

(Epä)normaali vanhuus

Poikkeavan ikääntymisen rajankäynti 1930-luvun mielisairaalapotilaiden omaisten tulkinnoissa



Anna Kinnunen

Normaalin ja poikkeavan vanhenemisen raja on veteen piirretty viiva. Yhtäältä sitä häivyttää käsitys ikääntymiseen kuuluvasta luonnollisesta mielen ja ruumiin heikkenemisestä. Toisaalta rajaa hämärtää erityisesti medikalisaation myötä voimistunut käsitys vanhuuden ja sairauden välisestä likeisestä suhteesta. Ikääntyminen on samanaikaisesti luonnollista ja luonnotonta, tervettä ja sairasta, normaalia ja poikkeavaa. Artikkelissa (epä)normaalin vanhenemisen dilemmaa lähestytään historiallisesta näkökulmasta 1930-luvun psykiatristen sairauskertomusten kautta. Keskiössä ovat sairauskertomuksiin kirjatut, potilaiden omaisten esittämät tulkinnat, joita pohditaan merkityksellisenä tekijänä normaalin ja poikkeavan vanhenemisen rajankäynnissä.

Kesällä 1937 kuopiolaiseen Niuvanniemen sairaalaan kirjattiin 55-vuotias mies, jolla diagnosoitiin *psychosis praesens*, varhaisvanhuuden mielisairaus. Sairauskertomukseen kirjattujen, omaisten antamien taustatietojen mukaan lähipiiri oli jo vuosia pitänyt miestä ”höpökkönä”. Tähän saakka mies oli oleskellut kotona

perheensä parissa, kunnes kevään kuussa hän oli muuttunut levottomaksi ja ”niin sairaaksi”, että kotiväki oli kiinnittänyt siihen ”erityistä huomiota”. Tapahui eräänlainen rajanylitys: kodin piirissä siedetty ja hyväksytty (vanhuuden) ”höpöryys” muuttui poikkeavuudeksi, jonka katsottiin vaativan laitoshoidoa.

Tässä artikkelissa pohdin poikkeavan vanhenemisen rajankäyntiä Niuvanniemen sairaalan 1930-luvun psykiatrisissa sairauskertomuksissa. Kuten edeltä käy ilmi, mielisairaanhoidon ammattilaisten tulkintojen ohella sairauskertomuksiin kirjattiin myös potilaan omaisten näkemyksiä sairauden taustasta

ja kulusta. Merkinnät ovat kiehtovan monitahoisia, sillä kerrottaessa poikkeavuuden ilmaantumisesta piirtyvät samalla myös normaalina, soveliaana ja ihanteellisena pidetyn käyttäytymisen aikaan ja paikkaan sidoksiset rajat. Kiinnostavaa, joskin tulkinnan kannalta haasteellista, on myös se, että maallikkosten näkemykset suodattuivat tiedot ylös kirjanneen henkilökunnan kautta. Kyse oli kahden diskurssin – professionaalien ja kansanomaisen – välisestä vuorovaihtuksesta, jossa rakennettiin kuvaa sairauden kulusta, sen syistä ja seurauksista sekä laajemmin normaaliuden ja poikkeavuuden rajoista.

Lähestyn aihetta kansanomaisen diskurssin kautta. Tulokulma aiheeseen on tuore, sillä tarkasteltaessa psykiatrisia sairauskertomuksia ja potilaita koskevia määrittäjäsihtäviä lähtökohtana on perinteisesti ollut lääketieteellinen diskurssi (esim. Ahlbeck-Rehn 2006). Lääketieteen asema poikkeavuuden määrittäjänä on eittämättä vahva, mutta alkujaan yksilön muuntuminen laitoshoidon vaativalta potilaaksi oli pikemminkin sosiaalinen kuin lääketieteellinen prosessi, joka lähti liikkeelle lähipiirin harjoittaman tarkailun ja kontrollin kautta. Sosiaalisesti ihminen määrittyi sairaalloisen poikkeavaksi yksilöksi jo ennen lääketieteellistä diagnosoimista. (Suzuki 2006, 1; ks. myös Foucault 2005, 57–58.)

Sosiaaligerontologisiin lähtökohtiin nojaten ymmärrän ikääntymisen taustan yhteiskunnassa, joka muodostaa vanhenemiselle ajallisesti ja paikallisesti muuntuvan näyttämön (Jyrkämä 2001, 274, 276). Vastaavasti myös sairaudet ovat biologisen taustansa ohella sosiokulttuurisesti jäsenyntyneitä ilmiöitä (Honkasalo 2000; Helman 2007). Olen suunnannut huomioni 1930-luvulle, sillä 1900-luvun alkuvuosikymmeninä sekä sairastamisen että rappeutumisen kysymykset olivat yhteiskunnallisen keskustelun polttopisteessä. Tällöin monet samanaikaiset ja toisiinsa lomittuvat prosessit – kuten lääketieteen voimakas kehitys, kansalaisyhteiskunnan muuttuminen ja huoli *degeneraatiosta* eli ihmisen rappeutumisesta – synnyttivät tilanteen, jossa klassinen ajatus terveestä sielusta terveessä ruumiissa kohosi uudelle tasolle; siitä tuli yksilöitä velvoittava ja arvottava vaade. Terveys ja fyysinen voimakkuus sekä ruumiin ja mielen hallita nousivat ajan ihanneihmistä ja -kansalaista määrittäviksi arvoiksi. (Meinander 2004, 436–437.) Tämä suuntasi yhteiskunnallisen katseen ihanteiden vastakohtiin, kuten sairauksiin sekä fyysiseen ja henkiseen rappeutumiseen, ja sai ne näyttäytymään vakavina sosiaalisina ongelmina (Hirvonen 2004).

Vuosina 1930–39 Niuviinien sairaalaan kirjattiin noin 1800 potilas-

ta. Olen rajannut aineiston sairauskertomuksiin, joissa potilaan diagnoosi on *psychosis ex involutione et senio*. Kyseessä on patologista eli lääketieteen näkökulmasta arvioiden poikkeavaa, sairaalloista ikääntymistä koskeva diagnoosi. Historiantutkija Anu Rissanen (2012) on käyttänyt siitä suomenosta *vaiheiden ja vanhuuden mielisairaus*. Latinan ”involutione” viittaa paitsi vaihdevuosiin myös laajemmin rappeutumiseen ja fysiologisten toimintojen heikkenemisen ikäkauteen (Lääketieteen termit 1991, 197; Kirk 1994, 34). Ajan suomalaisessa psykiatriassa diagnoosi oli kattokäsite, jonka ohella potilaalla saatettiin todeta yksi kolmesta aladiagnoosista: *psychosis praesensilis* (varhaisvanhuuden mielisairaus), *dementia senilis* (vanhuuden tylsistyminen) tai *psychosis arteriosclerotica* (aivoverisuoniston kalkkeutumisen aiheuttama mielisairaus) (ks. Rissanen 2012, liite I).¹

1930-luvulla kyseisen diagnoosin sai 135 potilasta, joiden sairauskertomuksista tutkimusaineistoni muodostuu.² Potilasta 86 on naisia ja 49 miestä. Naiset olivat sairaalaan saapuessaan keskimäärin 55-vuotiaita ja miehet 59-vuotiaita. Nuorin heistä oli 40-vuotias nainen ja vanhin 80-vuotias mies. Nykyperspektiivistä arvioiden potilaat voivat vaikuttaa kronologisen ikänsä osalta verrattain ”nuorilta”, mutta tarkasteltaes-

sa menneisyyden ihmisiä ja ilmiöitä niitä ei tule arvioida anakronistisesti, tutkittavalle ajalle vieraiden käsitteiden ja määrittysten perusteella. Esimerkiksi vastasyntyneiden elinajanodote 1930-luvulla oli vielä yli 20 vuotta nykyistä matalampi (Tilastokeskus). Välttääkseni asetelman, jossa tutkija itse määrittäisi vanhuuden alkavan tietyssä kronologisessa iässä, olen rajannut aineiston potilaiden diagnoosin kautta.

Tavoitteenani on selvittää, miten maallikkojen esittämässä näkemyksissä tuotetaan ja määritellään normaalin ja poikkeavan vanhenemisen rajoja. Samalla hahmottuvat kansanomaiset käsitykset vanhuudesta, sen rajoista ja merkityksistä. Lisäksi potilaiden diagnoosiin perustuva aineiston rajausta on luonut kansanomaista ja professionaalista ajattelua ristivalottavan asetelman: mielisairaanhoidon ammattilaiset liittyvät sairauden (alkavan) vanhuuden aiheuttamiin muutoksiin, mutta selittävätkö maallikot yksilön poikkeavaa käyttäytymistä ikääntymisellä?

Artikkeli tuo yhteen sosiaaligerontologiaa ja kulttuurista mielenterveystutkimusta. Vanhuutta sosiokulttuurisena ilmiönä pohtivassa sosiaaligerontologiassa ”terveen” ja ”saraan” ikääntymisen määrittäminen on perinteisesti ollut yksi keskeisistä kiinnostuksen kohteista (esim. Kirk 1995). Terveyden ja sai-

rauden rajankäynti on keskiössä myös kulttuurisessa mielenterveystutkimuksessa, josta voidaan käyttää myös nimitystä hulluustutkimus (engl. Mad Studies). Se on erityisesti 2010-luvulla sekä kotimaassa että kansainvälisesti voimakkaasti ajankohtaistunut, humanistis-yhteiskuntatieteellinen tutkimus-suuntaus, jossa huomio on mielisairauksiksi (kin) tulkitun poikkeavuuden kohtaamisen, nimeämisen ja merkityksellistämisen historiallisesti ja kulttuurisesti muuntuviissa käytänteissä (Menzies ym. 2013, 13–18; Kinnunen & Hänninen 2016). Suomessa hulluustutkimus on tähän mennessä keskittynyt esimerkiksi luokan ja sukupuolen merkitykseen mielisairaudesta historiallisessa määrittämisessä ja hoitokäytänteissä (esim. Ahlbeck-Rehn 2006). Ikääntymiseen ja vanhuuteen liittyvät kysymykset ovat toisistaan jääneet marginaaliin, ja sama on nähtävissä kansainvälisessä tutkimuksessa. Poikkeuksen muodostavat historiatieteelliset tutkimukset, joissa on tarkasteltu iäkkäiden mielisairaiden asemaa suhteessa modernisaation aiheuttamiin muutoksiin, kuten kodin ulkopuolisen palkkatyön lisääntymiseen ja kotihoivan hankaloitumiseen liittyviin kysymyksiin (esim. Yorston & Haw 2005; Andrews 2014).

