairastamisesta ja toipumisen prosessista, kun taas ammattilainen omaa ammattilaisen asiantuntijatietoutta ja teoreettista faktatietoutta. Keskustelussa rakentuu jaettu näkemys siitä, että toipumisen eri vaiheisiin liittyviin kysymyksiin ei välttämättä ole valmiita oikeita vastauksia yhdelläkään osapuolella: ei ammattilaisilla, ei palvelujärjestelmällä eikä toipujalla. Toipumisen tukemisessa tulisi huomioida toipujan oman elämän historian lisäksi toipujan sosiaaliset verkostot ja julkisten palveluiden ja yhteiskunnan rakenteelliset ja organisatoriset tekijät (Krieger 2012; Karban 2017).

6.4 Vertainen

Vertaisen määritän jäsenkategoriana, johon keskustelijat nimeävät itsensä ja toiset vertaiset. Vertainen on henkilö, joka on kokenut samankaltaisia sairastamisen ja toipumisen kokemuksia ja jolta saa vastavuoroista ymmärrystä ja tukea. Vertaistuki on mielenterveys- ja päihdeongelmia kokeneiden ja toipuvien henkilöiden toinen toisilleen antamaa, erityisesti mielenterveysyhdistysten vertaisryhmissä toteutuvaa keskinäistä tukea. Yhdistysten vertaisryhmien painottuminen tutkimusaineistossa liittyy myös siihen, että tutkimukseni keskustelijat edustavat kansalaisjärjestötoimintaa mielenterveysyhdistysten vertaisina ja kokemustoimijoina.

Vertaisten merkitys ja saatu vertaistuki ilmenevät ajallisesti pääosin psykiatrisen sairaalahoidon jälkeen. Keskustelijat puhuvat vertaistuen merkityksestä (päivä) sairaalassa, lastensuojelulaitoksessa, järjestöjen vertaisryhmissä tai vastaavissa kuten järjestön kuntoutuskursseille osallistuneiden välisenä vertaistukena. Vertaiset kohtaavat säännöllisesti yhdistysten vertaisryhmissä tai nettiryhmissä suljetuilla tai avoimilla keskustelupalstoilla.

Varsinkin henkilön sairastamisen alkuvaiheessa ja psykiatrisen osastohoidon aikana toivottiin, että vertainen jalkautuisi osastohoitoon jakamaan toipumistarinaansa. Sairastava henkilö ei välttämättä näe toisin toimimisen mahdollisuutta sen hetkessä tilanteessaan. Luottamuksen on nähty rakentuvan helpommin vertaistukihenkilöön kuin ammattilaiseen (Brown ym. 2008). Toipujien on todettu vähentelevän ammattilaisten apua ja hoitoa ja ammattilaisten puolestaan aliarvostavan vertaistukea (Hensley & Dawson 2017, 140).

Seuraavassa A1 kertoo päiväsairala-ajasta ja vertaa itseään muihin toipujiin määritellen itsensä *yksinäiseksi* ja *avioeron kokeneeksi* ja *perheessä ensimmäiseksi*, joka on *sairastunut psyykkisesti*.³⁹

Ryhmäkeskustelu A, rivit 554–578

Jäsenkategoria: Eronnut, yksinäinen, psyykkisesti sairastunut, asiakas, potilas, kuntoutujaystävä, käsityömasteri

Jäsenkategoriapari: Asiakas, kuntoutuja, potilas–ammattilainen

Puheenaihe: Päiväsairala, yksilöllisyys vai palvelujärjestelmän struktuuri

A1: - - Mikä mulla oli, että kun mä sairastuin, ni **mulle tuli avioero** ja mä jäin sit tosi **yksin**. Ja sit siellä päiväsairalassa kuiteskin ensimmäistä kertaa mä törmäsin tämmöseen vertaistukeen. Et mä en ollu kuullu koko sanaakaan varmaan aikasemmin, koska mun perheessä ei oo, **mä oon ollu ensimmäinen, joka on sairastunu psyykkisesti**, mä en tiedä meidän suvussa ketään muuta. Ni tavallaan siellä sitten **niitä toisia henkilöitä**, ni tuli tää vertaistuki ja tota, mut kuitenkin mä hain siinä, että kun on ne hoitajat

39 Aineisto-otteisiin lihavoidulla tekstissä on merkitty kohdat, jossa jäsenkategoria, jäsenkategoriapari tai ei-personoitu jäsenkategoria jäsentyvät näkyväksi vuorovaikutuksen kulussa

ja nää, et kaikki ei mentäis ryhmän mukana. Mä muistan kuinka me käytiin sitten tutustumassa tonne mielenterveysyhdistykseen X [= yhdistyksen nimi] tonne L:ään [=paikkakunta], koska se oli Y:tä [=paikkakunta] lähinnä, niin sitten porukalla. Ja mä olin niin huonos kunnossa, et siel oli joku eteisessä joku tuoli ja mä istuin siinä koko ajan kun ne **muut** kiersi. Ja sitten lähetettiin pois, ni ne otti mut sielt eteisestä mukaan eli ihan yhtä tyhjän kanssa, että sinne raahataan. Luulis et tälläset olis aika helppo järjestää niin, että otetaan huomioon näitten **asiakkaiden tai potilaiden ja kuntoutujien** se taso, mitä he kykenee ottaa vastaan, ja vaikka kysytään, että jaksaks sä lähtee et nyt oli tää. Eikä sit se, että kello 11 lähetään talsii juna-asemalle. Mutta siel päiväsairaalassa mulla on tavallaan sillä lailla, että onko siitä hoidosta mulle nyt ollu sitten mitään hyötyä, et mä oon sitä levyraatia siellä kuunnellu. Siin oli sellanen hyöty, et mä sain sieltä **kuntoutujaystäviä**. Ja tavallaan se tapaaminen, kun mä sitten puolen vuoden jälkeen sieltä päiväsairaalasta jäin pois, niin kutsuin heitä mun kotiini, sitten pidettiin ns. käsityökerhoo. En ollu kutonut kun joskus koulussa ja huonosti oppinut, niin siel oli tällösiä **käsityömestareita** ja opettivat mut kutomaan sitten villasukkii. Ja sitten kutsuin sitten kotiini kahville ja juteltiin ja kudottiin niitä sukkia ja mitä tehtiin, ni tää nyt juontaa sitten tähän mielenterveysyhdistykseen - -

A1:sen puheessa päiväsairaalan toipujat suuntautuvat *vertaisen, kuntoutujaystävien* jäsenkategorioihin toipumiskokemusten samankaltaisuuden takia. Vertainen jäsenyys strukturoidussa päiväsairaalaympäristössä vaihtoehtoiseksi identiteettimäärittelyksi, pois ennalta määritellyyn toimintaan osallistetusta mielenterveyspotilaan roolista. Vertaispotilaiden on nähty edistävän toistensa toipumista, mikä on vastakkainen tutkimustulos sille, että sairaalahoidtoa kuvataan usein laitostavana paikkana (Hyde ym. 2015). Bronwyn Hyde ja kumppanit (2015, 71) korostavat, että sairaalahoidon omakohtaisesti kokenut ymmärtää paremmin sairastavaa kuin ammattilainen. Vertaisen jäsenkategoriaan kiinnittyminen jatkuu otteessa keskustelijan kuvatessa kotiutumistaan sairaalasta. Vertaisena A1 suuntautuu uudenlaiseen toimintaan. Hän käynnistää vertaisuuteen pohjaavan neulomiskerhon ja liittyy paikalliseen mielenterveysyhdistykseen. Vertaiset saavat myös toisen roolin *käsityömestareina*, neulomisen taitajina.

Mahdollisuus päästä vertaisryhmään tuo keskustelijoiden mukaan tulevaisuuden uskoa ja toivoa, kun he jakavat toisilleen kokemuksia selviytymisestä (myös Repper & Carter 2011, 397). Keskeistä on yhteenkuuluvuuden tunne siitä, että on vertaisena osa vertaisyhteisöä ja sen jäsenyyttä:

Ryhmäkeskustelu B, rivit 372–401

Jäsenkategoria: Työkyvyttömyyseläkeläinen, kotiin neljän seinän sisälle jäänyt, yksin, ulkona maailmasta, ulkopuolinen, vertainen, kokemusasiantuntija, masennus- ja paniikkiryhmän vertainen, osa porukkaa, osa laumaa, osa yhteisöä

Puheenaihe: Toipumista tukevat tekijät

B2: Viel tost kun määkin jäin muutama vuosi sit **työkyvyttömyyseläkkeelle**, ja jäin tosiaan sin **kotiin neljän seinän sisälle**, mikä oli vähän liian tuttu sil taval menneisyydestä. Niin kyl ainakin se, et nyt sit kun on **kokemusasiantuntijuuden kautta** saanu nimenomaan sitä kuuluvuuden tunnetta ja merkityksellisyyttä elämäänsä ja osallisuuden kokemuksi, niin kyl se on ollu mul kyl yks merkityksellisimpiä asioita. Et mul on sellanen olo, et mä kuulun tähän yhteiskuntaan. Et koska kun sit mul välil liikuntakyky on heikentyny, ja me asutaan aika kaukana ja ei aina pääs kotoo pois, ni kyl siin kokee, et on ihan **täysin ulkona maailmasta ja yksin**. Ja se yksinäisyys on semmonen, mikä syö mieltä ja hyvinvointii ihan järjetömäl voimalla. Ja vaik muuten asiat ehkä vois olla hyvin, mut jos sinä oot yksin, niin kyl se merkityksellisyyden kokemus, et nimenomaan se osallisuuden kokemus, et sinä kuulut johonkin **yhteisöön ja laumaan ja porukkaan ja oot osa maailmaa**.

B1: Oli tos viimeises työpaikas, ni mul oli kauheen voimakas semmonen tunne, et **mä olin ulkopuolinen**, et semmonen ulkopuolinen jotenkin. Se oli kauheen raskasta ja sit ku mä kans jäin täs, ei siit oo pitkä aika, kun mä jäin **työkyvyttömyyseläkkeel**. Ni sit mä tosiaan kävin siel **masennus- ja paniikkiryhmäs**. Ja sit sitä kautta mä pääsin sit tänne Mielenterveyden keskusliiton tähän toimintaan mukaan. Ja mä olen ajatellu sitä, et just se kuin tärkeet se on, et **kuuluu johonkin porukkaan**.

Otteessa keskustelijat määrittävät muutosta *työkyvyttömyyseläkeläisen, yksinäisen, ulkopuolisen, liikuntakyvyltään heikentyneen jäsenkategorista* kohti *porukkaa, vertaisen jäsenkategoriaa*. B2:n puheessa paikattomuuden, *täysin ulkona maailmasta, neljän seinän sisälle* ja yksinolon sijaan tilalle on tullut vertaistuen ja kokemusasiantuntijuuden myötä kokemus elämän merkityksellisyydestä. Palvelujärjestelmästä lähtöisesti määrittynyt identiteetti korvautuu vertaisen identiteetillä, kun B2 kiinnittyy *masennus- ja paniikkiryhmän vertaisen jäsenkategoriaan*.

Vertaisen jäsenkategoriaan liittyy kokemus osallisuudesta (myös Kirjavainen 2024). Osallisuutta on määritelty esimerkiksi ihmisen tieto-osallisuutena saada tietoa eri palveluista ja palveluprosessistaan sekä toimintaosallisuutena, joka näkyy mahdollisuutena toimia omassa arkielämässään ja määrittää itseään sosiaalisten suhteiden kautta (Leeman & Hämäläinen 2016). Jäsenkategoriaan liittyminen merkitsee tieto-osallisuutta toipumisesta ja vertaistuen merkityksestä sekä toimintaosallisuutta ja tasavertaisuuden kokemusta vertaisryhmän jäsenenä. Vertaisena saattoi määrittyä myös *päihdetoipujana vertaisen jäsenkategoriaan* silloin, kun keskustelijalla oli omakohtaisia kokemuksia päihdetoipumisesta. Kun päihdeongelmasta toipuva kertoi päässeensä päihdekuntoutusjaksolta vertaisryhmään, hän kuvasi koettua osallisuutta vastaavan kokemuksen omaaviin vertaisiin vertaisryhmän jäsenenä (ks. Williams ym. 2015). Vertaisena olemista jäsennettiin symbolisesti matkana, jota vertaiset kulkevat yhdessä.

Toisten suhtautumisella ja teoilla on keskeinen merkitys siinä, minkä käsityksen henkilö muodostaa itsestä. Seuraavassa otteessa B3 suuntaa itseään osaksi vertaisryh-

män jäsenyyttä toteamalla, että vertainen, esimerkiksi *äitiysmasennusta sairastava*, voi ymmärtää samankaltaiseen mielenterveysongelmaan sairastunutta.

Ryhmäkeskustelu B, rivit 182–191

Jäsenkategoria: Tuntemattomat ihmiset, ryhmä

Ei-personoitu jäsenkategoria: Vertaisryhmä kotiin tulemisen tilana

Puheenaihe: Vertaistuki ja sen merkitys

B3: Se oli semmonen olo, kun **olis tullu jotenkin kotiin** tai johonkin – et semmoset ihan **tuntemattomat ihmiset** puhuu ihan niistä samoista kokemuksista. Et se on joku semmonen jännä pohja, mikä luo semmosen, et ihan toisenlaisen olon. Et sä voit olla oma itsesi, ja nää ihmiset tietää ihan tarkkaan mistä puhuu. Ja sit **siinä ryhmässä** varsinkin sitten huomannu, et miten tärkeä mä sanoisin myös et se vertaistuki erityisesti.

B3 puhuu synnytysmasennuksesta toipuvien vertaisryhmässä mukana olon mahdollistavan jaetun ymmärryksen sairastamisesta ja häpeän kokemuksesta. Vertaisryhmän äidit määrittivät ensin *tuntemattomien ihmisten* jäsenkategoriaan, mutta kokemuksena *vertaisryhmään* liittyminen vertautuu *kotiin tulemisen* ei-personoituna tilana. Vertaisen jäsenkategoriaan kuuluminen tuo keskustelijalle mahdollisuuden olla hyväksytty ryhmään kuuluvana ihmisenä mielenterveysongelmasta huolimatta ja sen kanssa. Vertaisryhmässä koettu emotionaalinen tuki ja jaettu yhteinen ymmärrys samankaltaisesta elämäntilanteesta tukivat toipumista ja vertaisten tarinoiden kuunteleminen tuki suuntautumista uuteen rooliin vertaisena (ks. Schön 2010). Kokemusten jakaminen vertaisten kesken vahvistaa kokemusta oman elämäntilanteen ymmärtämisestä, samankaltaisten arvojen jakamisesta ja solidaarisuudesta toisia kohtaan (Topor ym. 2011, 91; Markovitz 2015, 200; Juvansuu & Rissanen 2017; Juhila 2005, 169). Arkielämän ymmärrystä esimerkiksi äitiydestä ja siihen liittyvistä merkityksistä sekä normatiivisista odotuksista tuotetaan osana vertaisyhteisön kontekstia (ks. Pain 2009, 7; Juhila 2004).

Vertaistuen merkitystä toipumiselle perustellaan vertaisen jäsenkategoriaa kuvaavan tiedon ja toiminnan kautta. Vertaistuki muotoutuu tietona siitä, miten vertainen on selvinnyt vastaavanlaisessa tilanteessa kuin itsellä on. Marianne Nylund (2005, 200) kirjoittaa, että samankaltaisessa elämäntilanteessa elävä tietää, miltä toisesta voi tuntua ilman, että on tarvetta selittää asian tilaa laajemmin. Vertaistuki muotoutuu myös *heikoimman ehdoilla menemisenä*, jossa ymmärrys toisen ihmisen tilanteesta voi rakentua jo vähäisenkin vuorovaikutuksen avulla, kuten seuraavassa otteessa käy ilmi. Tätä samaa otetta olen käyttänyt aiemmin kuvatessani mukaan lähtevää puhumisen tapaa. Tässä tarkastelen samaa aineisto-otetta vertaisen jäsenkategorian tulokulmasta.

Ryhmäkeskustelu C, puheenvuorojen rivit 115–133

Jäsenkategoria: Vertainen, ihminen, vertaisryhmä, heikoimman ehdoilla

Puheenaihe: Vertaistuen määrittelyä

M1: Joo tuohon ei oo paljon kyllä lisättävää, mutta tietysti sen verran, että omalla kohtimillä oon ainakin sillon, kun enempi olin tossa vertaistuen piirissä, ni parhaimmillaan se toimi sillä tavalla, että itse ei kyllä juurikaan tarvinnu sanoa, että sen ties, että mikä **tällasella ihmisellä** on, ja niin se pitäis ollakin, että heikomman eholla mennään.

N1: Toi oli muuten tosi tärkeä pointti se, että kun on **vertaisryhmä**, ni nimenomaan sen **heikomman choilla** se etenee sillon, et se, jolla on huonoin kausi menossa, ni se porukka osaa jotenkin hirveen luontevasti tukea sitä heikointa kuitenkin yleensä väsyttämättä itseänsä. Ja se et kun täällä puhutaan tästä, että ne on **ihmisiä**, jotka ymmärtää, ovat kokeneet saman, ni yhtä lailla asian voi ilmasta sillä tavalla, et puhutaan samaa kieltä. Ei välttämättä tarvi paljoakaan puhua, kun toinen jo tietää, että mistä puhutaan, ja se on jotenkin niin hirveen vaivatonta se **vertaisten** kanssa keskustelu ja asioitten käsittely.

M2: Minä oon ihan täysin samaa mieltä, että nimenomaan ettei hirveen paljon sanoja tarvita, että siinä voi paljon selvittää saman tien. Ja se kieli on se sama ja siinä on sitten kaks tai usempi, mitkä menee samaa matkaa, että siinä ei kukaan oo yksin, että ei tunne ulkopuoliseksi itseänsä.

Otteessa vertainen on ihminen, joka on kokenut samankaltaisia kokemuksia kuin kanssavertaiset, jolla on kokemustietoa, ja jonka kanssa voi puhua toipumisesta samankaltaisilla kielikuvilla. Vertaistuki muotoutuu yhteisesti jaetulle ymmärtämiselle johtuen jaetuista sairastamisen kokemuksista ja tunnekokemuksista, joiden prosessointi ja niiden merkitykset ovat myös Kari Sorosen mukaan (2024, 58) keskeisiä oman kokemusasiantuntijuuden kehittymiselle. Vertaistuki auttaa otteen saamisessa omasta arkielämästä ja jaksamisesta sekä tukee sosiaalisen vuorovaikutuksen ja verkostojen vahvistumista suhteessa toisiin ihmisiin. Vertaistoiminnan motiivina voi olla myös halu tukea muita samankaltaisessa elämäntilanteessa olevia (Jurvansuu & Rissanen 2017).

Keskustelijat pohtivat vertaistuen sopivuutta toipumisen eri vaiheisiin. Vertaistuen kuvauksille on tunnusomaista myös tietty sosiaalinen järjestys vertaisryhmän jäsenenä (ks. Ruusuvuori 2001). Vertaisryhmän kulussa sosiaalista järjestystä kuvastaa jaksaminen kuunnella vertaista ja aito kiinnostuneisuus kohti toisen vertaisen tarinaa, pois itsestä. Sairastavan jäsenkategoria jäsentyy vastaavasti heikossa kunnossa olemisena.

Vertaistuki kiinnittää keskustelijat tiettyyn yhteisöön. Yhdistystoiminnalla koettiin olevan keskeinen merkitys toimintaan osallistuvien yhteisöllisyyden tunteen vahvistumisessa. Yhdistyksessä kohdattiin samanhenkisiä ihmisiä kuin itse kokee olevansa. Kansalaisjärjestötoiminnan vertaistuen on katsottu mahdollistavan uudenlaisen, palvelujärjestelmän määrittelyistä vapaan identiteetin muotoutumista (Hyväri 2005).

Toisaalla keskusteluaineistossa vertaisen auttaminen merkitsee samalla itsensä auttamista. Esimerkiksi oppimalla tietokoneen ja internetin käyttöä avautuu mahdollisuus niin auttajalle kuin autettavalle integroitua uusiin sosiaalisiin nettiyhteisöihin keskustelupalstojen ja chattikanavien kautta. Vertaisen auttamisen kautta on mahdollista tarkastella omaa arkielämää uudesta tulokulmasta ja oppia uusia asioita, joita ei välttämättä tulisi yksin opeteltua. Muutosta vertaisena toimiessa on usein kuvattu siirtymisenä avun saajasta avun antajan rooliin (Topor ym. 2011, 91).

Myös tässä tutkimuksessa auttajaksi siirtyminen todentuu silloin, kun pohditaan ja ehdotetaan päihdetoipujalle tarvittavaa tukea hänen kotiutuessaan hoidosta. N ehdottaa seuraavassa otteessa, että ammattilainen ja vertainen voivat toimia yhdessä toipujan tukemiseksi. Ehdotus tuo näkyväksi sekä ammattilaisen että vertaisen oletetut roolit:

Ryhmäkeskustelu D rivit: 464–473

Jäsenkategoria: Ihminen, kaveri, vertainen, päihdeisi

Jäsenkategoriapari: Vertainen–ammattilainen

Puheenaihe: Vertainen ja ammattilainen yhdessä

N: - - et joku sellanen ihminen, joka ymmärtää sitä mikä sitä **kaveria**, ni semmosen kans sit pystyy toipumaan ja keskustelemaan näist asioista. Että se tavallaan on sitä parasta aina semmonen, et pystyy tekemäänkin asioita, vaikka ois miten erilainen **ihminen**, ni synkkaa kuitenkin ne asiat, että. Et mä näkisin sen tollee, että tietenkin se, et voihan ne käydä vaikka ammattilainen ja **vertainen** yhdessä. Vaikka miten mäkin teen töitä ammattilaisen kanssa tapaan **päihdeisejä** ja näit tämmösiä ni tavallaan vähän samalla lailla. Että sit sais tukea niihin virastoasioihin ja näihin tämmösiin sais tukea ja näin ja sit sais sitä henkist tukea siltä vertaiselta, että.

Otteessa N:n puheessa ilmenee *vertainen–ammattilainen* jäsenkategoriapari. Vertaisen jäsenkategorian toimintoja kuvaavat rinnalla kulkijan roolissa toimiminen ja toipujan kanssa toipumiseen liittyvien kokemusten jakaminen. Ammattilaisen perustehtävä auttajana muotoutuu normitetummaksi. Hänen rooliansa kuvastavat virastoasiat, kuten institutionaaliset säännöt ja käytänteet. Vertaisen rooli asemoituu epävirallisemmaksi tuen muodoksi, henkisen tuen tarjoajaksi.

Vertaisen jäsenkategoria purkaa toiseuteen kategorisoitumista. Vertainen jäsenyyt roolimalliksi omakohtaiselle toipumiselle. Vertaistuki määrittyi yhtenä keskeisenä elämänvaiheena osana yksilöllistä ja vertaisyhteisöllistä toipumista. Vertaistuen merkitys saattoi säilyä tärkeänä muiden sosiaalisten toimintojen rinnalla. Toisaalta vertaistuen merkityksen ja vertaisena olemisen kuvattiin vähenevän silloin, kun muut itselle tärkeät asiat tulivat arkielämään. Vertaisen roolista pois siirtyminen voi tarkoittaa erilaisten sosiaalisten identiteettien olemassaoloa (Schön 2010).

6.5 Kokemusasiantuntija

Kokemusasiantuntijan jäsenkategoriaa ilmentää toipumisen kokemustieto ja sen sanoittaminen. Se määrittyy omakohtaisesta ja vertaisen kokemuksesta, mielenterveys- ja päihdeongelmiin sairastamisen ja toipumisen sekä kokemusasiantuntijana toimimisen kokemustiedosta. Kokemusasiantuntijana oleminen kiinnittyy kansalaisjärjestötoimintaan, ja se asemoidaan vertaisen roolin rinnalla ja jatkumona. Kokemusasiantuntijaksi asemoituminen rakentaa sosiaalista identiteettityötä.

Kokemusasiantuntijaan liitetään toivon ja kokemustiedon välittäminen toipujille sekä silloittava tehtävä ammattilaisen ja toipujan kesken. Kokemusasiantuntija vertautuu tulkiksi, kokemustiedon ymmärtäjäksi ja sanoittajaksi, joka toimii toipujan ja hoidon asiantuntijan välillä (myös Palukka ym. 2019)⁴⁰.

Ryhmäkeskustelu D, rivit 830–845

Jäsenkategoria: Kokemusasiantuntija, tulkki, kuntoutunut kokemusasiantuntija, kokemuksellisen työn tekijä

Jäsenkategoriapari: Kuntoutunut kokemusasiantuntija–henkilökunta

Puheenaihe: Toipuminen ja ratkaisuehdotuksia

D2: Elikkä minä oon sitä mieltä just, että jos tän kaiken rumban, mitä ite on kokenu läpi, et tän olis joku sulle **kokemusasiantuntijana** vaikka kertonu aikasemmin, niin mä sanon, et mä olisin varmaan takasin työelämässä ihan oikeesti. Et tää kesti liian kauan tää rumba ja näitten asioitten ymmärtäminen ja käsittäminen. Et se oli niin raskas prosessi siinä vaiheessa, kun ei ollu valmis vastaanottaan. Nyt mä olen vasta ymmärtäny näitä asioita, miks näin on toimittu. En mä silloin kuntoutusvaiheessa näitä ymmärtäny, et miks näin toimittiin. Ne tuntu kaikki vaan tosi typerältä. En mä osannu ajatella sitä kokonaisuutta, että siinä kun olis **sellanen tulkki**. Ja se vois olla aivan hyvin **kuntoutuksella kokemusasiantuntija**, mikä tekis tätä välityönä tässä. Säästettäs sitä henkilökuntaa niihin oikeisiin töihin, ja otettas kokemusasiantuntija tekemään tämmöstä **kokemuksellista työtä täällä**. Et mä uskon, että se nopeuttas järjestelmää, kuntoutusjärjestelmässä olemista huomattavasti. Et se toiminta, toiminta, toiminta, järkevä tekeminen. **Kokemusasiantuntijat** kyllä **ketkä on kuntoutuksella**, niin niillä on niin valtavasti ideoita ja tällasta, et ne näkee sen ja ehdottaa kaikennäköstä, niin kun itekin oon tehny.

D2:en puheessa kokemusasiantuntija jäsenyy mielenterveystoipumisen kokemuksellisen tiedon ja osaamisen toimijana. Lisäksi hän määrittyy kuntoutuneena kokemusasiantuntijana: henkilönä, joka ymmärtää toipumisen vaiheita. Kokemustiedon on todettu osaltaan muuttavan tiedon tuottamisen tapaa mielenterveydestä (ks. Gillard ym. 2020). Kysymys on kokemukseen perustuvasta asiantuntijuudesta,

⁴⁰ Tässä alaluvussa aineisto-otteisiin lihavoidulla tekstissä on merkitty kohdat, joissa jäsenkategoria, jäsenkategoriapari ja ei-personoitu jäsenkategoria jäsenyivät näkyväksi vuorovaikutuksen kulussa.

jonka arvioidaan nopeuttavan toipumista ja tuovan uusia ideoita ja käytännön tietoa palveluiden kehittämiseen. Kokemusasiantuntija asemoituu ammattilaisen jäsenkategoriaparina ja ammattilaisen rinnalle, ei niinkään kritiikiksi ammattilaisen työlle (ks. Svenlin ym. 2023, 93). Kokemusasiantuntijan hyödyntämistä perustellaan suhteessa ammattilaisen jäsenkategoriaa vasten. Sen avulla säästetään ammattilaisia varsinaiseen hoitotyöhön.

Kansalaisjärjestötoiminnan kentässä kokemusasiantuntijaa luonnehtii käytännönläheinen toiminta, kuten tukihenkilönä toiminen mielenterveystoipujille suunnatuissa ryhmissä, esimerkiksi sairaanhoitopiirin ryhmissä tai vastaavissa ryhmissä. Kokemusasiantuntijan jäsenkategoriaan liitetään kokemusasiantuntijakoulutukseen osallistuminen, johon osallistumalla perustellaan kyvykkyyttä toimia ja kehittyä kokemusasiantuntijana. Keskustelija D2 kuvaa julkisen sektorin toteuttamaa alueellista kokemusasiantuntijakoulutusta, johon oli mahdollista päästä mukaan ammattilaisen kannustamana.

Ryhmähaastattelu D, rivit 282–296

Jäsenkategoria: Hyvä kokemusasiantuntija

Jäsenkategoriapari: Kokemusasiantuntija–toimintaterapeutti; kuntoutujataustainen kokemusasiantuntija–hyvä kokemusasiantuntija

Puheenaihe: Kokemusasiantuntijuus

D2: Se on just sellasta sopivaa työtä, että (miettii) siinä on mahdollisuus kehittyä vaikka kuin ylös. Et omien voimavarojen mukaan mennään. Mut siitä välistä mulla jäi sit kertomatta semmonen, että se oli ennen tätä yhdistystoimintaa, niin täällä X:n [=sairaanhoitopiirin] alueella järjestettiin, se oli Y [=hankkeen nimi] -hankkeen yks osa-alue, tämmönen X [=osahankkeen nimi] -hanke, missä koulutettiin kokemusasiantuntijoita. Ja yks toimintaterapeutti, mikä on ollu minun kanssa tekemisissä jonkun verran sano, että hän on mua kuunnellu ja kattellu, ja hän on tehny semmoisen havainnon, että musta vois tulla **hyvä kokemusasiantuntija**. Ja en mä, ei mulle kertonu se sana kokemusasiantuntija mitään. Mut mulla on vähän semmonen luonne aina ollu elämässä, et kun mä oon lähteny rohkeasti mukaan, etten mä sen enempää miettiny. Mä aattelin, että no lähdetään tällaseen koulutukseen jos siihen on mahdollisuudet. Kyl mä koulutuksistakin oon aina tykänny. Ja lähdin kouluttautumaan mukaan siihen kokemusasiantuntijajuttuihin. Ja ei se siellä oikein hirveesti selvinny. Et se oli tällä alueella ensimmäinen.

