

MASENNUSTA SAIRASTAVIEN NUORTEN AIKUISTEN NÄ-
KEMYKSIÄ MASENNUSLÄÄKKEISTÄ

Näkökulmana medikalisaatio

Laura Ikäläinen

Pro gradu -tutkielma

Sosiaalityö

Yhteiskuntatieteiden ja

filosofian laitos

Kati Närhi

Jyväskylän yliopisto

Kevät 2016

Laura Ikäläinen

Masennusta sairastavien nuorten aikuisten näkemyksiä masennuslääkkeistä- näkökulmana medikalisaatio

Pro gradu -tutkielma

Sosiaalityö/Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos

Jyväskylän yliopisto

Toukokuu 2016

Kati Närhi

78 sivua

Masennusta sairastavien nuorten aikuisten näkemyksiä masennuslääkkeistä – Näkökulmana medikalisaatio

Tutkielmani tarkoituksena on selvittää, millaisia näkemyksiä masennusta sairastavilla nuorilla aikuisilla on masennuslääkkeisiin liittyen. Käsittelen teemaa medikalisaation näkökulmasta ja tarkastelen, miten nuorten aikuisten näkemykset masennuslääkkeiden käytöstä ovat yhteydessä medikalisaation myötä kasvaneeseen masennuslääkkeiden käytön yleisyyteen. Lääkehoidon käyttö masennuksen hoidossa on lisääntynyt 2000-luvun taitteessa etenkin nuorten ja aikuisten keskuudessa. Tarkoitukseni on tehdä näkyväksi nuorten aikuisten masennuslääkenäkemyksiä jatkuvan lääkehoidon kasvun varjossa.

Tutkielmani aiheeseen liittyvät keskeiset tutkimukset koskevat masennuksen lääkehoidon sitoutumiseen vaikuttaviin tekijöitä, sekä masennuslääkkeiden käyttökokemuksia. Tutkielmani ohjaavana teorianäkökulmana käytän Peter Conradin medikalisaatioon liittyvää tutkimusta, ja hyödynnän hänen käsittelemiä medikalisaation taustalla vaikuttavia teemoja omien tuloksieni havainnollistamisessa. Aineistonani on Reetta Rädyn keräämä kysely 'FSD1293 Kokemukset masennuksen hoidosta ja toipumisesta 2002', josta olen rajannut aineistokseni 18–25-vuotiaiden vastaajien ikäryhmät. Aineiston analysoinnissa käytin abduktiivista sisällönanalyysia. Analyysia tehdessäni tarkkailin Conradilta saamani tutkimushypoteesin näkymistä, ja samalla kvalitatiivisen sisällönanalyysin metodilla kategorisoin ja käsitteellistin aineiston pääpiirteitä.

Tuloksieni mukaan nuorten aikuisten keskuudessa esiintyi näkemyksiä masennuksen lääkehoidon tarpeettomuudesta, luottamuksesta lääkehoitoa kohtaan, masennuslääkkeen kokemisesta masennuksen määrittelijänä, lääkehoidon leimaavuuden kokemuksia ja lääkehoidon ammattilaisten kyseenalaistamista. Lisäksi masennuslääke nähtiin joko auttajana, ansana tai lääkehoito todettiin toimimattomaksi. Aineistoni perusteella medikalisaation ilmiön vaikutukset ovat läsnä nuorten aikuisten masennuslääkkeisiin liittyvissä näkemyksissä. Muodostamani masennuslääkenäkemyksien luokat kuvaavat sekä masennuksen lääkehoidon yleisyyden hyväksymistä että lääkehoidon yleisyyden kyseenalaistamista. Aikaisempien tutkimusten sekä omien tuloksieni pohjalta voi sanoa, että lääketieteen hoitosuosituksista riippumatta ihmisten omilla uskomuksilla ja näkemyksillä masennuslääkkeisiin liittyen on suuri vaikutus masennuksen lääkehoidon aloittamisen, sekä hoitoon sitoutumisen kannalta.