Kertomuksia liminaalitalasta

Länsimaisessa kulttuurissa suhtautuminen vanhenemiseen on ollut kaksijakoista; sitä ovat sävyttäneet useat dikotomiset, eri suuntiin vetävät jännitteiset tulkinnot. Kansanomaisessa ajattelussa vanhuuteen on kytketty elämäntekniikan ja viisauden ulottuvuuksia, mutta yhtä lailla ikääntymiseen on liittynyt myös käsityksiä itsekontrollin heikkenemisestä, lapsekkouden lisääntymisestä ja ”vanhuuden höperrydestä” (Covey 1993; Haltia 2010, 22–23; ks. myös Helman 2007, 10–11). Lääketieteessä ikääntyvä ihminen on nähty samanaikaisesti sekä normaalina että poikkeavana: iän mukanaan tuomat psykofyysiset muutokset ovat väijäämättömiä, mutta samalla ikääntyvä ruumis ja sille ”normaali” tila poikkeaa siitä, mitä lääketieteessä on tavattu pitää ihmisruumiin ihanteellisenä terveydentilana (Katz 1996, 44). Mielisairaanhoidon ja sittemmin geriatrician saralla ongelmallista on ollut rajankäynti ikääntymiseen liittyvien kognitiivisten muutosten suhteen. Keskustelu virisi erityisesti 1800-luvun lopulla, ja se on kiteytynyt kysymykseen, miten määritellä raja iän mukanaan tuoman luonnollisen taantumisen ja sen patologisten varianttien, kuten dementian ja Alzheimerin taudin välillä (Andrews 2014, 104–105; ks. myös Haltia 2010, 24–26).

Huomioni suuntautui (epä)normaalien vanhenemisen dilemmaan aineiston luennan kautta. Aluksi luin myös muiden kuin patologista ikääntymistä koskevan diagnoosin saaneiden, 1930-luvulla sairaalaan kirjattujen potilaiden sairauskertomuksia. Niitä on noin 1800 kappaletta, ja ne muodostavat artikkelini sekundääriaineiston. Sekundääriaineistoa lukemalla tavoittelin kahta toisiinsa limitingävää päämäärää: yhtäältä pyrin luomaan kuvan kokonaisuudesta, jonka yksi osa primääriaineistoni 135 sairauskertomusta ovat, ja toisaalta pyrin samalla hahmottamaan primääriaineiston ominaispiirteitä ja mahdollisia eroja suhteessa muiden samaan aikaan hoidossa olleiden potilaiden sairauskertomuksiin.

Ensisijaisesti sairauskertomukset sisältävät henkilökunnan kirjaamia, potilaan sairauden tilaa koskevia huomioita, mutta aineiston luennan edetessä huomasi, että välistä kuului myös kansanomaisen ääni. Näkyvimmin maallikkotulkinnat ovat esillä *anamneeseissa* (lat. *anamnesis*). Anamneesit ovat tiiviin kertomuksen muotoon kirjattuja tekstejä, jotka on laadittu potilaan sairaalaan saattaneen henkilön, useimmiten puolison tai muun lähiomaisen kertoman pohjalta. Ne käsittelevät potilaan tautia ja sairauden kulkua lähipiirin näkökulmasta arvioiden. Tapauksissa, joissa yksilö tuotiin sairaalaan kunnallis-

kodista, saattajana toimi useimmiten kunnalliskodin hoitaja, jonka kertoman pohjalta anamneesi kirjattiin. Tällöin hoitaja toisti omaisilta kuulemiaan tietoja tai kuvaili henkilön käyttäytymistä kunnalliskodissa. Keskeytyksen ensisijaisesti anamneeseihin, jotka on kirjattu omaisten kertoman pohjalta saatettaessa potilasta sairaalaan suoraan kotoa. Kun potilas tuotiin sairaalaan, sairaansija oli jo tiedossa; sitä oli haettu kirjallisesti, ja myönteinen päätös oli avannut oven laitoshoitoon. Anamneeseihin kirjatuissa tiedonannoissa ei näin ollen ole kyse pyrkimyksestä vakuuttaa henkilöä sairaansijan myöntämisen tärkeydestä. Sen sijaan anamneeseja hyödynnettiin sairauden diagnosoinnissa: kuten ajan mielisairaanhoidon oppikirjassa kuvataan, anamneesitiedot toimivat yhdessä lääkärin tekemän kliinisen tutkimuksen kanssa pohjana, jonka perusteella lääkäri havaitsi ”sairaalloiset poikkeukset normaalityyppistä” ja laati taudinmäärittelynsä (Neuman-Rahn 1924, 144).

Aloin lukea anamneeseja pohtien niitä kertomuksina eräänlaisesta *liminaaltilasta*, usein asteittain tapahtuneesta kehityskulusta, jonka aikana yhtäältä tuttu ja läheinen ihminen oli muuttunut vieraaksi, oudoksi ja ulkopuoliseksi. Liminaaltila on alun perin antropologian piirissä syntynyt, Arnold van Gennepin ja Victor Turnerin kehittelemä käsite. Van

Gennep tutki muun muassa ikäkategorioiden ja avioliiton solmimiseen liittyviä rituaalisia seremonioita eli *siirtymäriittejä*, joiden kautta yksilöt siirretään yhteisön sisällä asemasta toiseen. Hän hahmotti siirtymäriiteistä kolme vaihtoa: erottamisen, liminaaltilan ja takaisin liittämisen. (Gennep 1960, 10–11.) Turner, joka pohti liminaaltilan käsitettä van Gennepiä perusteellisemmin, kuvaili liminaaltilassa olevien yksilöiden olevan epävakaassa muutostilassa. Liminaaliset yksilöt ovat (tilapäisesti) ulkopuolisia suhteessa yhteisönsä, sillä Turneria lainaten he ”eivät ole täällä eivätkä tuolla, vaan sellaisten asemien välissä, joita lain, perinteen, sovinnastapojen ja seremonioiden voimalla on vakiinnutettu ja järjestetty”. (Turner 2007, 107.)

Turnerin luonnehdinta liminaalisista yksilöistä lähenee antropologi Mary Douglasin (2000) näkemyksiä inhimillisen ajattelun ja havaitsemisen lainalaisuuksista. Douglasin mukaan ihminen hahmottaa maailmaa sovittamalla kokemuksiaan vakiintuneisiin kulttuurisiin kategorioihin. Tässä prosessissa osa kohdatuista ihmisistä ja tapahtumista jää kategorioiden ulkopuolelle, siis eräänlaiseen liminaaltilaan, mikäli ne eivät ”istu” edeltäviin kokemuksiin ja sosiaalistumisen myötä oppituihin käsitteisiin asioiden tavanomaisesta, odotuksenmukaisesta tilasta. Kategorioiden

reunamille ja väliin jäävät ihmiset, asiat ja ilmiöt koetaan usein luonnottomina ja epä mukavina. Ne aiheuttavat eräänlaisia symbolista sotkuisuutta, sillä ne uhkaavat ihmiselle luonteenomaista pyrkimystä eheään, vakaan ja hallittavan kokemusmaailmaan rakentamiseen. (Douglas 2000, 86–90.)

Lähtökohtanani on, että mielisairaalaan toimitettavat yksilöt olivat ajautuneet kategorioiden ulkopuolelle, liminaalitalaan. Tätä kehityskulkua koskeva, anamneeseihin kirjattu kerronta avaa näkymiä normaalin ja poikkeavan (ikäntymisen) rajankäyntiin. Ajattelen normaaliuden ja poikkeavuuden muodostavan toisistaan riippuvaisen jatkumon, jolla normaalius ikään kuin liukuu poikkeavuuden puolelle rikottaessa kulttuurisia normeja koskien esimerkiksi ikään ja sosiaaliseen asemaan nähden odotuksenmukaista ja soveliaista käytöstä (ks. Helman 2007, 246–251; Jokinen ym. 2012, 190–192). Anamneeseissa kerronnan kohteena olevat yksilöt olivat ajautuneet liminaalitalaan liu'uttuaan käyttäytymisensä tai muiden havainnoitavien ominaisuuksiensa osalta poikkeavuuden puolelle. Kuvaavaa on, että kertoessaan kanssaihmisessä tapahtuneista muutoksista maallikot kuvailivat niitä toistuvasti ”omituisiksi” ja ”kummallisiksi”. Kyse ei alkujaan ollut niinkään tietystä sairaudesta vaan epämääräises-

tä välillä ja rajoilla olemisen tilasta, johon päätyntä yksilöä oli vaikea määrittää tarkemmin. On myös olennaista ymmärtää, että poikkeavuudessa erotettiin erilaisia asteita. Aluksi kyseessä saattoi olla lievä ”höperyys”, mutta toimitettaessa yksilö mielisairaalaan käsillä oli tilanne, jossa normaaliuden ja poikkeavuuden välisellä jatkumolla oli liu'utu kohti poikkeavuuden ääripäätä. Siirtymäriittiteorian valossa voidaan myös tulkita, että laitokseen toimittamisessa ei enää ollut kyse liminaalisuudesta vaan riitin kolmannesta vaiheesta, jossa normaalista epämääräisen poikkeavaksi muuttunut ihminen liitettiin uuteen, aiempaa spesifimpään (mieli)sairaalan yksilön statukseen.