D2 sanoittaa, että kokemusasiantuntijan tehtävä rinnastuu puheessa työksi, joka mahdollistaa jatkuvan kehittymisen ja toimimisen omien voimavarojen mukaan. Järjestetty koulutus mahdollistaa toimimisen kokemusasiantuntijan tehtävissä kuten julkishallinnon hankkeissa ja kansalaisjärjestöissä. Kokemusasiantuntijan jäsenkategoria tunnistetaan implisiittisesti keskustelijoiden yhteisesti jakamana ja sanoittamana merkityksellisenä roolina, johon halutaan suuntautua.

Oman roolin merkitys kokemusasiantuntijana määrittänyt omakohtaisen kokemusasiantuntijuuden lisäksi osin ammattilaisen, toimintaterapeutin, tekemän soveltuvuuden perustuvan arvioinnin pohjalta. Keskustelussa ilmenee jäsenkategoriaparit *kokemusasiantuntija-toimintaterapeutti* ja *kuntoutujataustainen kokemusasiantuntija-hyvä kokemusasiantuntija*. Hyvän kokemusasiantuntijan jäsenkategoria jäsenyyttä edellä toimintaterapeutin tekemän soveltuvuuteen perustuvan havainnon ja arvion perusteella. Keskustelun aikana rakentuu näkemys, että kaikista toipumisen kokemustiedon omaavista ei tule hyviä kokemusasiantuntijoita. Seuraavassa otteessa hyvän kokemusasiantuntijan jäsenkategoria vertautuu jääkiekkomaailman huipputasajisiin, NHL-pelaajien jäsenkategoriaan. Sen piirteet rakentuvat ammattilaisten ja keskustelijoiden implisiittisesti esittämien kriteerien pohjalta.

Ryhmäkeskustelu D, rivit 978–988, 1000–1009

Jäsenkategoria: Järjestöihminen, vapaaehtoistyöntekijä, kuntoutujataustainen kokemusasiantuntija, hyvä kokemusasiantuntija

Jäsenkategoriapari: Korkeasti yliopistossa koulutetut ihmiset–järjestöihmiset; kuntoutujataustainen kokemusasiantuntija–hyvä kokemusasiantuntija

Puheenaihe: Kokemusasiantuntijuus, palkkiot

D2: Tuo maanantainen tilaisuus, missä me oltiin tuolla Y [=kaupunki] -talolla, niin se aukas mun silmäni täydellisesti. Minä en vihaa siis mitään. Koulutetut ihmiset on koulutettuja ihmisiä. Niillä on se kirjatieto. Jokaisella on elämästä jotain tietoa. Mutta se, että mä ymmärrän, et kaikki pyrkii elämässä eteenpäin. Mut kun se tulee niin selvästi, että jos yhteiskunnassa tämmöset korkeasti yliopistoissa koulutetut ihmiset, niin niillä ei vaan ole sellasta järkevää työtä ollut nyt pitkään aikaan, niin ne pyrkii tänne järjestökenttään. Ja he vievät niitä palkkatöitä meiltä **järjestöihmisiltä** aivan selvästi. Et se on semmonen tulevaisuudessa oleva uhkakuva, että **vapaaehtoistyöntekijätkin** täytyy kohta olla maisterikoulutuksella, et ne voi tehdä vapaaehtoistyötä, et ne saa jonkun palkkion siitä toiminnasta, et ne pystyy tekeen sitä.

T: Just.

D2: Et se on semmonen. Tuolla se selvis ihan täydellisesti. Ja kyl siält nyt ihan suoraankin sanottiin, jos osaa sillä tavalla hahmottaa.

T: Oho.

D2: sen tilanteen. Niin, näin se vaan menee.

H: [epäselvää].

D3: Ja sit tohon täytyy sanoa just sekin, että jos mietitään nyt, kun tää kokemusasiantuntijuus nousee, niin itselläkin sellainen vertaus tullu, et jos aatellaan että eihän kaikista jääkiekon pelaajista tuu NHL-pelaajia.

T: No, ei tuu.

D3: Niin, sama juttu on tää, että eihän kaikista, sanotaan jos puhutaan mielenterveyskuntoutus, niin eihän kaikista **kuntoutujataustaisista tule hyviä kokemusasiantuntijoita**.

Otteessa jäsentyy jäsenkategoriapari *korkeasti yliopistoissa koulutetut ihmiset–järjestöihmiset ja kuntoutujataustainen kokemusasiantuntija–hyvä kokemusasiantuntija*. Kokemusasiantuntijan jäsenkategoria näyttäytyy puheessa muotoutuvana. Siihen kohdistetaan pelkoa kokemusasiantuntijuuden ammattimaistumisesta tulevaisuudessa. Vapaaehtoistoiminta nähdään kansalaisten perusoikeutena, omasta halusta ja arvoista lähteväksi vapaaehtoisuuteen pohjaavana toimintana, jota tehdään jonkin tietyn yhteisön, kuten tässä tapauksessa mielenterveysyhdistysten hyväksi (ks. Lehtonen 1990).

D2 kokee tulevaisuudessa haasteeksi, että järjestöjen vapaaehtoisilta vaaditaan yliopistotasoinen koulutus edellytyksenä toimia kokemusasiantuntijana. Puheessa ilmenee järjestökentän muutosta ilmentävä ”hybridisaatio”, jota kuvastaa samaan aikaan sekä vapaaehtoisuus että ammatillisuus, yleishyödyllisyys ja markkinakilpailu (Ruuskanen ym. 2020, 21). Kokemusasiantuntijan jäsenkategoriaan liittyy neuvottelua siitä, millainen kokemus- ja osaamistausta määrittää kokemusasiantuntijaa ja tässä tehtävässä toimimista. D2 arvioi yhdistystoimintaa kriittisesti sanoittamalla, että vapaaehtoistoiminnasta kilpailevat korkeasti koulutetut ihmiset, joilla ei ole ollut järkevää työtä. Vaikka kokemusasiantuntijan jäsenkategoria määrittyy yhtäältä palkkioperusteisesti maksettuna tehtävänä, toisaalta se nähdään kansalaisjärjestökentälle kuuluvana ja niiden organisoimana vapaaehtoistoimintana. Kokemusasiantuntija määritetään aseman, tehtävien ja palkkioiden määrääytymisen kriteereihin kautta, ja siihen liittyy keskustelua vallasta, asiantuntijuudesta ja työnjaosta.

Useissa keskusteluissa toivotaan kokemusasiantuntijan tehokkaampaa hyödyntämistä mielenterveyden hoidon ja palveluiden kehittämisessä. Kokemusasiantuntijan jäsenkategoria tehtävineen hahmottuu osaksi julkishallinnon kanssa tehtävää kehittämistyötä ja osin sen tavoitteiden ohjaamana (ks. Meriluoto 2018b). On todettu, että kokemustieto ei saa teillata ammatillaisen tietämystä (Svenlin ym. 2023, 93). Seuraavassa otteessa esitetään näkemys siitä, että sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä kokemusasiantuntijan mukaan ottamiseen suhtaudutaan myös kielteisesti: *potilaan äänen kuuleminen on punainen vaate*. On havaittu, että kokemustietoa hyödynnetään mutta palkkioiden maksamiseen ei olla valmiita (Hipp ym. 2016). Kokemusasiantuntijan merkitys ilmaistaan mielenterveyspotilaan jäsenkategorian kautta kuvattuna.

Ryhmäkeskustelu C, rivit 611–631

Jäsenkategoria: Kokemusasiantuntija, potilas

Jäsenkategoriapari: Kokemusasiantuntija–ammattilaiset, ammattikunta, opettaja

Puheenaihe: Toimiminen kokemusasiantuntijana, palkkiot

M1: Mut muualla päinhän on siis ihan palkkiot on käytössä, ni siitä kun lähetään Y:hyn [=kaupunkiin], ni saan tosiaan palkkiot ja bensakulut ja kaikki mahdolliset ni.

T: Mistä se johtuu, et X:n [=kaupungin] alueel ei toimi?

N1: Koko ajan täällä puhutaan siitä, että asioista pitää sillee maltillisesti neuvotella eri ta-

hojen kanssa. Minä ite näkisin, kokisin sen asian sillä tavalla, että täällä ammattikunta, ammattilaiset, on jotenkin hirveen konservatiivisia. Et se **kokemusasiantuntijuuden, potilaan äänen** kuuleminen ni se on jotenkin semmonen punanen vaate vielä.

M1: Minä luulen, että heil on semmonen, he kokee, että heidän ammattitaitoaan jotenkin siitä kyseenalaistetaan sillä, että tulis joku **kokemusasiantuntija** siihen mukaan.

N1: Kyllä, et tääl on jotenkin semmonen hirveen takaperonen ajattelumalli vielä, et pitää hirveen kiltisti ja nöyrästi tuolla puhua kokemusasiantuntijoiden puolesta. Mut sitten on hyviäkin esimerkkejä. Muun muassa Y:llä elikä ammattioppilaitoksella ni tuli opettajan alotteesta palkkioperiaate heille, et saa edes jonkinlaisen korvauksen.

N1 ja M1 nimeävät *kokemusasiantuntija–ammattikunta, ammattilaiset* jäsenkategoriarin. Ammattilaiseen liitetään ennakkokäsityksiä ja kielteisiä asenteita kokemusasiantuntijoita kohtaan ja pelkoa oman asiantuntijuutensa menettämisestä sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistyössä. Keskustelussa arvioidaan kriittisesti ammattilaisen ja kokemusasiantuntijoiden välistä työnjakoa ja siihen liittyvää valtaa. On tarpeen pohtia, keiden asiantuntemus ja minkä professioiden tulisi olla mukana sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämisestä päätettäessä, ja miten kokemusasiantuntijuutta voidaan organisaatiossa tukea (myös Haapakoski ym. 2018).

Kokemusasiantuntijan jäsenkategoriaan liitettävät ominaisuudet, kuten tieto, kokemusosaaminen ja palkkiot ovat keskusteluiden perusteella moninaisia, alueellisesti tai paikallisesti muotoutuvia. Palkkioiden merkitys näyttäytyi keskustelijoiden puheessa ristiriitaisena yhtäältä arvostuksen osoituksena kokemusasiantuntijana toimimisesta ja osana toimeentuloa ja toisaalta omakohtaisena pelkona muiden tuki- ja etuuksien menettämisestä kannustinloukkujen vuoksi. Palkkioiden avulla on todettu osoitettavan, kokemusasiantuntijuuden arvostuksen lisäksi, myös osatyökykyisten työpanoksen hyödyntämistä yhteiskunnassa (Jurvansuu & Rissanen 2019).

Kokemusasiantuntijan jäsenkategoria tuo näkyväksi myös sitä, miten kokemusasiantuntijuutta arvotetaan. E1 pohtii, että kysymys on mielenterveyskuntoutujan ymmärtämisestä ja stigman hälventämiseen tähtäävästä työotteesta:

Ryhmäkeskustelu E, rivit 436–451

Jäsenkategoria: Mielenterveyskuntoutuja, aktiivinen

Puheenaihe: Mielenterveyskuntoutujan ymmärtäminen

E1: No siis yleensäki se. On se tietysti vuosien aikana. Just nimenomaan **se mielenterveyskuntoutujan** semmone, ymmärtäminen ja suvaitseminen ja semmoset asiat. Niissä vois olla parempiki tilanne. Minä oon ottanu omaks missioks sen, että. Minä olen sitä vastaan, että se homma ei etene. Minä aion sillee olla **aktiivinen**, siinä kyllä kertoa näitä asioita.

Otteessa mielenterveyskuntoutujan ja kokemusasiantuntijan jäsenkategoriat jäsentyvät *aktiivisena toimijana*, joka kertoo toipumiseen liittyvistä seikoista.

Keskustelussa rakentuu hyvinvointiyhteiskunnan laajentaminen kansalaisjärjestötoiminnan palveluiden hyödyntäjäksi tilanteessa, jossa julkisen sektorin ei nähdä toimivan tehokkaasti toipujan elämäntilannetta kokonaisvaltaisesti huomioiden ja tukien (myös Ruuskanen ym. 2020, 19).

Kokemusasiantuntijuuden nykytilan kuvataan olevan murroksessa. Ammattilaisilta toivotaan myönteistä suhtautumista kokemusasiantuntijoihin sekä heidän tietojensa ja taitojensa arvostamista. Toisaalla keskustelussa G ehdottaa koulutuksen järjestämistä ammattilaisille siitä, mitä vertaisen rooli tarkoittaa ammattilaisen kanssa työskentelyssä. Toiveena on, että kokemusasiantuntija nähtäisiin hyödyllisenä voimavarana sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistyössä ja kumppaneina ammattilaisten kanssa.

Koulutetun kokemusasiantuntijan jäsenkategorian piirteet muotoilevat sen määrittymistä tulevaisuudessa. Keskusteluissa muotoillaan kokemusasiantuntijan jäsenkategoriaa, joka tuntisi laajasti eri toimijoiden, julkisten ja järjestöjen palvelut. Kokemusasiantuntijaa ehdotetaan muun muassa kertomaan kokemus- ja selviytymistarinaansa sairaalahoidon ensitietopäivään ja toipujien kotiutuessa sairaalahoidosta. Kokemusasiantuntijuuden hyödyntämistä toivotaan laajennettavan eri palvelujen nivelvaiheisiin, sillä mielenterveystoipumisen nivelvaiheissa on riski uudelleen sairastumiselle tai palveluverkosta putoamiselle. Kokemusasiantuntija määrittyy toimijana, joka tuo esille mielenterveyspalveluiden, hoidon ja toipumista tukemisen pirstaleisuutta. Tunnistettuun kokemusasiantuntijuuden merkitykseen sekä toipumiselle että palvelujärjestelmän vaikuttamiselle tuodaan esiin kokemusasiantuntijuuden hyödyntäminen myös muille asiakasryhmille kuin mielenterveystoipujille. Aineistossa ehdotetaan kokemusasiantuntijan tehtävän laajentamista Käypä hoito -suositusten⁴¹ laadintaan, mikä on sittemmin tämän tutkimuksen aikana edennyt.

Kokemusasiantuntijan roolin hyödyntämistä laajemmin perustellaan tutkimusaineistossani mielenterveysongelmiin sairastuneiden määrän lisääntymisellä, julkisen palvelujärjestelmän resurssien säästöllä sekä tuottavuuden ja tehokkuuden parantamisella (myös Helén 2011). Mielenterveys- ja päihdetyössä on todettu olevan tarvetta selkeyttää ja kehittää myös ohjauksen sisältöjä yhdessä toipujien kanssa (Saarinen & Kilkku 2021). Yhteensovittamisen ehdotukset edustavat solmutyöskentelyn mallia, jossa toipumisen kannalta merkitykselliset tahot kytkeytyvät

41 Potilaat mukaan -hanke on Lääkäriseura Duodecimin, hammaslääkäriseura Apollonian ja eri potilaisjärjestöjen yhteishanke. Vuonna 2020 STEA myönsi rahoituksen Potilaat mukaan -hankkeelle, jossa laadittiin myös käsikirja Käypä hoito -suositustyöryhmien potilasedustajille (Potilaat mukaan Käypä hoito -suositusten laadintaan n.d). Vuonna 2020 käynnistetyn hankkeen tarkoituksena oli juurruttaa potilaiden osallisuus pysyväksi osaksi hoitosuositustyön käytäntöjä ja Käypä hoito -suosituksia. Hanketta koordinoi Duodecimin Käypä hoito -toimitus ja siinä ovat mukana ADHD-liitto, Allergia-, iho- ja astmaliitto, Autismiliitto, Suomen Diabetesliitto, Hengitysliitto, Kipukapina, Suomen Luustoliitto, Mielenterveyden keskusliitto, Migreeniyhdistys, Neuroliitto, Psoriasisliitto, Suomen autismikirjon yhdistys, Suomen Hammaslääkäriseura Apollonia, Suomen Kipu, Suomen Syöpäyhdistys, Sydänliitto sekä Syömishäiriöliitto.

yhteistoiminnallisesti solmuksi ratkaisemaan käsillä olevaa ongelmaa (Engeström 2006; Engeström 2008). Solmutyöskentelytyyppiseen työkulttuuriin voi sisällyttää ammattilaisen työpariksi kokemusasiantuntijan, jolla on omakohtainen kokemus niin julkisista kuin järjestöjen toteuttamista palveluista sekä myös vertaisten ja kokemusasiantuntijoiden keskusteluista jäsentynyttä kokemustietoutta toipumisesta.

Kokemusasiantuntijan jäsenkategoria määrittyy suhteessa toipujan ja vertaisen jäsenkategorioihin, niiden jatkumona ja niille limittäisenä. Kokemusasiantuntijana toimimisen nähdään edellyttävän kuntoutunutta kokemusasiantuntijuutta ja useimmiten kouluttautuneen kokemusasiantuntijan statusta.

6.6 Yhteenveto jäsenkategorioista

Analyysini pohjalta rakentuivat jäsenkategorioiden yläkategoriat: mielenterveyspotilas, sairastava, toipuja, vertainen ja kokemusasiantuntija. Kutakin yläkategoriaa kuvaavat tarkemmat aineistolähtöiset personoidut jäsenkategoriat, jäsenkategoriaparit sekä ei-personoidut jäsenkategoriat.

Jäsenkategoriat ilmentävät mielenterveystoipujan määrittymistä sekä palvelujärjestelmän käytänteissä ja sosiaalisessa vuorovaikutuksessa että sitä, miten tehdyt luokittelut siirtyvät toipujan käsityksiin itsestä yhtäältä stigmaa vahvistaen tai toisaalta toipumista tukien. Jäsenkategoriat ovat toisiinsa kietoutuvia ja limittäisiä, päällekkäin muotoutuvia. Jäsenkategoriat tulevat näkyväksi sosiaalisissa suhteissa, lähiyhteisöissä, palvelujärjestelmässä ja niiden käytänteissä.

Mielenterveyspotilaan jäsenkategoria määrittyy saadun diagnoosin kautta, julkisen terveydenhuollon kohtaamisissa ja hoitokäytänteissä sekä ammattilaisten ja toipujien välisessä vuorovaikutuksessa. Kategoria kuvastaa aiempia historiallisia mielenterveystoipumisen vaiheita (ks. luku 2), joissa mielenterveyspotilas jäsenyy ongelmiansa kautta, hoidon ja toimenpiteiden kohteena. Ammattilaisten ongelmiin keskittynyt puhe ja toipujan kuuntelematta jättäminen vahvistavat mielenterveystoipujan itsestigmatisoitumista, arvottomuuden ja toiseuden kokemuksia. Keskustelijoiden sairastamis- ja toipumispuheeseen liittyvät kokemukset leimautumisesta, toiseudesta ja marginalisoitumisesta.

Terveydenhuoltojärjestelmän ongelmiksi nähdään ammattilaisten kielteiset asenteet ja standardisoituneen julkisen palvelujärjestelmän toimintakulttuuri. Kielteiseksi arvottuvat mielenterveyspotilaan jäsenkategoriat kiinnittyivät kohtaamisen lisäksi palvelujärjestelmän asiakastietojärjestelmien diagnooseihin, kirjauksiin ja dokumentointeihin. Kielteiset luokittelut ilmentävät ammattilaisen asiantuntijatiedon ja -vallan käyttöä sekä jäsenkategorioiden siirtymisen keskustelijoiden näkemyksiksi itsestään. Kielteiset luokittelut heijastavat yhteisöjen ja yhteiskunnan historiallista sosiokulttuurista kehystä ja niissä muotoutuvia luokitteluita toipujista ja toipumisesta (myös Jäntti ym. 2022). Koettu stigma ja tehdyt luokittelut itsestä siirtyvät tut-

kimusaineistoni keskustelijoiden itsestigmatisoinneiksi, mikä voi osaltaan hidastaa toipumista ja toipumiseen liittyvää identiteettityötä (Kulmala 2006).

Sairastavan jäsenkategoria ilmenee puhuttaessa sairastamisen tilasta, jota verrataan oletettua tavanomaista arkielämää vasten. Tätä jäsenkategoriaa ei määritä diagnoosi. Keskeistä on itse tunnustettujen oireiden ja niiden arkisten merkitysten esille tuominen. Sairastavan elämää kuvaa emotionaalinen ja sosiaalinen yksinäisyys, suhteista ja lähiyhteisöistä sivussa olemisen kokemus. Arkielämä voi tarkoittaa yksin selviytymisen ei-personoitua jäsenkategoriaa, kuulumattomuutta mihinkään ryhmään tai yhteisöön, mikä vaikuttaa henkilökohtaiseen asennoitumiseen ja arkielämän ratkaisuihin. Sairastavan määrittelyyn liittyvät yhteiskunnalliset ja rakenteelliset esteet kuten toimeentuloon, työllistymiseen tai palveluiden saamiseen liittyvät rakenteelliset esteet. Palvelujärjestelmälähtöisyys ja palveluiden pirstaloituneisuus vaikeuttavat kokonaisvaltaista toipumista. Potilaan ja sairastavan jäsenkategorioiden rinnalla ilmenee silti myös myönteisiä luokitteluita itsestä.

Toipuminen ja toipujan jäsenkategoria jäsentyvät tutkimusaineistossani prosessinomaisesti arkielämän kokemuksiin vasten. Toipujan jäsenkategoriaan suuntautuminen edellyttää lempeää suhtautumista itseän. Toipujan ominaisuuksiksi rakentuvat toivon läsnäolo, motivaatio toipumisesta, sinnikkyys ja joustavuus haasteita kohdatessa, keskeneräisyyden salliminen itselle sekä elämän tarkoituksen ja merkityksellisyyden kokeminen. Nämä kuvastavat henkilökohtaisen toipumisen käsitteellisten näkökulmien painotuksia (Andersen 2003; Leamy ym. 2011). Toipuja määrittyy suhteessa toimijuuteen: hän on oman elämänsä toimija sosiaalisissa suhteissa ja vertaisyhteisöjen vertaisena ja kokemusasiantuntijana. Vaihtoehtoisesti toipujan rooli saatettiin kokea julkisen palvelujärjestelmän käytänteissä ja kohtaamisissa passiivisena toipumisen ratkaisujen odottajana. Toipujan jäsenkategoriaan kiinnittyminen mahdollistaa sosiaalisen identiteetin uudelleen tulkinnan läheis- ja vertaissuhteissa sekä kohtaamisissa ammattilaisten kanssa ja palvelujärjestelmän käytänteissä.

Toipumista kannattelee hyvä hoitosuhde. Tämä ei-personoitu jäsenkategoria määrittyi kuuntelemisena sekä voimavaralähtöisenä ja kannustavana työorientaationa. Hyvää hoitosuhdetta kuvaa toipujan näkeminen omana itsenään ja avoimuus toipujalähtöisesti rakentuville toipumista tukeville keinoille. Toipumisen tukemisessa korostuu toipujan kokonaisvaltaisen terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin mahdollistaminen. Laitoshoidon ei-personoituna jäsenkategoriana kuvaa kokemusta hyvästä hoidosta ja yhteyden tunteesta suhteessa muihin toipujiin. Avoimuus omasta elämäntilanteesta hälventää koettua stigmaa. Samaan aikaan erilaisuuden kokemus työyhteisön, oppilaitoksen tai vertaisryhmän jäsenenä vaikeutti sosiaalisen identiteetin uudelleen rakentumista. Puheessa ilmeni jännitteitä yhtäältä yksilöllisesti ja vertaisyhteisöllisesti rakentuvien toipumista edistävien jäsenkategorioiden ja toisaalta julkisen palvelujärjestelmän käytänteistä ja kohtaamisissa itseän siirtyvien toimenpiteiden kohteeksi määrittyvien jäsenkategorioiden välillä.

Vertaisen jäsenkategoria muotoutuu vastavuoroisena avun ja tuen sekä sosiaalisen ja emotionaalisen tuen antajana ja saajana. Siihen sisältyy yhteenkuuluvuuden ja yhteisöllisyyden tunnetta, emotionaalista tukea sekä tiedon saamista ja välittämistä toipumisen konkreettisista keinoista. Vertainen määrittyy myös kuntoutujaistyävyytenä. Vertaistukea määritetään heikoimman ehdolla menemisenä. Vertaistuen merkitys rakentui konteksti- ja tilannesidonnaisesti. Vertaisyhteisö käsitteellistyi pääosin mielenterveysyhdistysten vertaisryhminä sekä vertaistukena sosiaali- ja terveydenhuollossa ja internetissä.

Odotus toipujan samankaltaisesta toipumisen polusta rakensi vertaisen jäsenkategoriaa jännitteisesti. Vertaisena sosiaalistutaan vertaisryhmän puhekulttuuriin ja mielenterveysyhdistysten vertaisryhmien sosiaalisiin käytänteisiin. Vertaisten kesken jaetut toiseuden kokemukset ja kielteiset personoidut jäsenkategoriat itsestä voivat vahvistaa jaettua ymmärrystä stigmasta.

Kokemusasiantuntijan jäsenkategoria jäsentyy omakohtaisesta sairastamisesta ja toipumisesta vertaisyhteisöissä rakentuvana kollektiivisena kokemusasiantuntijuutena ja kokemusasiantuntijana toimimisen kokemuksesta. Rooli määrittyy toipumisen kokemusasiantuntijuutena ja kokemustiedon välittäjänä ja silloittajana ammattilaisten ja toipujan välillä, ammattilaisen työparina jalkautuvassa työssä ja voimavarana palveluiden kehittämistyössä.

Kokemusasiantuntijuutta arvostetaan. Hyväksi määrittyvältä kokemusasiantuntijalta oletetaan kokemustietoa toipumisesta sekä sopivuutta tehtävässä toimimiseen. Toisaalta kokemusasiantuntijuuteen liittyvät jännitteiset valta-asetelmat sekä kansalaistoiminnan kentällä että julkisessa palvelujärjestelmässä. Vertaisen ja kokemusasiantuntijan jäsenkategorioihin kiinnittyminen hälventää stigmaa ja itsestigmatisoitumista. Jäsenkategoriat kuvaavat osaltaan myös mielenterveystoipumisen eri historiallisten vaiheiden kulttuurisia käsitteitä mielenterveyspotilaista, sairastavista, toipujista, vertaisista ja kokemusasiantuntijoista sekä niiden kerrostumista ja kantautumista nykyisyyteen.

Tunnistan muodostamistani yläkategorioista toipumisen prosessin, jonka nimeän toipumisen poluksi. Toipumisen polku muotoutuu muutoksesta mielenterveyspotilaasta, sairastavaksi ja toipumisen edetessä toipujaksi, vertaiseksi ja kokemusasiantuntijaksi. Toimenpiteiden kohteesta mielenterveyspotilaasta, toiseutta kokevasta ja eristäytyneestä sairastavasta tapahtuu muutos toipujan ja edelleen vertaisen ja kokemusasiantuntijan kategorioihin suuntauduttaessa.

7 Kokoava pohdinta

Tutkimuksellinen katseeni kohdentui mielenterveystoipumiseen erityisesti pitkäkestoisista mielenterveysongelmista toipumiseen toipujien näkökulmasta. Tarkastelin järjestöllisessä vertaisyhteisöissä jaettua ja rakentunutta kokemustietoa toipumisen prosessista. Tarkennetusti analysoin sitä, miten mielenterveystoipuminen rakentuu vertaisten puheessa, sekä millaisia toipumiseen kiinnittyneitä kategorioita vertaisten puheessa ilmenee. Sosiaalinen konstruktionismi ohjaa tapaan tarkastella keskustelijoiden vuorovaikutusta vertaisyhteisöissä rakentuneena puheena ja puhe-tekoina (Gergen 2001; Bergen & Luckmann 1994).

Mielenterveystoipumisen ilmiöymmärrystä rakensin kolmen toisiinsa yhteydessä olevan käsitteellistämisen kautta. Ensimmäinen, henkilökohtaisen toipumisen näkökulma (Leamy ym. 2011; Onken ym. 2007) tuo esiin toisen, sosiaalisen toipumisen näkökulman tarpeen (Tew 2013; Marino 2015; Williams ym. 2015; Ramon 2018; Norton & Swords 2021). Kolmanneksi tutkimukseni kohde edellytti erityisesti vertaisuuden ja kokemusasiatuntijuuden (Mikkonen 2009; Kippola-Pääkkönen 2018; Rissanen 2015; Rissanen & Jurvansuu 2017) merkityksen tarkastelua toipumisessa. Paikantaakseni mielenterveystoipumista ja siitä muotoutuvaa puheen rakentumista ajalliseen kontekstiinsa pohjustin käsitteellistä tarkastelua mielenterveystoipumisen historiallisella käsittelyllä.

Tutkimusaineistoina ovat mielenterveysyhdistyksissä toimivien vertaisten ryhmäkeskustelut ja kahdenkeskiset keskustelut tutkijan kanssa. Aineistoa analysoin induktiivisen temaattisen sisällönanalyysin (Tuomi & Sarajärvi 2011; Terry & Hayfield 2021) keinoin, joka pohjusti seuraavassa vaiheessa toteutettuja vuorovaikutuksen äänianalyysiä (Engeström 2004; 2008) ja jäsenkategoria-analyysiä (Peräkylä 2004).