Avainsanat: Lääkehoito, masennus, medikalisaatio, näkemykset

Sisällys

1. JOHDANTO	1
2. NUORTEN AIKUISTEN MASENNUS JA SEN HOITO.....	3
2.1 Masennus käsitteenä	3
2.2 Nuorten aikuisten masennus	5
2.3 Masennuksen hoito	8
3. MEDIKALISAATIO	12
3.1 Medikalisaation käsite	12
3.2 Medikalisaatiokeskustelu.....	14
3.3 Peter Conrad ja medikalisaation teoria	20
4. AIKAISEMPI TUTKIMUS MASENNUSLÄÄKENÄKEMYKSISTÄ.....	25
5. TUTKIMUSTEHTÄVÄ JA AINEISTO	32
5.1 Tutkimusongelmat	33
5.2 Aineisto.....	33
6. ABDUKTIIVINEN SISÄLLÖNANALYYSI.....	35
6.1 Abduktiivinen päättely omassa tutkielmassa	37
7. TULOKSET	39
7.1 Masennusta sairastavien nuorten aikuisten näkemykset masennuslääkkeistä.....	40
7.1.1 Masennuksen lääkehoidon tarpeettomuus	40
7.1.2 Luottamus lääkehoitoon.....	43
7.1.3 Masennuslääke masennuksen määrittäjänä.....	44
7.1.4 Lääkehoidon leimaavuus	46
7.1.5 Lääkehoidon ammattilaisten kyseenalaistaminen.....	49
7.1.6 Masennuslääke auttajana	52
7.1.7 Masennuslääkkeiden ansa.....	55
7.1.8 Toimimaton lääkehoito	58
7.2 Masennuslääkenäkemykset ja medikalisaatio.....	60

8. YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET	64
9. LÄHTEET.....	68
10. LIITTEET	76

1. JOHDANTO

Masennus on monien ihmisten kohtaama vakava sairaus. Joka viides suomalainen sairastuu masennukseen elämänsä aikana, ja heistä yli puolella se uusiutuu. Masennus voi myös kroonistua pysyväksi. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2013.) Mielenterveyden alueella juuri masennuksen tutkiminen on tärkeää, sillä se kuormittaa väestöä kaikkialla aiheuttaen elämänlaadun ja toimintakyvyn menetyksiä, sekä lisäten sairastavuutta ja hoidon tarvetta (Lönnqvist, Henriksson, Marttunen & Partonen 2013, 160). Masennuslääkkeiden käyttö masennuksen hoidossa on yleistynyt 1990-luvulta lähtien. Vuonna 1989 noin 50 000 suomalaista käytti masennuslääkkeitä, kun taas vastaava luku 2000-luvulla on noin 300 000 suomalaista. (Rikala 2011, 1, Suomen lääketilasto 1990 ja 2000 mukaan.) Samalla Suomessa masennuslääkkeiden käytön kasvussa on 2000-luvun taitteessa tapahtunut sukupolven vaihdos, sillä lääkkeiden käyttöä ovat lisänneet 15–44 -vuotiaat ihmiset samalla kun eläkeläisten masennuslääkkeiden käytön kasvu on pysähtynyt ja kääntynyt jopa laskuun (Lindberg 2002).

Tavallisemmin masennusta käsitellään lääketieteen ja psykologian näkökulmista, jolloin masennuksen sosiaalinen puoli jää helposti vähemmälle huomiolle (Helén et al. 2011). Marjo Romakkaniemen (2014) mukaansa ”masennus kytkeytyy yhteiskunnan kulttuurisiin ja taloudellisiin rakenteisiin sekä niiden ehdollistamaan ja mahdollistamaan toimintakykyisyyteen”. Näin ollen yhteiskunnan asenteet heijastuvat palveluihin, ja sitä kautta vaikuttavat ihmisten elämään muun muassa palveluiden saatavuutena, toimintamalleina ja kohtaamisina. Tämän perusteella masennuksen voi nähdä olevan sosiaalityön asiantuntijuuden keskiössä. (Romakkaniemi 2014, 164–166.) Masennuksen tutkiminen ja määrittely lääketieteen lisäksi myös sosiaalisesta näkökulmasta on siis todella tärkeää.