Tulkitsen anamneeseihin kirjattua kerrontaa narratiivisen tutkimustradition periaatteiden mukaisesti. Käsitän ihmisten hahmottavan ympäröivää todellisuutta kertoen, suhteessa toisiin kertomuksiin, kokemuksiin ja kulttuurisiin ideaaleihin (Riessman 1993, 3–4; Honkasalo 2000, 65; Abbott 2002, 3–6). Kertomalla poikkeavuuden ilmaantumisen ihmiset pyrkivät jäsentämään ja ymmärtämään tapahtunutta. Douglasin (2000) ajattelua mukailen kyse oli kategorioiden ulkopuolelle jäävien asioiden, ihmisten ja ilmiöiden aiheuttaman epäjärjestyksen poistamisesta: prosessista, jossa kokemusmaail-

man eheyttä uhkaava symbolinen sotkuisuus pyrittiin eliminoimaan – ikään kuin siivoamaan – konstruomalla tapahtuneesta syiden ja seurausten varaan rakentuva, kertojalleen mielekäs narratiivi. Tässä prosessissa joistain asioista on voitu vaieta, kun taas joitain asioita on tapahtumia on korostettu ja ehkä liioiteltukin. Myös kerronnan ylös kirjannut henkilökunta tavoitteli vastaavaa päämäärää pyrkien rakentamaan koherenttia käsitystä sairauden taustasta ja sen luonteesta. Tämä kuitenkin tapahtui suhteessa lääketieteelliseen tulkintakehikkoon, jossa sairauksien syyt ja ikäntymisen vaikutukset saatettiin ymmärtää toisin kuin kansanomaisessa ajattelussa. Aineistoa analysoidessani pyrin huomioimaan, miten kansanomaisen ajattelun suodattuminen professionaalien diskurssin lävitse vaikutti kerronnan muotoutumiseen.

Tarkastelen (epä)normaalin vanhenemisen rajankäyntiä kahdessa analyysiluvussa: ensiksi keskityn ehtyvää työkykyä ja toiseksi taantuvaa henkistä kapasiteettia, eritoten muistin heikkenemistä, koskevaan kerrontaan. Molemmat teemat ovat nousseet esille aineiston luenassa, ja ne valottavat olennaisesti kansanomaisesta ajattelua normaalin ja poikkeavan vanhuuden määrittämisestä. Artikkelin päättävässä yhteenvetoluvussa asetan tehdyt havainnot osaksi laajempaa,

normaalin ja ihanteellisen (ikäntyvän) yksilön määrittymistä pohtivaa nykykeskustelua.

Rajana ehtyvä työkyky

Yksilön työkyvyn heikkenemistä käsittelevä kerronta on aineiston toistuvien yksittäinen narratiivi, jonka kautta maallikot jäsentävät kanssaihmissen muutosta normaalista poikkeavaksi. Lähipiirin tiedonannot alkavat toistuvasti kuvauksella, jonka mukaan yksilö oli alun perin ollut ”ahkera ja kestävä työhminen”. Työteläisyyden kuvaukset korostuvat erityisesti lähiomaisten kerronnassa, ja niiden avulla pyritään osoittamaan yksilön alkuperäinen normaalius ja yhtäläisyys suhteessa sitkeän ja uutteran ihmisen kulttuuriseen ideaaliin (ks. myös Salmele 2017, 108–109). Havainnot poikkeavuuden ilmaantumisesta taas sidotaan usein työkyvyssä ja -halussa tapahtuneisiin muutoksiin. Erään 54-vuotiaan potilaan perheenjäsenet ilmoittivat tämän sairauden alkaneen puoli vuotta sitten, jolloin palkkatyössä käynyt mies rupesi pelkäämään irtisanomista. Kahdeksan viikkoa sitten mies oli yllättäen itse päättänyt lakata käymästä töissä, lukuun ottamatta yhtä päivää ”noin 3 viikkoa sitten, [jolloin hän] kävi tehtaassa, mutta ei ollut siellä kuin noin tunnin ja tuli pois”. Toisinaan halu työntekoon säilyi, mutta

poikkeavuus ilmeni työn laadussa, kuten tapauksessa, jossa mies kuvaili 51-vuotiaan vaimonsa tekevän ”huushollitöitä” tätä nykyä ”takaperoisesti”.

Kun yksilö menetti työkykynsä, raja sosiaalisen hyväksynnän ja karsastamisen välillä oli tiukka. Tämä käy ilmi 71-vuotiaan naisen anamneesista, jonka tiedot ovat peräisin tämän veljen vaimolta, kälyltä. Potilas oli ollut laitoshoidossa aikaisemminkin, ja kirjattaessa häntä uudelleen sairaalaan käly ilmoitti, että ”sen jälkeen, kun potilas uloskirjoitettiin täkäläisestä sairaalasta oli hän terve 3 vuotta ja teki töitä”. Erityisen kiinnostavaksi kyseisen maininnan tekee se, että käly asettaa työkyvyn terveyden synonymiksi siitäkin huolimatta, että potilas oli kotona ollessaan alkanut kuulla ääniä, mistä käly oli tietoinen. Kälyn mukaan potilaan työhalu oli hiipunut, sillä äänet paitsi kehottivat väkivaltaan myös kielsivät ”tekemästä mitään työtä”. Ongelma eivät ole niinkään (vain) äänet vaan se, mitä niistä seuraa: yksilön toimettomuus. Vastaavasti erään 53-vuotiaan potilaan vaimo oli ”vaatinut miestä kotia [sairaalasta] selittäen, että tämä jo pitemmän aikaa on ollut vähän kummallinen, mutta tekee silti säännöllisesti työtä ja hoitaa itseään”. Niin kauan kuin yksilö kykeni huoltamaan ja elättämään itsensä, venyi myös kyky ymmärtää ja sietää epämääräisen poikkeavaa,

esimerkiksi ääniä kuulevaa kanssaihmissä (ks. myös Nygård 1998, 18).

Yksilön toimeliaisuus oli merkityksellinen teema sekä kansanomaisessa että professionaalissa ajattelussa: potilaan saattajalla – erityisesti tämän ollessa lähiomainen – on epäilemättä ollut siitä kerrottavaa, mutta työkykyä on myös selvästi tiedusteltu. Siinä missä teema maallikoiden kohdalla kumpusi arkisista elämässä selviytymisen realiteeteista, professionaali kiinnostus työkykyä kohtaan kytkeytyi ajan tieteellis-yhteiskunnalliseen, sosiaalisia ongelmia pohtivaan keskusteluun. Monia ajan polttavia sosiaalisia ongelmia pyrittiin kontrolloimaan tarjoamalla niille medikaaleja ratkaisuja, ääriesimerkinä sterilisaatiot, joiden keinoin käytiin taistoon degeneraation alati eteneväksi pelättyä uhkaa vastaan (Mattila 1999, 147, 274–338). Työhaluttomuuden ja joutilaisuuden ei-toivottavuutta taas korostettiin kytkemällä ne tiettyihin mielisairauksiin tai vähintäänkin nimeämällä ne viitteiksi moraalisen rappiosta. Työkyvyn yhteiskunnalliseen arvoon limittyi myös työterapian keskeinen asema ajan mielisairaanhoidossa. Fyysisen työn uskottiin ehkäisevän harhoja ja pitävän vietit kurissa. Samalla potilaan toivottiin sisäistävän ideaalin, jossa yksilö ymmärsi työn merkityksen henkilökohtaisen terveyden ylläpitäjänä sekä laajemmin yh-

teisen hyvän kartuttajana. (Ks. Neuman Rahn 1924, 224, 304–306, 312.) Kuvaava on, miten tieto työkyvyn palautumisesta jäi monen potilaan kohdalla sairauksertomuksen viimeiseksi merkinäiksi. Eräs 55-vuotias nainen, joka oli vakuutellut ”kykenevänsä suorittaa kotiaskareensa”, kotiutettiin tilaltaan parempana, vaikka tämä toisaalta oli ”vieläkin autistinen ja vähän kummallinen”. Kun potilaan työkyky palautui ja mikäli hän ei ollut vaaraksi itselleen tai muille, yksilö katsottiin riittävän terveeksi palaamaan yhteisöön. Näin työkyky määritti poikkeavuuden rajaa myös toiseen suuntaan, liu’uttaessa takaisin normaaliuden puolelle.

Työkyvyn kuvaukset toistuvat myös sekundääriaineistossa. Erään nuoren skitsofreenikon omaiset kirjaimellisesti rinnastivat tässä havaitun työkyvyttömyyden ja -haluttomuuden sairauden puhkeamiseen: ”[Hän on] sairastunut siten, että hän on tullut haluttomaksi työhön, uneuttanut työnsä [ja] jäänyt työstä pois.” Se, että työkykyä koskevat kuvaukset kohdistuvat myös kronologisesti korkeassakin iässä oleviin yksilöihin, kieli nyky aikaan nähden osin toisenlaisista ikääntymiseen ja ikääntyneisiin liittyvistä odotuksista. Tämä on olennaista pohdittaessa (poikkeavan) vanhuuden määrittymistä. Nykypäivänä vanhuuden – tai vähintäänkin uuden elä-

mänvaiheen – katsotaan alkavan yksilön siirtymässä työelämän ulkopuolelle noin 65 vuoden iässä tapahtuvan eläköitymisen myötä. 1930-luvun Suomessa eläkejärjestelmä oli kuitenkin vasta muotoutumassa; kansaneläkelaki säädettiin 1937 ja pantiin täytäntöön vuosikymmenen lopussa, 1939. Tämä sysäsi liikkeelle muutosprosessin, jossa vanhuus alettiin erottaa aikuisuudesta omaksi elämänvaiheeksi aiempaa selkeämmin. Vanhuuden määrittely kytkeytyi kronologiseen ikään ja institutionalisoituu siirtymään työvoiman ulkopuolelle. (Rintala 2003, 86–87.)