7.1 Mielenterveystoipumista estävät ja edistävät tekijät

Ensimmäiseen tutkimuskysymykseeni, miten mielenterveystoipuminen rakentuu vertaisten puheessa, vastasin induktiivisen temaattisen sisällönanalyysin (Tuomi & Sarajärvi 2011; Terry & Hayfield 2021) ja vuorovaikutuksen äänianalyysin (Engeström 2004) keinoin. Toipumisen sisällöt rakentuvat moninaisena prosessina, jossa toipumista kuvataan vaiheittaisena ja palailevana etenemisenä sairastamisesta kohti toipumista. Sairastamista ilmentää kokonaisvaltaisesti ja subjektiivisesti tunnistettujen oireiden ja toimintakyvyn koettu heikkeneminen

ja niiden heijastuminen arkielämään erotettuna ammattilaisen medikaalisesti määrittelemästä tilasta. Sairastaminen rajoittaa liittymistä sosiaalisiin suhteisiin ja yhteisyyden kokemusta. Siihen liittyy yksinäisyyden sekä ulkopuolisuuden ja toiseuden kokemukset.

Sairastamisen puheeseen liittyy stigman kohtaaminen ja itsestigmatisoituminen. Erityisesti ammattilaisten ennakkoasenteet sekä ongelmiin ja toimintavajeisiin keskittyvä vuorovaikutus ja tapa kohdata siirtyvät toipujien itsestigmatisoitumiseksi. Käsitykset omien mahdollisuuksien rajoitteista vahvistavat kokemusta toiseudesta, toivottomuudesta ja häpeän tunteesta. Ammattilaisten käytänteissä ei huomioida riittävästi toipujien ja heidän tilanteidensa erilaisuutta tai voinnin vaihteluita. Näin toipujan kokemustieto omakohtaisesta toipumisesta ja sitä auttavista keinoista jää alisteiseksi tai tulee sivuutetuksi suhteessa ammattilaisen määrittelyyn (myös Khoury & del Barrio 2015; Karhunen & Orjasniemi 2024). Muodostuu tilanteita, jossa palvelujärjestelmän byrokraattiseksi koetut käytänteet hidastavat toipumista tai mahdollisuutta sosiaaliturvaan. Kannustinloukut kaventavat mahdollisuuksia työelämäosallisuuteen ja työelämän sosiaalisiin suhteisiin.

Sairastamispuheesta toipumispuheeseen siirryttäessä olennaiseksi ilmenee toivon läsnäolo, mikä auttaa vaikeista asioista selviämiseen sekä hälventää toiseuden ja osattomuuden kokemuksia (myös Leamy ym. 2011). Toipuminen merkitsee ennen kaikkea arkielämän tarkoituksen ja merkityksellisyyden reflektointia ja oivaltamista. Emotionaalisen ja sosiaalisen tuen ohella toipumista tukevat omakohtainen vastuunotto toipumisesta (myös Anthony 1993; Andersen ym. 2003; Onken ym. 2007) sekä myötätuntoinen suhtautuminen toipumisen prosessiin liittyvän olotilan vaihtelevuuteen.

Oman elämäntilanteen hyväksyminen ja toisin tekeminen vahvistavat toipumista arkielämässä. Ammattilaisten ja toipujan kohtaamisissa toipujan itsemääräämisoikeuden ja yksilöllisyyden kunnioittaminen (myös Kaseva 2011; Jacobson & Greenley 2001) oman elämän valinnoissa ja päätöksissä koetaan keskeisiksi periaatteiksi. Läheisten kannustava ja rohkaiseva tunnetuki vahvistaa toiveikkuutta (myös Slade 2009). Luottamuksellinen hoitosuhde ja yhdessä ihmettely sellaisten kysymysten äärellä, joihin ei toipujalla eikä ammattilaisella ole välttämättä vastauksia, kannattelee selviytymistä. Toipuminen edellyttää psyykkisen voinnin ohella somaattisten oireiden ja sairastamisen huomioimista. Merkitykselliseksi koettu tekeminen ja yhdessä muiden kanssa toiminta vahvistavat sosiaalisia suhteita ja kiinnittymistä yhteisöihin, koska varsinainen toipuminen muotoutuu arkielämässä sosiaalisissa suhteissa ja verkostoissa.

Toipumista olennaisesti tukevaksi ja kannattelevaksi sosiaalisen tuen muodoksi näyttäytyy vertaistuki ja sen antaminen ja saaminen, mihin vertaisena toimiminen kiinteästi liittyy.

Vertaisyhteisöön kuuluminen merkitsee tunnetta samaa matkaa kulkemisesta ja vahvistaa toimijuutta. Erityisesti itsestigmatisoinnin purkaminen edistää toipumista.

Vertaisyhteisöt tarjoavat pääsyn monipuolisiin kokemusasiantuntijatehtäviin niin vertaisyhteisön sisällä kuin sen ulkopuolella. Kokemusasiantuntijana toimiminen vertaisyhteisön sisällä toisten toipujien tukena on merkittävä osa kokemusasiantuntijuutta. Samalla mahdollistuu silloittajana toimiminen ammattilaisten ja toipujien välillä sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämistyöhön osallistuminen. Omaa kokemusta sairastamisesta, hoidosta ja toipumisen prosessista voi hyödyntää merkityksellisesti sekä oman että vertaisten toipumisen vahvistajana osallistuen samalla kokemustiedon, aseman ja kokemusasiantuntijuuden vahvistamiseen yhteiskunnassa.

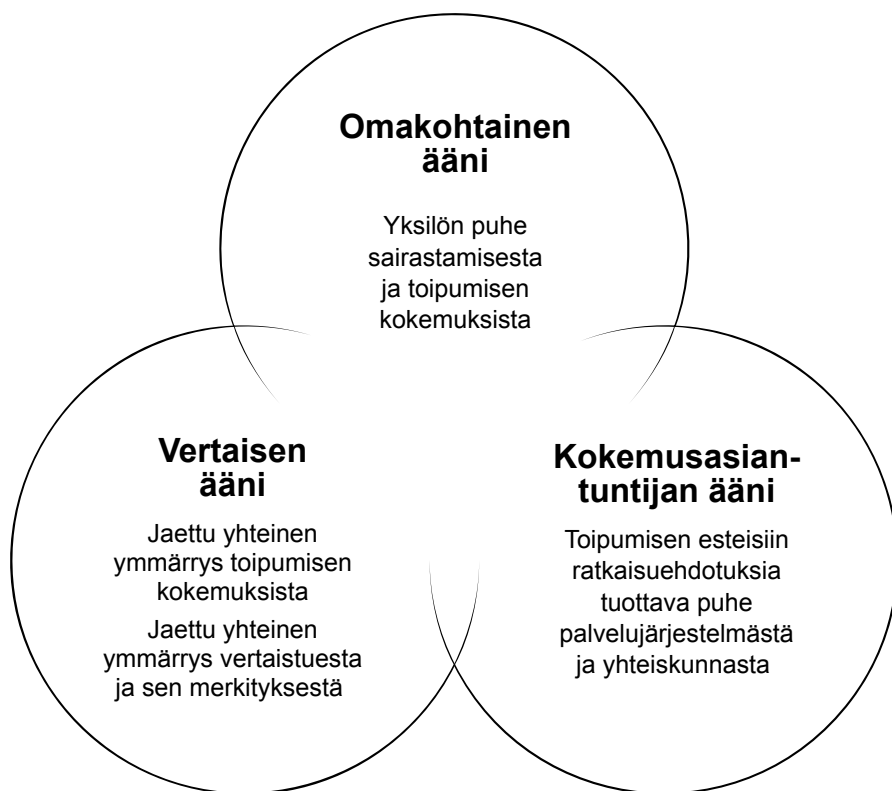
7.2 Omakohtaisesta yhteisölliseen kokemustietoon

Tarkastelin puheen kulun rakentumista vuorovaikutuksen muotojen ja äänien avulla soveltamalla Arne Raeithelin (1993) vuorovaikutuksen äänianalyysiä (ks. Engeström 2004; 2008). Puheen kulun jäsentämisessä hyödynsin vuorovaikutuksen erittelyä koordinaatioon ja kooperaatioon. Koordinaation toteutumistavaksi tunnistin vuorovaikutuksen muodon, jonka nimesin tilaa antavaksi puhumisen tavaksi. Kooperatiivisen vuorovaikutuksen toteuttaminen näyttäytyi puolestaan mukaan lähtevänä puhumisen tapana.

Vertaisten keskinäinen puheen kulku on luonteeltaan polveilevaa ja kerroksellista. Ryhmä asettuu kuuntelemaan toistensa pitkiä puheenvuoroja omakohtaisista kokemuksista. Toimintapa kuvaa mielenterveysyhdistysten vertaisyhteisöjen periaatetta jokaisesta oman elämänsä asiantuntijana (myös Vuorinen 1997) ja vertaisten toipumiskulttuurille ominaista vuorovaikutuksen kulkua. Vuorovaikutuksessa vältetään suorien neuvojen antamista eikä vertaiskeskustelijan kokemuksia ja näkemyksiä kumota. Puheen kululle on ominaista vastakkaistenkin näkökulmien sallimisen ilmapiiri.

Edellä kuvatusta *tilaa antavasta puhumisen tavasta* edetään paikoin *mukaan lähtevään puhumisen tapaan*, jolloin omakohtaisista kokemuksista muotoillaan yhteisesti jaettua ja sanoitettua ymmärrystä toipumisesta. Omakohtaisten kokemusten sanallistamisen kautta rakentuu toipumisen yhteisöllinen kokemustieto, jolle on ominaista keskustelijoiden keskinäinen luottamus. Yhteisöllisessä kokemustiedossa esiintyy keskinäistä kokemusten ja näkemysten reflektointia. Vuoropuhelussa rakentuu usein kokoavaa arviointia yksilöllisten tarpeiden ja hoito- ja palvelukäytäntöjen välisestä jännitteestä. Yhteisöllisessä vuoropuhelussa hahmottuu kokemustiedosta kumpuavaa tarvetta palvelujärjestelmän kehittämiseksi.

Yhteisössä rikastuva kokemustieto omakohtaisesta ja yhteisöllisestä kokemusasiantuntijuudesta muotoutuvana on vahva. Vuorovaikutuksen tapojen ohella yhteisössä rikastuva kokemustieto on tunnistettavissa ja eriteltävissä kolmeksi ääneksi: omakohtainen ääni, vertaisen ääni ja kokemusasiantuntijan ääni (ks. kuvio 7).



Kuvio 7. Äänet mielenterveystoipumisen puheessa

Omakohtainen ääni ilmentää henkilökohtaista mielenterveystoipumispuhetta. Puhe perustuu yksilölliselle ja ainutlaatuiselle kokemukselle (ks. Anthony 1993), ja se tulee hyväksytyksi vertaisten keskustelussa yhteisesti kuultuna, sanoitettuna ja jaettuna. Omakohtaiselle äänelle on ilmeistä, että kanssavertaisen puhetta toipumisesta ei kiisteta eikä kommentoida. Yhteisesti muotoutuva vertaistieto toimii reflektiopintana omakohtaiselle toipumispuheelle (myös Rissanen & Jurvansuu 2017).

Vertaisen ääni paikantuu keskustelijoiden yhteisesti jaetuista ja vuorovaikutuksen aikana muotoutuvista moninaisista kokemuksista ja näkökulmista. Keskustelijat ovat reflektiivisesti tietoisia välillään rakentuvasta vertaisten kokemustiedosta ja siitä, miten vuorovaikutusta muotoillaan yhdessä. Kysymyksessä on vertaisten toisilleen jakama yhteinen ymmärrys toipumisen kokemuksista, yhteenkuuluvuuden tunteesta ja emotionaalisesta tuesta sekä yhdessä sanoitetusta ja rakentuvasta sairastamisen, hoidollisten kokemusten ja toipumisen vertaistiedosta (ks. myös Shilling ym. 2013; Kippola-Pääkkönen 2018).

Omakohtaisista sekä yhteisesti sanoitetuista ja jaetuista toipumisen vertaiskokemuksista erotan lisäksi analyysin tuloksena kokemusasiantuntijan äänen.

Kokemusasiantuntijan ääni kehittyy vaikuttajan pyrkimyksenä kehittää julkisten ja yksityisten tahojen toimintakäytänteitä ja kohtaamisia toipujalähtöisiksi. Kokemusasiantuntijan ääni ilmentää laajempia tarpeita asenteiden ja palveluiden kehittämiseksi yhteiskunnassa. Se muotoutuu omakohtaisten ja vertaisten kokemuksista ja näistä syntyneestä halusta vaikuttaa asenteisiin, palvelujärjestelmän käytänteisiin ja rakenteisiin.

Äänet kietoutuivat puheessa toinen toisiinsa. Vertaisen ääni rakentuu omakohtaisen äänen pohjalta, kun omista toipumiskokemuksista muotoillaan yhdessä tuotettua toipumisen vertaistietoa ja kun puhutaan vertaisuudesta. Kokemusasiantuntijan ääni rakentuu vaikuttajan pyrkimyksenä, kun taas vertaisen ääni ilmenee kanssakulkijan äänenä. Kokemusasiantuntijan ääni vaikuttajan pyrkimyksenä ilmenee ajoittain vertaisen ja omakohtaisen äänen rinnalla ja jatkumona. Kokemusasiantuntijan ääni tuo näkyväksi toipumiseen liittyviä esteitä julkisen palvelujärjestelmän rakenteissa ja käytänteissä sekä yhteiskunnallisessa asenneilmapiirissä tarjoten paikoin ratkaisuja jännitteiden purkuun. Vertaisen ja kokemusasiantuntijan äänet vahvistavat uudenlaista sosiaalista identiteettiä osana itselle merkityksellisiä yhteisöjä, mielenterveysyhdistyksiä tai vastaavaa vertaisyhteisöllistä ja kokemusasiantuntijuutta vahvistavaa toimintaa.

7.3 Jäsenkategorioista toipumisen polkuun

Tutkimukseni toinen tutkimuskysymys on, millaisia jäsenkategorioita vertaisten toipumispuheessa ilmenee. Ajattelen, että kategoriat, niiden muotoutuminen ja valitseminen, käyttäminen ja vaihtuminen ovat sidoksissa aikaan ja kontekstiinsa. Käydessäni läpi mielenterveystoipumisen historiaa jäsensin sen neljään eri aikakaudteen: mielisairaana eristäminen ja säilyttäminen laitoksessa, mielisairas mielisairaalahoidossa, mielenterveyskuntoutujan kotiuttaminen sekä mielenterveyskuntoutujan ja mielenterveystoipujan palautuminen yhteiskuntaan. Eri aikakausien tavat hahmottaa mielenterveyttä ja nimetä toipujaa eivät ole toisistaan riippumattomia, vaan edellisissä aikakausissa vallalla olleet konstruktiot heijastuvat seuraavien vaiheiden ymmärrystapoihin. Siirtymät ovat limittäisiä ja jännitteisiä, ja nykyisyydessä ilmenevät kaikki edelliset vaiheet. Kategoriakerrokset ovat tunnistettavissa seuraavissa vaiheissa käytetyssä kielessä sekä palvelujärjestelmien ja toimijoiden käytänteissä (myös Jäntti ym. 2022). Kun palveluissa ja kohtaamisissa konkretisoituvat moninaiset mielenterveystoipumisen ja toipujiin liitetyt käsitystavat, ne vaikuttavat myös keskeisesti toipujien tapaan hahmottaa itseään.

Mielenterveyspotilaan jäsenkategorian näen ilmentävän mielenterveyden toipumisen historian ensimmäisestä vaiheesta tunnistamaani käsitystä mielenterveyspotilaasta toimenpiteiden kohteena ja mielenterveydestä toisten määrittelemänä tilana (Starnino 2009). Potilaaseen liittyy lääketieteen määrittelyitä, jotka tuottavat samalla oletuksia

siitä, millaisesta mielenterveystoipujista kulloinkin on kyse (myös Kinnunen 2020). Mielenterveyspotilaaseen liittyy muiden kuin toipujan asiantuntijavaltaa ylläpitävät ja uusintavat palvelujärjestelmän työvälineet sekä hoitokulttuuri, joissa mielenterveyspotilaaksi luokitteluksi tuleminen on keskeinen tapa hahmottaa toipujaa.

Ammattilaisten asenteilla, käsityksillä, kulttuurilla ja sanavalinnoilla kohtaamisissa sekä kirjaamisilla on keskeinen merkitys, miten toipujien käsitykset omista mahdollisuuksista muotoutuvat. Mielenterveyspotilaaksi asemoituminen voi hidastaa toipumista, vahvistaa vajavuuden ja sosiaalisen haavoittuvuuden kokemuksia sekä syventää itsestigmatisoitumista (myös Williams ym. 2015). Diagnooseihin ja medikaaliseen hoitoon pohjautuva kategorisointi tunnistaa heikosti erilaisuutta (ks. myös Günther 2016). Diagnoosikeskeisyys palvelujärjestelmässä hoito- ja työikäntänteineen sivuuttaa toipujan yksilönä ja toipujan tilanteen kontekstin.

Sairastavan jäsenkategoria on toipujan oma tulkinta elämäntilanteesta erotettuna medikaalista määrittelystä. Sairastavassa tulee näkyväksi sairastamisen merkitys ja seuraukset arkeen ja elämäntilanteen muuttumiseen kokonaisvaltaisesti ja omakohtaisesti. Sairastavaa kuvaa puheessa se, miltä oireet tuntuvat, miten arkielämän struktuuri rikkoutuu ja miten sairastavaksi identifioitumiseen liittyy toivottomuuden kokemus. Sairastava eristäytyy sosiaalisista suhteista ja yhteisöistä.

Mielenterveyspotilaan ja sairastavan jäsenkategorioista *toipujan* jäsenkategoriaan siirryttäessä kielteisten luokitteluiden määrittelyvalta oman tilanteen jäsentämisessä rikkoutuu ja itsestigmatisoitumisen purkauessa omat mahdollisuudet tulevat tunnistetuiksi. Toipujan jäsenkategoriaan paikantumiseen liittyy toivon olemassaoloon havahtuminen ja syvä oivallus toisin ajattelemisesta ja toimimisesta arkielämän valinnoissa. Myönteiset ja toivoa kannattelevat suhteet hälventävät sairastavan ja mielenterveyspotilaan jäsenkategorioihin kiinnittymistä myös palvelujärjestelmän konteksteissa. Toipumista kannattelevaa hyvää hoitosuhdetta ilmentää kumppanuus, jossa tarvitaan toipujan kokemustietoa ja ammattilaisen asiantuntijuutta, kokemusta sekä keskinäistä vuoropuhelua ja yhdessä toimimista. (Myös Juhila 2006; Särkelä 2015.)

Toipujan jäsenkategoriaan siirtyminen vahvistuu, kun ihminen voi liittyä itselle merkityksellisiin sosiaalisiin suhteisiin ja yhteisöihin kuten esimerkiksi vertaisryhmiin. Toipujana olemiseen sisältyy olennaisena keskeneräisyyden tiedostaminen ja heikoimmallaan olemisen luvallisuus. Toipujana asennoitumiseen heijastuvat myös yhteisöissä koetut oletukset, odotukset ja käytänteet siitä, miten toipuja otetaan mukaan yhteisöjen ja vastaavien toimintaan.

Toipujan jäsenkategoriaan limittyvät vertaisen ja kokemusasiantuntijan jäsenkategoriat, jotka ilmentävät mielenterveystoipumisen 1990- ja 2000-luvun konstruktioita mielenterveystoipujista, kun psykiatrasta sairaalahoitoa on ajettu alas ja palvelujen avopainotteisuuden toteuttaminen etsii muotoaan. Muutoksen myötä on nostettu esiin toipujan omakohtaisen elämäkokemuksen asiantuntijuuden, toimijuuden ja osallisuuden vahvistamista arkielämän toipumisen tukemiseen moninaisin avohoit- ja itsehoitoratkaisuin.

Vertainen on tutkimusaineistossani keskeinen käsite, johon tutkimukseni keskustelijat nimeävät itsensä. Vertaisen jäsenkategoriaan identifioituminen hälventää toiseuden kokemuksia, vahvistaa toimijuutta ja vaikuttaa henkilökohtaisen toipumiskertomuksen uudelleen kehystymiseen (ks. Andersen ym. 2003; Slade 2009; Tew 2013). Vaikka vertaisuus liitetään esimerkiksi vertaisryhmiin tai psykiatrisen hoidon tai kuntoutuksen yhteyteen, se uudistaa itsemäärittelyä kokonaisvaltaisesti avatessaan uutta näkymää omiin ja yhteisesti jaettuihin toimimisen mahdollisuuksiin. Vertaiseksi asemoitumisessa keskeistä on sosiaalinen toipuminen ja vertaistuen merkitys omassa elinympäristössä. Vertaisilta saatu emotionaalinen tuki tuo toivoa ja uskoa toipumisesta, jaettua ymmärrystä ja yhteenkuuluvuuden kokemusta sekä käytännön tietoa ja ratkaisukeinoja omakohtaiseen toipumiseen. Vertaisuuteen liittyvä avoimuus omasta tilanteesta vähentää itsestigmatisoitumista. Vertaisen jäsenkategoria tuo kuitenkin näkyväksi myös yhteisössä normittuvia odotuksia tai oletuksia vertaisuudesta ja vertaisyhteisössä muotoutuvia jännitteitä. Vertaisten kuunteleminen ja koettu vertaistuki eivät tue toipumista, mikäli omakohtainen tilanne ja toipumisen kokemus on hyvin toisenlainen.

Kokemusasiantuntijan jäsenkategorian jäsenmän jatkumoksi vertaisen jäsenkategorialle ja osin sille rinnakkaisena. Kokemusasiantuntijalle omakohtainen ja vertaisuudessa rakentuvaa kokemustieto sairastamisesta ja toipumisesta on arvokas pääoma, jolle kokemusasiantuntijan kategoriaan yhdistyvä toiminnallisuus pohjautuu. Kokemusasiantuntijan toiminta-areenat jäsenyivät kahdenlaisiksi. Yhtäältä on kyse vertaistoipujan rinnalla kulkemisesta ja toisaalta ammattilaisten ja toipujan ymmärrystapojen silloittamisesta. Silloittaminen toteutuu sekä yksittäisen toipujan tukena toimimisena että ammattilaisten kanssa tehtävän palvelujärjestelmän suunnittelu-, kehittämis- ja arviointityönä. Silloittamisen vaikeus tulee näkyväksi, kun ammattilaisten ja organisaatioiden toimintakäytänteet määrittävät kokemusasiantuntijan sopivuutta tehtäväänsä (myös Svenlin ym. 2023).

Keskustelijoiden keskenään jakamista itsemäärittelyistä on tunnistettavissa jatkumo, jonka nimeän *toipumisen poluksi*. Vaikka jokaisen toipuminen jäsenyyksi yksilöllisesti, vertaisten keskusteluista hahmottuu jaettu ja yhteisössä muotoutunut kuvaus toipumisesta eräänlaisena polkuna, jossa seuraavat askeleet rakentuvat edellisen jatkoksi ja niiden rinnalle uudistaen ymmärrystä itsestä, muista ja toipumisesta. Toipumisen polkua kuvaa muutos siinä, miten palvelujärjestelmän ja kohtaamisten tuottamat oletukset ja käsitykset koetaan, kun henkilö siirtyy prosessissaan mielenlinterveyspotilaasta sairastavaksi, toipujaksi, vertaiseksi ja kokemusasiantuntijaksi. Toimenpiteiden kohteesta mielenlinterveyspotilaasta, toiseutta kokevasta ja eristäytyneestä sairastavasta, tapahtuu muutos toipujan ja edelleen vertaisen ja kokemusasiantuntijan kategorioihin suuntauduttaessa. Toipujaa kuvaavat toimijan ja selviytyjän roolit, joissa ammattilaisten ja läheisten myönteinen tuki ja käsitykset heijastavat ja vaikuttavat osaltaan toipujan käsityksiin itsestä.

Vertaisen ja kokemusasiantuntijan jäsenkategorioihin kiinnittyminen hälventää stigman kokemusta, vahvistaa sosiaalista identiteettityötä niin vertaisena kuin kokemusasiantuntijana toiselle vertaiselle ja laajemmin palveluiden kehittämistyössä. Tunnistamani pääkategoriat mielenterveyspotilaasta, sairastavasta, toipujasta, vertaisesta ja kokemusasiantuntijasta ilmenevät myös limittäin. Jäsenkategoriaparit tuovat ilmi kulttuurisia käytänteitä, tiloja ja kohtaamisia, joissa odotukset ja käsitykset toipujista ja toipumisesta tulevat näkyviksi.

Käänne palvelujärjestelmän määrittämisestä mielenterveyspotilaasta ja laveammin elämäntilannetta ja kokemuksellisuutta tunnistavasta sairastavasta toipujaksi muuttaa käsitystä itsestä, toisista ja toipumisesta. Diagnoosiin kilpistyyvä tapa nähdä itsensä potilaana asemoituu hoitoa ja sairastamista legitimoivaksi osaksi toipumisen polkua. Myös sairastavan kokemuksellinen ja kokonaisvaltaisesti oireiden vaikutukset arkielämään tunnistava tapa hahmottaa itseä asettuu hyväksytyksi osaksi omaa minuutta. Toipujaksi määrittäminen on kokonaisvaltaisesti elämää uudistava suhteessa aiemmin sairastavaksi asettumiseen tai tunnistautumiseen. Toipuja tunnistaa toivon ja mahdollisuudet kiinnittyä yhteisöihin sekä uudenlaiseen toimimiseen. Vertaisuus vahvasti tunnepohjaisena kuulumisen kokemuksena ja kokemusasiantuntijuus yhteisöllisesti merkityksellisenä toiminallisuutena ja yhteiskuntaan vaikuttamisena muotoutuvat toipujan uudistuvan itsemäärittelyn seuraaviksi kiinnekehdiksi.

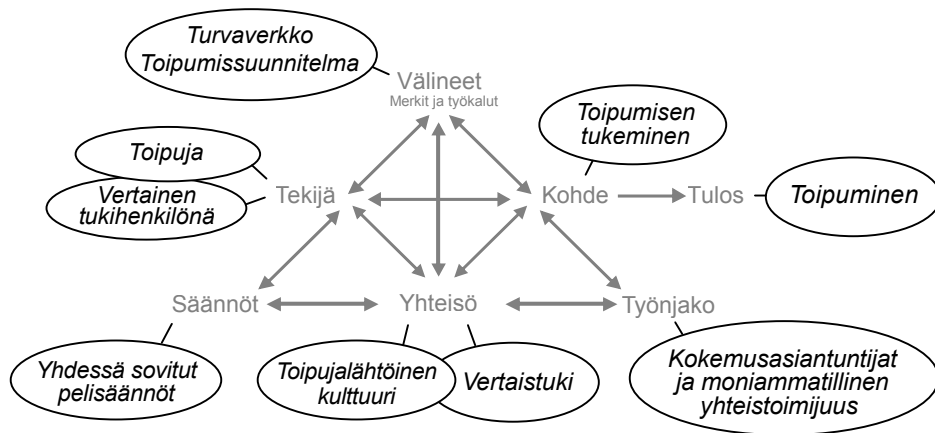
Suhteessa aiempaan kirjallisuuteen jäsenmän toipumisen polun monivaiheisena ja moniulotteisena prosessina (myös Basso ym. 2016), jossa sairastamisen kokemuksella ja toipumisen yhteisöllisellä jakamisella on keskeinen asema. Yhteisöllisessä toipumisprosessissa medikaali ymmärrys sairaudesta täydentyy arkselle ymmärrykselle sairastamisen ja toipumisen kokonaisvaltaisesta merkityksestä elämälle ja sen itsemäärittelylle. Jäsentämässäni toipumisen moniulotteisessa prosessissa on tunnistettavissa sekä henkilökohtaisen (Leamy ym. 2011) että sosiaalisen toipumisen ulottuvuuksia (Marino 2015; Markovitz 2015, Tew 2013). Toipumiselle ovat ilmeisiä henkilökohtaisen ja sosiaalisen toipumisen konstruktoiden yhteenkietoutuneisuus. Henkilökohtaisen toipumisen jäsennyksissä ilmenevät keskeisesti toivo, elämän merkityksellisyys (Andersen ym. 2003; Onken ym. 2007; Jacobson & Greenley 2001; Leamy ym. 2011) ja vastuunotto omasta toipumisesta (Andersen ym. 2003) sekä sosiaaliset suhteet ja vertaistuki (Leamy ym. 2011). Toipuminen ei määrittele omaa koko minuutta (myös Anthony 1993), vaan se rakentuu mahdollisuuksista ja toisin suhtautumisesta ja tekemisestä.

Toipuminen rakentuu henkilökohtaisen toipumisen ohella sosiaalisena toipumisena, jossa keskiössä on sosiaalisen identiteetin uudelleen kehystyminen (myös Slade 2009) toipujana, vertaisena ja kokemusasiantuntijana. Sosiaalinen toipuminen merkitsee autonomisuutta ja toimijuutta sosiaalisissa suhteissa sekä yhteisöön liittymistä ja siihen kuulumista sekä samalla osallisuutta sosiaalisissa verkostoissa. Sosiaalista toipumista raamittavat yhteiskunnan rakenteelliset tekijät kuten arjen tuki, asuminen, toimeentulo, työ ja koulutusmahdollisuudet (Ramon 2018; Nor-

ton & Swords 2021) sekä yhteisöissä ja yhteiskunnassa toimimisen mahdollisuudet. Vertaistuella (Kippola-Pääkkönen 2018) ja kokemusasiantuntijuudella omakohtaisena kokemuksena, vertaisena toimimisena (Rissanen 2015) ja yhteiskunnallisena vaikuttajana (Meriluoto 2018; Jones 2021) on erityinen painoarvo toipumisen määrittelyissä.