Omassa tutkielmassani olen halunnut tarttua tähän yhteiskuntamme yhteen yleisimmistä mielenterveydensairauksista, ja tutkia sen lääkehoidon periaatteita sosiaalisen ja yhteiskunnallisen näkökulman kautta. Aikaisempien masennuslääketutkimusten mukaan ihmisten henkilökohtaiset tulkinnat masennuksesta sairautena vaikuttavat lääkehoitoon suhtautumiseen, ja näin ollen jopa ihmisten konkreettiseen käyttäytymiseen lääkehoitoon sitoutumisessa (Ai-

kens, Nease & Klinkman 2008; Johnston 2013). Masennuslääkkeisiin liittyvän sosiaalisen näkökulman tutkimista voi siis pitää perusteltuna valintana. Aineistokseni olen valinnut Riitta Rädyn keräämän internet-kysely aineiston 'FSD1293 Kokemukset masennuksen hoidosta ja toipumisesta 2002', jonka sain käyttööni Yhteiskuntatieteellisestä tietoaarkistosta (<http://www.fsd.uta.fi/fi/>). Rajasin aineistosta käytettäväkseni nuorten aikuisten ikäryhmät, eli 18–20 ja 21–25 -vuotiaat. Tarkoitukseni on tutkia aineistosta sitä, millaisia näkemyksiä masennusta sairastavilla nuorilla aikuisilla on masennuslääkkeisiin liittyen. Käytän medikalisaation käsitettä näkökulmana aineistoni tarkastelussa, sillä se on yksi keskeinen tekijä masennuksen lääkehoidon kasvun taustalla (Vuorenkoski 2005, 6). Tavoitteenani on tehdä näkyväksi ihmisten erilaisia masennuslääkennäkemyksiä masennuslääkkeisiin, sekä peilata saamiani tuloksia laajempaan medikalisaation ilmiöön. Tätä tietoa voidaan myöhemmin hyödyntää esimerkiksi silloin, kun masennuslääkkeitä tarjotaan potilaille hoitomuotona heidän masennukseensa.

Aloitin tutkielmani avaamalla nuorten aikuisten masennusta ja sen hoitoa koskevaa kirjallisuutta luodakseni kehykset tutkielmani aiheen ympärille. Tästä jatkan esittelemällä medikalisaation ilmiötä, josta puhuttaessa olen halunnut korostaa aiheen sosiaalista ulottuvuutta. (mm. Zola 1972; Itkonen 1994; Rauhala 1998; Nermes 2013; Pasternack 2015.) Hyödynnän viitekehyksessäni myös medikalisaation klassikkoteoreetikko Peter Conradin tutkimustyötä (Conrad 1976 & 1979; Conrad & Leiter 2004). Tämän jälkeen siirryn tutkielmalleni oleellisten aikaisempien tutkimusten esittelyyn, jotka käsittelevät masennuksen lääkehoidolliseen sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä, sekä masennuslääkkeiden käyttökokemuksia. Seuraavaksi tarkennan omat tutkimuskysymykseni ja esittelen käyttämäni aineiston. Aineiston analyysin olen toteuttanut abduktiivisella sisällönanalyysillä, jonka avulla olen muodostanut tuloksetluvussa esiteltävät kahdeksan nuorten aikuisten masennuslääkennäkemyksiä kuvailevaa luokkaa. Masennuslääkeluokkien läpikäynnin jälkeen esittelen luokkien merkityksiä medikalisaation näkökulmasta tarkasteltuna. Tuloksien jälkeen kokoon yhteen tutkielmani johtopäätökset, ja pohdin jatkotutkimuksen aiheita.