1930-luvulla työkyvyttömyys merkitsi kronologisesta iästä riippumatta vakavia taloudellisia vaikeuksia sekä yksilölle itselleen että tämän lähipiirille. Se, että työhön osallistumattomuus ei toiminut vanhusväestöä muista aikuisista erottavana rajapyykkinä, merkitsee tulokinnan kannalta kahta toisiinsa limittyvää seikkaa. Ensinnäkin työkykyisyyttä koskevassa kerronnassa ei ole kyse niinkään poikkeavan vanhenemisen määrittymisestä vaan laajemmin (epä)normaalien yksilön ja yhteisön jäsenen rajankäynnistä. Iällä oli tässä rajankäynnissä varsin vähän merkitystä; sen karttuminen ehkä muutti suoritettavia työtehtäviä mutta ei kokonaan poistanut niitä. Toiseksi kronologisen iän verrattain vähäinen merkitys ja tilanne, jossa eläköitymi-

sen kaltaista, uuden elämänvaiheen alkamista määrittävää institutionaalista rajapyykkiä ei ollut, teki vanhuudesta hämärän, nykyistä rajattomamman kulttuuriin kategorian. Samalla se myös hämärsi normaalin ja poikkeavan vanhenemisen rajoja, mihin palaan tuonnempana tarkemmin.

Ennen kansaneläkettä vanhuuden ajan taloudellista epävarmuutta lievitti maaseudulla perinteinen järjestely, jossa ikääntyvät vanhemmat luovuttivat tilan hallinnan lapselleen saaden vastineeksi elatuksen ja asumisoikeuden. Järjestely oli kuitenkin mahdollinen pääasiassa vain tilallisille, ja lisäksi se oli altis luomaan jännitteitä sukupolvien välille, sillä eliniän noustessa vanhempien elatuksesta muodostui usein tuntuva taloudellinen rasite. (Soikkanen 1994, 18–22.) Todennäköisesti myös 1930-luvun lama-kausi kärjisti tilannetta ja korosti työkyvyn merkitystä.³ Kansainvälisessä tutkimuksessa sosiologi Andrew Scull (1980) onkin esittänyt mielisairaalalaitoksen rakentamisen, joka useissa läntisen Euroopan maissa tapahtui 1800-luvulla mutta Suomessa hieman myöhemmin tultaessa 1900-luvun puolelle, merkinneen keinoa vapautua (ikäntyvien) läheisten aiheuttamasta taloudellisesta taakasta. Kun varsinaista institutionaalista vanhustenhuoltoa ei ollut, näyttäytyivät mielisairaalat Scullin mukaan konstina

vapautua sosiaalisesta velvoitteesta hoi-
taa työkykynsä osalta heikoiksi ja hyö-
dyttömiksi käyneitä omaisia.

Aineistossani työkyvyn hiipumista
koskevassa kerronnassa ei ole kyse lai-
toshoitoon toimittamisen *syystä*. Kyse
on maallikkojen pyrkimyksestä jäsentää
poikkeavuutta itselleen mielekkäällä ta-
valla, suhteessa jokapäiväisessä elämäs-
sään keskeisiin työn ja toimeentulon tee-
moihin. Verrattuna työtä koskevan ker-
ronnan yleisyyteen on merkille panta-
vaa, että esimerkiksi yksilön epävakaa-
ta ja väkivaltaista käyttäytymistä koske-
vat kuvaukset eivät piirry esille yhtä sel-
keänä ja toistuvana, ikään kuin juonelli-
sena narratiivina, jonka kautta maallikot
jäsentäisivät yksilön muutosta normaali-
sta poikkeavaksi. Kerronnan merkitys-
tä todellisuuden jäsentäjänä painottavas-
ta näkökulmasta tulkiten kyse on siitä,
että kokemukset kanssaihminen arvaa-
mattomaksi käyneestä käyttäytymisestä
eivät korostuneet, koska ne eivät toi-
mineet mielekkäinä symbolisen sotkui-
suuden siivoajina. Lähiomaisen aggres-
siivisuus oli itsessään poikkeavaa ja jär-
kyttävää; se oli paitsi fyysinen myös sym-
bolinen, kokemusmaailman eheyttä hor-
juttava äkillinen uhka. Käsiteltäessä ta-
pahtunutta esimerkiksi itsetuhoisuus ei
siten itsessään voinut toimia työkyvyn
hiipumisen kaltaisena, mielekkäänä ja
ymmärrettävänä todellisuuden jäsentä-

jänä. Työkykyisyyden muutoksia käsitte-
levä kerronta onkin ikään kuin tyyneksi
selitetty pinta, jonka alla piili liminaaliti-
lan epäjärjestys. Se oli keino jäsentää ko-
kemusmaailman symbolista sotkuisuut-
ta eli luonnottomia, epämääräisiä ja toi-
sinaan uhkaaviakin kokemuksia, joiden
merkityksellistäminen saatettiin muu-
toin kokea vaikeaksi.

Rajana taantuva mieli

Yksilössä havaittuja kognitiivisia muu-
toksia käsittelevä kerronta kiinnittyy
työkykyä selkeämmin ikääntymiseen.
Monen laitoshoitoon toimitetun, ikään-
tyvän yksilön kohdalla oli mahdollisesti
kyse dementian aiheuttamista muutok-
sista: aluksi hiipien lisääntyneistä lähi-
muistin ja nukkumisen ongelmista, sit-
temmin masentuneisuudesta ja levot-
tomuudesta sekä lopulta, äärimmäisis-
sä tapauksissa, itseen tai toisiin kohdis-
tuneen väkivaltaisuuden ilmaantumi-
sesta. Erityisesti muistissa ilmenneitä
ongelmia jäsennetään jälleen toistuvasti
yksilön työkykyä arvioivan kerronnan
kautta. Erään 74-vuotiaan naisen poika
ilmoitti äitinsä sairauden alkaneen nä-
kyä muutama vuosi takaperin, jolloin äi-
din muisti oli ”hiljalleen huonontunut”.
Samalla aikaisemmin ”hyvin työte-
liäs” äiti oli menettänyt työkykynsä, sil-
lä ”vaikka [äiti] yrittää, kaikki unohtuu”.

68-vuotiaan naisen tyttäret taas selitti-
vät äitinsä muuttuneen muistin taantu-
misen myötä ”omituiseksi”. Omituisuus
oli ilmennyt siten, että äiti ei ”esimerkiksi
muista sanoja, etenkin viime uuden vuo-
den aattona oli hän omituinen [ja] odotti
lääkärinä vaikka ei ollut ollut puhuttakaan
lääkärin tulosta”. Tyttäriltä saatujen tie-
tojen ja sairaalassa tehdyn kliinisen tut-
kimuksen perusteella naisella diagnosoitiin
dementia senilis, minkä myötä ha-
vaittu ”omituisuus” kytkettiin profes-
sionaalissa diskurssissa ikääntymisen ai-
heuttamiin sisäsyntyisiin, psykofyysi-
isiin muutoksiin.

Maallikkojen ajattelussa mielen
muutoksia ja niiden syitä lähestytään
professionaaliin diskurssiin nähden toi-
senlaisesta tulkintakehikosta. Maallik-
kojen näkemykset poikkeavuuden syis-
tä tulivat kirjatuiksi anamneeseihin,
sillä anamneesien yhtenä tehtävänä oli
luoda selkoa kysymykseen, milloin ja
miten sairaus oli puhjennut (ks. Neu-
man-Rahn 1924, 143). Tätä selostaes-
saan maallikot ovat esittäneet omia nä-
kemyksiään poikkeavuuden aiheutta-
neista tekijöistä. Douglasin (2000, 90)
ajattelua mukaillen kyse oli kategorioi-
den ulkopuolelle jäävien ihmisten ja il-
miöiden aiheuttaman epämukavuuden
ja symbolisen sotkuisuuden jäsentämi-
sestä: pyrkimyksestä siivota epäjärjestys
nimeämällä sille syy. Myös vanhakantai-

sia taudinselityksiä tutkineen folkloristi Lauri Hongon (1960) mukaan taudin syyn selvittäminen oli inhimillinen pakko, sillä niin kauan kuin taudin alkuperä pysyi hämärän peitossa, katsottiin myös sen parantaminen mahdottomaksi. Vaikeimmissa tapauksissa avuksi pyydettiin parantaja, joka organisoii taudinaiheuttajan paljastumiseen ja sen kuvaanolliseen tuhoamiseen huipentuvan parannusriitin. Tämä palautti yhteisön sosiaalisen järjestyksen, jonka tasapainoa taudin ilmaantuminen oli horjuttanut. (Honko 1960, 83–85, 93–94, 97.)

Kansanomaisessa diskurssissa toistuu narratiivi, jossa kognitiivisten muutosten alullepanijaksi asetetaan jokin konkreettinen, yksilön elämässä sattunut tapaus tai vastoinikäminen. Erään 70-vuotiaan, huonomuistiseksi, sekavaksi ja pelokkaaksi käyneen naisen veljenpoika selitti tätinsä sairauden juontavan vuoden 1918 tapahtumiin. Tällöin tättä oli kohdannut ”ankara mielen järkytys” tämän jouduttua tekemisiin punaisten kanssa. Nyt, parikymmentä vuotta myöhemmin, veljenpoika arveli tapauksen nousseen pintaan ja sairastuttaneen tädin, joka oli tähän saakka ollut ”erinomaisen vahva terveydeltään”. Sairauskertomukseen kirjattujen muiden merkintöjen perusteella kyseessä oli veljenpojan oma tulkinta; potilas itse ei ollut ottanut sodan aikaisia tapahtumia esille,

eivätkä hänen harhansa, joiden sisällöstä on kirjattu kuvauksia sairauskertomukseen, kiinnittyneet menneisiin tapahtumiin. Vastaava konkreettinen näkökulma mielen taantumisen syihin ilmenee myös 60-vuotiaan naisen sairauskertomuksesta, jonka tietojen perusteella potilas itse oli yhdistänyt muistinsa heikkenemisen kokemansa suruun: ”Kun niin paljon itketään ja huolitaan, niin muisti on mennyt.” Potilaan oman näkemyksen mukaan muistin vieneen surun oli aiheuttanut tietty tapaus: se, että tytär oli synnyttänyt aviottoman lapsen.