7.4 Toipujälähtöisen toipumisen tukeminen ja kehittämisehdotukset kentälle

Tutkimukseni tuloksissa erottuvat selkeästi tarve toipujälähtöisen toipumisen tukemiseen ja sitä kuvaavat julkiseen palvelujärjestelmään ja yhteiskunnan rakenteisiin liittyvä tarve kehittää käytäntöjä. Näen, että palvelujärjestelmässä on tarve toipujälähtöisen toipumisen tukemiseen toipumisen polulla. Esittelen tuloksille rakentuvia toipumista tukevia toiminnan kehittämisehdotuksia toimintajärjestelmän kaavioita⁴² hyödyntäen (kuvio 8) (Engeström 2004; 2008). Kuviossa korostuvat haasteiden ja ratkaisuehdotusten väliset suhteet. Kuviossa eri osa-alueiden yhteistavoitteena on mielenterveystoipumisen toipujälähtöinen tukeminen, minkä tukemiseen käytäntöjen kehittämisehdotukset pyrkivät.



Kuvio 8. Mielenterveystoipumisen tukeminen toipujälähtöisesti (pohjana käytetty Engeström 2004, 10)

42 Yrjö Engeströmin (2004) toimintajärjestelmäkaaviota on sovellettu tutkimuksessani kahdella tavalla: toipumisen puheen rakentumisen kuvaamiseen ja tässä palvelujärjestelmään ja rakenteisiin liittyvien jännitteiden ja toipujälähtöisen toipumisen tukemiseen liittyvien ratkaisuehdotusten kuvaamiseen.

Mielenterveystoipumisen tukeminen toipujalähtöisesti toipujan niin halutessa edellyttää yhteisesti sovittuja pelisääntöjä ammattilaisten ja kokemusasiantuntijoiden välillä sekä vertaistuen ja kokemusasiantuntijuuden hyödyntämistä palvelujärjestelmän käytänteissä hoidon ja kuntoutuksen eri vaiheissa. Siihen tarvitaan *toipujan* oman elämän ja toipumista tukevan hoidon ja palveluiden kokemustiedon sekä *vertaistuen* mukaan ottamista toipumisen polulla. *Kokemusasiantuntijat ja moniammatillinen yhteistoimijuus* tulisi mahdollistaa kaikissa toipumisen polun vaiheissa ja erityisesti hoidon ja toipumisen nivelvaiheisiin, sairaalahoidon ensitietopäiviin, psykiatrisessa osastohoidossa (mukaan lukien psykiatrinen pakkohoito), osastohoidosta kotiuduttaessa ja jalkautuvana tukena toipujan kotiin. Toipujan toipumisen tueksi hänen niin toivoessaan tulee mahdollistaa *vertainen tukihenkilönä*, mikä edistää osaltaan yhdessä muiden osatekijöiden kanssa *toipujalähtöistä kulttuuria ja vertaistuen* mahdollistamista toipumisen tukena.

Toipumisen polun eteneminen hyötyisi tulkintani mukaan *toipumissuunnitelmakeksi* nimeämästäni toipumisen työvälineestä. Se on asiakassuunnitelmaa laveampi, elämäntilanteet huomioiva tapa hahmottaa toipumisen polkua ja sen toteutumista. Toipumissuunnitelma kulkee toipujan mukana hoidon ja palveluiden eri vaiheissa ja arkielämässä ja siinä otetaan huomioon yksilölliset lähtökohdat ja tilanteet. Toipumissuunnitelmaan olennaisesti kuuluu kumppanuus vertaisten ja kokemusasiantuntijoiden kanssa heidän tukenaan. Toipumisen polulla tulee varmistaa huolta pitävä *turvaverkko*, jolla voidaan ennaltaehkäistä eri palvelujen ja tukien väliin putoamista.

Henkilökohtaisen toipumisen näkökulmien painotuksia on kritisoitu liiallisesta kohdentumisesta yksilötasoon (Bjørlykhaug ym. 2021; Price-Robertson ym. 2017; Schön & Rosenberg 2013). Tutkimusaineistoni keskustelijat kuvasivat yhteiskunnan rakenteellisia esteitä sekä julkisen palvelujärjestelmän strukturoituneita käytänteitä ja palveluiden sopimattomuutta toipumisen tueksi. Jännitteet ilmentävät toipumisen polulla tiedonkulun ja toimijoiden koordinaatio-ongelmia, ennakoasenteita sekä palvelujärjestelmän jäykkiä toimintakäytänteitä. Onnistuneessa yhteensovittamisessa toipujan yksilölliset tarpeet ymmärretään elämäntilanteen kokonaisuutena, mikä ohjaa moniammatillista kumppanuutta tapahtuvaa yhteistyötä.

Mielenterveystoipumisen palveluissa ja tukimuodoissa on usein kysymys sekä yksityisten että julkisten palveluiden yhteensovittamisesta ja koordinaatiosta. Tämä edellyttää toipujan tarpeiden kokonaisuuden ymmärtämistä ja moniammatillista ratkaisemista yhdessä toipujan kanssa. (Hietapaikka ym. 2020.) Monitoimijaiseen yhteistyöhön voi soveltaa Yrjö Engeströmin (2008) esittämää solmutyöskentelyä hyödyntävää työnjakoa. Siinä toimitaan monitoimijaisesti ja huomioidaan eri sosiaaliset äänet ja näkökulmat yhdessä toipujan kanssa, kunnes yhteisesti tunnistettu ongelma on saatu ratkaistua (ks. Engeström 1999).

Tutkimukseni keskustelijat toivovat ammattilaisilta ja palvelujärjestelmän toimintakäytänteissä asenne- ja toimintakulttuurin muutosta kohti voimavaralähtöis-

tä kumppanuutta toipumista tukien (myös Juhila 2006). Yhdessä toimiminen voi tuoda välineitä ammattilaisen ja kokemusasiantuntijan väliseen vuorovaikutuksen reflektointiin ja yhdessä oppimiseen (Svenlin ym. 2023, 103) sekä mahdollistaa heterogeenisen kokemustiedon pääsyn palveluiden kehittämisen agendalle (ks. Toikko 2011). Sosiaalialan ammattilaiset voivat toimia eri näkemysten välittäjinä.

Tutkimuksessani erottuvat moninaiset ja yksilölliset toipumisen polut ja konkreettiset toipumisen keinot arkielämässä. Erityisesti painottuu sosiaalisen toipumisen merkitys oman elinympäristön merkityksellisissä yhteisöissä ja suhteissa. Järjestölähtöisellä vertaistuella ja kokemusasiantuntijatoiminnalla on keskeinen merkitys stigman hälventämiseen tähtäävässä työssä. Tämä työ on toipujien sosiaalisen identiteetin uudelleen rakentumisen mahdollistamista, ei vain vertaisyhteisöissä vaan arkielämän eri yhteisöissä kuten koulussa ja työyhteisöissä sekä palvelujärjestelmien puhe- ja toimintatavoissa. (Myös Schön & Rosenberg 2013; Borg & Davidson 2008; Karban 2017.)

Tulokset viestivät tarpeesta suunnata nykyistä enemmän resursseja mielenterveyden avohoitoon sekä sosiaalialan ja järjestöjen palveluihin ja vertaistukeen. Mielenterveyspalveluiden kehittämisessä tulee pyrkiä ehkäisemään palveluiden väliin putoamista ja mahdollistaa palveluihin pääsy matalalla kynnyksellä. Palveluihin odottaminen tai niiden ulkopuolelle jääminen voi johtaa toipujan voinnin huonontumiseen ja uudelleen sairastumiseen. Erityisen tarpeellista on panostaa tiedon välittymiseen ja koordinaatioon hoidon ja palveluiden nivelvaiheissa, esimerkiksi toipujan mukana kulkevaa toipumissuunnitelmaa soveltaen sekä vertaistukea ja kokemusasiantuntijuutta hyödyntäen. Hyvinvointialueilla tämä voisi merkitä myös erityisesti digitaalisen alustan kehittämistä, jossa ajankohtainen tieto sekä julkisista, järjestöjen että yksityisistä palveluista pyrittäisiin pitämään ajantasaisena ja digitaalisesti saavutettavana.

Tutkimukseni pohjalta totean, että voimavaroja tulee suunnata tutkimukseen stigman vähentämisen keinoista palvelujärjestelmän toimintakäytänteissä sekä toteuttaa yhteisvalmennuksia toipumisesta sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille ja kokemusasiantuntijoille. Oletuksilla ja käsityksillä sekä kohtaamisissa käytetyillä sanavalinnoilla on keskeinen merkitys toipujien itseymmärrykseen ja toipumiseen suhtautumiseen ja sen tukemiseen. Mielenkiintoisena jatkotutkimusaiheena voisi selvittää vertaistuen ja kokemusasiantuntijuuden vaikutuksia ja vaikuttavuutta pitkäkestoisista mielenterveysongelmista toivuttaessa palveluiden nivelvaiheissa, avohoitoon ja kuntoutukseen siirryttäessä sekä toipujien omassa elinympäristössä heidän kokemuksiinsa kuunnellen.

7.5 Tutkimuksen arviointi

Tutkimuksessani tarkastelin vertaisina toimivien keskustelijoiden mielenterveystoipumisen puheen rakentumista. Vertaistuen ja kokemusasiantuntijuuden on todettu olevan erityisen merkityksellistä mielenterveystoipumisessa (Leamy ym. 2011; Corrigan ym. 2013; Puumalainen 2020; Svenlin ym. 2023). Tutkimukseni lisäarvo suhteessa aiempaan mielenterveystoipumisen kokemustietoa käsitelleeseen tutkimukseen on tuottaa näkyväksi palvelujärjestelmän ulkopuolella muotoutunutta tietoa pitkäkestoista mielenterveyden haasteista toipumisesta sekä omakohtaisesta että yhdessä jaetusta kokemustiedosta. Tutkimusaineistoni erityinen anti on vertaistuen ja kokemusasiantuntijuuden keskeinen merkitys toipumisen polulla.

Tutkimuksessani keskeistä oli analysoida henkilökohtaisista kokemuksista ja vertaisten keskustelussa muotoutuva ja jaettu kokemustieto mielenterveystoipumisesta, hoidosta ja palveluista. Tutkimukseni keskustelijoiden mielenterveystoipumisen kuvaukset limittyvät sekä henkilökohtaisen toipumisen näkökulmien (Leamy ym. 2011; Andersen 2003; Onken ym. 2007) että sosiaalisen toipumisen, erityisesti yhteisön ja elinympäristön näkökulmiin (Raivio & Karjalainen 2013; Marino 2015; Williams ym. 2015).

Tutkimusaineistoni keskustelijoilla on mielenterveysyhdistyksen toimijoina sekä omaan että vertaisten kokemukseen pohjaavaa tietoa toipumisesta. Samoin heillä on kertynyt kokemustietoa psykiatrisesta hoidosta, palveluiden saatavuudesta ja käytöstä eri puolilla Suomea toipujina, vertaisina ja kokemusasiantuntijoina. Monipaikainen aineisto toi esiin käytänteiden ja todellisuuden moninaisuuden, jota en olisi tavoittanut tapaustutkimuksella. Keskustelijoiden kokemustieto kattaa nykyisyyden ohella aikoinaan vallalla olleita käytäntöjä, jotka vaikuttavat yhteiskunnassamme ja ovat siten merkityksellisiä myös mielenterveystoipumisen toteutumiselle ja toipujille. Samalla vertaispuheeseen pohjautunut aineisto mahdollisti sen tunnistamisen, kuinka merkittävässä roolissa historia on ihmisen elämässä, yhteisöjen ja palveluiden toimintakäytänteissä.

Tutkimusaineistoni kohdentuminen mielenterveysyhdistyksissä toimiviin keskustelijoihin tuottaa tulosten ja tulkinnan olennaisimman rajauksen. Jatkossa olisikin tarpeen tarkastella sellaisten toipujien puhetta, joilla ei ole kokemustietoa mielenterveysyhdistysten vertaistuesta. Olisi mielenkiintoista nähdä, tunnistuisiko heidän puheessaan toisella tavalla painottuneita kategorisointeja ja toipumisen polkuja, ja miten vertaisuus ja kokemusasiantuntijuus heidän puheessaan painottuisi. Tutkimusaineistoksi valikoituivat ryhmäkeskustelut ja kahdenkeskiset keskustelut. Näen tutkimuseettisesti perusteltuna toteuttaa kahdenkeskiset keskustelut sitä toivoneille, vaikka analyysivälineistäni vuorovaikutuksen muotojen soveltaminen ei istunut saumattomasti kahdenkeskiseen aineistoon. Aineistojen kahdenlaisuus validoi tuloksiani. Vertaisten ryhmäkeskustelut ja kahdenkeskisten keskustelut olivat sisällöllisesti hyvin samansuuntaisia.

Aineiston tarkastelu kolmen eri menetelmän kautta sekä kahden eri tavalla kerätyn aineiston keinoin tukee tutkimuksen luotettavuutta (Tynjälä 1991). Päädyin käyttämään analyysissä useampaa menetelmää: induktiivista temaattista sisällönanalyysia, äänien ja vuorovaikutuksen muotojen analyysia ja lopuksi jäsenkategoria-analyysia. Jäsenin aineistoani ensin alustavasti induktiivisella temaattisella sisällönanalyysillä saadakseni ymmärrystä keskusteluiden sisällöistä. Analyysin perusteella totesin, että keskustelijat puhuvat toipumisen polun rakentumisesta erilaisista tulokulmista. Tässä otin avuksi vuorovaikutuksen äänianalyysin ymmärtääkseni keskustelun kulun rakennetta ja keskustelussa muotoutuvia ääniä. Vuorovaikutuksen muotojen ja äänien erittely tukivat toisiaan. Näiden jälkeen palasin takaisin aineiston sisältöjen pariin hyödyntämällä jäsenkategoria-analyysia, joka muodosti eräänlaisen jatkumon äänien analyysille. Kategorioiden kautta rakentui hienosyisempi kuva toipumisesta ja tavoitin toipumisen polun osa-alueineen. Induktiivisen temaattisen sisällönanalyysin puheen sisällöt ja jäsenkategoria-analyysin pohjalta muodostamani toipumisen polku tukevat toisiaan. Useita välineitä hyödyntävä analyysiprosessi ei ollut työekonomisin ratkaisu, mutta näin loin varmuutta analyysiprosessiini ja havaitsin useiden tulkintojen toistuvan menetelmästä toiseen, mikä vahvistaa analyysin tuloksia.

Aiemmat työtehtäväni Mielenterveyden keskusliitossa ovat saattaneet vaikuttaa keskustelijoiden tapaan puhua sellaisista sisällöistä, joita he ovat olettaneet minun tutkijana odottavan heidän puhuvan. Vastaavasti keskustelijat ovat voineet jättää joitakin asioita käsittelemättä. Tutkijana olen pyrkinyt tukemaan keskustelijoiden esille nostamia näkökulmia kommentein ja kysymällä jatkokysymyksiä vuorovaikutuksen aikana muotoutuneista sisällöistä. Tarkoitukseni oli ymmärtää ja tuoda näkyväksi tutkittavien kuvaukset toipumisesta työssäni havaitsemaani moninaisuutta kunnioittaen. Tämä ymmärrys ja tieto rakentuivat sosiaalisen konstruktionismin keinoin vertaisten yhdessä työstämänä arkielämän puheena (Berger & Luckmann 1994; Gergen 2001). Tulkintaani toipumispuheesta olen tuonut tutkimuksessa esiin hyödyntäen runsaita aineisto-otteita ja samalla säilyttääkseni keskustelijoiden autenttista, moninäkökulmaista ääntä ja mahdollistaakseni lukijalle myös toisin tulkitsemisen.

Lähteet

- Aalto, Mauri 2007: Päihdehäiriö ja muu samanaikainen mielenterveyden häiriö – kaksoisdiagnoosinhoidollinen haaste. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 123(1), 1293–1298. <https://www.duodecimlehti.fi/duo96517>.
- Ahonen, Karoliina 2019: Suomalainen mielenterveyspolitiikka. Julkisen vallan ohjaus mielen-terveyshäiriöön sairastuneiden ihmisoikeuksien turvaamiseksi. Akateeminen väitöskirja. Systemaattinen teologia. Teologian ja uskonnotutkimuksen tohtoriohjelma. Teologinen tiedekunta. Helsinki: Helsingin yliopisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-51-5671-6>.
- A-klinikkasäätiö n.d: Verkottajan kammareissa. Kutsu päihde- ja mielenterveyspalvelujen yhteis-kehittämisen tiloihin ammattilaisina ja kokemusasiantuntijoina. Verkottaja 2013–2016. Helsinki: A-klinikkasäätiö.
- Alanko, Anna 2017: Improving mental health care. Finnish mental health policy rationale in the era of dehospitalisation. Akateeminen väitöskirja. Publications of the Faculty of Social Sciences 60. Helsinki: University of Helsinki. <http://hdl.handle.net/10138/220946>.
- Alanen, Riikka 2002: Lev Vygotski: kieli ja ajattelu ihmisen kehityksessä. Teoksessa Hilka Dufva & Mika Lähteenmäki (toim.) Kielentutkimuksen klassikoita. Soveltavan kielentutkimuksen teoriaa ja käytäntöä. Soveltavan kielentutkimuksen keskus. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, 201–234.
- Alanen, Yrjö O. 2009: Kohti humanistisempaa psykiatriaa. Skitsofreniaryhmän tarpeenmukaisen hoidon kehittäminen. Psykoterapia 28(3), 226–240.
- Alapuro, Risto 1997: Ylioppilasliike ja sosiologia 60-luvulla – eli miten sosiologia auttoi opiskeli-joita löytämään kansandemokraattisen liikkeen. Tieteessä Tapahtuu 15(4). <https://journal.fi/tt/article/view/58730>.
- Alho, Sirkka 2021: Kollektiivinen asiantuntijuus ja monitoimijainen yhteistyö aikuissosiaalityössä. Teoksessa Aila-Leena Matthies & Anu-Riina Svenlin & Kati Turtiainen (toim.) Aikuissosiaalityö. Tieto, käytäntö ja vaikuttavuus. Helsinki: Gaudeamus Oy, 69–85.
- Allardt, Erik 1976: Hyvinvoinnin ulottuvuuksia. Helsinki: WSOY.
- Allott, Piers & Loganathan, Linda & Fullford, K. W. M. (Bill) 2002: Discovering hope for recovery. Canadian Journal of Community Mental Health 21(2), 13–33. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2002-0014>.
- Alvesson, Mats & Skoldberg, Kaj 2018: *Reflexive Methodology: New Vistas for Qualitative Research*. Lontoo: Sage.
- Andersen, Reetta & Oades, Lindsay & Caputi, Peter 2003: The experience of recovery from schizophrenia: Towards an empirically validated stage model. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry 37(5), 586–594. doi:10.1046/j.1440-1614.2003.01234.x.
- Angell, Beth 2003: Contexts of social relationship development among assertive community treatment clients. Mental Health Service Research 5(1), 13–25. doi: 10.1023/a:1021703424197
- Anthony, William 1993: Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. Psychosocial Rehabilitation Journal 16(4), 11–23. doi: [10.1037/h0095655](https://doi.org/10.1037/h0095655).

- Anttinen, Anna & Nousiainen, Suvi 2021: 2.2. Mielen avoin opisto - Recovery college. Teoksessa Marjatta Martin & Esa Nordling & Kari Soronen & Eija Savelius-Koski (toim.) Yhdessä toipumisen tukena mielenterveystyössä. Toipumisorientaation toimintamallit ja niiden implementaatio. Työpäpaperi 21. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 21–27. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-664-0>.
- Antonovsky, Aaron 1979: Health, stress and coping. San Fransisco: Jossey-Bass Publishers.
- Appelqvist-Schmidlechner, Kaija & Tuisku, Katinka & Tamminen, Nina & Nordling, Esa & Solin, Pia 2016: Mitä on positiivinen mielenterveys ja kuinka sitä mitataan? Tieteessä katsaus. Suomen lääkärilehti 71(24), 1759–1764. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2016072722244>.
- Arminen, Ilkka 1998: Therapeutic interaction: A study of mutual help in the meetings of alcoholics anonymous. Akateeminen väitöskirja. Helsinki: The Finnish Foundation for Alcoholic studies.
- Arnkil, Tom Erik 2020: Kunnioittava ja toivoa herättävä kohtaaminen: Ennakointidiagnostiikan vetäjän käsikirja. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-495-0>.
- Arnkil, Tom Erik & Seikkula, Jaakko 2009: Dialoginen verkostotyö. 1. painos 2005. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205084999>.
- Aromaa, Esa & Tolvanen, Asko & Tuulari, Jyrki & Wahlbeck, Kristian 2011: Personal stigma and use of mental health services among people with depression in a general population in Finland. BMC psychiatry 11(52), 1–6. doi: 10.1186/1471-244X-11-52.
- Aspinwall, Lisa G. & Staudinger, Ursula M. 2006: Ihmisen vahvuuksien psykologia: kehittyvän tutkimuskentän kysymyksiä. Teoksessa Lisa G. Aspinwall & Ursula M. Staudinger (toim.) Ihmisen vahvuuksien psykologia. Helsinki: Edita, 21–33.
- Bahtin, Mihail 1991: Dostojevskin poetiikan ongelmia. Suom. Paula Nieminen ja Tapani Laine. Helsinki: Orient Express.
- Baillergeau, Evelyn & Duyvendak, Jan Willem 2016: Experiential knowledge as a resource for coping with uncertainty: Evidence and examples from the Netherlands. Health, Risk & Society 18(7–8), 407–426. doi:10.1080/13698575.2016.1269878.
- Bandura, Albert 1977: Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 84(2), 191–215. doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191.
- Bandura, Albert 2004: Health-promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior* 31(2), 143–164. doi:10.1177/1090198104263660.
- Basaglia, Franco 1972: Kumous laitosmaailmassa. Suom. Pirkko Peltonen. Helsinki: Tammi
- Basso, Luigi & Boggian, Ileana & Carozza, Paola & Lamonaca, Dario & Svertini, Alessandro 2016: Recovery in Italy: an update. *International Journal Mental Health* 45(1), 71–88. doi:10.1080/00207411.2016.1159891.
- Bateson, Gregory & Jackson, Don & Haley, Jay & Weakland, John 1956: Towards a theory of schizophrenia. *Behavioral Science* 1(4), 251–254. doi.org/10.1002/bs.3830010402.
- Bejerholm, Ulrika & Roe, David 2018: Personal recovery with positive psychiatry. *Nordic Journal of Psychiatry* 72(6), 420–430. doi:10.1080/08039488.2018.1492015.
- Benjamin, Saija 2014: Kulttuuri-identiteetti - Merkitys kehitykselle ja kotoutumiselle. Teoksessa Marja Laine (toim.) Kulttuuri-identiteetti & Kasvatus. Kulttuuriperintökasvatus kotoutumisen tukena. Suomen Kulttuuriperintökasvatuksen seuran julkaisuja 8. Helsinki: Suomen kulttuuriperintökasvatuksen seura, 56–105.
- Beresford, Peter 2007: User involvement, research and health inequalities: developing new directions. *Health and Social Care in the community* 15(4), 306–312. doi:10.1111/j.1365-2524.2007.00688.x.

- Beresford, Peter & Salo, Markku 2008: Kokemuksen muodonmuutos: Kohti palveluiden käyttäjien omaa tutkimustoimintaa. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto.
- Berg, Kristiina 2009: Kulttuuriset odotukset äitiyden rakentajina. *Janus – Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti* 17(2), 170–175. <https://journal.fi/janus/article/view/50515>.
- Berger, Peter L. & Luckmann, Thomas 1967: *The social construction of reality: A treatise in the sociology of knowledge*. 1. painos 1966. New York: Anchor Books.
- Berger, Peter L. & Luckmann, Thomas 1994: *Todellisuuden sosiaalinen rakentuminen: Tiedon sosiologinen tutkielma*. Suom. Vesa Raiskila. Alkuperäinen teos *The social construction of reality* vuodelta 1966. 6. painos. Helsinki: Gaudeamus Oy.
- Bergström, Tomi 2020: *Life after integrated and dialogical treatment of first-episode psychosis: long-term outcomes at the group and individual level*. Akateeminen väitöskirja. JYU Dissertations 207. Department of Psychology. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-8119-8>.
- Bird, Victoria & Leamy, Mary & Tew, Jerry & Boutillier, Clair L. & Williams, Julie & Slade, Mikael 2014: Fit for purpose? Validation of a conceptual framework for personal recovery with current mental health consumers. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 48(7), 644–653. doi.org/10.1177%2F0004867413520046.
- Bjørlykhaug, Knut Ivar & Karlsson, Bengt & Hesook, Suzie Kim & Kleppe, Lise C. 2021: Social support and recovery from mental health problems: a scoping review. *Nordic Social Work Research* 12(5), 666–697. doi.org/10.1080/2156857X.2020.1868553.
- Blom, Björn & Morén, Stefan 2010: Explaining Social Work Practice — The CAIMeR Theory. *Journal of Social Work* 10(1), 98–119. doi.org/10.1177/1468017309350661.
- Bonney, Sarah & Stickley, Theodore 2008: Recovery and mental health: a review of the British literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 15(2), 140–53. doi:10.1111/j.1365-2850.2007.01185.x.
- Borg, Marit & Davidson, Larry 2008: The nature of recovery as lived in everyday experience. *Journal of Mental Health* 17(2), 129–140. doi.org/10.1080/09638230701498382.
- Borkman, Thomasina & Munn-Giddings, Carole & Boyce, Melanie 2021: *Self-help/Mutual Aid Groups and Peer Support. A Literature Review*. Boston: Leiden. Koninklijke Brill NV. E-kirja.
- Bourne, Philippa & Meddings, Sara & Whittington, Adrian 2018: An evaluation of service use outcomes in a Recovery College. *Journal of Mental Health* 27(4), 359–366. doi:10.1080/09638237.2017.1417557.
- Buber, Martin 1993: *Minä ja sinä*. Suom. Jukka Pietilä. Alkuperäinen teos *Ich und Du* vuodelta 1923. Helsinki: WSOY.
- Byrne, Peter 2000: Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Advances in Psychiatric Treatment* 6(1), 65–72. doi.org/10.1192/apt.6.1.65.
- Carolan, Marsha & Onaga, Esther & Pernice-Duca, Francesca M. & Jimenez, Tiffeny 2011: A place to be: The role of clubhouses in facilitating social support. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 35(2), 125–132. doi.org/10.2975/35.2.2011.125.132.
- Castro, Eva Marie & van Regenmortel, Tine & Sermeus, Walter & Vanhaecht, Kris 2019: Patients' experiential knowledge and expertise in health care: A hybrid concept analysis. *Social Theory & Health* 17(3) 307–330. doi.org/10.1057/s41285-018-0081-6.
- Chamberlain, Judi 1990: The ex-patients movement: where have we been and where are we going? *The Journal of Mind and Behavior* 11(3–4), 323–336.
- Charlton, Noel G. 2008: *Understanding Gregory Bateson: Mind, beauty and sacred earth*. Suny series. Albany: State University of New York Press.

- Connor, Samantha L. & Wilson, Rudolf 2006: It's important they learn from us for mental health to progress. *Journal of Mental Health* 15(4), 461–474. doi.org/10.1080/09638230600801454.
- Corrigan, Patrick & Phelan, Sean M. 2004: Social support and recovery in people with serious mental illnesses. *Community Mental Health Journal* 40(6), 513–523. doi.org/10.1007/s10597-004-6125-5.
- Corrigan, Patrick & Sokol, Kristian & Rüsch, A. Nicholas 2013: The impact of self-stigma and mutual help programs on the quality of life of people with serious mental illnesses. *Community Ment Health Journal* 49(1), 1–6. doi.org/10.1007/s10597-011-9445-2.
- Davidson, Larry & Raakfeldt, Jaak & Strauss, John 2010: *The Roots of the Recovery Movement in Psychiatry. Lessons Learned*. Chichester, West Sussex: Somerset John Wiley & Sons Incorporated. E-kirja.
- Deegan, Patrick, E. 1988: Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 11(4), 11–19. https://doi.org/10.1037/h0099565.
- Ebrahim, Selma & Glascott, Angel & Mayer, Heidi & Gair, Elodie 2018: Recovery colleges; how effective are they? *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice* 13(4), 209–218. https://doi.org/10.1108/JMHTEP-09-2017-0056.
- Ekqvist, Eeva 2021: Kuntoutujien hyvinvoinnin ja toivon kokemukset sekä näkemykset tulevaisuudesta laitospäihdekuntoutuksen aikana. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto väitöskirjat 363. Tampere: Tampereen yliopisto. https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-1821-5.
- Elias, Petra & Upton-Davis, Petra 2015: Embedding peer support using social work values. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice* 10(5), 304–313. https://doi.org/10.1108/JMHTEP-06-2015-0028.
- Embuldeniya, Gayathri & Veinot, Paula & Bell, Emma & Bell, Mary & Nyhof-Young, Joyce & Sale Joanna E. M. & Britten, Nicky 2013: The experience and impact of chronic disease peer support interventions: a qualitative synthesis. *Patient Education and Counseling* 92(1), 3–12. https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.02.002.
- Engeström, Ritva 1999: Toiminnan moniäänisyys. Tutkimus lääkinvastaanottojen keskusteluista. Akateeminen väitöskirja. Helsinki: Helsinki University Press.
- Engeström, Ritva & Ruusuvaara, Johanna 2003: Puhe lääkärin työvälineenä ja laadullisen tutkimuksen kohteena. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 119(4), 303–311. https://www.duodecimlehti.fi/duo93425.
- Engeström, Yrjö 1995: *Kehittävä työntutkimus*. Helsinki: Painatuskeskus.
- Engeström, Yrjö 2004: *Ekspansiivinen oppiminen ja yhteiskehittely työssä*. Tampere: Vastapaino.
- Engeström, Yrjö 2006: *Kaksikäinen asiantuntijaorganisaatio*. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 2. Helsinki: Kansanterveyslaitos. https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204193478.
- Engeström, Yrjö 2008: *From teams to knots. Activity-theoretical studies of collaboration and learning at work. Learning in doing: Social, cognitive & computational perspectives*. New York: Cambridge University Press.
- Eriksson, Lars D. (toim.) 1967: *Pakkoauttajat*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Eräsaari, Leena 2015: *Yhteisön paikka maailmassa*. Teoksessa Sanna Väyrynen & Kaisa Kostamo-Pääkkö & Pekka Ojanen (toim.) *Sosiaalityön yhteisöllisyyttä etsimässä*. United Press Global, 35–52.
- Eräsaari, Risto 2019: *Ulrich Beckin riskiyhteiskunta*. Teoksessa Ilkka Kauppinen & Miikka Pyykkönen & Olli-Pekka Moisio (toim.) *1900-luvun saksalainen yhteiskuntateoria*. Helsinki: Gaudeamus, 217–237.
- Eskola, Jarkko & Karila, Antti 2007: *Mielekäs Suomi. Näkökulmia mielenterveystyöhön*. Helsinki: Edita-Prima Oy.