2. NUORTEN AIKUISTEN MASENNUS JA SEN HOITO

2.1 Masennus käsitteenä

Masennus on ilmiönä todella monimuotoinen, monitasoinen, ja vaikeusasteiltaan hyvin erilainen eri ihmisillä. Kysyttäessä, mitä masennus on, saadaan aina hyvin erilaisia vastauksia riippuen siitä, kenen näkökulmasta masennuksen käsitettä lähestytään. Esimerkiksi masentunut itse, hoitava henkilökunta, asiantuntijat, tutkijat, omaiset, väestö tai yhteiskunta antavat erilaisen, mutta aina yhtä oikean vastauksen. Lääketieteessä masennusta määritellään tarkasti, mutta lääketieteelliset määritelmät eivät välttämättä riitä avaamaan koko masennuksen käsitteen sisältöä sen yksilöllisen ulottuvuuden vuoksi. (Tuori 1996, 7–8.)

Psykiatriassa masennus määritellään aina virallista tautiluokitusta käyttäen. (Raitasalo 1977, 35.) Virallisen tautiluokituksen ICD-10:n mukaan lievän (F32.0), keskivaikean (F32.1) sekä vaikea-asteisen (F32.2 ja F32.3) masennustilan diagnoosin kriteereihin kuuluu, että masennus on kestänyt vähintään kaksi viikkoa, eikä henkilöllä ole aikaisemmin ollut hypomaanista tai maanista jaksoa. Lisäksi tavallisimmat poissulkukriteerit tulee huomioida. Tämä tarkoittaa sitä, ettei potilaalla ilmenevä oireisto aiheudu masennuksen sijasta päihteiden käytöstä, tai elimellisestä mielenterveyden häiriöstä. Lievän ja keskivaikean masennuksen yhteydessä diagnosoidaan myös somaattinen oireyhtymän, jos potilaalla todetaan neljä seuraavista oireista: 1) mielenkiinnon ja mielihyvän tunteen menettäminen, 2) herääminen aamuisin monta tuntia tavanomaista aiemmin, 3) masennuksen paheneminen aamuisin, 4) huomattava psykomotorinen hidastuminen, 5) kiihtymys, 6) ruokahaluttomuus, 7) painon lasku tai 8) libidon heikkeneminen. (Komulainen, Lehtonen & Mäkelä 2012, 146–147.)

Psykiatrian alalla masennus määritellään siis selkeästi, mutta muissa asiayhteyksissä masennus voi olla käsitteenä hyvinkin epäselvä. Psykiatrian termiä depressio ja sen vastineita masennus, masentuneisuus sekä masennustila käytetään niin puhekielessä, kuin tutkimuskirjallisuudessa hyvin eri tavoin. Tilanteista riippuen niillä voidaan tarkoittaa tunnetta, mielialaa, oiretta, oireyhtymää tai psykiatrista sairautta. Termiä depressio käytetään psykiatriassa kuitenkin pääosin vain kolmessa eri merkityksessä: Depressio voi tarkoittaa mielialan kuvausta, tai

se voi olla nimitys syndroomalle tai psykiatriselle häiriölle. (Solantaus 1994, 31.) Depressiivisyyttä voi lähestyä kahden eri käsitteen avulla: Koettu depressiivisyys ilmentää potilaan henkilökohtaista näkemystä, kun taas kliininen depressiivisyys nostaa esille asiantuntijoiden käyttämät masennuksen määrittelyn perusteet. (Raitasalo 1977, 34–35.) Käsite masennus voi puolestaan pitää sisällään psykiatrian depressio-käsitteen määritelmää suuremman kirjon eri merkityksiä, kuten esimerkiksi masentuneen mielialan (Solantaus 1994, 31).