Selittäessä kognitiivisia muutoksia ulkoisilla syillä kerronnasta on havaittavissa viitteitä perinteiselle kansanlääkinnälle ominaisista käsityksistä. Mikäli (mieli)sairautta ei vanhakantaisessa ajattelussa katsottu Jumalan lähettämäksi rangaistukseksi eli *jumalantaudiksi*, sairaus saatettiin selittää esimerkiksi säikäysten tai pahantahtoisten kanssaihminen maagisen toiminnan aikaansaamaksi vaivaksi, *panentataudiksi*. Mielisairauden panentataudiksi selittäviä käsityksiä tavattiin kansan keskuudesta vielä 1900-luvun alkuvuosikymmeninä. (Kinnunen 2015, 35–40.) Panentataudit olivat alkuperältään ulkosyntyisiä vaivoja, ja suhteessa tähän tulkintakehikkoon ajatus vanhenevasta ruumiista itsessään sairastuttavana taudin aiheuttajana oli vieras.

Ikääntymiseen on kautta aikain liittynyt mielikuvia erinäisistä vaivoista, mutta käsitystä vanhuuden ja sairastamisen välisestä likeisestä syy-seuraussuhteesta on pidetty erityisesti modernille länsimaiselle ajattelulle ominaisena konstruktiona (Vincent 2003; Helman 2007, 11). Sosiologi Stephen Katz (1996) on ajoittanut vanhuuden medicalisaation alkuvaiheet 1800-luvulle, jolloin esimerkiksi patologian eli taudinaiheuttajien ja ihmisruumiin välisen vuorovaikutuksen tutkimuksen kehitys suuntasi huomion ikääntyneiden yksilöiden ruumiissa havaittaviin, nuoremista kehoista puuttuviin patologisiin muutoksiin (Katz 1996, 27–48). Eritoten dementia nousi uudella tavalla huomion kohteeksi. Käsitteenä ”dementia” oli esiintynyt jo antiikin lääketieteellisissä kirjoituksissa, mutta sen merkitys säilyi vakiintumattomana vuosisatoja; sitä ei välttämättä edes liitetty (vain) ikääntymiseen ja vanhoihin ihmisiin, ja jos liitettiin, sitä pidettiin usein vanhuuden luonnollisena, väistämättömänä seurauksena. Muutos virisi 1800-luvun lopussa, jolloin erityisesti Otto Binswangerin (1852–1929) ja Alois Alzheimerin (1864–1915) tutkimukset kytkivät dementian verenkierron häiriöihin, joille korkea ikä altisti. 1900-luvun puolelle tultaessa otettiin ensiaskeleet myös nykyisin yleisimpänä yksittäisenä,

vanhuksia dementoivana sairautena pidetyn Alzheimerin taudin tutkimuksessa. (Boller & Forbes 1998, 125–127, 130–31; Haltia 2010.)

Vaikka dementian syntymekanismit alkoivat hahmottua, eräänlaisesta hämmennyksestä ja jäsentymättömyydestä – vähintäänkin käsitteiden tasolla – kielii se, että ”dementia” yhdistettiin edelleen myös kahden muun sairauden nimeen: skitsofreniaan ja pitkälle edenneen kuppattartunnan aiheuttamaan tilaan. Skitsofreniasta käytettiin 1900-luvun alun psykiatriassa latinankielistä nimitystä ”dementia praecox”, jonka jälkiosa merkitsee ”varhaista”. Suomeksi se saatettiin kääntää ”ennenaikaiseksi tylsistymiseksi”. Pitkälle edenneen kupan aiheuttamasta tilasta taas käytettiin nimitystä ”dementia paralytica”, joka suomennettiin ”halvaavaksi tylsistymiseksi”. Kuppa oli vaivannut eurooppalaisia jo uuden ajan alusta aiheuttaen esimerkiksi erinäisiä iho-oireita, mutta se, että piilevä kuppattartunta oli myös monen vaikeista psyykkisistä häiriöistä kärsivän pitkäaikaisen mielisairaalapotilaan oireiden taustalla, ymmärrettiin vasta 1900-luvun alussa. Oireiden selittymisen aivoihin saakka edenneellä ja niitä vahingoittavalla kupalla – olkoonkin, että alun perin kyse oli tartuntataudista – kannusti etsimään myös muiden psyykkisten sairauksien aiheuttajia ihmisruu-

miin sisäpuolelta. (Hirvonen 2014, 162–165; 194–197.)

Myös 1900-luvun alkuvuosikymmeninä puhuttanut degeneraatioteoria johdatteli katsetta potilaiden ruumiiseen. Sosiaalidarvinistisen teorian ytimessä oli huoli yksilöiden, sukujen ja viime kädessä koko kansakunnan rappeutumisesta huonojen perintöaineisten leviämisen myötä. Se sai esimerkiksi mieleltään sairastavien yksilöiden ruumiin näyttäytymään uhkana, joka vaaransi perimänsä kautta tulevat sukupolvet ja kansakunnan kehityksen. (Mattila 1999, 27–41; Hirvonen 2004, 149–151.) Sairauskertomuksista on nähtävissä, että myös iän mukanaan tuomat kognitiiviset muutokset, kuten muistin taantumisen, saatettiin lukea osoituksena ”sukurasituksesta”, jolla degeneraatioon viitattiin. Esimerkiksi erään 44-vuotiaan potilaan tapauksessa tieto siitä, että tämän ”äidin sisar on kuollut vanhuuden höperönä [ja] isän sisar [on] vanhuuden tylsä”, tulkittiin merkinä sukurasituksesta. Myös erään toisen potilaan 75-vuotiaan äidin kirjattiin olevan ”vanhuuden höperö”, mutta tämä merkittiin ainoastaan vanhempia koskeviin tietoihin. Iän myötä tapahtunutta henkistä taantumista ei tässä tapauksessa tulkittu poikkeavuudeksi, ja sukurasituksen kohdalle kirjattiin merkintä ”ei ole ollut”. Esimerkit osoittavat, että rajankäynti normaalin

ja patologisen vanhenemisen välillä oli edelleen häilyvää, huolimatta esimerkiksi dementian tutkimuksessa tapahtuneista edistysaskeleista.

Aikakauden psykiatrian kiinnostus (ikäntyvää) ruumista kohtaan näkyy sairauskertomuksiin kirjattuina yksityiskohtaisina kuvauksina potilaiden fyysisestä olemuksesta: esimerkiksi erään 56-vuotiaan naisen rinnat olivat lääkärin mukaan ”pienet ja riippuvat”, ja 60-vuotiaalla miehellä taas todettiin ”feminiinistä tyyppiä” edustava häpykarvoitus. Pienimmätkin ruumiilliset yksityiskohdat ja rappeutumisesta kielivät merkit kirjattiin ylös, sillä ne saattoivat selittää yksilössä havaittuja henkisiä poikkeavuuksia.⁴ Tätä taustaa vasten on merkille pantavaa, että maallikkojen tulkinnoissa ei ole erotettavissa selkeää narratiivia, jossa vanheneva ruumis *itsessään* asetettaisiin poikkeavuuden aiheuttajaksi. Kansanomainen käsitys vanhuudesta ja sen merkityksistä ilmenee kuvavasti 57-vuotiaan naisen anamneesista, joka on laadittu potilaan miehen kertojan pohjalta. Miehen eli sitaatissa ”kertojan” mukaan vaimon sairaus oli alkanut unettomuudella, jonka laukaisijaksi asetetaan jälleen tietty tapaus:

Unettomuus johtui siitä, että naapuri [tuli käymään ja] käski kertojan ja potilaan laittaa raja-aita heidän ja käskynantajan maasta, niin että kertoja olisi

joutunut pitämään elämänsä näin ol-
len salolla kaukana kotoa. Potilas sanoi,
ettei hän, vanha ihminen, sieltä jaksa
noutaa elukoita iltaisin. Potilas säikähti
myös mukana ollutta vierasta mies-
tä, joka oli pahamainen miehentappaja.

Merkityksellinen yksityiskohta sitaatissa
on, että potilas oli tuntenut itsensä ”van-
haksi”. Mies lienee ollut samalla kannal-
la toistaessaan vaimonsa sanat henki-
lökunnalle. Vaikka ”vanhuus” näin ol-
len otetaan esille ja siihen liitetään fyy-
sisten voimien ehtyminen, perimmäisiä
syytä unettomuudelle ja muille poikkeai-
ville muutoksille haetaan toisenlaisesta
tulkintakehikosta. Miehen katsantokan-
nassa vaimon poikkeavuuden aiheutta-
jaksi asettuu yhtäältä perinteinen tau-
dinselitys, säikähdys, sekä toisaalta naa-
purin vaade, joka hankaloitti maatilan
emäntänä työskennelleen potilaan päi-
vittäisiä, työhön ja toimeentuloon liitty-
viä rutiineja. Nämä tapaukset vaikuttivat
vaimoon niin, että seurauksena oli unet-
tomuus, mikä taas miehen mukaan johti
työhalun heikkenemiseen ja alati pahe-
nevaan, ajoittain väkivaltaisuuksi yltä-
vään levottomuuteen. Kuten tässä sitaa-
tissa, kansanomaisessa diskurssissa van-
huus itsessään ei toimi mielekkäänä lai-
toshoittoa vaativan poikkeavuuden selit-
täjänä.