- Eskola, Juha & Suoranta, Jari 1998: Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Falk, Hanna & Kurki, Marjo & Rissanen, Päivi & Kankaanpää, Sini & Sinkkonen, Niina 2013: Kuntoutuja toimijaksi – kokemus asiantuntijuudeksi. Työpaperi 39. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Tampere Juvenes Print – Yliopistopaino Oy. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-028-3>.
- Fern, Edward F. 2001: Advanced focus group research. Lontoo: Sage Publications.
- Fischer, Daniel B. 1994: Health care reform based on empowerment model of recovery by people with psychiatric disabilities. *Hospital and Community Psychiatry* 45(9), 913–915. doi:10.1176/ps.45.9.913.
- Fischer-Yoshida, Beth 2012: Chapter 13. Coordinated Management of Meaning (CMM) as reflective practice. Teoksessa Catherine Creede & Beth Yoshida & Placida V. Gallegos (toim.) *The reflective, facilitative, and interpretive practice of the coordinated management of meaning: making lives and making meaning*. The Fairleigh Dickson University Press Series in Communication Studies. Fairleigh Dickson University Press, 219–239.
- Foot, John 2014: Franco Basaglia and the radical psychiatry movement in Italy, 1961–78. *Critical and Radical Social Work* 2(2), 235–249. doi:10.1332/204986014X14002292074708.
- Fortuna Karen L. & Venegas, Maria & Bianco, Cythia L. & Smith, Breth & Batsis, John A. & Walker, Robert & Brooks, Jessica & Umucu, Emre 2020: The relationship between hopelessness and risk factors for early mortality in people with a lived experience of a serious mental illness. *Social Work Mental Health* 18(4), 369–382. doi:10.1080/15332985.2020.1751772.
- Foster, Elissa & Bochner, Arthur P. 2008: Social construction perspectives in communication research. Chapter 5. Teoksessa James, A. Holstein & Jaber, F. Gubrium (toim.) *Handbooks of constructionist research*. London, New York: The Guilford Press, 85–106.
- Frankl, Viktor E. 1980: Elämän tarkoitusta etsimässä. Suom. Ben Furman. Alkuperäinen teos *The unheard cry for meaning* vuodelta 1978. Helsinki: Otava.
- Freire, Paulo 2005: Sorrettujen pedagogiikka. Suom. Joel Kuortti. Alkuperäinen teos *Pedagogia do oprimido* vuodelta 1970. Toimittanut Tuukka Tomperi. Tampere: Vastapaino.
- Gergen, Kenneth J. 1985: The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist* 40(3), 266–275. doi.org/10.1037/0003-066X.40.3.266.
- Gergen, Kenneth J. 2001: An invitation to social construction. Ensipainos vuodelta 1999. Lontoo: SAGE Publications.
- Gillard, Steve & Foster, Rhiannon & Sweeney, Angela 2020: Experiential knowledge in mental health services, research, and professional education. Teoksessa Hugh McLaughlin & Peter Beresford & Colin Cameron & Helen Casey & Joe Duffy (toim.) *The routledge handbook of service user involvement in human services research and education*. New York: Routledge, 41–53. E-kirja.
- Goffman, Erving 1990: Stigma. Notes on the management of spoiled identity. Alkuperäinen teos vuodelta 1963. Clays Ltd, St Ives plc.
- Goffman, Ervin 1997: Minuuden riistäjät. Tutkielma totaalisista laitoksista. Suom. Auli Tarkka ja Riitta Suominen. Alkuperäinen teos *Asylums – Essays of the Social Situations of Mental Patients and Other Immates*. 2. painos. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto ry.
- Günther, Kirsi 2012: Kirjatut ammatilliset kehukset. Mielenterveyskuntoutus asiakassuunnitelmien kuvaamana. *Janus – Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti* 20(1), 15–31. <https://journal.fi/janus/article/view/50641>.
- Haapakoski, Kaisa & Kasila, Kirsi & Kettunen, Tarja 2018: Kokemusasiantuntijoiden sisäänpääsy sairaalaorganisaatioon: Päiväkirja-analyysin yhtymäkohdat Norbert Eliasen teoriaan. *Janus – Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti* 26(1), 40–56. <https://doi.org/10.30668/janus.64210>.

- Haarakangas, Kauko 2008: Parantava puhe. Nastola: Magentum.
- Haarakangas, Kauko 2011: Voimistava läsnäolo. Mielen tiet lapsuudesta vanhuuteen. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Haasio, Ari & Salminen-Tuomaala, Mari 2021: Keskusteluryhmässä jaettavan vertaistiedon ja vertaistuen merkitys sosiaalisesti vetäytyneiden henkilöiden itsemurhakeskusteluissa. Informaatiotutkimus 40(2), 5–27. <https://doi.org/10.23978/inf.100523>.
- Harding, Courtenay & Brooks, George W. & Takamaru, Ashikaga & Strauss, John S. & Breier, Alan 1987: The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, I: Methodology, study sample and overall status 32 years later. American Journal of Psychiatry 144(6), 718–726. doi:10.1176/ajp.144.6.718.
- Harjajärvi, Minna & Pirkola, Sami & Wahlbeck, Kristian 2006: Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. MERTTU-tutkimuksen palvelukatsaus. Acta 187. Helsinki: Suomen Kuntaliitto. Stakes Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204193568>.
- Harper, David & Speed, Even 2012: Uncovering recovery: The resistible rise of recovery and resilience. Studies in Social Justice 6(1), 9–25. <https://doi.org/10.26522/ssj.v6i1.1066>.
- Hautamäki, Lotta & Hélen, Ilpo & Kanula, Saara 2011: Mielenterveyden hoidon lääkkeellistyminen Suomessa. Teoksessa Ilpo Hélen (toim.) Reformin pirstaleet. Mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen. Tampere: Vastapaino, 70–110.
- Heidegger, Martin 2000: Oleminen ja aika. Suom. Reijo Kupiainen. Alkuperäinen teos Sein und Zeit vuodelta 1927. Tampere: Vastapaino.
- Heikkilä, Riie 2008: Puhuva ryhmä: Esimerkkitapaus ryhmähaastattelun käytöstä sosiaalitehteilisessä tutkimuksessa. Sosiologia 45(4), 292–305. <https://journal.fi/sosiologia/article/view/123842>.
- Heikkinen, Hannu L. T. & Huttunen, Rauno 2008: Hiljainen tieto, mentorointi ja vertaistuki. Teoksessa Auli Toom & Jussi Onnismäe & Anneli Kajanto (toim.) Hiljainen tieto. Tietämistä, toimimista, taitavuutta. Aikuiskasvatuksen 47. vuosikirja. Helsinki: Kansanvalistusseura ja Aikuiskasvatuksen Tutkimusseura, 203–220.
- Heino, Anna S. M. & Arminen, Ilkka n.d: Verkkovertaistuki järjestöjen auttamistyönä –ryhmämuotoisen verkkovertaistuen rakenteet, sisällöt ja saavutettavuus. Verkkovertaistuki-hanke 2021–2023. Helsinki: Helsingin yliopisto. https://psori.fi/wp-content/uploads/2024/05/Verkkovertaistuki-jarjestojen-auttamistyonan_loppuraportti_2024-ID-31054.pdf.
- Helén, Ilpo & Hämäläinen, Pertti & Metteri, Anna 2011: Komplekseja ja katkoksia – Psykiatrian hajaantuminen suomalaiseen sosiaalivaltioon. Teoksessa Ilpo Helén (toim.) Reformin pirstaleet. Mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen. Tampere: Vastapaino, 11–69.
- Helsinki Recovery App – toipumisen kompassi taskussasi. n.d. <https://www.hel.fi/fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/terveydenhoito/paihdepalvelut/helsinki-recovery-app-toipumisen-kompassi-taskussasi>. Viitattu 2.1.2025.
- Hendryx, Michael & Green, Carla A. & Perrin, Nancy A. 2009: Social support, activities, and recovery from serious mental illness: STARS Study Findings. The Journal of Behavioral Health Services & Research 36(3), 320–329. <https://doi.org/10.1007/s11414-008-9151-1>.
- Hensley, Melissa A. & Dawson, Christine 2017: Social workers and self-help services: forging positive relationships. Social Work 62(2), 139–145. <https://doi.org/10.1093/sw/swx010>.
- Hietala, Outi 2018: Sosiaalisen kuntoutuksen yhteiskehittämisessä osallisuus avautuu kaikille. Teoksessa Harri Kostilainen & Ari Nieminen (toim.). Sosiaalisen kuntoutuksen näkökulmia ja mahdollisuuksia. Diak työelämä 13. Diakonia-ammattikorkeakoulu, 118–138. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-493-307-0>.

- Hietala, Outi & Kinnunen, Seija & Kauppila, Reijo & Karjalainen, Jarno 2018: Sosiaalisen kuntoutuksen yhteiskehittäminen työntekijöiden ja johdon näkökulmasta. Osallisuuden, oppimisen ja ammatillisen kasvun mahdollisuuksia. Työpäperi 26/2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-088-4>.
- Hietala-Paalasmaa, Outi & Narumo, Reija & Yrttiaho, Kaiju (toim.) 2007: Kuntoutuja, ammatilainen, vertainen. Mielenterveyskuntoutuksen kolme asiantuntijaa. Trio-projektin raportti. Trio-projektin arviointi ja loppuraportti. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto.
- Hietapaikka, Laura & Tiirinki, Hanna & Sinervo, Timo 2020: Monialaisen palvelutarpeen tunnistaminen sosiaali- ja terveyshuollossa Suomessa. Teoksessa Juha Koivisto & Hanna Tiirinki (toim.) Monialaisen palvelutarpeen tunnistaminen sosiaali-, terveys- ja työvoimapalveluissa. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 38. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminta. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia, 41–59. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-908-0>.
- Hipp, Kirsi & Kangasniemi, Mari & Vaajoki, Anne & Kuosmanen, Lauri 2016: Kokemusasiantuntijanosallisuus mielenterveyspalvelujen kehittämisessä. *Hoitotiede* 28(4), 286–297.
- Hirschovitz-Gerz, Tanja & Sihvo, Sinikka & Karjalainen, Jarno & Nurmela, Anna 2019: Kokemusasiantuntijuus Suomessa. Selvitys kokemusasiantuntijakoulutuksen ja toiminnan käytännöistä. Työpäperi 17/2019. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-354-0>.
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 2022: Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. PAINOS 2. Helsinki: Gaudeamus. E-kirja.
- Hirvonen, Helena 2014: Suomalaisen psykiatriatieteen juuria etsimässä. Psykiatria tieteenä ja käytäntönä 1800-luvulta vuoteen 1930. Akateeminen väitöskirja. *Dissertations in Social Sciences and Business Studies* 72. Joensuu: Itä-Suomen yliopisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-1341-8>.
- Hobbs, Mia & Baker, Martin 2012: Hope for recovery - how clinicians may facilitate this in their work. *Journal of Mental Health* 21(2), 144–153. doi:10.3109/09638237.2011.648345.
- Hokkanen, Liisa 2003: Vapaaehtoinen ja vertainen auttaminen. Teoksessa Merja Laitinen & Anneli Pohjola (toim.). Sosiaalisen vaihtuvat vastuut. Jyväskylä: PS-kustannus, 254–274.
- Hokkanen, Liisa 2009: Empowerment valtaistumisen ja voimaantumisen dialogina. Teoksessa Mikko Mäntysaari & Anneli Pohjola & Tarja Pösö (toim.) Sosiaalityö ja teoria. Sosiaalityön tutkimuksen seuran vuosikirja 7. Jyväskylä: PS-kustannus, 315–337.
- Hokkanen, Liisa 2014: Mielenterveysaktiivien toiminta. Kysely Mielenterveyden keskusliiton jäsenyhdistysten aktiivitoimijoille. Rovaniemi: Lapin yliopisto. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-484-768-1>.
- Hokkanen, Liisa & Nikupeteri, Anna & Laitinen, Merja & Vasari, Pekka 2016: Individual, group and organized experiential expertise in recovery from intimate partner violence and mental health problems in Finland. *British Journal of Social Work* 47(4), 1147–1165. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcw074>.
- Hokkanen, Liisa & Nikupeteri, Anna & Laitinen, Merja 2017: Kokemusasiantuntijuus järjestöllisenä vaikuttamisena. Teoksessa Anneli Pohjola & Maarit Kairala & Asta Niskala & Hannu Lyly (toim.) Asiakkaasta kehittäjäksi ja vaikuttajaksi. Asiakkaiden osallisuuden muutos sosiaali- ja terveyspalveluissa. Tampere: Vastapaino, 265–285.
- Holstein, James A. & Gubrium, Jaber F. 1997: “Active interviewing”. Teoksessa David Silverman (toim.) *Qualitative research: Theory, method and practice*. Lontoo: Sage, 113–129.

- Hyde, Bronwyn & Bowles, Wendy & Pawar, Manohar 2015: We're still in there - Consumer voices on mental health inpatient care: Social work research highlighting lessons for recovery practice. *British Journal of Social Work* 45(Suppl. 1), 62–78. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcv093>.
- Hyväri, Susanna 2005: Vertaistuen ja ammattiavun muuttuvat suhteet. Teoksessa Marianne Nylund & Anne Birgitta Yeung (toim.) *Vapaaehtoistoiminta. Anti, arvot ja osallisuus*. Helsinki: Vastapaino, 214–235.
- Hyväri, Susanna & Rissanen, Päivi 2014: Kuntoutujien kokemustutkimuksen menetelmät. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 51(4), 289–300. <https://journal.fi/sla/article/view/48476>.
- Hyvärinen, Matti 2017: Haastattelun maailma. Teoksessa Matti Hyvärinen & Pirjo Nikander & Johanna Ruusuvuori (toim.) *Tutkimushaastattelun käsikirja*. Tampere: Vastapaino, 11–45.
- Hyvönen, Juha 2008: Suomen psykiatrinen hoitojärjestelmä 1990-luvulla historian jatkumon näkökulmasta. Kuopion yliopiston julkaisuja D 440. Akateeminen väitöskirja. Oikeuspsykiatrian yksikkö. Kuopio: Kuopion yliopisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-27-1057-7>.
- Hämäläinen, Juha 2011: Eksistentiaalianalyysistä eteenpäin. Logoterapian periaatteiden soveltaminen sosiaalityössä. Teoksessa Petri T. Ruuskanen & Katri Savolainen & Mari Suonio (toim.) *Toivo sosiaalisessa. Toivoa luova toimintakulttuuri sosiaalityössä*. Kuopio: UNIPress, 69–83.
- Hänninen, Esko (toim.) 2016: Mieleni minun tekevi. Mielenterveyskuntoutujien klubitalot 20 vuotta Suomessa. Helsinki: Suomen klubitalot ry. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2016053013036>.
- Hänninen, Vilma 1999: Sisäinen tarina, elämä ja muutos. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos. Tampere: Tampere University Press. <https://urn.fi/urn:isbn:951-44-5597-5>.
- Häyhtiö, Tapio 2017: Osallisuutta sote-palveluihin palvelumuotoilemalla? Kunnallisanalan kehittämissäätiön julkaisu 4. Kaks Kunnallisanalan kehittämissäätiö. osallisuutta-sote-palveluihin-palvelumuotoilemalla-004.pdf. <https://kaks.fi/wp-content/uploads/2017/05/osallisuutta-sote-palveluihin-palvelumuotoilemalla-004.pdf>.
- Ikävalko, Elina 2021: Toipumisorientaatio nuorille aikuisille suunnatussa mielenterveystyössä. Teoksessa Kristiina Brunila & Esko, Harni & Antti Saari & Hanna Ylöstalo (toim.). *Terapeuttinen valta: onnellisuuden ja hyvinvoinnin jännitteitä 2000-luvun Suomessa*. Tampere: Vastapaino. E-kirja.
- Isola, Anna-Maria & Kaartinen, Heidi & Leemann, Lars & Lääperi, Raija & Schneider, Taina & Valtari, Salla & Keto-Tokoi, Anna 2017: Mitä osallisuus on? Osallisuuden viitekehystä rakentamassa. Työpaperi 33. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-917-0>.
- Isopahkala-Bouret, Ulpukka 2008: Asiantuntijuus kokemuksena. *Aikuiskasvatus* 28(2), 84–93. <https://doi.org/10.33336/aik.93808>.
- Jacobson, Nora & Greenley, Dianne 2001: What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatric Services* 52(4), 482–485. doi:10.1176/appi.ps.52.4.482.
- Jakonen, Mikko 2017: Vastatieto – Tulevaisuuden asiantuntijuutta etsimässä. Eduskunnan tulevaisuusvaliokunnan julkaisu 1. Helsinki: Eduskunta. https://www.eduskunta.fi/FI/naineduskuntatoimii/julkaisut/Documents/tuvj_1+2017.pdf.
- Johansson, Pauliina & Tölli, Kaisa 2021: Asiakaslähtoisempää palveluohjausta yhteiskehittämällä - ideointityöpaja terveysaseman asiakkaiden kanssa. Teoksessa Elsa Keskitalo & Päivi Vuokila-Oikkonen (toim.) *Yhteiskehittämällä ratkaisuja sote-palveluihin. Kansalaiset ja palvelun käyttäjät mukaan kehittämiseen*. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu, 64–71. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-493-392-6>.

- Jokinen, Arja 2016: Asiakkaan ja sosiaalityöntekijän välinen suhde. Teoksessa Maritta Törrönen & Kaija Hänninen & Päivi Jouttimäki & Tiina Lehto-Lundén & Petra Salovaara & Minna Veistilä & Anneli Anttonen (toim.) *Vastavuoroinen sosiaalityö*. Helsinki: Gaudeamus. E-kirja.
- Jokinen, Arja & Juhila, Kirsi & Suoninen, Eero 2012: Kategoriat, kulttuuri & moraali. Johdatus kategoria-analyysiin. Tampere: Vastapaino.
- Jones, Marjaana 2018: Kokemustiedon määrittymiset ja käyttö julkisen terveydenhuollon kontekstissa. Teoksessa Jarkko Toikkanen & Iida A. Virtanen (toim.) *Kokemuksen tutkimus VI: kokemuksen käsite ja käyttö*. Rovaniemi: Lapland University Press, 169–190. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-310-940-7>.
- Jones, Marjaana 2021: Patient and public involvement in health care. Potentials and challenges of lay expertise and experiential knowledge. Akateeminen väitöskirja. Tampere University Dissertations 430. Tampere: Tampereen yliopisto. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-1994-6>.
- Joutsenniemi, Kaisa & Lipponen, Krisse 2015: Resilienssi ja posttraumaattinen kasvu. *Suomen Lääkärilehti* 70(39), 2515–2519.
- Juhila, Kirsi 2004: Sosiaalityön vuorovaikutuksen tutkimus. Historiaa ja nykysuuntauksia. *Janus – Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti* 12(2), 155–183. <https://journal.fi/janus/article/view/50263>.
- Juhila, Kirsi 2006: Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina: Sosiaalityön yhteiskunnalliset tehtävät ja paikat. Tampere: Vastapaino.
- Juhila, Kirsi 2011: Ihanat naiset asunnottomien tukiyksikössä. Teoksessa Petri T. Ruuskanen & Katri Savolainen & Mari Suonio (toim.) *Toivo sosiaalisessa. Toivoa luova toimintakulttuuri sosiaalityössä*. Kuopio: UNIPress, 84–102.
- Juhila, Kirsi & Hall, Christopher & Günther, Kirsi & Raitakari, Suvi & Saario, Sirpa 2015: Accepting and negotiating service users' choices in mental health transition meetings. *Social Policy & Administration* 49(5), 612–630. doi.org/10.1111/spol.12082.
- Juhila Kirsi & Hall, Christopher & Raitakari, Suvi 2016: Interaction during mental health floating support home visits: Managing host-guest and professional-client identities in home-spaces. *Social and Cultural Geography* 17(1), 101–119. doi.org/10.1080/14649365.2015.1042401.
- Juhila, Kirsi & Jokinen, Arja & Suoninen, Eero 2012a: 1 Kategoria-analyysin juuret. Teoksessa Arja Jokinen & Kirsi Juhila & Eero Suoninen. *Kategoria, kulttuuri & moraali – Johdatus kategoria-analyysiin*. Tampere: Vastapaino, 17–44.
- Juhila, Kirsi & Jokinen, Arja & Suoninen, Eero 2012b: 1 Kategoria-analyysin teesit. Teoksessa Arja Jokinen & Kirsi Juhila & Eero Suoninen. *Kategoria, kulttuuri & moraali – Johdatus kategoria-analyysiin*. Tampere: Vastapaino, 45–88.
- Jurvansuu, Sari & Rissanen, Päivi 2017: ”Haaveistani tehdä hyvää en ole luopunut”. Vapaaehtoisuuteen liittyvät merkitykset mielenterveys- ja päihdejärjestöissä. Tietopuu: Tutkimussarja 2/2018. Helsinki: A-klinikkasäätiö, 1–16. https://tiedostot.a-klinikkasaaatio.fi/Tietopuu_Tutkimussarja_2_2018_Rissanen_ja_Jurvansuu.pdf.
- Jurvansuu, Sari & Rissanen, Päivi 2019: ”Haluan olla hyödyllinen ja aktiivinen yhteisön ja yhteiskunnan jäsen”. Vertais- ja kokemusasiantuntijatoiminnan suhde mielenterveys- ja päihdekuntoutujien hyvinvointiin. Tietopuu/Tutkimussarja 1. Helsinki: A-klinikkasäätiö. https://tiedostot.a-klinikkasaaatio.fi/Tietopuu_Tutkimussarja_1-2019_Rissanen_ja_Jurvansuu.pdf.
- Jutel, Annemarie 2009: Sociology of diagnosis: a preliminary review. *Sociology of Health & Illness* 31(2), 278–299. [doi:10.1111/j.1467-9566.2008.01152.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2008.01152.x).

- Jäntti, Saara & Heimonen, Kirsi & Kuuva, Sari & Maanmieli, Karoliina & Rissanen, Anu 2022: Mielisairaalamuistot nykykulttuurissa. Teoksessa Saara Jäntti & Kirsti Heimonen & Sari Kuuva & Karoliina Maanmieli & Anu Rissanen (toim.) Kokemuksia mielisairaala Muistoihin kaivertuneet tilat. Suomalaisen kirjallisuuden seuran toimituksia 1483. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura, 11–31.
- Järvensivu, Anu & Väänänen, Ari & Kuokkanen, Anna & Turtiainen, Jussi 2018: Mistä syntyy mielenterveysdiagnoosi? Yhteiskuntapolitiikka 83(1), 29–39. YP1801_Jarvensivuum.pdf.
- Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina 2011: Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Järviluoma, Helmi & Roivainen, Irene 1997: Jäsenkategorisoinnin analyysi kulttuurisena metodina. Sosiologia 34(1), 15–25. <https://journal.fi/sosiologia/article/view/123047>.
- Kainulainen, Heini Marita & Honkatukia, Päivi 2021: Tutkijan eettinen vastuu sensitiivisessä tutkimushaastattelussa. Teoksessa Kati Nieminen & Noora Lähteenmäki (toim.) Empiirinen oikeustutkimus. Helsinki: Gaudeamus, 115–130.
- Kalemaa, Kalevi 1996: Varjosta valoon Erilaisuuden sietämisestä vapaaseen kansalaistoimintaan. Mielenterveyden keskusliitto 25 vuotta. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto ry.
- Kamberelis, George & Dimitriadis, Greg 2013: Focus groups. From structured interviews to collective conversations. Lontoo; New York: Routledge.
- Kapanen, Heini & Rantanen, Anu-Riikka 2013: Kokemusrviointikoulutus Mielenterveyden keskusliitossa 2012–2013. Teoksessa Juha Moring & Viveca Bergman & Esa Nordling & Jaana Markkula & Airi Partanen & Markku Soikkeli (toim.) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Monipuolista sisällöllistä ja rakenteellista kehittämistä 2012. THL:n Työpaperi 15/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-907-7>.
- Kapanen, Heini & Leinonen, Anne & Kallio, Tomi & Kemppainen, Ritva & Lindroos, Anna & Mauno, Tiina & Peltola, Nina & Vihavainen, Ilona 2014: Kokemusrviointi. Tampereen yliopistollisen sairaalan psykiatrian toimialueen akuuttipsykiatrian osasto APS7 – Hoitoon ohjautuminen, hoito ja avohoitoon siirtyminen. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto.
- Kapanen, Heini & Rantanen, Anu-Riikka & Rainio, Pia & Sirola, Kirsi & Leinonen, Anne: n.d: Mielenterveys- ja päihdepalvelujen laadun kokemusrviointin käsikirja 1.0. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto.
- Karadzhov, Dimitar 2023: Personal recovery and socio-structural disadvantage: A critical conceptual review. Health 27(2), 201–225. doi:10.1177/13634593211014250.
- Karban, Kate 2017: Developing a Health Inequalities Approach for Mental Health Social Work. *The British Journal of Social Work* 47(3), 885–992. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcw098>.
- Karhunen, Maria & Orjasniemi, Tarja 2024: Palvelujärjestelmien toiseutta tuottavat rakenteet huumeita käyttävien asiakkuudessa – Rakenteellisen sosiaalityön näkökulma. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti, Janus 32(2), 114–131. <https://doi.org/10.30668/janus.128877>.
- Kaseva, Kaisa 2011: Asiakkaan asema, itsemääräämisoikeus ja vaikutusmahdollisuudet sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä. Integroitu kirjallisuuskatsaus. Raportteja ja muistioita 16. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3188-6>.
- Kasila, Kirsti & Kettunen, Tarja 2021: Kokemustietoon perustuva asiantuntijuus. Teoksessa Kirsti Kasila & Tarja Kettunen (toim.) Kokemustieto yhteiskehittämisessä. Hyppy asiakaslähtöisyyteen terveyspalveluissa. JYU Reports 1. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, 10–16. https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/74512/5/jyu_reports_1_978-951-39-8543-1.pdf.