Puhekielessä masennuksella tarkoitetaan yleensä ohimenevää masentunutta tunnetilaa. Masentunut tunnetila on osa normaalia tunne-elämää ja luonnollinen reaktio vastoinkäymisiä kohdattaessa. Kun masentuneisuus muuttuu pitkäaikaisemmaksi olotilaksi, voidaan puhua käsitteestä masentunut mieliala. Jos masentuneeseen mielialaan liittyy vielä muitakin oireita kuin mielialan lasku, voidaan psykiatriassa diagnosoida masennustila, eli kliininen depressio. Kyseessä on tällöin mielenterveyden häiriö. Masennukset pääoireita ovat masentunut mieliala, mielenkiinnon mielihyvän ja elämästä nauttimisen tunteiden puute sekä voimattomuus, väsymys ja aktiivisuuden väheneminen. Muita oireita voi olla esimerkiksi keskittymis- ja tarkkaavaisuuskyvyn väheneminen, itsetunnon lasku, arvottomuuden tunne, pessimistinen näkemys tulevaisuudesta, itsetuhoiset ajatukset, unihäiriöt sekä huonontunut ruokahalu. (Toivio & Nordling 2009, 104–105.)

Voidaan ajatella, että masennuksen käsittä tunnetaan puutteellisesti sen sisällöllisen laajuuden vuoksi. Irma Kiikkala (1996) on pyrkinyt luomaan käsitteelle kokonaisvaltaista määritelmää tutkimalla mielenterveystyön opettajien näkemyksiä masennus-käsitteen sisältöä kuvaavista piirteistä. Tutkimukseen osallistuneiden mielenterveystyön opettajien listaamista masennuksen piirteistä muodostettiin masennuksen käsitteelle alustava määritelmä, jonka mukaan masennus on aina yksilöllinen ja kokemuksellinen ilmiö, joka ylittää elämän kaikille osa-alueille. Tarkennettuna masennus syntyy pitkälti elämässä kohdattujen ristiriitaisuuksien kautta:

1. ”kokemuksellisen olemisen eli tunteiden, tiedon, tahdon ja toiminnan ulottuvuuden ristiriitaisuus
2. ristiriitaisuus suhteessa kuolemaan ja elämään
3. hengellinen ristiriitaisuus ja

4. fyysinen häiriö. Lisäksi masennus on
5. ristiriitaisuus itsen ja ympäristön välisissä suhteissa.” (Kiikkala 1996, 33–34.)

Outi Poutanen ja Marja Vuorinen (1998) määrittelevät masennuksen normaaliksi tunnetilaksi elämän surua aiheuttavissa tilanteissa, joita voivat olla esimerkiksi menetykset, kuolema tai ero. Usein tilanteisiin liittyvä masentuneisuuden tunne tasoittuu ajan myötä, mutta aina näin ei kuitenkaan tapahdu. Masennuksen pitkittyessä mielialan vakauttamiseen tarvitaan usein ammattilaisten tarjoamaa apua ja hoitoa. Masennus ilmenee erilaisina tunteina, ajatuksina sekä spesifinä käyttäytymisenä ja ruumiillisina tuntemuksina. On kuitenkin tärkeä muistaa, että joskus masennus voi olla vain oire jostain muusta sairaudesta, kuten alkoholiongelmasta. (Poutanen & Vuorinen 1998, 5.)

Itse määrittelen masennuksen käsitteen tutkielmassani lääketieteellistä näkemystä laajemmin. Edellä avattuun kirjallisuuteen pohjaten ajattelen masennuksen olevan masennusta sairastavalle hyvin henkilökohtainen kokonaisuus tunteita, ajatuksia, ruumiin reaktioita sekä aikaisemmasta poikkeavaa käytöstä. Masennuksen tunteen ja diagnosoitavissa olevan masennuksen erittelee mielestäni parhaiten pitkittyneen olotilan tekijä. Kun ihmisen kokee masentuneisuutta jatkavana olotilana useiden viikkojen ajan, voidaan edellä esiteltyjen masennuksen määritelmien sekä oman näkemyksenikin mukaisesti puhua masennuksesta jo mahdollisesti diagnosoitavissa olevana sairautena. Omassa tutkielmassani kohdennan masennuksen tarkastelun spesifisti nuoriin aikuisiin, joten seuraavassa luvussa siirryn käsittelemään kyseistä masennuksen potilasryhmää.