Vanhuuden ja sairauden välisen
syy-yhteyden puuttumiseen kytkeytyy

myös aineistoa lukiessa syntynyt tun-
ne siitä, että aineisto vaikenee kohdis-
sa, joissa sen olisi voinut olettaa puhu-
van. Vaikka olen lähestynyt sairausker-
tomuksia aineistolähtöisesti, tutkimus-
aineiston ajallisen rajauksen taustalla
vaikutti oletus ikääntyvän ruumiin ja
mielen merkityksellisyydestä 1930-lu-
vun kehyksessä, jolloin ajatus terveestä
sielusta terveessä ruumiissa oli yhteis-
kunnallisen keskustelun polttopisteessä.
Maallikkotulkinnoissa ikääntyvän ruu-
miin ja mielen kohdalla vallitsee kuiten-
kin eräänlainen hiljaisuus, sillä ikäänty-
miseen kytkeytyvien, sisäsyntyisten tekijöiden sijasta poikkeavuutta jäsenne-
tään ulkoisten, konkreettisten syiden ja
seurausten kautta. Tunne hiljaisuudesta
syntyi myös kohdissa, joissa kertojat jä-
sensivät kokemuksiin yksilön käyttä-
ytymisestä sitomalla ne erinäisiin kiin-
nekohtiin. Kokemukset poikkeavuudesta
voivat jäsentyä esimerkiksi luonnon- ja
vuodenkierron mukaan, kuten tapauk-
sessa, jossa ”potilaan saattajat ilmoitta-
vat potilaan olleen usein keväisin ja syk-
syisin sekaisin, viimeksi viime keväänä
viikon päivät”. Sen sijaan yksilön (kor-
kea) ikä tai ikävaiheet eivät asetu maal-
likkojen kokemuksia jäsentäviksi kiin-
nekohtiksi.

Hiljaisuus on mahdollista tulki-
ta viitteeksi ajattelusta, jossa (poikkeai-
van) vanhuuden rajat olivat osin eriyty-

mättömät suhteessa muuta aikuisuut-
ta määrittäviin rajoihin, odotuksiin ja
normeihin. Yhtäältä tällaiseen ajatte-
luun viittaa huomio työkyvyn keskei-
syydestä maallikkojen kerronnassa. Si-
tä taustoittaa yhteiskunnallinen tilanne,
jossa eläkejärjestelmä oli vasta muotou-
tumassa eikä eläköitymisen kaltaista,
uuden elämänvaiheen alkamista mää-
rittävää institutionaalista rajapyykkiä
ollut. Toisaalta vanhuuteen rajoiltaan
epäselvänä kulttuurisena (ikä)katego-
riana viittaa myös havainto vanhuuden
ja sairauden välisen selkeän kausaliteet-
tin puuttumisesta. Erityisesti vanhuu-
den medikalisaatiota problematisoivis-
sa näkemyksissä ikääntyvään ruumiin-
seen kohdistuvan lääketieteellisen kiin-
nostuksen ja ikääntymiseen kytkeyty-
vien sairauksien diagnosoinnin on näh-
ty osaltaan rakentaneen eroa aikuisuu-
den ja vanhuuden välille (ks. esim. Kirk
1995; Vincent 2003). Tutkimusaineisto-
ni koko ja luonne ei mahdollista yleistys-
ten tekemistä, mutta on mahdollista, et-
tä hiljaisuus viittaa ajatteluun, jossa kä-
sitystä muista aikuisista selkeästi erotet-
tavasta vanhusväestöstä ja tälle väestöl-
le ominaisista sairauksista ei (vielä) ol-
lut. Liminaalitalan symbolista sotkui-
suutta ei voinut siivota välineillä, jotka
eivät kuuluneet kansanomaiseen maail-
maankuvaan.

Poikkeavan vanhenemisen rajat(tomuus)

Edellä olen lähestynyt (epä)normaalin ikääntymisen dilemmaa historiallisesta näkökulmasta. Olen kysynyt, miten 1930-luvun psykiatrisiin sairauskertomuksiin kirjatuissa maallikkotulkinnoissa konstruoidaan normaalin ja poikkeavan vanhenemisen rajoja. Samalla ovat hahmottuneet käsitykset vanhuudesta ja sen rajoista. Olen tulkinut anamneeseihin kirjattua kerrontaa inhimillisenä tarpeena jäsentää poikkeaviksi käyneiden kanssaihminen aiheuttamaa kokemusmaailman epäjärjestystä.

Anamneeseissa toistuu narratiivi, jossa yksilön kuvataan olleen alun perin ahkera ja työteliäs – siis normaali ja ihanteellinen – ihminen, joka muuttui poikkeavaksi käydessään haluttomaksi tai kykenemättömäksi työntekoon. Teeman näkyvä asema liittyy työkykyisyyden merkityksellisyyteen sekä kansanomaisessa että professionaalissa ajattelussa. Professionaalissa diskurssissa potilaan työkykyä tiedusteltiin ja pohdittiin suhteessa ajan yhteiskunnalliseen, degenerationin uhkaa ja sosiaalisia ongelmia käsittelevään keskusteluun, jossa konstruointiin laiskan, toimettoman ja tuottamattoman kansalaisen epäideaalia. Kansanomaisessa ajattelussa teema kumpusi mikrotasoisista elämässä selviytymi-

sen realiteeteista, sillä työkykyisyys oli elannon ja sosiaalisen arvon taie. Narratiivisesta näkökulmasta tulkittiin kyse oli myös pyrkimyksestä jäsentää kategorioiden ulkopuolelle jäävien ihmisten ja ilmiöiden aiheuttamaa symbolista sotkuisuutta itselle merkityksellisten teemojen kautta. Kertomalla poikkeavuuden ilmaantumisen arkisten ja tuttujen työn ja toimeentulon teemojen kautta maallikot kykenivät luomaan tapahtuneesta ymmärrettävän, itselle mielekkään narratiivin, jonka avulla liminaalitalan epäjärjestystä pyrittiin hallitsemaan.

Havainto yksilön toimeliaisuuden keskeisestä asemasta normaaliuden ja poikkeavuuden rajoja konstruoidessa luo perspektiiviä nykyiseen yhteiskunnalliseen keskusteluun, jossa työn ja työttömyyden teemat ovat jälleen polttopisteessä. Kuten työn merkitystä koskeva edeltävä tutkimus on osoittanut, omalla työllä pärjäämisen ideaali on suomalaisessa kulttuurissa korostunut (esim. Kortteinen 1992). Tässä artikkelissa esille on noussut myös se, miten tiiviisti työkyky on kiinnittynyt poikkeavuuden rajankäyntiin ja miten herkästi yksilö on ajautunut liminaalitalaan rikottuaan toimeliaan yksilön ideaalia. Kuvaavia ja inhimillisesti merkityksellisiä ovat erityisesti potilaiden itsensä esittämät näkemykset. Sekä primääri- että sekundääriaineistosta on nähtä-

vissä, että työ pyöri potilaiden mielessä ja kykenemättömyys tehdä sitä vaivasi ja aiheutti häpeää. Erään 27-vuotiaan miehen kirjattiin toistelevan jatkuvasti raaamatullista lausetta ”otsasi hiessä sinun pitää leipääsi syömän”, ja eräs 42-vuotias nainen taas pelkäsi, ”että jos hän jää iäkseen tällaiseksi, ettei voi mitään työtä tehdä”. Myös nykyhetken yhteiskunnallinen, kansalaisten aktiivisuutta koskeva keskustelu on mahdollista nähdä osana tätä historiallista jatkumoa, jossa normaalin ja ”kunnollisen” yksilön ominaisuuksia konstruoidaan työn, tuottavuuden ja toimeentulon teemojen kautta.

Yksilön aktiivisuus on keskiössä myös eläkeläisyyttä ja vanhuuden määrittämistä pohtivassa nykykeskustelussa. Sekä sosiaaligerontologiassa että tieteen ulkopuolella on viime vuosikymmeninä pyritty monipuolistamaan ja haastamaan vanhuutta koskevia perinteisiä, raihnaisuutta ja rapautuvaa toimintakykyä koskevia mielikuvia. Sosiaalhistorioitsija Peter Laslettiin (1989) nojaten on alettu puhua ”kolmannesta iästä” viitaten ajanjaksoon, joka jää eläköitymisen ja ”neljännen iän” eli varsinaisen vanhuuden alkamisen väliin. Kolmatta ikää leimaavat sekä tutkijoiden että eläkeläisten itsensä puheessa aktiivisuus, kulutus, kiire ja puuha, mikä on osaltaan murtanut ikääntymiseen liittyviä, mielen ja ruumiin heikkenemisen mieliku-

via ja johtanut siihen, että ”varsinaisen” vanhuuden alkaminen ajoitetaan eläköitymisen sijasta tuonemmaksi, usein yli 70 ikävuoden jälkeiseen aikaan. (Karisto 2004; Saarenheimo 2014.) Kolmatta ikää koskevalla retoriikalla ja aktiivisuuden korostamisella on kuitenkin myös kääntöpuolensa, mitä tässä artikkelissa tehdyt havainnot korostavat. Kyse on myös normatiivisista kulttuurista arvoista ja paineesta sopeutua ihanteellisen ihmisen muottiin mahdollisimman pitkään, yhä eläköitymisen jälkeenkin. Mitä pidemmälle kolmatta ikää leimavaa aktiivisuuden ja toimintakykyisyyden kautta venytetään, sitä jyrkemmäksi nousee siirtymä neljänteen ikään eli varsinaiseen vanhuuteen. Neljäs ikä näytetään tällöin yhä voimakkaammin passiivisuuden, toimettomuuden ja kyvyttömyyden ikäkautena. (Ks. myös Karisto 2004, 102; Saarenheimo 2014, 6, 14.) Toisin sanoen raja normaalin ja poikkeavan, ihanteellisen ja ei-toivotun elämän ja vanhuuden välillä korostuu entisestään.