- Kela 2024a: Kelan sairaskuutustilasto. Suomen virallinen tilasto. Kelan sairausvakuutustilasto 2023. FPA-statistik, Sjukförsäkring. Helsinki. <http://hdl.handle.net/10138/585704>. Viitattu 27.10.2024.
- Kela 2024b: Tietotarjotin: Tietopaketti: sairauspoissaolot. <https://tietotarjotin.fi/tietopaketti/2699253/tietopaketti-sairauspoissaolot>. Viitattu 23.7.2024.
- Kelly, George A. 1992: *The Psychology of personal constructs: Volume two: Clinical diagnosis and psychotherapy*. Ensipainos 1991. Lontoo: New York: Routledge. Taylor & Francis Group. E-kirja.
- Keskitalo, Elsa 2021: Yhteiskehittämisen käsite. Teoksessa Elsa Keskitalo & Päivi Vuokila-Oikonen (toim.) *Yhteiskehittämällä ratkaisuja sote-palveluihin*. Kansalaiset ja palvelun käyttäjät mukaan kehittämiseen. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu, 12–22. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-493-392-6>.
- Kettunen, Tarja & Grahni, Kristina & Peränen, Nina & Savolainen, Henna & Kasila, Kirsti 2021: Yhteiskehittäminen. Teoksessa Tarja Kettunen & Kirsti Kasila (toim.) *Kokemustieto yhteiskehittämisessä*. Hyppy asiakaslähtöisyyteen terveystoimissa. JYU Reports 1. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, 17–33. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-8543-1>.
- Khoury, Emanuelle & Lourdes del Barrio, Rodriguez 2015: Recovery-oriented mental health practice: A social work perspective. *British Journal of Social Work* 45(Supplement 1), 27–44. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcv092>.
- Kinni, Riitta-Liisa 2011: Jäsenkategorisoinnin analyysi palvelutarpeen määrittelyssä. *Janus* 19(1), 20–35. <https://journal.fi/janus/article/view/50595>.
- Kinnunen, Anna 2020: Johtolankoja hulluuteen. Tutkimus mielen sairastamiseen kytkeytyvistä kulttuurisista käsityksistä. Akateeminen väitöskirja. Kultaneito 20. Joensuu: Suomen Kansantietouden Tutkijain Seura. Vantaa: Kultaneito XX.
- Kippola-Pääkkönen, Anu 2018: Osatutkimus IV. Vertaistuen hyödyt ja haasteet kuntoutuksessa. Teoksessa Jari Lindh & Kristiina Härkäpää & Kaisa Kostamo-Pääkkö (toim.) *Sosiaalinen kuntoutuksessa*. Rovaniemi: Lapland University Press, 174–191.
- Kippola-Pääkkönen, Anu 2020: Perheiden sopeutumisvalmennus ja vertaistuen merkitys kuntoutuksessa. Akateeminen väitöskirja. *Acta electronica universitatis* 287. Rovaniemi: Lapin yliopisto. University of Lapland. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-337-224-5>.
- Kirjavainen, Päivi 2024: Haavoittuvassa asemassa olevan osallisuuden kokemuksen muodostuminen. Kohtaamisia julkisessa palvelujärjestelmässä. Akateeminen väitöskirja. *Acta Wasaensia* 544. Vaasa: Vaasan yliopisto. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-395-166-2>.
- Kivistö, Mari & Hautala, Sanna & Soronen, Kari 2022: Vastavuoroisuus mielenkysely- ja päihdekuntoutuksen kokemusasiantuntijatoiminnassa. *Kuntoutus* 45(3), 5–19. <https://doi.org/10.37451/kuntoutus.122236>.
- Kivistö, Mari & Martin, Marjatta & Hautala, Sanna 2021: Ammattilaisten antamat merkitykset mielenkysely- ja päihdetyöhön integroidulle kokemusasiantuntijatoiminnalle toipumisen tukena. Tietopuu: Tutkimussarja 2. https://tiedostot.a-klinikka.fi/tutkittua/tietopuu_tutkimussarja_2_2021_ammattilaisten_antamat_merkitykset_mielenkysely-ja_paihdetuohon_integroidulle_kokemusasiantuntijatoiminnalle.pdf.
- Knaak, Stephanie & Mantler, Ed & Szeto, Andrew 2017: Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthcare Management Forum* 30(2), 111–116. doi:10.1177/0840470416679413.
- Krieger, Nancy 2012: Methods for the Scientific Study of Discrimination and Health: An Ecosocial Approach. *American Journal of Public Health* 102(5), 936–944. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300544>.

- Kontio, Raija & Malin, Maili & Joffe, Grigori & Vastamäki, Marjut & Walhbeck, Kristian 2013: HUS-alueen mielenterveyspalvelut liian laitoskeskeisiä. *Suomen lääkärilehti* 6 (7), 496–501.
- Korkiamäki, Riikka & Nylund, Marianne & Raitakari, Suvi & Roivainen, Irene 2008: Yhteisöso-
siaaliryöön kansalaisyhteiskunnan ja asiakastyön rajapinnassa. Teoksessa Irene Roivainen, &
Marianne Nylund & Riikka Korkiamäki & Suvi Raitakari (toim.) Yhteisöt ja sosiaalityö. Kan-
salaisen vai asiakkaan asialla? Jyväskylä: PS-kustannus, 9–24.
- Korolainen, Kari 2010: Jäsenkategorisoinnin analyysi koristelun ja taiteistumisen tutkimuksen
menetelmänä. Teoksessa Jyrki Pöysä & Helmi Järviluoma & Sinikka Vakimo (toim.) Vaeltavat
metodit. Kultaneito VIII. Joensuu: Suomen Kansantietouden Tutkijain Seura, 138–159.
- Koskela, Heidi & Piirainen-Marsh, Arja 2002: Harvey Sacks ja keskustelututkimuksen perinne.
Teoksessa Hannele Dufva & Mika Lähteenmäki (toim.) Kielentutkimuksen klassikoita. Sovel-
tavan kielentutkimuksen keskus. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, 257–280.
- Koski-Jännes, Anja 2002: Social and personal identity in the recovery from addic-
tive behaviours. *Addiction Research and Theory* 10(2), 183–202. <https://doi.org/10.1080/16066350290017266>.
- Koskisuu, Jari 2004: Eri teitä perille: Mitä mielenterveyskuntoutus on? Helsinki: Edita.
- Kourgiantakis, Toula & Hussain, Amina & Ashcroft, Rachelle & Logan, Judith & McNeil, Sandra
& Williams, Charmaina C. 2020: Recovery-oriented social work practice in mental health
and addictions: a scoping review protocol. *BMJ Open* 20 (10:e037777), 1– 4. doi:10.1136/
bmjopen-2020-037777.
- Kulmala, Anna 2006: Kerrottuja kokemuksia leimatusta identiteetistä ja toiseudesta. Akateeminen
väitöskirja. *Acta Universitatis Electronica Tampereensis* 523. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön
laitos. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy Juvenes Print. [https://trepo.tuni.fi/bitstream/
handle/10024/67610/951-44-6615-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/67610/951-44-6615-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
- Kuronen, Marjo 2004: Valtaistumista ja voimavaraistumista – feministisiä näkökulmia empower-
mentiin sosiaalityön käsitteenä ja käytäntönä. Teoksessa Marjo Kuronen & Riitta Granfelt
& Leo Nyqvist & Päivi Petrelius (toim.) Sukupuoli ja sosiaalityö. Jyväskylä: PS-kustannus,
277–296.
- Kuula, Arja 2006: Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.
- Kuusisto, Katja 2004: Spontaani toipuminen alkoholiongelmasta. *Yhteiskuntapolitiikka* 69(6),
619–629. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201209117065>.
- Kuussaari, Kristiina & Hirschovits-Gerz, Tanja. 2016: Co-occurrence of substance use related and
mental health problems in the Finnish social and health care system. *Scandinavian Journal of
Public Health* 44(2), 202–208. doi:10.1177/1403494815616303.
- Kylmä, Jari & Juvakka, Taru 2007: Toivo hoitotyössä ja hoitotieteellisen tutkimuksen kohteena.
Tutkiva hoitotyö 5(4), 4–8.
- Kylmä, Jari & Juvakka, Taru & Nikkonen, Merja & Korhonen, Teija & Isoaho, Matti 2006: Hope
and schizoprehnia: An integrative review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*
13(6), 651–664. doi: 10.1111/j.1365-2850.2006.01012.x.
- Kärkkäinen, Jukka 2004: Onnistuiko psykiatrian yhdistyminen somaattiseen hoitojärjestelmään?
Psykiatrisen hoitojärjestelmän kehitys Suomessa ja sairaanhoitopiiriuudistuksen arviointi psy-
kiatrian näkökulmasta. *Tutkimuksia* 138. Helsinki: Stakes Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja
kehittämiskeskus.
- Laitila, Minna 2010: Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen
lähestymistapa. Akateeminen väitöskirja. *Dissertations in Health Sciences* 31. Kuopio:
Itä-Suomen yliopisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-0224-5>.

- Laitinen, Merja & Nikupeteri, Anna 2013: Kokemusasiantuntijuus väkivaltatyössä. Teoksessa Merja Laitinen & Asta Niskala (toim.) Asiakkaat toimijoina sosiaalityössä. Tampere: Vastapaino, 427–458.
- Lakeman, Richard 2010: Mental health recovery competencies for mental health workers: a Delphi study. *Journal of Mental Health* 19(1), 62–74. doi:10.3109/09638230903469194.
- Lappeteläinen, Anita & Sevón, Eija & Vehkakoski, Tanja 2018: 'Celebrating diverse motherhood': physically disabled women's counter-narratives to their stigmatised identity as mothers. *Families, Relationships and Societies* 7(3), 499–514. <https://doi.org/10.1332/204674317X15034137417334>.
- Latalova, Klara & Kamaradova, Dana & Prasko, Jan 2014: Perspectives on perceived stigma and self-stigma in adult male patients with depression. *Neuropsychiatric Disease Treatment* 29(10), 1399–1405. doi:10.2147/NDT.S54081.
- Lave, Jean & Wenger, Etienne 1991: Situated learning: Legitimate Peripheral Participation. Cambridge: Cambridge University Press.
- Leamy, Mary & Bird, Victoria & Le Boutillier, Claire & Williams, Julie & Slade, Mike 2011: Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry* 199(6), 445–452. doi:10.1192/bjp.bp.110.083733.
- Leeman, Lars & Hämäläinen, Riitta-Maija 2016: Asiakasosallisuus, sosiaalinen osallisuus ja matalan kynnyksen palvelut. Pohdintaa käsitteiden sisällöistä. *Yhteiskuntapolitiikka* 81(5), 586–594. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2016102725606>.
- Leeman, Lars 2022: 2.4 Osallisuuden edistäminen on panostus mielenterveyteen. Teoksessa Outi Linnaranta & Teija Strand & Jaana Suvisaari & Timo Partonen & Pia Solin (toim.) Mielenterveysstrategia 2020–2030-toimeenpanon ensimmäiset vuodet ja yhteisen tekemisen tahto. Työpaperi 55/2022. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 17. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-990-0>.
- Lehtonen, Heikki 1990: Yhteisö. Tampere: Vastapaino.
- Lindholm, Camilla & Stevanovic, Melisa 2016: 4. Sanat. Teoksessa Melisa Stevanovic & Camilla Lindholm. Keskustelun analyysi. Kuinka tutkia sosiaalista toimintaa ja vuorovaikutusta. Tampere: Vastapaino, 79–99.
- Lindström, Janika 2024: Survival stories as access to society. Narrative research on experts by experience with a history of crime and substance abuse. Akateeminen väitöskirja. Dissertations in Social Sciences and Business Studies 316. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto. Survival stories as access to society. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-5114-4>.
- Link, Bruce & Phelan, Jo 2001: Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology* 27(1), 363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>.
- Linnaranta, Outi 2022: Selvitys psykiatristen sairaalapaikkojen määrästä. Tutkimuksesta tiiviisti 6/2022. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-820-0>.
- Linnaranta, Outi & Strand, Teija & Suvisaari, Jaana & Partonen, Timo & Solin, Pia (toim.) 2022: Mielenterveysstrategia 2020–2030-toimeenpanon ensimmäiset vuodet ja yhteisen tekemisen tahto. Työpaperi 55. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 89–92. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-990-0>.
- Loumpa, Vasiliki 2012: Promoting recovery through peer support: Possibilities for social work practice. *Social Work in Health Care* 51(1), 53–65. doi:10.1080/00981389.2011.622667.
- Lukens, Jonathan M. & Solomon, Phyllis 2013: Thinking through recovery: Resolving ethical challenges and promoting social work values in mental health services. *Journal of Social Work Values and Ethics* 10(1), 61–71. 10-010-100-JSWVE-2013.pdf.

- Lähdesmäki, Kirsi 2003: New Public Management ja julkisen sektorin uudistaminen. Tutkimus tehokkuusperiaatteista, julkisesta yrittäjyydestä ja tulosvastuusta sekä niiden määrittelemistä valtion keskushallinnon reformeista Suomessa 1980-luvun lopulta 2000-luvun alkuun. Akateeminen väitöskirja. Acta Wasaensia 112. Vaasa: Vaasan yliopisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:952-476-004-5>.
- Lähteenmäki, Mika 2002: Dialoginen näkökulma kieleen: Mihail Bahtin ja Valentin Vološinov. Teoksessa Hannele Dufva & Mika Lähteenmäki (toim.) Kielentutkimuksen klassikoita. Soveltavan kielentutkimuksen teoriaa ja käytänteitä. Soveltavan kielentutkimuksen keskus. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, 179–200.
- Marino, Casadi “Khaki” 2015: To belong, contribute and hope: first stage development of a measure of social recovery. *Journal of Mental Health* 24(2), 68–72. <https://doi.org/10.3109/09638237.2014.954696>.
- Marino, Casadi “Khaki” 2016: The Development and validation of the social recovery measure”. *Dissertations and Theses* Paper 2925. Portland State University. <https://doi.org/10.15760/etd.2921>.
- Markovitz, Fred E. 2015: Involvement in mental health self-help groups and recovery. *Health Sociology Review* 24(2), 199–212. <https://doi.org/10.1080/14461242.2015.1015149>.
- Martela, Frank 2020: Elämän tarkoitus. Suuntana merkityksellinen elämä. Helsinki: Gummerus Oy.
- Martin, Marjatta & Nordling, Esa & Soronen, Kari & Savelius-Koski, Eija (toim.) 2021: Yhdessä toipumisen tukena mielenterveystyössä. Toipumisorientaation toimintamallit ja niiden implementaatio. Työpaperi 21. Helsinki: Terveystien ja hyvinvoinnin laitos.
- Martin, Marjatta & Soronen, Kari (toim.) 2022: Toipumisorientaatio mielenterveyspalveluissa. Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja C. Työpapereita 8. Rovaniemi: Lapin yliopisto. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-337-321-1>. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-664-0>.
- Maslow, Abraham H. 1970: Motivation and personality. 2nd edition. New York: Harper & Row Publishers, Inc.
- Mattila, Juhani 2021: Uupumuksesta takaisin elämään. Helsinki: Kirjapaja.
- Mattila, Markku 1999: Kansamme parhaaksi: rotuhygieniä Suomessa vuoden 1935 sterilisointilakiin asti. Akateeminen väitöskirja. Helsinki: Suomen historiallinen seura.
- Mancini, Michael A. 2007: The role of self-efficacy in recovery from serious psychiatric disabilities. *Qualitative Social Work* 6(1), 49–74. <https://doi.org/10.1177/1473325007074166>.
- McCorkle, Brian H. & Dunn, Erin C. & Wan, Yu Mui & Gagne, Cheryl 2009: Compeer friends: a qualitative study of a volunteer friendship programme for people with serious mental illness. *International Journal of Social Psychiatry* 5(4), 291–305. doi:10.1177/0020764008097090.
- McIntosh, James & McKeganey, Neil 2000: Addicts’ narratives of recovery from drug use: constructing a non-addict identity. *Social Science & Medicine* 50(10), 1501–1510. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(99\)00409-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(99)00409-8).
- McLaughlin, Hugh 2009: What’s in a name: ‘Client’, ‘Patient’, ‘Customer’, ‘Consumer’, ‘Expert by Experience’, ‘Service User’—What’s next? *The British Journal of Social Work* 39(6), 1101–1117. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcm155>.
- McLaughlin, Hugh 2010: Keeping Service User Involvement in Research Honest. *British Journal of Social Work* 40(5), 1591–1608. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcp064>.
- Meriluoto, Taina 2018a: Making experts-by-experience. Governmental ethnography of participatory initiatives in Finnish social welfare organisations. Akateeminen väitöskirja. Faculty of Humanities and Social Sciences. JYU Dissertations. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-7603-3>.

- Meriluoto, Taina 2018b: Neutral experts or passionate participants? Renegotiating expertise and the right to act in Finnish participatory social policy. *European Journal of Cultural and Political Sociology* 5(1–2), 116–139. doi:10.1080/23254823.2018.1435292.
- Mielenterveyden keskusliitto n.d.: Meistä. Meistä - Mielenterveyden keskusliitto. Viitattu 27.9.2025.
- Mielenterveystalo n.d.: <https://www.mielenterveystalo.fi/fi>. Viitattu 18.2.2025.
- Mielenterveystyön komitean mietintö 1984: II osa: mietinnön tiivistelmä ja komitean ehdotukset 1984. Komiteamietintö 17/1984. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Mikkonen, Irja 2009: Sairastuneen vertaistuki. Akateeminen väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 173. Kuopio: Kuopion yliopisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-27-1303-5>.
- Mikkonen, Irja & Saarinen, Anja 2018: Vertaistuki sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Tietosanomaa.
- Millar, Samantha & Chambers, Mary & Giles, Melanie 2016: Service user involvement in mental health care: an evolutionary concept analysis. *Health expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy* 19(2), 209–221. <https://doi.org/10.1111/hex.12353>.
- Miller, Carolyn R. 1984: Genre as Social Action. *The Quarterly Journal of Speech* 70(2), 151–167. <https://doi.org/10.1080/00335638409383686>.
- Moring, Juha & Martins, Anne & Partanen, Airi & Bergman, Viveca & Nordling, Esa & Nevalainen, Veijo (toim.) 2011: Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Toimeenpanosta käytäntöön 2010. Raportteja 6. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085117>.
- Murto, Kari 2013: Osa I. Terapeuttinen yhteisö. Teoksessa Kari Murto (toim.) *Terapeuttinen yhteisö. Yhteisöakatemia*. Porvoo: Kari Consulting Oy.
- Myllyviita, Katja 2020: Häpeän hoito. Tallinna: Kustannus Oy Duodecim.
- Mäenpää, Pasi & Faehnle, Maija 2021: 4. sektori: Kuinka kaupunkiaktivismi haastaa hallinnon, muuttaa markkinat ja laajentaa demokratiaa. Tampere: Vastapaino.
- Mäkinen, Olli 2006: Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Mäkitalo, Åsa 2024: 3 Categorisation. Teoksessa Christopher Hall & Kirsi Juhila & Maureen Materese & Carolus Nijnatten (toim.) *Analysing social work communication. Discourse in practice*. Lontoo; New York; Routledge, 37–53. E-kirja.
- Mönkkönen, Kaarina 2002: Dialogisuus kommunikaationa ja suhteena. Vastaamisen, vallan ja vastuun merkitys sosiaalityön asiakastyön vuorovaikutuksessa. Akateeminen väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet. 94. Sosiaalitieteiden laitos. Kuopio: Kuopion yliopisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:951-781-933-1>.
- Mönkkönen, Kaarina 2018: Vuorovaikutus asiakastyössä. Asiakkaan kohtaaminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Gaudeamus.
- Nikander, Pirjo 2010: Jäsenkategoria-analyysi ja haastattelun kulttuuriset järjestykset. Teoksessa Johanna Ruusuvaara & Pirjo Nikander & Matti Hyvärinen (toim.) *Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino*, 242–268.
- Nonaka, Ikujiro & Takeuchi, Hirotaka 1995: The knowledge creating company: How Japanese companies create the dynamics of innovation. New York: Oxford University Press.
- Noorani, Tehseen & Karlsson, Magnus & Borkman, Thomasina 2019: Deep experiential knowledge: reflections from mutual aid groups for evidence-based practice. *Evidence & Policy: A Journal of Research, Debate and Practice* 15(2), 217–234. <https://doi.org/10.1332/174426419X15468575283765>.

- Nordling, Esa 2007: Ruvettiin pitämään ihmisenä. Vastuutasojärjestelmässä kuntoutettujen skitsofreniapotilaiden kuntoutumisreitit, hoitopalveluiden käyttö ja psykososiaalinen hyvinvointi. Akateeminen väitöskirja. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Tampere: Tampereen yliopisto. <https://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-7024-0>.
- Nordling, Esa 2018: Mitä toipumisorientaatio tarkoittaa mielenterveystyössä? Lääketieteellinen aikakauskirja *Duodecim* 134(15), 1476–1483. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2018/15/duo14435>.
- Nordling, Esa 2022: 2 Tie toipumisorientaatioon – Suomalaisen psykiatrian ja mielenterveystyön toipumisorientaatioon suuntaavat askelmerkit 1960-luvulta nykypäivään. Teoksessa Marjatta Martin & Kari Soronen (toim.) Toipumisorientaatio mielenterveyspalveluissa. Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja C. Työpapereita 8. Rovaniemi: Lapin yliopisto, 13–28. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-337-321-1>.
- Nordling, Esa 2023. Toipumisorientaatio mielenterveystyössä. Helsinki: Edita.
- Nordling, Esa & Rissanen, Päivi 2020: Mielenterveystyö uudistuu. Toipumisorientaation teoreettiset lähtökohdat. Työpaperi 40. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-591-9>.
- Norman, Christina 2006: The Fountain House movement, an alternative rehabilitation model for people with mental health problems, members' descriptions of what works. *Scandinavian Journal Caring Sciences* 20(2), 184–192. doi:10.1111/j.1471-6712.2006.00398.x.
- Norton, Michael J. & Swords, Calvin 2021: Social recovery: a new interpretation to recovery-oriented services – a critical literature review. *Journal of Mental Health Training, Education & Practice* 16(1), 7–20. <https://doi.org/10.1108/JMHTEP-06-2020-0035>.
- Nussbaum, Martha 2011: Creating capabilities: The human development approach. Cambridge: The Belknap Press of Harvard University Press. doi:10.4159/harvard.9780674061200.
- Nylund, Marianne 1996: Suomalaisia oma-apuryhmiä. Teoksessa Aila-Leena Matthies & Ulla Kotakari & Marianne Nylund (toim.) Välittävät verkostot. Tampere: Vastapaino, 193–205.
- Nylund, Marianne 1999: Oma-apuryhmät välittäjinä arjessa. Teoksessa Liisa Hokkanen & Petri Kinnunen & Martti Siisiäinen (toim.) Haastava kolmas sektori: Pohdintoja tutkimuksen ja toiminnanmoninaisuudesta. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, 116–134.
- Nylund, Marianne 2000: Varieties of mutual support and voluntary action: A study of Finnish self-help groups and volunteers. Akateeminen väitöskirja. Faculty of Social Sciences. Department of Social Policy. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Nylund, Marianne 2005: Vertaisryhmät kokemusten ja tiedon jäsentäjinä. Teoksessa Nylund, Marianne Nylund & Anne Birgitta Yeung (toim.) Vapaaehtoistoiminta. Anti, arvot ja osallisuus. Tampere: Vastapaino.
- Närhi, Kati & Kokkonen, Tuomo & Matthies, Anna-Leena 2014: Asiakkaiden osallisuus ja työntekijöiden harkintavalta palvelujärjestelmässä. *Janus – Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti* 22(3), 227–244. <https://journal.fi/janus/article/view/51212>.
- OECD/EU. Health at a Glance: Europe 2018a: State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing 2018; 28. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en.
- OECD/EU. Health at a Glance: Europe 2018b: State of Health in the EU Cycle. Factsheet on Promoting Mental Health. oecd-factsheet-mental-health-health-at-a-glance-europe-2018.pdf.
- Ojanen, Markku 2004: Sopimusvuori ry:n psykiatrinen kuntoutustoiminta Tampereella. 16.2.2004. <https://www.markkuojanen.com/psykologia/sopimusvuori-ryn-psykiatrinen-kuntoutustoiminta-tampereella/>. Viitattu 27.4.2025.
- Onken, Steven J. & Craig, Catherine M. & Ridgway, Priscilla & Ralph, Ruth O. & Cook, Judith A. 2007: An analysis of the definitions and elements of recovery: A review of the literature. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 31(1), 9–22. doi:10.2975/31.1.2007.9.22.

- Ostrow, Laysa & Adams, Neal 2012: Recovery in the USA: From politics to peer support, *International Review of Psychiatry* 24(1), 70–78. doi:10.3109/09540261.2012.659659.
- Pain, Jean 2009: Not just talking. *Conversational analysis*. Harvey Sack's gift to therapy. Combining excellence in psychotherapy and counselling. Lontoo; New York: Taylor & Francis Group. E-kirja.
- Palukka, Hannele & Tiilikka, Tiina & Auvinen, Petra 2019: Kokemusasiatuntija mielen-terveys- ja päihdepalveluissa – osallisuuden mahdollistaja vai osallistamispolitiikan väline? *Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti* 27(1), 21–37. <https://doi.org/10.30668/janus.66252>.
- Palsanen, Kati & Kääriäinen, Aino 2015: Asiakkaiden ja ammattilaisten yhteistoiminnallisen työskentelyn merkitykset ja seuraukset. *Janus Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti* 23(2), 190–205. <https://journal.fi/janus/article/view/51252>.
- Parpola, Antti 2013: Toivo – Häpeä. *Psykiatria modernissa Suomessa*. Helsinki: Suomen Psykiatriyhdistys ry.
- Paulhus, Delroy L. 2002: Socially desirable responding. The evolution of construct. Teoksessa Henry, I. Braun & Douglas N. Jackson & David E. Wiley (toim.). *The role of constructs in psychological and educational measurement*. Mahwah, NJ: Erlbaum associates, 49–69.
- Peltomaa, Marjo K. 2005: Kuntoutumisvalmius tarpeenmukaisen kuntoutumissuunnittelun perustana. *Lisensiaatintutkimus*. Rovaniemi: Lapin yliopisto.
- Perttula, Juha & Lomama, Timo 2008: Kokemuksen tutkimus: merkitys, tulkinta, ymmärtäminen. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus.
- Peräkylä Anssi 2001: Diagnoosin kertominen ja vastaanottaminen. Teoksessa Marja-Leena Sorjonen & Anssi Peräkylä & Kari Eskola (toim.) *Keskustelu lääkärin vastaanotolla*. Tampere: Vastapaino, 71–88.
- Peräkylä, Anssi 2004: Conversation analysis. Teoksessa Clive Seale & Giampietro Gobo & Jaber F. Gubrium & David Silverman (toim.) *Qualitative research practice*. Lontoo: Sage, 165–179.
- Piat, Myr & Sabetti, Judith 2009: The development of a recovery-oriented mental health system in Canada: What the experience of commonwealth countries tells us. *Canadian Journal of Community Mental Health* 28(2), 17–33. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2009-0020>.
- Pietikäinen, Petteri 2013: Hulluuden historia. Helsinki: Gaudeamus Oy.
- Pietikäinen, Petteri 2015: Kipeät sielut: Hulluuden historia Suomessa. Helsinki: Gaudeamus Oy.
- Pietilä, Ilkka 2017: Ryhmäkeskustelu. Teoksessa Matti Hyvärinen & Pirjo Nikander & Johanna Ruusuvaara (toim.) *Tutkimushaastattelun käsikirja*. Tampere: Vastapaino, 111–130.
- Pilgrim, David & McCranie, Ann 2013: Recovery and mental health a critical sociological account. New York: Palgrave Macmillan.
- Pirkkalainen, Jaana 2003: Työhön, työssä, työstä oppiminen. Toimijuus ja työn muutos. Akateeminen väitöskirja. *Acta Universitatis Tamperensis* 978. Tampere: Tampereen yliopisto. <https://urn.fi/urn:isbn:951-44-5835-4>.
- Pirkola, Sami & Sohlman, Britta (toim.) 2005: *Mielen-terveysatlas. Tunnuslukuja Suomesta*. Helsinki: Stakes Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.
- Pohjola, Anneli 2017: Asiakkaan pitkä tie palveluihin vaikuttajaksi. Teoksessa Anneli Pohjola & Maarit Kairala & Asta Niskala & Hannu Lyly (toim.) *Asiakkaasta kehittäjäksi ja vaikuttajaksi. Asiakkaiden osallisuuden muutos sosiaali- ja terveyspalveluissa*. Tampere: Vastapaino, 308–325.
- Pohjola, Anneli & Kairala, Maarit & Niskala, Asta & Lyly, Hannu 2017: Asiakkaasta kehittäjäksi ja vaikuttajaksi. Asiakkaiden osallisuuden muutos sosiaali- ja terveyspalveluissa. Tampere: Vastapaino.

- Poikela, Ritva 2010: Asiakassuunnitelma asiakaslähtöistä auttamista tavoitteellistamassa: Kohteen rakentumisen moniääninen menetelmä. Akateeminen väitöskirja. Sosiaalitieteiden laitoksen julkaisuja 5. Helsinki: Helsingin yliopisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-10-6652-8>.
- Potilaat mukaan Käypä hoito -suositusten laadintaan. n.d. <https://www.kaypahoito.fi/potilaat-mukaan>.
- Poutanen, Tuomas & Järvelin, Jutta & Suvisaari, Jaana & Forssell, Martta & Linnaranta, Outi 2024: Mielenterveyspalveluiden tarjoaman psykososiaalisen hoidon ja tuen tarkastelu. Tutkimuksesta tiivistä. 9/2024. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-335-5>.
- Pratt, Rebecca & MacGregor, Andy & Reid, Susan & Given, Lisa 2013: Experience of wellness recovery action planning in self-help and mutual support groups for people with lived experience of mental health difficulties. *The Scientific World Journal* (1), 1–7. <https://doi.org/10.1155/2013/180587>.
- Price-Robertson, Rhys & Obradovic, Angela & Brad, Morgan 2017: Relational recovery: beyond individualism in the recovery approach. *Advances in Mental Health* 15(2), 108–120. <https://doi.org/10.1080/18387357.2016.1243014>.
- Puumalainen, Jouni 2020: Vertaisten näkemyksiä toisten tukemisesta ja auttamisesta ”Taikuutta tavallaan kuin hyvin se toimii”. *Kuntoutus* 43(2), 31–37.
- Puurunen, Piia 2019: Jane Addamsin sosiaalityön käsityksen rakentuminen. *Dissertations in Social Sciences and Business Studies* 203. Kuopio: University of Eastern Finland. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-3194-8>.
- Puusa, Anu 2020: 9 Näkökulmia laadullisen aineiston analysointiin. Teoksessa Anu Puusa & Pauli, Juuti (toim.) *Laadullisen tutkimuksen näkökulmat ja menetelmät*. Helsinki: Gaudeamus Oy. E-kirja.
- Pyörälä, Eeva 1998: Haurahoidosta mielisairaalaan. *Lapinlahden sairaalan synty*. *Yhteiskuntapolitiikka* 63(2), 140–151. <http://www.julkari.fi/handle/10024/100897>.
- Raisio, Harri & Puustinen, Alisa & Vartiainen, Pirkko 2018: The Concept of wicked problems: improving the understanding of managing problem wickedness in health and social care. Teoksessa Will Thomas & Anneli Hujala & Sanna Laulainen & Robert McMurray (toim.) *The Management of wicked problems in health and social care*. New York: Routledge. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe202001273565>.
- Raitakari Suvi & Holmberg, Suvi & Juhila, Kirsi & Räsänen, Jenni-Mari 2018: Constructing the elements of the “recovery in” model through positive assessments during mental health home visits. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 15(7), 1–14. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071441>.
- Raitakari, Suvi & Juhila, Kirsi & Günther Kirsi & Kulmala, Anna & Saario, Sirpa 2012: Asiakaslähtöisyydet asiakas- ja ammattilaisvuorovaikutuksessa: kuluttajuus, kumppanuus ja huolenpito mielenterveyskuntoutuksessa. Teoksessa Anneli Anttonen & Arto Haveri & Juhani Lehto & Hannele Palukka (toim.) *Julkisen ja yksityisen rajalla: julkisen palvelun muutos*. Tampere: Tampere University Press, 47–80.
- Raitakari, Suvi & Kulmala, Anna & Günther, Kirsi & Juhila, Kirsi & Saario, Sirpa 2011: Vakava mielen sairaus ja eriarvoisuudet arjessa. *Janus – Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti* 19(4), 326–341. <https://journal.fi/janus/article/view/50631>.
- Raitakari, Suvi & Saario, Sirpa & Juhila, Kirsi & Günther, Kirsi 2014: Client participation in mental health: shifting positions in decision-making. *Nordic Social Work Research* 5(1), 35–49. doi.org/10.1080/2156857X.2014.909875.