2.2 Nuorten aikuisten masennus

Nuorten pahoinvoinnin ja mielenterveyden häiriöiden puhutaan usein lisääntyneen, sekä myös jatkavan yleistymistään kasvavissa määrin. Nuoruusikäiselle väestölle ei kuitenkaan ole toteutettu sellaista systemaattista tutkimusta, jossa masennuksen esiintymistä olisi seurattu ja diagnosoitu useana peräkkäisenä vuonna todellisen jatkuvuuden selvittämiseksi. (Kaltiala-

Heino, Marttunen & Fröjd 2015.) Sen sijaan Suomessa 1998–2008 vuosien välillä toteutetussa tutkimuksessa ei havaittu muutoksia nuorten masennukseen ja ahdistuneisuuteen liittyvän emotionaalisen oireilun esiintymisessä (Sourander et al. 2012). Vastaavanlaisia tuloksia on saatu myös nuorten mielenterveystutkimuksessa, jonka mukaan 2000-luvun alussa nuorten keskivaikean tai vakavan masennuksen yleisyys oli tytöillä noin 10 prosenttia ja pojilla 5 prosenttia, eikä kyseinen tilastoitu masennusoireiden yleisyys muuttunut lukuvuoteen 2012–2013 mennessä (Kaltiala-Heino, Welling & Fröjd 2014). Silti, vaikka koko väestössä ei olisi-kaan havaittavissa masennusoireiden kasvavaa trendiä, saattaa tietyillä ihmisryhmällä tilanne olla toinen. Kouluterveyskyselyn aineistosta vuosina 2000–2011 toteutetussa suomalaistutkimuksessa nuorten masennuksen huomattiin yleistyvän sosioekonomisesti huono-osaisimpiin perheisiin kuuluvilla nuorilla, vaikka koko aineistoa tarkastellessa yleisyys ei näyttänyt lisääntyvän (Torikka et al. 2014).

Nuorena koetun masennuksen uusiutumiseen nuorena aikuisena on suuri riski, sillä nuoruusiässä ilmenevät masennukset oireet ennustavan vahvasti aikuisiän masennusta. Nuorten oireilu ennustaa jopa kaksi tai kolme kertaa suurempaa riskiä sairastua aikuisena masennukseen. Masennuksen oireet murrosiässä ennustavat vahvasti masennuksen ilmenemistä aikuisiässä jopa niillä nuorilla, joilla ei ole ollut diagnosoitua masennusta. (Pine et al. 1999.) Nuoren masennuksen uusiutumista ennustavia tekijöitä ovat muun muassa useat masennusjaksot nuoruuden aikana, usean perheenjäsenen kokemukset masennuksesta ja sen uusiutumisesta, epävakaa persoonallisuus, konfliktit vanhempien kanssa (vain naiset), negatiivinen attributiotyylä (vain miehet), sekä nuorella esiintyvät tunneriippuvuuden oireet. (Lewinsohn et al. 2000.)