Rajatessani tutkimusaineiston potilaiden diagnoosin perusteella aineiston luetaan muodostui professionaalia ja kansanomaista ajattelua ristivalottava asetelma: mielisairaanhoidon ammattilaiset liittivät poikkeavuuden ikääntymisen aiheuttamiin sisäsyntyisiin muutoksiin, mutta selittivätkö maallikot kanssa-

ihmisen poikkeavaa käyttäytymistä vanhuudella? Maallikkojen esittämässä tulkinnoissa toistuu narratiivi, jossa kanssaihmisessä havaittuja poikkeavuuksia selitetään ja jäsennetään ulkoisilla, yksilön elämässä sattuneilla tapauksilla. Sen sijaan vanhuus itsessään ei toimi laitoshoidoa vaativan poikkeavuuden selittäjänä. Tunsin aineiston ikään kuin vaikenevan myös kohdissa, joissa yksilön poikkeavaksi käynnyttä käyttäytymistä jäsennettiin iän tai ikävaiheiden sijasta sitomalla ne esimerkiksi luonnon- ja vuodenkierron tarjoamiin kiinnekohtiin. Olen tulkinut hiljaisuuden vihjeeksi ajattelusta, jossa (poikkeavan) vanhuuden rajat olivat osin eriytymättömät suhteessa muuta aikuisuutta määrittäviin rajoihin. Niin kauan kuin käsitystä muista aikuisista selkeästi erotettavasta vanhuseväestöstä ja edelleen juuri tälle väestöryhmälle ominaisista sairauksista ei ollut, ei myöskään vanhuus itsessään voinut toimia mielekkäänä liminaalitalan epäjärjestyksen jäsentäjänä.

Ikääntyvän ruumiin kohdalla kansanomaisessa diskurssissa vallitseva hiljaisuus merkityksellistyy erityisesti suhteessa vanhuuden medikalisaatiota problematisoivaan nykykeskusteluun. Kun normaalin ja poikkeavan vanheneamisen dilemmaa pohditaan tänä päivänä, keskustelussa ovat korostuneet paitsi aktiivisuuden ja toimintakykyisyy-

den myös terveyden ja sairauden ulottuvuudet. Esimerkiksi Alzheimerin taudin tutkimus, joka oli 1900-luvun alkuvuosikymmeninä vasta aluillaan, on viime vuosikymmeninä edistynyt voimakkaasti ja johtanut muun muassa taudin geneettisten riskitekijöiden tunnistamiseen (Haltia 2010, 26). Joidenkin näkemysten mukaan tämä on vähentänyt dementoitumiseen ja sen ”vääjäämättömyyteen” liittyviä pelkoja luomalla toivoa ennaltaehkäisevien hoitojen ja lääkkeiden kehityksestä (ks. esim. Boller & Forbes 1998, 131).

Samalla vanhuuden medikalisaation on kuitenkin esitetty vaikuttavan myös päinvastoin lisäämällä pelkoja ikääntymiseen kytkeytyvien sairauksien yleisyydestä ja väistäämättömyydestä. Kriittisimpien näkemysten mukaan vanhuus itsessään on medikalisaation myötä muuttunut poikkeavaksi, patologiseksi tilaksi, jota pyritään kaikin lääketieteellisin keinoin kontrolloimaan, ehkäisemään ja normalisoimaan. Tällöin vanhuudesta kulttuurisena ilmiönä ja elämänvaiheena piirtyy pitkälti ongelmien, uhkien ja pelkojen värittämä kuva. (Vincent 2003; ks. myös Topo 2017, 106.) 1930-luvun maallikkotulkintoja lukiesiä syntynyt tunne siitä, että vanhuuden kohdalla vallitsee usein hiljaisuus eikä ikääntyvä ruumis itsessään asetu laitoshoidoa vaativan poikkeavuuden selittä-

jäksi, merkityksellistyy erityisesti tätä taustaa vasten. Se osoittaa vanhuuden ja sairauden välisen syy-yhteyden keinotekoisen, kulttuurisen luonteen ja kutsuu pohtimaan, millä muilla tavoin voisimme lähestyä väestön ikääntymisen myötä alati ajankohtaisia, vanhuuteen liittyviä kysymyksiä.

VIITTEET

1. Aineistoa analysoidessani en erittele potilaan diagnoosia tarkemmin, sillä artikkelin näkökulman kannalta sillä ei ole merkitystä. Kyse on myös tutkimuseettisistä periaatteista: olen tekemisissä arkaluontoisen, ihmisten terveys-tietoja koskevan aineiston kanssa, ja pyrin tuomaan siitä esille vain tulkin kannalta välttämättömimmät yksityiskohdat. Yksittäiset potilaat eivät ole tekstistä tunnistettavissa.
2. Sairauskertomuksia läpikäydessäni en ole otanut lukuun kriminaalipotilaiden sairauskertomuksia. Vuonna 1885 perustetulla Niuvaninien sairaalalla oli myös oikeuspsykiatria tehtäviä: sairaalassa tehtiin mielentilatutkimuksia ja hoidettiin yksilöitä, joiden arvioitiin olleen rikoksentekehtellä syyntakeettomia. Suhteessa muiden potilaiden sairauskertomuksiin kriminaalipotilaiden sairauskertomukset eivät sisällä vastaavia omaisten luovuttamia, taudin kulkua pohtivia tiedonantoja. Siten ne eivät tarjoa kansanomaista diskurssia valottavaa informaatiota, minkä vuoksi olen rajannut kriminaalipotilaiden sairauskertomukset tutkimusaineistoni ulkopuolelle.
3. Myös potilaan sosioekonomisella taustalla oli merkityksensä. Noin 45 prosenttia potilaista oli ammatiltaan nimenomaan maataloustyöntekijöitä (esim. talolliset, pientilalliset ja mäkitupalaiset vaimoineen ja leskineen). Noin 35 prosenttia taas oli työläisiä, ja noin 15 prosenttia edusti erilaisia virkamiehiä (esim. papit, opettajat ja sotilaat). Noin 5 prosentin kohdalla ammattista ei ole kirjattu tietoja.
4. Esimerkki potilaiden ruumiiseen kohdistuneesta lääketieteellisestä kiinnostuksesta ovat toistuvat merkinnät kuukautisten ehtymisestä. Professionaalissa diskurssissa menopaussin uskottiin altistavan esimerkiksi maanis-depressiivisen mielisairauden puhkeamiselle (Hirvonen 2014, 202). Tieto kuukautisten ehtymisestä toimikin ikääntyvien naispotilaiden koh-

dalla kiinneohtana, jonka avulla käsitystä potilaan taustasta ja sairauden kulusta rakennettiin. Kansanomaisessa diskurssissa vaihdevuodet eivät näytä toimineen vastaavana poikkeavuutta selittävänä ja jäsentävänä ikäkautena. Menopaussia koskevat maininnat ovat anamneeseissa harvakuksia, suppeita ja irrallisia mainintoja, ja teeman voi tulkita nousseen esille maallikkojen omaehtoisen kerronnan sijasta henkilökunnan esittämien kysymysten kautta.

TUTKIMUSAINEISTO

Kansallisarkisto, Joensuu

Niuvaninien sairaalan arkisto

Sairauskertomukset 1930–1939

KIRJALLISUUS

Abbott, H. Porter (2002) *The Cambridge Introduction to Narrative*. Cambridge: Cambridge University Press.

Ahlbeck-Rehn, Jutta (2006) *Diagnostisering och disciplinering. Medicinsk diskurs och kvinnligt vassinne på Själo hospital 1889–1944*. Åbo: Åbo Akademis förlag.

Andrews, Emily Stella (2014) *Senility before Alzheimer. Old Age in British Psychiatry, c. 1835–1912*. Coventry: University of Warwick. URL <http://wrap.warwick.ac.uk/65690/> (tarkastettu: maaliskuu 2018).

Boller, François & Forbes, Margaret M. (1998) History of Dementia and Dementia in History. An Overview. *Journal of the Neurological Sciences* 158:2, 125–133.

Covey, H.C. (1993) A Return to Infancy. Old Age and the Second Childhood in History. *International Journal of Aging and Human Development* 36:2, 81–90.

Douglas, Mary (2000/1966) *Puhtaus ja vaara. Rituaalisten rajanvedon analyysi*. Suom. Virpi Blom & Kaarina Hazard. Tampere: Vastapaino.

Foucault, Michel (2005/1969) *Tiedon arkeologia*. Suom. Tapani Kilpeläinen. Tampere: Vastapaino.

Gennep, Arnold van (1960/1909) *The Rites of Passage*. Chicago: The University of Chicago Press.

Haltia, Matti (2010) Dementian tutkimuksen historiaa. Teoksessa Timo Erkinjuntti, Juha Rinne & Hilikka Soininen (toim.) *Muistisairaudet*. Helsinki: Duodecim.

Helman, Cecil G. (2007/1984) *Culture, Health and Illness*. London: Hodder Arnold.

Hirvonen, Helena (2004) Mielisairauden saattamat. Mielisairaattien perimän turmelijoina 1900-luvun alun suomalaisessa yhteiskunnassa. *Lähde – historiatieteellinen aikakauskirja* 1:2, 145–160. URL <https://aikakauskirjalahde.files.wordpress.com/2016/04/lahde2-04.pdf> (tarkastettu: heinäkuu 2018).

Hirvonen, Helena (2014) *Suomalaisen psykiatriatieteen juuria etsimässä. Psykiatria tieteenä ja käytäntönä 1800-luvulta vuoteen 1930*. Joensuu: Itä-Suomen yliopisto.