- Raivio, Helka & Karjalainen, Jarno 2013: Osallisuus ei ole keino tai väline, palvelut ovat. Teoksessa Taina Era (toim.) *Osallisuus, oikeutta vai pakkoa?* Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 156. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu, 12–34. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-830-280-6>.
- Raivio, Markus & Raivio, Jouko 2020: *Toipuva mieli. Opas toipumisorientaatioon*. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Ramon, Shulamit 2018: The place of social recovery in mental health and related services. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 15(6), 1052. <https://doi.org/10.3390/ijerph15061052>.
- Rapp, Charles A. & Goscha Richard, J. 2012: *The strengths model: a recovery-oriented approach to mental health services*. 3 painos. Oxford: Oxford University Press.
- Raunio, Kyösti 2009: *Olenainen sosiaalityössä*. 2. painos. Helsinki: Gaudeamus.
- Repper, Julie & Carter, Tim 2011: A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health* 20(4), 392–411. <https://doi.org/10.3109/09638237.2011.583947>.
- Riker, Stephanie & Sigurvinsdottir, Rannveig 2016: 4. Thematic analysis. Teoksessa Leonard A. Jason & David S. Glenwick. *Handbook of methodological approaches to community-based research. Qualitative, quantitative and mixed methods*. New York; Oxford: Oxford University Press, incorporated. 33–41. E-kirja.
- Rissanen, Anu 2022: Suomalaisen laitospsykiatrian historiaa. Teoksessa Saara Jäntti & Kirsi Heimonen & Sari Kuuva & Anu Maanmieli & Anu Rissanen (toim.) *Kokemuksia mielisairaalaista: muistoihin kaivertuneet tilat*. Suomalaisen Kirjallisuuden Seuran toimituksia 1483. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura, 65–86.
- Rissanen, Päivi 2013a: 1.3 Mitä on kokemusasiantuntijuus? Teoksessa Hanna Falk & Marjo Kurki & Päivi Rissanen & Sini Kankaanpää & Niina Sinkkonen. *Kuntoutujasta toimijaksi – kokemus asiantuntijuudeksi*. Työpaperi 39. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 14–15. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-028-3>.
- Rissanen, Päivi 2013b: 1.3.2 Kokemusasiantuntijan eri tehtävät ja roolit. Teoksessa Hanna Falk & Marjo Kurki & Päivi Rissanen & Sini Kankaanpää & Niina Sinkkonen. *Kuntoutujasta toimijaksi – kokemus asiantuntijuudeksi*. Työpaperi 39. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 15–17. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-028-3>.
- Rissanen, Päivi 2013c: 1.3.3 Kokemusasiantuntijat ja palvelujärjestelmä. Teoksessa Hanna Falk & Marjo Kurki & Päivi Rissanen & Sini Kankaanpää & Niina Sinkkonen. *Kuntoutujasta toimijaksi – kokemus asiantuntijuudeksi*. Työpaperi 39. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 17–19. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-028-3>.
- Rissanen, Päivi 2015: *Autoetnografia sairastumisesta ja kuntoutumisesta*. Akateeminen väitöskirja. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 88. Helsinki: Kuntoutussäätiö.
- Rissanen, Päivi & Jurvansuu, Sari 2017: Vertaistoiminnan muodot ja merkitys päihde- ja mielenterveysjärjestöissä. *Kuntoutus* 40(1), 15–17. <https://journal.fi/kuntoutus/article/view/112442>.
- Rissanen, Päivi & Kaivosoja, Matti 2022: 9. Stigman ilmeneminen yhteiskunnassa ja sosiaali- ja terveyspalveluissa. Teoksessa Outi Linnaranta & Teija Strand & Jaana Suvisaari & Timo Partonen & Pia Solin (toim.) *Mielenterveysstrategia 2020–2030-toimeenpanon ensimmäiset vuodet ja yhteisen tekemisen tahto*. Työpaperi 55/2022. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 89–92. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-990-0>.
- Rissanen, Päivi & Puumalainen, Jouni 2016: Kokemuksen kautta osaamiseen: vapaaehtoisuus, vertaisuus ja kokemusasiantuntijuus. *Kuntoutus* 39(1), 52–58. <https://journal.fi/kuntoutus/article/view/113399>.

- Rogers, Carl R. 1980: *A way of being*. Boston, Mass: Houghton Mifflin.
- Romakkaniemi, Marjo 2011: *Masennus. Tutkimus kuntoutumisen kertomusten rakentumisesta. Akateeminen väitöskirja*. Acta Electronica Universitatis Lapponiensis 78. Rovaniemi: Lapin yliopisto. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:ula-201110131185>.
- Romavo, Essi & Toikko, Timo 2019: Päihde- ja mielenterveystyöhön kohdistetut negatiiviset asenteet ja assosiatiivinen stigma. *Yhteiskuntapolitiikka* 84(3), 281–291. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019061220162>.
- Rose, Diana 2014: The mainstreaming of recovery. *Journal of Mental Health* 23(4), 217–218. <https://doi.org/10.3109/09638237.2014.928406>.
- Rosenberg, David & Hillborg, Helen 2016: Systematizing knowledge of user influence – A study of user advisory boards in substance abuse and mental health services. *Social Policy & Administration* 50(3), 336–352. doi:10.1111/spol.12113.
- Rossi, Seija 2003: *Parantava yhteisö – Veikkolan parantola. Veikkola sanatorium 1929–1995*. Helsinki: Suomen mielenterveysseura.
- Rotter, Julian B. 1966: Generalized expectancies of internal versus external control of reinforcements. *Psychological Monographs: General and Applied* 80(1), 1–28. <https://doi.org/10.1037/h0092976>.
- Ruuskanen, Petri & Jousilahti, Julia & Faehnle, Maija & Kuusikko, Kirsi & Kuittinen, Outi & Virtanen, Johanna & Strömberg, Lisbeth 2020: Kansalaisyhteiskunnan tila ja tulevaisuus 2020-luvun Suomessa. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 47. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminta. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-918-9>.
- Ruusuvuori, Johanna 2001: Harvey Sacks. Arkielämän metodit ja keskusteluanalyysi. Teoksessa Vilma Hänninen & Jukka Partanen & Oili-Helena Ylijoki (toim.) *Sosiaalipsykologian suunnannäyttäjät*. Tampere: Vastapaino, 383–403.
- Ruusuvuori, Johanna 2010: Vuorovaikutus ja valta haastattelussa -keskusteluanalyttinen näkökulma. Teoksessa Johanna Ruusuvuori & Pirjo Nikander & Matti Hyvärinen (toim.) *Haastattelun analyysi*. Tampere: Vastapaino, 269–299.
- Ruusuvuori, Johanna 2016: Katse. Teoksessa Melissa Stevanovic & Camilla Lindholm (toim.). *Keskustelun analyysi. Kuinka tutkia sosiaalista toimintaa ja vuorovaikutusta*. Tampere: Vastapaino, 47–62.
- Saaranen-Kauppinen, Anita & Puusniekka, Anna & Kuula, Arja & Rissanen, Riitta & Karvinen, Ikali 2009: *Menetelmäopetuksen tietovaranto. KvaliMOTV: Kvalitatiivisten menetelmien verkko-oppikirja. Toinen vedos. Yhteiskuntatieteellisen tietoarkiston julkaisuja*. Tampere: Tampereen yliopisto. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/tietoarkisto/julkaisut/kvalimotv.pdf> Viitattu 27.4.2025.
- Saari, Eveliina 1995: *Voidaanko tutkimusryhmiä perustaa? Tapaustutkimus Valtion teknillisen tutkimuskeskuksen metallilaboratorion ryhmäkokeilusta vuosina 1989–1991*. Espoo: Valtion teknillinen tutkimuskeskus.
- Saarin, Suvi & Kiikku, Nina 2021: Ohjauksen käsitteet mielenterveys- ja päihdetyössä – Näkykö asiakkaan osallisuus? *Kuntoutus* 44(2), 25–35. <https://doi.org/10.37451/kuntoutus.109477>.
- Salo, Markku 1996: *Sietämisestä solidaarisuuteen: mielisairaalarformit Italiassa ja Suomessa. Akateeminen väitöskirja*. Tampereen yliopisto. Tampere: Vastapaino Oy.
- Salo, Markku 2010: Ihmisoikeudet mielenterveys- ja päihdeyksiköissä kokemusarvioinnin kohteina. Ithaca-hankkeen Suomen raportti. Raportti 22. Helsinki: Yliopistopaino. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085086>.

- Salo, Markku 2011: Mielenterveyskuntoutujien yhteiskunnallisen aseman muutokset ja demokraattisen mielenterveyspolitiikan mahdollisuudet. Porvoo: Bookwell Oy, 259–302.
- Salo, Markku & Hyväri, Susanna (toim.) 2012: Kokemalla kohdattu tutkimalla tulkittu. Asunnotomien tehostettu tukiasuminen Tampereella. Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskuksen raportteja 2/2012. Lahti: Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus.
- Sarja, Anneli 2000: Dialogioppiminen pienryhmässä. Opiskeleviksi opiskelijoiden harjoitteluprosessi terveydenhuollon opettajankoulutuksessa. Akateeminen väitöskirja. Jyväskylä studies in education, psychology and social research 160. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-4355-4>.
- Savolainen, Katri 2011: Sosiaalityö toivon luojana. Teoksessa Petri T. Ruuskanen & Katri Savolainen & Mari Suonio (toim.) Toivo sosiaalisessa. Toivoa luova toimintakulttuuri sosiaalityössä. Kuopio: UNIPress ja kirjoittajat, 147–171.
- Scheyett, Anna & DeLuca, Joseph & Morgan, Candice 2013: Recovery in severe mental illnesses. A Literature review of recovery measures. *Social Work Research* 37(3), 286–304. <https://doi.org/10.1093/swr/svt018>.
- Schrank, Beate & Stanghellini, Giovanni & Slade, Mike 2008: Hope in psychiatry: A review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 118(6), 421–433. doi: 10.1111/j.1600-0447.2008.01271.x.
- Schön, Ulla-Karin 2010: The power of identification: Peer support in recovery from mental illness. *Scandinavian Journal of Disability Research* 12(2), 83–90. doi:10.1080/15017410903478956.
- Schön, Ulla-Karin & Rosenberg, David 2013: Transplanting recovery: Research and practice in the Nordic Countries. *Journal of Mental Health* 22(6), 563–569. doi:10.3109/09638237.2013.815337.
- Seikkula, Jaakko 2022: Dialogi parantaa – mutta miksi? Mikä tekee dialogista ennennäkemättömän vaikuttavan vaikeissa kriiseissä? Ilola: Kuva ja mieli Oy.
- Seikkula, Jaakko & Alakare, Birgitta 2004: Avoin dialogi: vaihtoehtoinen näkökulma psykiatrisessa hoitojärjestelmässä. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 120(3), 289–296.
- Seligman, Martin 2008: Aito onnellisuus. Positiivisen psykologian keinoin täyteen elämään. Helsinki: Art House.
- Shalaby, Reham A. Hameed & Agyapong, Vincent I. O. 2020: Peer support in mental health: Literature review. *Journal of Medical Internet Research* 7(6), p.e15572. doi: 10.2196/15572.
- Shilling, Val & Morris, Christopher & Thompson-Coon, Jo & Ukoumunne, Obioha & Rogers, Morwenna & Logan, Stuart 2013: Peer support for parents of children with chronic disabling conditions: a systematic review of quantitative and qualitative studies. *Development Medicine & Child Neurology* 55(7), 602–609. doi:10.1111/dmcn.12091.
- Shorter, Edward 2019: Psykiatrian historia. Suom. Eila Salomaa. Alkuperäinen teos A history of psychiatry. Helsinki: Into Kustannus Oy.
- Siantz, Elizabeth & Henwood, Benjamin F. & Gilmer, Todd 2017: Peer-support in full-service partnerships: A multiple case study analysis. *Community Mental Health Journal* 53(5), 542–549. <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0106-y>.
- Sihvo, Sinikka & Isola, Anna-Maria & Kivipelto, Minna & Linnanmäki, Eila & Lyytikäinen, Merja & Sainio, Salla 2018: Asiakkaiden osallistumisen toimintamalli. Loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 16. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3927-1>.
- Silverman, David 1998: Harvey Sacks. Social science and conversation analysis. New York: Oxford University Press. E-kirja.

- Silverman, David 2006: Interpreting qualitative data. Methods for analyzing talk, text and interaction. 3. painos. Lontoo; New Delhi: Sage Publications.
- Skea, Zoë C & MacLennan, Sara J. & Entwistle, Vikki A. & N'Dow, James 2011: Enabling mutual helping? Examining variable needs for facilitated peer support. *Patient Education and Counselling* 85(2), 120–125. doi:10.1016/j.pec.2011.01.032.
- Slade, Mike 2009: The contribution of mental health services to recovery. *Journal of Mental Health* 18(5), 367–371. doi:10.3109/09638230903191256.
- Slade, Mike & Williams, Julie & Bird, Victoria & Leamy, Mary & Boutillier, Clair Le 2012: Recovery grows up. *Journal of Mental Health* 21(2), 99–103. <https://doi.org/10.3109/09638237.2012.670888>.
- Smith-Merry, Jennifer & Freeman, Richard & Sturdy, Steven 2011: Implementing recovery: An analysis of key technologies in Scotland. *International Journal of Mental Health Systems* 5(11), 1–12. doi:10.1186/1752-4458-5-11.
- Solantaus, Tytti & Paavonen Juulia, E. 2009: Vanhempien mielenterveyshäiriöt ja lasten psykiatriset ongelmat. Lääketieteellinen aikakauskirja *Duodecim* 12(17), 1839–1844. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2009/17/duo98270?keyword=Tytti%20Solantaus>.
- Solomon, Phyllis 2004: Peer support/peer provided services: Underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 27(4), 392–401. <https://doi.org/10.2975/27.2004.392.401>.
- Sommer, Joanne & Gill, Katherine & Stein-Parbury, Jane 2018. Walking side-by-side: Recovery Colleges revolutionizing mental health care. *Mental Health and Social Inclusion* 22(1), 18–26.
- Soronen, Kari 2020: Tunnekokemukset osana kokemusasiantuntijaksi kehittymistä. *Janus* 28(1), 60–76. <https://doi.org/10.30668/janus.70425>.
- Soronen, Kari 2021: Arvioivan katseen alla vai aitoa yhteistyötä? Kokemusasiantuntijoiden positioiden rakentuminen päihde- ja mielenterveystyössä? Tietopuu. Tutkimussarja 1 /2021. Helsinki: A-klinikkasäätiö. <https://doi.org/10.19207/TIETOPUU9>.
- Soronen, Kari 2024: Mielenterveyden kokemusasiantuntijuus. Kokemusasiantuntijuuden rakentuminen yksilöllisenä prosessina ja palvelujärjestelmän osana. *Acta electronica Universitatis Lapponiensis* 380. Akateeminen väitöskirja. Rovaniemi: Lapin yliopisto. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-337-426-3>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009: Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3382-8>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2017: Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 41. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3891-5>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2025. Mielenterveyden hoito. Mielenterveyspalvelut - Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 28.4.2025.
- Starnino, Vincent R. 2009: An Integral Approach to Mental Health Recovery: Implications for Social Work. *Journal of Human Behaviour in the Social Environment* 19(7), 820–842. <https://doi.org/10.1080/10911350902988019>.
- Stevanovic, Melisa & Weiste, Elina 2018: Keskusteluanalyysi ja fokusryhmien diskursiivinen tutkimus. Teoksessa Lauri Haapanen & Liisa Kääntä & Lotta Lehti (toim.) *Diskurssitutkimuksen menetelmistä*. AFInLA-e. Soveltavan kielitieteen tutkimuksia n:o 11, 114–136. <https://doi.org/10.30660/afinla.68981>.

- Stuart, Simon R. & Tansey, Louise & Quayle, Ethel 2017: What we talk when we talk about recovery: a systematic review and best-fit framework synthesis of qualitative literature. *Journal of Mental Health* 26(3), 291–304. <https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1222056>.
- Strand, Teija & Ridanpää, Soile & Kotovirta, Elina (toim.) 2023: Suosituksia mielenterveyteen, päihdeongelmiin ja riippuvuuteen liittyvän stigman ja syrjinnän tunnistamiseen ja vähentämiseen. Kansanterveyden neuvottelukunnan mielenterveys-, päihde- ja riippuvuusasioiden jaosto. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 29. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-9873-5>.
- Stromwall, Layne K. & Hurdle, Donna 2003: Psychiatric rehabilitation: An empowerment approach to mental health services. *Health & Social Work* 28(3), 206–213. doi:10.1093/hsw/28.3.206.
- Suokas-Cunliffe, Anne & Maaranen, Päivi 2014: Traumapsykoterapia auttaa varhaisiän kiintymyssuhteessa traumatisoituneita. *Suomen lääkirilehti* 64(41), 2613–2617.
- Suomen AA-kustannus ry 2014: Nimettömät alkoholistit. Joensuu: Suomen AA-kustannus ry.
- Suomen etymologinen sanakirja. ”Potea”. https://kaino.kotus.fi/suomenetymologinensanakirja/?p=article&etym_id=ETYM_bbfec8f30c07ea9e0f5be8fdaa3860bf&word=potupuri. Viitattu 18.11.2023.
- Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuolemansyyt 2020: 7. Itsemurhia aiempaa vähemmän. Helsinki: Tilastokeskus. https://stat.fi/til/ksyyt/2020/ksyyt_2020_2021-12-10_kat_007_fi.html. Viitattu 27.4.2025.
- Suvisaari, Jaana & Eskelinen, Saana & Keinänen, Jaakko & Rimpiläinen, Aulikki & Viertiö, Satu 2019: Vakaviin mielenterveyshäiriöihin sairastuneiden fyysisten terveysongelmien riskitekijät. Tutkimuksesta tiiviisti 42. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-404-2>.
- Stokoe, Elizabeth 2012: Moving forward with membership categorization analysis: Methods for systematic analysis. *Discourse Studies* 14(3), 277–303. doi:10.1177/1461445612441534.
- Svenlin, Anu-Riina & Moilanen, Johanna & Itäpuisto, Maritta 2023: Kokemusasiantuntija- ja vertaistukitoiminnan haasteet ja mahdollisuudet lapsi- ja perhepalveluissa ammattilaisten näkökulmasta. Teoksessa Kaisa Malinen & Maritta Itäpuisto & Johanna Moilanen & Johanna Kiili & Mari Punna (toim.) Vertaistuki ja kokemukseen perustuva asiantuntijuus lasten ja perheiden voimavarana. Tampere: Vastapaino, 77–108.
- Särkelä, Antti 2015: Välttämisen ammattina. Näkökulmia sosiaalisen auttamistyöhön. Tampere: Vastapaino.
- Tainio, Elma 2024. Perheenjäsenten assosiatiivinen stigma - psyykinen sairaus perheessä. Akateeminen väitöskirja. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Social Sciences and Business Studies 341. Kuopio: University of Eastern Finland. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-5358-2>.
- Tanaka, Kimiko & Davidson, Larry & Craig, Thomas J. 2018: Sense of clubhouse community belonging and empowerment. *International Journal of Social Psychiatry* 64(3), 276–285. doi:10.1177/0020764018759134.
- Terry, Gareth & Hayfield, Nikki 2021: Essentials of thematic analysis. Washington DC: American Psychological Association.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2023: Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2022. Osastohoidon kesto lyhenee edelleen psykiatriassa erikoissairaanhoidossa. Tilastoraportti 66. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Suomen virallinen tilasto. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe20231128149697>.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2024: Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2023. Osastohoidon kesto lyhenee edelleen psykiatriassa erikoissairaanhoidossa. Tilastoraportti 51. Suomen virallinen tilasto. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2024112095386>

- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2025. Mielenterveyden häiriöt. <https://thl.fi/aiheet/mielenterveys/mielenterveyshairiot>. Viitattu 27.4.2025.
- Tew, Jerry & Ramon, Sula, Ramon & Slade, Mike & Bird, Victoria & Melton, Jane & Le Boutillier, Clair 2012: Social factors and recovery from mental health difficulties: A review of the evidence. *British Journal of Social Work* 42(3), 443–460. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcr076>.
- Tew, Jerry 2013: Recovery capital: what enables a sustainable recovery from mental health difficulties? *European Journal of Social Work* 16(3), 360–74. <https://doi.org/10.1080/13691457.2012.687713>.
- Tieteen termipankki. Intersubjektiivisuus. <https://tieteentermipankki.fi/wiki/Nimitys:intersubjektiivisuus>. Viitattu 15.9.2025.
- Toikko, Timo 2011: Kokemusasiantuntija palveluiden kehittäjänä. Teoksessa Petri T. Ruuskanen & Katri Savolainen & Mari Suonio (toim.) *Toivo sosiaalisessa. Toivoa luova toimintakulttuuri sosiaalityössä*. UNIPress ja kirjoittajat, 103–117.
- Toivo. n.d. <https://olkatoiminta.fi/toivo/tietoa-toivo-vertaistukisovelluksesta/>. Viitattu 2.1.2025.
- Toom, Auli 2008: Hiljaista tietoa vai tietämistä? Näkökulmia hiljaisen tiedon käsitteen tarkasteluun. Teoksessa Auli Toom & Tuuli Onnismaa & Anneli Kajanto (toim.) *Hiljainen tieto tietämistä, toimimista, taitavuutta*. 1–2. painos. Aikuiskasvatuksen 47. vuosikirja. Helsinki: Kansanvalistusseura ja Aikuiskasvatuksen Tutkimusseura, 33–58.
- Topor Alain & Boe, Tore D. & Larsen, Inger B. 2022: The lost social context of recovery psychiatrization of a social process. *Frontiers in Sociology* 7, 1–14. doi: 10.3389/fsoc.2022.832201.
- Topor, Alain & Borg, Marit & Di Girolamo S. & Davidson, Larry 2011: Not just an individual journey: Social aspects of recovery. *International Journal of Social Psychiatry* 75(1), 90–99. doi:10.1177/0020764009345062.
- Topor, Alain & Skogens, Lisa & von Greiff, Ninive 2018: Building trust and recovery capital: the professionals' helpful practice. *Advances in dual diagnosis* 11(2), 78–87. <https://doi.org/10.1108/ADD-11-2017-0022>.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2011: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 7. uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli 2018: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. 1. painos 2002. Helsinki: Tammi. E-kirja.
- Tuomisto, Noora & Ekqvist, Eeva & Raitakari, Suvi 2022: Toipumisorientaation merkityksellistyminen toivon diskursseina psyykkisesti sairastuneiden nuorten haastattelupuheessa. *Janus – Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti Janus* 30(2), 107–123. <https://doi.org/10.30668/janus.109982>.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta TENK 2019: Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 3. Toinen, uudistettu painos. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta. https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarviointin_ohje_2020.pdf.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta TENK 2023: Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan HTK-ohje 2023. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 2. 1. painos. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta. https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf.
- Tynjälä, Päivi 1991: Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuudesta. *Kasvatus* 22(5–6), 387–398.
- Tynjälä, Päivi 2002: Oppiminen tiedon rakentamisena. Konstruktivistisen oppimiskäsityksen perusteita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Vaillant, George E. 2012: Positive mental health: is there a cross-cultural definition? *World Psychiatry* 11(2), 93–99. doi:10.1016/j.wpsyc.2012.05.006.

- Valkeapää, Taina & Tanaka, Kimiko & Lindholm, Camilla & Weiste, Elina & Stevanovic, Melisa 2019: Interaction, ideology, and practice in mental health rehabilitation. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health* 6(1), 9–23. <https://doi.org/10.1007/s40737-018-0131-3>.
- van Weeghel, Jaap & van Zelst, Catherine & Boertien, Dienke & Hasson-Ohayon, Ilanit 2019: Conceptualizations, assessments, and implications of personal recovery in mental illness: A scoping review of systematic reviews and meta-analyses. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 42(2), 169–181. doi: 10.1037/prj0000356.
- Viertiö, Satu & Partanen, Airi & Kaikkonen, Risto & Härkönen, Tommi & Marttunen, Mauri & Suvisaari, Jaana 2017: Palvelujen käyttö mielenterveyteen tai päihteiden käyttöön liittyvien ongelmien vuoksi Suomessa 2012–2015. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 133(3), 292–300. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201702091500>.
- Viljanen, Valtteri 2011: Häpeän filosofiasta. Teoksessa Jyrki Korkeila & Kaisla Joutsenniemi & Eila Sailas & Jorma Oksanen (toim.) *Irti häpeäleistä*. Helsinki: Duodecim, 64–72.
- Virokannas, Elina & Juhila, Kirsi 2011: Identity categorization of motherhood in the context of drug abuse and child welfare services. *Qualitative social work: Research and practice* 10(3), 329–345. doi.org/10.1177/1473325011408480.
- Virokannas, Elina 2022: Osallistumisen esteet päihteitä käyttäville naisille suunnatun tukipisteen asiakkaan tarinassa - kategoria-analyysi moniulotteisen marginalisoitumisen rakentumisesta. Teoksessa Arja Jokinen & Suvi Raitakari & Johanna Ranta (toim.) *Sosiaalityö yhteiskunnan marginaaleissa: konstruktionistisia jäsennyksiä*. Tampere: Vastapaino, 269–300. <https://urn.fi/URN:NBN:fi:tuni-202212229736>.
- Vorma, Helena & Rotko, Tuulia & Larivaara, Meri & Kosloff, Anu 2020: Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. *Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:6*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-4139-7>.
- Vuorinen, Marja & Helasti, Kirsi-Marja 1997: Juttukeppi kiertämään: kokemuksia oma-aputoiminnasta vuosilta 1994–1997. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto.
- Välimaa, Outi 2008: Oikeutetusti työhön? Neuvottelu pitkäaikaistyöttömien ryhmän leimatusta jäsenyydestä. Teoksessa Irene Roivainen & Marianne Nylund & Riikka Korkiamäki & Suvi Raitakari (toim.) *Yhteisöt ja sosiaalityö. Kansalaisen vai asiakkaan asemalla?* Jyväskylä: PS-kustannus, 245–260.
- Väyrynen, Sanna 2007: *Usvametsän neidot: tutkimus nuorten naisten elämästä huume-kuvioissa*. Akateeminen väitöskirja. Lapin yliopisto yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Acta Universitatis Lapponiensis 118. Rovaniemi: Lapin yliopisto. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-484-911-1>.
- Wahlbeck, Kristian & Hietala, Outi & Kuosmanen, Lauri & McDaid, David & Mikkonen, Juha & Parkkonen, Johannes & Reini, Kaarina & Salovuori, Samuel & Tourunen, Jouni 2018: Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoimikunta. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoimikunnan julkaisusarja 89. Valtioneuvoston kanslia. Toimivat mielenterveys- ja päihdepalvelut. <http://tietokayttoon.fi/julkaisu?pubid=24502>.
- Webber, Martin & Reidy, Hannah & Ansari, David & Stevens, Martin & Morris, David 2015: Enhancing social networks: a qualitative study of health and social care practice in UK mental health services. *Health and Social Care in the Community* 23(2), 180–189. <https://doi.org/10.1111/hsc.12135>.