Masennuksen uusiutuminen on silti vain yksi mahdollisista syistä nuorten aikuisten masennukseen sairastumiselle. Masennus on hyvin moniulotteinen sairaus, ja sen taustalla voi olla niin psykologisia, sosiaalisia kuin biologisiakin tekijöitä. Masennus on harvoin seurausta vain yhden tekijän vaikutuksesta. (Karlsson & Marttunen 2007, 8.) On tutkittu, että esimerkiksi vanhemmuuden sisältö ja sen kognitiivinen taso saattavat olla keskeinen tekijä nuorten aikuisten masennuksen ilmenemiselle (Blatt, Wein, Chevron & Quinlan 1979). Vanhemmuuden vaikutusten lisäksi myös lapsuudenaikainen pahoinpitelyn kohtaaminen on usein yksi

suuri tekijä nuorena ja nuorena aikuisena ilmenevään masennukseen. Lapsena koetun pahoinpitelyn vaikutukset voivat lisääntyä yksilön kasvaessa vanhemmaksi, jolloin riski sairastua masennukseen myös kasvaa. (Fletcher 2009.) Niillä nuorilla, joilla on lapsuuden aikaisia riskitekijöitä masennukseen sairastumiseen, voi kuitenkin olla myös sairastumiselta suojaavia tekijöitä. Merkittäviä masennukseen sairastumiselta suojaavia tekijöitä ovat perheen yhteenkuuluvuus, myönteinen minäkuva sekä hyvät keskinäiset suhteet muiden ihmisten kanssa. (Carbonell et al. 2002.) Masennuksen sairastumisen syyt eivät kuitenkaan sijoitu ainoastaan yksilön menneisyyteen. Nuorena aikuisena kohdatut yhteiskunnan sosiaaliset odotukset voivat myös aiheuttaa masennusriskin kasvua. Elämänkaaren täyttymättömät odotukset liittyen koulutustasoon, työhön, avioliittoon tai vanhemmuuteen voivat olla riskitekijöitä masennusoireiden syntymiselle. (Mossakowski 2011.) Lisäksi biologiset tekijät, kuten kognitiiviset häiriöt, ovat yleisiä masennusta ja ahdistuneisuushäiriötä sairastavilla nuorilla aikuisilla (Castaneda et al. 2008).

Benjamin Van Voorheesin ja kumppaneiden (2005) mukaan nuorten aikuisten (16–29 -vuotiaat) negatiiviset asenteet masennukseen ja sen hoitoon liittyen voivat aiheuttaa vaikeuksia masennuksen hoidon toteuttamisen kannalta. Negatiiviset asenteet ja uskomukset saattavat estää monia nuoria aikuisia hyväksymästä masennuksen diagnoosia, ja saada heidät myös kieltäytymään vastaanottamasta hoitoa masennukseensa. Van Voorhees ja kumppanit toteuttivat tutkimuksen, jonka tarkoituksena oli tehdä näkyväksi kyseisiä yhteyksiä masennuksen diagnoosista kieltäytymisaikomuksen sekä masennuksen oireiden vakavuuden, hoitoon liittyvien uskomusten ja asenteiden, subjektiivisten sosiaalisten normien ja henkilön aikaisemman käytöksen välillä. Kaikki tutkimukseen osallistuneet henkilöt olivat saaneet positiivisen tuloksen internet pohjaisella depressio-oireiden tunnistamiseen ja depression vaikeusasteen arviointiin kehitetyllä seulontamenetelmällä Center for Epidemiologic Studies Depression Scale:lla (CES-D). Osallistujat kertoivat myös halusivatko he vastaanottaa lääkärin antaman masennusdiagnoosin vai ei. Vastausten pohjalta tutkijat muodostivat mallin masennuksen diagnoosista kieltäytymisestä ennustavista tekijöistä. Tuloksien mukaan 26 % osallistujista ei aikonut ottaa vastaa masennusdiagnoosia, vaikka sitä heille tarjottaisiin. Uskomukset ja asenteet, subjektiiviset sosiaaliset normit sekä aikaisempi käytös selittivät suurimman osan tuloksen varianssista (84 %). Kyseisiä masennusdiagnoosista kieltäytymiseen vaikuttavia tekijöitä