Honkasalo, Marja-Liisa (2000) Miten sairaus rakentuu sosiaalisesti. Teoksessa Ilka Kangas, Sakari Karvonen & Annika Lillrank (toim.) *Terveyssosiologian suuntauksia*. Helsinki: Gaudeamus, 53–73.

Honko, Lauri (1960) Varhaiskantaistet taudin selitykset ja parantamismäytelmä. Teoksessa Jouko Hautala (toim.) *Jumin keko. Tutkimia kansanrunoustieteen alalta*. Helsinki: SKS, 43–111.

Jokinen, Arja, Juhila, Kirsi & Suoninen, Eero (2012) *Kategoriat, kulttuuri ja moraalit. Johdatusta kategorianalyysiin*. Tampere: Vastapaino.

Jyrkämä, Jyrki (2001) Vanheneminen ja vanhuus. Teoksessa Anne Sankari & Jyrki Jyrkämä (toim.) *Lapsuudesta vanhuuteen. Iän sosiologiaa*. Tampere: Vastapaino, 267–323.

Karisto, Antti (2004) Kolmas ikä. Uusi näkökulma vanhenemiseen. Teoksessa *Ikääntymisen voimavarana, Tulevaisuuslenteen liiteraportti 5*. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia, 91–103. URL: <https://vnk.fi/julkaisu?pubid=9701> (tarkastettu: marraskuu 2018).

Katz, Stephen (1996) *Disciplining Old Age. The Formation of Gerontological Knowledge*. Charlottesville: The University Of Virginia Press.

Kinnunen, Anna (2015) ”Mutta niille ei voi mitään, joilla on aivoissa vika.” Mielisairauden kansanomaiset tulkinnot 1900-luvun alkuvuosikymmenten modernisoituvassa Suomessa. *J@rgonia* 13:26, 30–53. URL <https://jyx.jyu.fi/handle/123456789/48098#> (tarkastettu: toukokuu 2018).

Kinnunen, Anna & Hänninen, Kirsi (2016) Hulluus kulttuurisena ilmiönä ja tutkimuskohteena. *Elore* 23:1. URL <http://www.elore.fi/elore-12016-vol-23-hulluus/saatteeksi-hulluus-kulttuurisena-ilmiona-ja-tutkimuskohteena/> (tarkastettu: marraskuu 2018).

- Kirk, Henning (1994) *When Old Age Became a Diagnosis*. Teoksessa Peter Öberg, Pertti Pohjolainen & Isto Ruoppila (toim.) *Experiencing Ageing*. Helsinki: SSKH & Helsingin yliopisto, 31–43.
- Kirk, Henning (1995) *Da alderen blev en diagnose. Konstruktionen af kategorien "alderdom" i 1800-tallets lægelitteratur. En medicinsk-idehistorisk analyse*. Copenhagen: Munksgaard.
- Kortteinen, Matti (1992) *Kunnian kenttä. Suomalainen palkkatyö kulttuurisena muotona*. Helsinki: Hanki ja Jää.
- Laslett, Peter (1989) *A Fresh Map of Life. The Emergence of the Third Age*. London: Weidenfeld and Nicolson.
- Lääketieteen termit. *Duodecimin selittävä suursanakirja* (1991). Helsinki: Duodecim.
- Mattila, Markku (1999) *Kansamme parhaaksi. Rotuhygienia Suomessa vuoden 1935 sterilointilakiin asti*. Helsinki: Suomen Historiallinen Seura.
- Meinander, Henrik (2004) Ruumiista kulttuurin kiintopiste. Teoksessa Kirsi Saarikangas, Pasi Mäenpää & Minna Sarantola-Weiss (toim.) *Suomen kulttuurihistoria 4. Koti, kylä, kaupunki*. Helsinki: Tammi, 436–451.
- Menzies, Robert, LeFrancois, Brenda A. & Reaume, Geoffrey (2013) *Introducing Mad Studies*. Teoksessa Brenda A. LeFrancois, Robert Menzies & Geoffrey Reaume (eds.) *Mad Matters. A Critical Reader for Canadian Mad Studies*. Toronto: Canadian Scholars' Press Inc, 1–26.
- Neuman-Rahn, Karin (1924) *Sielullisesti sairas ihminen ja hänen hoitonsa*. Helsinki: WSOY.
- Nygård, Toivo (1998) *Erilaisten historiaa. Marginaaliryhmät Suomessa 1800-luvulla ja 1900-luvun alussa*. Jyväskylä: Gummerus.
- Riessman, Catherine Kohler (1993) *Narrative Analysis*. Newbury Park: Sage.
- Rintala, Taina (2003) *Vanhuskuvat ja vanhus-tenhuollon muotoutuminen 1850-luvulta 1990-luvulle*. Helsinki: STAKES.
- Rissanen, Anu (2012) *Työtä, sokkeja, lääkkeitä. Siilinjärven piirimielisairaala ja potilaiden hoitomuodot vuosina 1926–1959*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. URL <https://jyx.jyu.fi/dspace/handle/123456789/37823> (tarkastettu: maaliskuu 2018).
- Saarenheimo, Marja (2014) *Mitä vanhuudelle on tapahtunut?* URL https://issuu.com/eloisai-ka/docs/mit___vanhuudelle_on_tapahtunut (tarkastettu: marraskuu 2018).
- Salmela, Anu (2017) *Kuolemantekoja. Naisten itsemurhat 1800-luvun jälkipuolen tuomioistuinprosesseissa*. Turku: Turun yliopisto. URL <http://www.utupub.fi/handle/10024/143614> (tarkastettu: toukokuu 2018).
- Scull, Andrew (1980) *A Convenient Place to Get Rid of Inconvenient People. The Victorian Lunatic Asylum*. Teoksessa Anthony D. King (toim.) *Buildings and Society. Essays on the Development of the Built Environment*. London: Routledge, 37–60.
- Soikkanen, Hannu (1994) Käsitteitä vanhenemisestä eri aikakausina. Teoksessa Peter Öberg, Pertti Pohjolainen & Isto Ruoppila (toim.) *Experiencing Ageing*. Helsinki: SSKH & Helsingin yliopisto, 17–30.
- Suzuki, Akihito (2006) *Madness at Home. The Psychiatrists, the Patient and the Family in England 1820–1860*. Berkeley: University of California Press.
- Tilastokeskus. *Vastasyntyneiden elinajan odote 1751–2005*. URL https://tilastokeskus.fi/til/kuol/2005/kuol_2005_2006-10-06_tau_002.xls (tarkastettu: toukokuu 2018).
- Topo, Päivi (2017) *Ikääntyminen ja medikalisaatio*. Teoksessa Sakari Karvonen, Laura Kes-tilä & Tomi Mäki-Opas (toim.) *Terveystieteiden linjoja*. Helsinki: Gaudeamus, 95–106.
- Turner, Victor (2007/1969) *Rituaali. Rakennet ja communitas*. Suom. Maarit Forde. Helsinki: Suomen Antropologinen Seura.
- Vincent, John A. (2003) *Vanhuus, sairaus, kuolema ja kuolemattomuus*. Biolääketieteellisten ikääntymismallien kulttuurigerontologinen kritiikki. Suom. Ilkka Syrén & Sinikka Vakimo. *Gerontologia* 17:4, 177–183.
- Yorston, Graeme & Haw, Camilla (2005) *Old and Mad in Victorian Oxford. A Study of Patients Aged 60 and Over Admitted to the Warneford and Littlemore Asylums in the Nineteenth Century*. *History of Psychiatry* 16:4, 395–421.

FM Anna Kinnunen valmistelee Itä-Suomen yliopistossa perinteentutkimuksen väitöskirjaa psyykkisesti sairastaviin ihmisiin liittyvistä kulttuurisista käsitteistä. Artikkelit on toteutettu Koneen Säätiön rahoittamassa tutkimushankkeessa *Normaalien rajoilla. Dementian ja vanhuuden kulttuuriset merkitykset suomalaisessa ja venäläisessä kulttuurissa*.

Artikkelin tie *Kulttuurintutkimuksessa*, lyhyt oppimäärä

Artikkeliehdokas saapuu toimitukseen.
Alkaa totinen työ.

1. Vastuutoimittaja lukee, tarkistaa myös, onko kirjoittaja noudattanut kirjoittajaohjeita.
2. Artikkeliehdokas hylätään tai annetaan editioehdotukset, jos vertaisarvointiin.
3. Artikkeliehdokkaalle etsitään vertaisarvioijat – tämä vie aikaa.
4. Vastuutoimittaja laatii vertaisarvioinnin perusteella palautteen kirjoittajalle.
5. Voidaan tarvita useampi editio- ja vertaisarviointikierros.
6. Viimeistelevä editio: teksti, kuvat ja kuvat julkaisukuntoon kielellisesti ja sisällöllisesti.

Artikkeli voidaan hyväksyä tai hylätä kaikissa prosessin vaiheissa.

7. Taittoon valmistelu ja taitto.
8. Kirjoittaja tarkistaa taittovedoksen.
9. Taittaja vie taittoon kirjoittajan korjaukset.
10. Päätoimittajat tarkistavat koko lehden taitton. Viimeiset korjaukset.
11. Painoon saattaminen ja painatus. / Julkaisualustalle vieminen ja julkaiseminen.
12. Metadata; vapaakappaleet, ilmaiskappaleet ja muu jakelu; arkistointi; saatavilla pito.

Vertaisarvioinnissa kiinnitetään huomiota erityisesti seuraaviin asioihin:

1. Sisältö ja relevanssi suhteessa lehden fokukseen.
2. Onko artikkeliehdotus perusteltu oppialansa puitteissa.
3. Onko artikkelin rakenne järkevä.
4. Argumentoiko artikkeli.
5. Onko kirjoittajan oma tulkinta mukana.
6. Onko tutkimusetiikka otettu huomioon.

Ohjeet laatinut: Riitta Koikkalainen