- Westman, Jeanette & Gissler, Mika & Wahlbeck, Kristian 2011: Successful deinstitutionalization of mental health care: increase life expectancy among people with mental disorders in Finland. *European Journal of Public Health* 22(4), 604–606. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckr068>.
- Williams, Charmaine C. & Almeida, Marlene & Knyahnytska, Yuliya 2015: Towards a biopsychosociopolitical frame for recovery in the context of mental illness. *British Journal of Social Work* 45(Supplement 1), 9–26. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcv100>.
- World Health Organisation WHO 2021: Comprehensive mental health action plan 2013–2030. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>.
- Yanguas, Javier & Pinazo-Henandis, Sacramento & Tarazona-Santabalbina, Francisco José 2018: The complexity of loneliness. *Acta bio-medica* 89(2), 302–314. doi:10.23750/abm.v89i2.7404.
- Ylisassi, Hilkka 2009: Kehittävän kuntoutuksen mahdollisuudet. Tutkimus Aslak-kuntoutuksen työkytkennän ja asiakkuuden rakentumisesta. Akateeminen väitöskirja. Kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia 26. Käyttäytymistieteellinen tiedekunta. Helsinki: Helsingin yliopisto. <http://hdl.handle.net/10138/19729>.
- Ylisassi, Hilkka & Weiste, Elina & Sinervo, Leini & Kurki, Anna-Leena & Toiviainen, Hanna & Clottes Heikkilä, Heli & Käpykangas, Sari 2023: Muuttuva asiakkuus, asiakaskategoriat ja asiakkaan toimijuus kehitysvammahuollon ammattilaisten puheessa. *Janus* 31(3), 272–289. <https://doi.org/10.30668/janus.115388>.
- Åkerblom, Kristina B. & Ness, Ottar 2023: Peer workers in co-production and co-creation in mental health and substance use services: A scoping review. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health service research* 50(2), 296–316. <https://doi.org/10.1007/s10488-022-01242-x>.

Lait:

- Erikoissairaanhoidolaki (1062/1989)
- Kansanterveyslaki (616/1972)
- Laki hyvinvointialueesta (611/202)
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000)
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (612/2021)
- Mielenterveysasetus (1247/1990)
- Mielenterveyslaki (116/1990)
- Mielisairasasetus (448/1952)
- Mielisairasasetus (455/1937)
- Mielisairaslaki (286/1937)
- Mielisairaslaki (187/1952)
- Perustuslaki (731/1999)
- Päihdehuoltolaki (41/1986)
- Sosiaalihuoltolaki (1301/2014)
- Sterilisoimislaki (227/1935)
- Terveydenhuoltolaki (1326/2010)

Liitteet

Liite 1 Mielenterveystoipumisen käsitteelliset lähtökohdat

Taulukko 1. Henkilökohtainen toipuminen tutkimuskirjallisuuden kuvaamana

Tekijät	Näkökulma	Aineisto	Henkilökohtaisen toipumisen määritelmä
Jacobson, Nora & Greenley, Dianne (2001)	Teoreettinen malli mielenterveyspalveluiden kehittämiseksi USA	kirjallisuuskatsaus	Sisäiset tekijät: toivo (hope) eheytyminen (healing) valtaistuminen (empowerment) yhteydet, suhteet (connections) Ulkoiset tekijät: ihmisoikeudet, myönteinen kulttuuri, toipumislähtöiset palvelut yhteys toisiin ihmisiin välittävä tekijä sisäisten ja ulkoisten tekijöiden välillä
Andersen, Reetta & Oades, Lindsay & Kaputi, Peter (2003)	Henkilökohtaisen toipumisen käsite ja toipumisen vaiheet Australia	laadullinen tutkimus ja toipumisen käsitettä käsittelevä kirjallisuus	toivo (finding hope) identiteetin uudelleen muotoilu (re-establishment of identity) elämän merkityksellisyys (elämän tarkoitus ja tavoitteet) vastuunotto toipumisesta Toipumisen vaiheet: esivaihe (moratorium) tietoisuus valmistautuminen uudelleen rakentuminen kasvu
Onken, Steven. J. & Craig, Catherine. M & Ridgway, Priscilla. & Ralph, Ruth. O & Cook, Judith. A (2007)	Henkilökohtaisen toipumisen käsite ja elementit USA	kirjallisuuskatsaus	toivo toimijuus (sense-of-agency), elämän päämäärät ja tavoitteet itsemääräämisoikeus elämän tarkoituksellisuus ja merkityksellisyys tulevaisuuden mahdollisuudet
Slade, Mike (2009)	Henkilökohtaisen toipumisen viitekehys Iso-Britannia	henkilökohtainen ja sosiaalisen identiteetti	identiteetti (framing and self-managing), mielenterveyden ongelma vain yksi osa identiteettiä identiteettiä vahvistavat suhteet (identity-enchaining relationships) sosiaalinen ympäristö: arvostettujen sosiaalisten roolien kehittyminen
			(jatkuu)

Taulukko 1 (jatkuu). Henkilökohtainen toipuminen tutkimuskirjallisuuden kuvaamana

Tekijä	Näkökulma	Aineisto	Henkilökohtaisen toipumisen määritelmä
Leamy, Mary & Bird, Victoria & Le Boutillier, Claire & Williams, Julie & Slade, Mike (2011)	Henkilökohtaisen toipumisen käsite CHIME-malli Iso-Britannia	kirjallisuuskatsaus: 97 julkaisua USA:ssa, Isossa-Britanniassa, Kanadassa ja Australiassa	toipuminen ei-lineaarinen prosessi yhteys (Connectedness) toivo (Hope) identiteetti (Identity) merkityksellisyys (Meaning) elämän tarinan uudelleen muotoilu (re-story) keskeinen
Stuart, Simon, R & Tansey, Louise & Quayle, Ethel (2017)	CHIME mallin mukainen henkilökohtaisen toipumisen tarkastelu	15 vertaisarvioitua artikkelia CHIME-malli mukaisesta toipumisesta ja narratiivinen synteesi	Kritiikkiä siitä, että CHIME-mallissa ei tuoda esille käytännön toipumisen keinoja eikä arkielämän sujuvuuteen vaikuttavia taloudellisia ja sosiaalisia seikkoja CHIME:n osa-alueiden lisäksi toipujat näkivät olennaisiksi: itsemyötätunto myönteiset vuorovaikutussuhteet ammattilaisten kanssa lääkitys
Nordling, Esa & Rissanen, Päivi (2020)	Useita henkilökohtaisen toipumisen taustateorioita	kirjallisuusyhteenveto	Psykologisia ja sosiaalisia taustateorioita: Humanistinen psykologia (Maslow 1970), eksistentiaalisuus (Frankl 1980), kognitiivinen psykologia (mm. Rotter 1966; Bandura 2004); salutogeenisuus (Antonovsky 1979) ja positiivisen mielen terveyden lähestymistavat (ks. Appelqvist-Schmidlechner ym. 2016; Vaillant 2012) yhdyskuntatyö ja yhteisö sosiaalityö psykososiaalinen työ, palveluohjaus, Kaimen-malli (Blom ym. 2010) vertaistuki, sosiaalinen tuki, kokemus-asiantuntijuus CHIME-malli: kumppanuus, toivo ja optimisismi, elämän tarkoitus ja voimaantuminen

Taulukko 2. Toipumispääoma ja sosiaalisen toipumisen määritelmät

Tekijä	Näkökulma	Aineisto	Määritelmä
Tew, Jerry (2013)	Toipumispääoma (recovery capital); henkilökohtaiset ja sosiaaliset resurssit, sisäiset ja ulkoiset resurssit	Toipumispääoman (recovery capital) teoreettinen malli Iso-Britannia ja kansainvälinen kirjallisuus REFOCUS tutkimus	Taloudellinen pääoma (economic capital) Sosiaalisten suhteiden ja verkostojen pääoma (relationship capital) Toipujan identiteettipääoma (identity capital) Mentaalinen pääoma ja persoonallinen pääoma (mental capital, personal capital) self-efficacy
Marino, Casadi "Khaki" (2015) Marino, Casadi "Khaki" (2016)	Sosiaalinen toipuminen Social Recovery Measure (SRM)	Focus group -haastattelututkimus 41 toipujalle, temaattinen analyysi SRM mittaristo: 19 osa-alueita, jotka mittaavat ihmistä ja yhteisöä	Yhteisö Minäkäsitys Kyvykkyydet
Williams, Charmaine & Almeida, Marlene & Knyahnytska, Yuliya (2015)	Biopsychosio-political frame for recovery	Mixed-metodianalyysi 65 toipujan toipumisen mittaamistutkimus 20 toipujaa, puolistrukturoidut haastattelut diagnoosin merkityksestä henkilökohtaiseen ja sosiaalisiin kokemuksiin	Biomedikaalinen toipuminen: selviytyminen diagnoosin ja lääkityksen kanssa Psykologinen toipuminen: elämän merkityksellisyys Sosiaalinen toipuminen: yhteiskunnan täysivaltainen jäsen ja uudet sosiaaliset roolit elinympäristössä
Ramon, Shulamit (2018)	Sosiaalinen toipuminen henkilökohtaisen toipumisen jatkumona	Kirjallisuuskatsaus 59 tutkimuksen pohjalta	Yhteenkuuluvuus ja keskinäinen riippuvuus muista ihmisistä Recovery pääoma Sosiaalinen pääoma Jaettu päätöksenteko, yhteistuottaminen (co-production) ja aktiivinen kansalaisuus, työllistyminen, köyhyys ja selviäminen
Norton, Michael J. & Swords, Calvin (2021)	Sosiaalinen toipuminen	Kirjallisuuskatsaus: palvelun käyttäjien näkemykset recovery-käsitteestä mielenterveyspalveluissa 44 tutkimusta, joista neljä lopulliseen tarkasteluun: Brophy ym. (2015) Australia Ford ym. (2015) Iso-Britannia Sommer ym. (2018) Australia Taylor ym. (2018) Iso-Britannia	Kuusi keskeistä vaikutinta toipumiseen: terveys holistisesti (psykykinen, fyysinen, sosiaalinen terveys) toimeentulo työllisyys koulutus asuminen sosiaaliset suhteet ja tuki

Liite 2 Tutkittavalta pyydetty suostumus

Heini Kapanen tutkii mielenterveyskuntoutujien osallisuuden rakentumista, niihin liittyviä esteitä, keinoja ja mahdollisuuksia. Kapanen tutkimus tehdään väitöstyötutkimuksena Lapin yliopiston yhteiskuntatieteelliseen tiedekuntaan, pääaineena sosiaalityö. Tutkimusaineisto koostuu fokusryhmäkeskusteluista, pari- tai yksilöhaastatteluista, jotka toteutetaan Mielenterveyden keskusliiton ja sen jäsenyhdistysten toimintaan osallistuville mielenterveyskuntoutujille ja kokemusasiantuntijoille. Tutkimusta varten on saatu lupa Mielenterveyden keskusliitosta. Laadullinen tutkimusaineisto nauhoitetaan, litteroidaan, koodataan ja analysoidaan haastateltavien anonymiteetti huomioiden.

Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää palvelujen käyttäjien osallisuuden kehittämiseksi mielenterveys- ja päihdetyön kentällä ja esimerkiksi ammattikorkeakoulutasoista opetusta kehitettäessä. Tuloksia voidaan hyödyntää myös Mielenterveyden keskusliiton toiminnassa, mielenterveyskuntoutujien ja jäsenten parissa työskennellessä ja liiton vaikuttamistyössä.

Yksittäisiä henkilötietoja ei tuoda esille missään vaiheessa tutkimusta, eikä yksittäisiä henkilötietoja käytetä tutkimuksen aineiston analyysissä eikä raportoinnissa. Tutkittavalla henkilöllä on oikeus kieltäytyä tutkimuksesta tai keskeyttää se ilman perusteluja missä vaiheessa tahansa tutkimusta.

Ole hyvä, laita rasti, mikäli annat suostumuksen aineiston hyödyntämisen osalta seuraaviin asioihin.

- Annan luvan haastatella mielenterveyskuntoutujien osallisuuden kokemuksen rakentumisesta, niihin liittyvistä esteistä ja ratkaisuehdotuksista.
- Annan luvan tutkimusaineiston ja tulosten julkaisuun Heini Kapanen väitöstyötutkimuksessa.

Tutkittavan henkilötiedot:

Etunimi Sukunimi Aika ja paikka

Allekirjoitus ja nimen selvennys

Liite 3 Toipumiseen liittyvät teemat ja niiden sisällöt keskustelijoiden puheessa

Teema	Sisällöt puheessa
Sairastaminen suhteessa itseän, toisiin ja elinympäristöön	Sairastamisen yksilölliset oireet, fyysiset sairaudet, sairastamisen ilmeneminen arkielämässä, suhteessa toisiin ja elinympäristöön Yksinäisyys, eristäytyminen, puheet toiseudesta ja ulkopuolisuudesta
Stigma	Ammattilaisten kohtaamisissa koetut ennakoasenteet Itsensä leimaaminen
Julkisen hoito- ja palvelujärjestelmän byrokraattiset käytänteet	Hoitokulttuuri ja työvälineet Toipujan kuuntelematta jääminen Riittämätön apu ja tuki kotiin Ongelmat päästä psykoterapiaan Kannustinloukut työn ja toimeentulon esteenä
Toivo ja toipumisen mahdollisuus	Toivo Toipumisen käännekohta ja mahdollisuus Elämän merkitys ja tarkoitus Toipuminen prosessina voimien vaihteluista huolimatta
Toipumisen keinot	Itsemääräämisoikeuden ja yksilöllisyyden kunnioittaminen Omaehtoinen vastuu toipumisesta Holistinen mielenterveystoipuminen Hyvä hoitosuhde, kuunteleminen Ammattilaisten ja läheisten kannustava, sosiaalinen ja emotionaalinen tuki Mielekäs tekeminen Jännitteiset, uudenlaiset sosiaaliset roolit Hengellisyys
Vertaistuki ja kokemusasiantuntijuus toipumisessa	Vertaistuki Kokemusasiatuntijuus omaehtoisena toipumisena, vertaisten tukena ja yhteiskunnallisena vaikuttamisena

Liite 4 Ryhmäkeskusteluiden puheenaihejaksot, vuorovaikutuksen muodot ja äänet

Taulukko 4. Ryhmäkeskustelu A

Puheenaihejaksot ja puheenvuorojen rivit	Vuorovaikutuksen muoto Ääni
1–198 Omakohtainen sairastaminen ja toipumisen käännekohta	Kooperaatio omakohtainen ääni
199–318 Toipumisen keinot: järjestön iltapiste ja kotikäynnit, yhdistystoiminta ja kurssit, yksinäisyys esteenä ja sosiaalisten suhteiden rakentuminen 264–265: näennäispuheenaihe puheenjohtajan valta 292–295: muuta puhetta	Kooperaatio omakohtainen ääni
319–403 Toipumisen esteitä palvelujärjestelmässä, mitä itse teet toipumisen eteen, keskustelut omahoitajan kanssa. puheenvuoron rivi 399 metapuhetta, keskustelutilanteesta	Kooperaatio omakohtainen ääni vertaisen ääni
404–529 Toipumisen esteitä palvelujärjestelmässä; laitoshoidosta kotiuttaminen, psyk. poli, päiväsairaala, arkielämän ongelmat, toipujan ääni jää kuulematta toipumista tukevat tekijät: psyk.polin ryhmät, usko	Kooperaatio omakohtainen ääni
530–594 Päiväsairaala: yksilöllisyys vai järjestelmän struktuuri, ratkaisuehdotus	Kooperaatio omakohtainen ääni vertaisen ääni
595–654 Toipumista tukevat tekijät, yhdistystoiminnan kurssit, FB, toisen auttaminen, tuki kotiin	Kooperaatio omakohtainen ääni vertaisen ääni
655–701 Esteet ja ratkaisuehdotukset; ei liian suojeltua elämää, työ mahdollista, osatyökykyisyys, kannustinloukut ja taloudelliset ongelmat ratkaisuehdotus	Kooperaatio kokemusasiantuntijan ääni
702–809 Keskustelua mahdollisuudesta saada terapiaa, kannustinloukut, usko	Kooperaatio omakohtainen ääni vertaisen ääni
810–820 Fiilikset keskustelusta	Kooperaatio muuta puhetta

Taulukko 5. Ryhmäkeskustelu B

Puheenaihejaksot ja puheenvuorojen rivit	Vuorovaikutuksen muoto Ääni
1–133 Mikä auttanut toipumisessa: vertaistuki, elämän tarkoitus, ihmiskontakti, kirjallisuus	Kooperaatio omakohtainen ääni
133–201 Vertaistuki ja sen merkitys	Kooperaatio omakohtainen ääni vertaisen ääni
202–279 Kirjallisuus	Kooperaatio omakohtainen ääni
280–433 Toipumista tukevat tekijät: terapeutti, psykologi, kohtaaminen, erilaiset terapeuttiset ryhmät, läheisten, ystävien ja kokemusasiantuntijoiden tuki	Kooperaatio omakohtainen ääni vertaisen ääni
433–666 Esteitä toipumiselle ja ratkaisuehdotukset: kohtaaminen ja tietämättömyys, mitätöinti ja ymmärtämättömyys palvelujärjestelmässä, ylilääkitseminen, palveluiden yhteensovittamisen tarve. ratkaisut hoitosuunnitelma, turvaverkko, kansalaispalkka, kotiin apua, palveluohjaus, toimeentulotuen jatkuva hakeminen ja epävarmuus	Kooperaatio omakohtainen ääni kokemusasiantuntijan ääni

Taulukko 6. Ryhmäkeskustelu C

Puheenaihejaksot ja puheenvuorojen rivit	Vuorovaikutuksen muoto Ääni
1–72 Sairastaminen ja vertaistuen merkitys	Kooperaatio omakohtainen ääni vertaisen ääni
73–134 Mikä vertaistuksessa merkittävää?	Kooperaatio vertaisen ääni
135–212 Ulkopuolisuus ja yksinäisyys, ratkaisuehdotus	Kooperaatio vertaisen ääni
213–294 Toipuminen arkielämässä, keinoja: vapaaehtoistyö edellyttää tarpeeksi toipumista, yhdistys, tilalle jotakin, mielekäs tekeminen, opas, Raamattu	Kooperaatio omakohtainen ääni vertaisen ääni
295–370 Haasteet palvelujärjestelmässä ja ratkaisuehdotus: mahdollisuus ja jalkautuva tuki kotiin, kokemusasiantuntija hoitoryhmään, tietoa vertaistuesta, ihmisen näkeminen sairauden takana	Kooperaatio kokemusasiantuntijan ääni
371–450 Hoitokulttuuri & työvälineet & ratkaisuehdotus	Kooperaatio vertaisen ääni kokemusasiantuntijan ääni
451–543 Kotiin tukea, ratkaisuehdotuksia	Kooperaatio Kokemusasiantuntijan ääni
544–645 Toimiminen kokemusasiantuntijana, palkkiot	Kooperaatio vertaisen ääni
646–683 Tärkeintä toipumisessa luottamus ja ihmisen arvokkuus	Kooperaatio omakohtainen ääni

Taulukko 7. Ryhmäkeskustelu D

Puheenaiehejaksot ja puheenvuorojen rivit	Vuorovaikutuksen muoto Ääni
1–85 Sairastamisen syyt yksilöllisiä	Koordinaatio omakohtainen ääni
86–281 Sairastamisen vaihtelua, hoitoa ja kuntoutusta ja toipumista tukevat tekijät; päivätoiminta, klubitalo, mielenterveysyhdistys, hanke	Kooperaatio omakohtainen ääni
282–327 Kokemusasiantuntijakoulutus ja kokemusasiantuntijatoiminta	Koordinaatio omakohtainen ääni vertaisen ääni
328–342 Puhetta puheenvuoron vaihtumisesta	Kooperaatio
343–408 Toipumisen polku: työkokeilua, fyysisiä sairauksia, työpaikkakiusaamista, hyvä hoitosuhde, diagnoosi	Koordinaatio omakohtainen ääni
409–443 Yhdistystoimintaan liittyminen, kokemusasiantuntijakoulutus, muuta puhetta	Koordinaatio omakohtainen ääni
444–717 ”Ei tuukaan ulkopäin se juttu”, toipumisen vaihtelut, polku ja keinot	Kooperaatio omakohtainen ääni
718–762 Yhdistystoiminta ja kokemusasiantuntijuus	Koordinaatio omakohtainen ääni
763–783 Fyysiset sairaudet	Koordinaatio omakohtainen ääni
783–807 Metapuhetta tutkijalle puhutusta	-
808–939 Toipuminen ja ratkaisuehdotuksia: itse tehtävä töitä toipumisen eteen, kokemusasiantuntija tulkkina ja mukaan esitietopäivään, vertaisryhmät	Kooperaatio vertaisen ääni kokemusasiantutijan ääni
940–1180 Kokemusasiantuntijuus, palkkiot	Kooperaatio kokemusasiantutijan ääni

Taulukko 8. Ryhmäkeskustelu E

Puheenaihejakso ja puheenvuorojen rivit Ääni	Vuorovaikutuksen muoto Ääni
1–128 Mikä auttanut toipumaan	Kooperaatio omakohtainen ääni
129–145 Koulunkäynti	Koordinaatio omakohtainen ääni
146–187 Keinoja toipumiseen: oma seuranta, vuorovaikutus ammattilaisen kanssa	Kooperaatio omakohtainen ääni
188–239 Läheisten ja muiden tuki	Kooperaatio omakohtainen ääni
240–431 Esteet toipumiselle: koulussa ja töissä kielteinen suhtautuminen, ymmärtämättömyys	Kooperaatio omakohtainen ääni kokemusasiantuntijan ääni
432–478 Henkilökunnan vaihtuminen ja kohtaamisaaminen	Kooperaatio omakohtainen ääni
479–615 Mikä tukee toipumista: kannustaminen, luottamus, taistelumentaliteetti omassa toipumisessa, oma seuranta, hyväksyminen, asenteet	Kooperaatio omakohtainen ääni

Liite 5 Kahdenkeskisten keskusteluiden puheenaihejaksot, vuorovaikutuksen muodot ja äänet

Taulukko 9. Kahdenkeskinen keskustelu F

Puheenvuorojen rivit ja puheenaihejaksot	Vuorovaikutuksen muoto Äänet
1–113 Sairastamisen syy yksilöllinen	Koordinaatio omakohtainen ääni
114–212 Toipuminen, perhehoito, lääkitys, työllisyystukipaikka ”kuntouttavaa hoitoa”	Koordinaatio omakohtainen ääni
214–310 Muut tekijät tukivat toipumista; psykiatri, hoidon jatkuvuus, kriisiapu: keskustelu	Koordinaatio omakohtainen ääni
311–409 Hakeutuminen liittoon ja vertaistuki, koulutukset	Koordinaatio omakohtainen ääni
410–757 Työn kautta onnistumisen tunne ”olla mukana” , syrjäytyminen on pahin turvallisuushäiriö, kannustinloukut: asumistuki, toimeentulotuki, ratkaisuehdotus	Koordinaatio omakohtainen ääni
758–959 Muita ratkaisukeinoja palvelujärjestelmästä: samana päivänä ammattiauttajan puheille, kuka tahansa voi sairastua, ei syylistämistä, sosiaalitoimiston, te-toimiston ja psykiatrian poliklinikan yhteistyö, ratkaisuehdotuksia	Koordinaatio omakohtainen ääni

Taulukko 10. Kahdenkeskinen keskustelu G

Puheenvuorojen rivit ja puheenaihejaksot	Äänet
1–71 Sairastuminen, työ sairastuttaa	koordinaatio omakohtainen ääni
72–109 Toipumisen käänne, vaimo mukaan lääkäri-tapaamiseen	koordinaatio omakohtainen ääni
110–169 Psykiatrin vaihtuminen, eläkkeelle	kooperaatio omakohtainen ääni
170–193 Liiton toimintaan mukaan, ”vaimo pakotti”, parikurssi ja vertaistuki, vertaisohjaaja	kooperaatio omakohtainen ääni
194–239 mikä toiminut vertaistuessa, riittävän hyvän kunto, samanlaisia kokemuksia, leimautumisen pelko	koordinaatio vertaisen ääni
240–269 Vaimon tuki ja ristiriitana pienet lapset	kooperaatio omakohtainen ääni
270–281 Vertaistuki toi sisältöä	koordinaatio vertaisen ääni
282–341 Leimautumisen pelko, miten sairastava toipuja määritty	kooperaatio kokemusasiantuntijan ääni
342–455 Palvelujärjestelmän kehittäminen, ”ruvetaan kuuntelemaan”, me sairastuneet tuodaan teille töitä	koordinaatio kokemusasiantuntijan ääni
456–510 Toivon merkitys vertaistuessa, ammattilainen puhuisi toipujan vertaistukiryhmään mukaan	kooperaatio kokemusasiantuntijan ääni vertaisen ääni
511–563 Keskustelua ajankohtaisesta tutkimuksesta	kooperaatio vertaisen ääni
564–609 Ammattilainen ja vertainen yhdessä	kooperaatio kokemusasiantuntijan ääni
610–705 Keskustelua eläkkeestä ja työn tekemisestä	koordinaatio omakohtainen ääni ja kokemusasiantuntijan ääni
706–1148 Kokemusasiantuntijana johtoryhmässä, matala kynnys ja kokemusasiantuntija	koordinaatio kokemusasiantuntijan ääni

Taulukko 11. Kahdenkeskinen keskustelu H

Puheenvuorojen rivit ja puheenaihejaksot	Vuorovaikutuksen muoto Äänet
1–65 Sairastaminen, kritiikkiä työterveyshuollosta, käänne toipumiseen; yhdistystoiminnan hevoskurssi	kooperaatio omakohtainen ääni
66–142 Kohtaaminen ammattilaisen kanssa, diagnoosit	kooperaatio omakohtainen ääni
143–197 Väsymysoireyhtymä ja sisäilmaongelma ym. fyysisiä oireita	kooperaatio omakohtainen ääni
198–210 Kiertolaisaika ja koti, jossa alkaa toipuminen	kooperaatio omakohtainen ääni
211–288 Kodin ongelmat ja tukiverkosto	kooperaatio omakohtainen ääni
289–336 Yhdistyksen toiminta loi toivoa, että osaa; surutyö asioista luopuminen	koordinaatio omakohtainen ääni
337–405 Opetus lapsille, puhetta koulusta	koordinaatio omakohtainen ääni
406–468 Jos et täytä yhteiskunnan normeja työtön, yhdistys, hevoset ja vertaistukiryhmä Facebookissa	kooperaatio vertaisen ääni
469–532 Mikä olisi pitänyt tehdä toisin? Dokumentointi, kuunnellaan ja uskotaan; paikka, johon olisi voinut mennä toipumaan	koordinaatio kokemusasiantuntijan ääni
533–586 Tulevaisuus, etätyö, kohtaaminen, tukiverkosto, taloudelliset asiat	kooperaatio omakohtainen ääni

Taulukko 12. Kahdenkeskinen keskustelu I

Puheenvuorojen rivit ja puheenaihejaksot	Vuorovaikutuksen muoto Äänet
1–71 Toipumista tukevat tekijät: hyvä parisuhde ja lääkäri, eläke	koordinaatio omakohtainen ääni
72–201 Somaattinen sairaus	kooperaatio omakohtainen ääni
202–338 Keskustelua lääkityksestä, lääkäritilanteesta	kooperaatio omakohtainen ääni
339–361 Jäsenyys somatiikkayhdistyksessä	kooperaatio omakohtainen ääni
362–481 Esteitä osallisuudelle, sukulaiset hyökkäsivät, lääkitys, nukkumattomuus ja ratkaisut: kokonaisvaltaisuus, ryhmä, muuta puhetta	kooperaatio omakohtainen ääni
482–607 Työpaikan menettäminen, somaattisen sairauden hoitaminen, moni toipuja olisi työelämässä	kooperaatio kokemusasiantuntijan ääni
608–819 Työt matalan kynnyksen paikassa, kokemusasiantuntijuus mukaan hoitotyön kehittämiseen	koordinaatio kokemusasiantuntijan ääni

Taulukko 13. Kahdenkeskinen keskustelu J

Puheenvuorojen rivit ja puheenaihejaksot	Vuorovaikutuksen muoto Äänet
1–132 Toipumista tukevia tekijöitä vertaistuki, harrastukset	kooperaatio omakohtainen ääni
133–144 Löyhä terapia	koordinaatio omakohtainen ääni
145–191 Kaikukortti ”kulttuuri kuuluu kaikille”	kooperaatio omakohtainen ääni
192–212 Kohtaamispaikka	kooperaatio omakohtainen ääni
213–253 Esteitä osallisuudelle, itsestigmatisointi, häpeä	koordinaatio omakohtainen ääni
254–285 Puhetta toimeentulon vähyydestä, selkäleikkaus	koordinaatio omakohtainen ääni
286–313 Asioita jää hoitamatta esim. siivous, kallista, pieni eläke	koordinaatio omakohtainen ääni
314–347 Psykoterapian tarve, tilalla löyhä keskusteluapu julkiselta puolelta	koordinaatio omakohtainen ääni
347–383 Riitainen suku, välikädessä oleminen vienyt luottamuksen. ”jokainen vetäytyy omaan kämppäänsä”, puhumattomuus	koordinaatio omakohtainen ääni
384–402 Pojan sairastuminen, byrokratia, äitinä yksinhuoltajana ja oma toimeentulo	koordinaatio omakohtainen ääni
403–423 Jos ei saa nukuttua ja puhetta lääkityksestä ja sen vasteesta depressiossa	koordinaatio omakohtainen ääni
424–458 Mielenterveysyhdistykseen osallistujat, ylilääkitys, ulkopuolisuus: ”mihin joukkoon mä kuulun?”	koordinaatio vertaisen ääni
459–547 Mitä osallisuus on	koordinaatio omakohtainen ääni
548–622 Kokonaisvaltaisuus, tukea äidille, tukea lapselle, tukea kotitöihin, autovakuutus, perikunta-asiat	koordinaatio omakohtainen ääni kokemusasiantuntijan ääni
623–644 Keskustelun lopetus	kooperaatio