olivat vastaajien uskomus lääkehoidon tehottomuudesta masennuksen hoidossa, epäily masennuksen biologisesta alkuperästä sekä häpeän tunteen kokeminen, jos ystävät saisivat tietää vastaajat sairastavan masennusta. Tutkimuksen mukaan negatiiviset uskomukset ja asenteet, subjektiiviset sosiaaliset normit sekä aikaisempien positiivisten hoitokokemusten puuttuminen ovat yhteydessä masennuksen diagnoosista kieltäytymisaikomuksen kanssa. Tästä saattaa seurata masennuksen hoidon puuttumista tai sen vähäisyyttä nuorten aikuisten keskuudessa. (Van Voorhees et al. 2005.)

Nuorten aikuisten masennus on siis monimuotoinen sairaus, johon vaikuttavat niin nuorten menneisyys kuin tulevaisuudelle asetetut odotukset. Masennus saattaa lisäksi olla nuorille aikuisille vaikeasti hyväksyttävä sairaus, sillä masennusdiagnoosin hyväksyminen ei ole heille aina yksiselitteinen asia. Oman tutkielmani kannalta on tärkeää ymmärtää nuorten aikuisten masennuksen taustalla vaikuttavia syitä, sekä nuorten aikuisten suhtautumista masennukseen sairautena. Kyseiset tekijät vaikuttavat osaltaan siihen, miten nuorten aikuisten masennuslääkenäkemykset syntyvät.

2.3 Masennuksen hoito

Esittelen seuraavaksi masennuksen hoidon periaatteita. Omassa tutkielmassani olen kiinnostunut masennusta sairastavien nuorten aikuisten masennuslääkenäkemyksistä, ja siksi avaam erityisesti masennuksen lääkehoidollisia suosituksia. Masennuksen hoitoon on kuitenkin olemassa useita erilaisia keinoja. Masennusta voidaan hoitaa masennuslääkkeiden lisäksi myös terapian avulla, sekä vaikeimmissa tapauksissa sähköhoidolla tai magneettistimulaatiolla (Heiskanen, Huttunen & Tuulari 2011).

Masennustilan kehittyä monien eri syiden seurauksena, ja siksi sen hoidonkin tulee olla moniulotteista (Toivio & Nordling 2009, 111). Masennuksen hoidossa voidaan käyttää biologisia, psykologisia sekä potilaan sosiaaliseen ympäristöön vaikuttavia menetelmiä. Hoitomuodoista etenkin masennuslääkkeiden, psykoterapian ja sähköhoidon vaikuttavuudesta on saatu kliinisillä tutkimuksilla vahvaa näyttöä, ja potilaan tulisikin saada aina vähintään yhtä kysei-

sistä hoitomuodoista. Paras tulos saadaan kuitenkin aikaiseksi eri hoitomuotoja yhdistelemällä. Biologisia hoitomuotoja tulisi käyttää erityisesti keskivaikeissa, vaikeissa ja psykoottisissa masennustiloissa. Tosin lievienkin masennustilojen hoidossa masennuslääkkeiden käyttö on perusteltua, jos ensisijaisena pidettävää psykoterapeuttista hoitoa ei ole saatavilla. (Lönnqvist, Henriksson, Marttunen & Partonen 2013, 180–184; Isometsä et al. 2004, 744, 752.)

Vaikka masennuslääkkeiden käyttö on tärkeänä pidetty osa masennuksen hoitoa, ei psykoterapian merkitystä tule silti unohtaa tai vähätellä, sillä psykoterapia kuuluu sekä kansallisiin että kansainvälisiin masennuksen hoitosuosituksiin. Tutkimukset ovat osoittaneet erityisesti kognitiivisen psykoterapian sekä interpersonaalisen psykoterapian olevan erityisen toimivia masennuksen hoidossa, ja ne ovatkin nykyisin tavallisimpia masennuksen hoidon terapia-muotoja. (Heiskanen, Huttunen & Tuulari 2011, 81, 84–85; Toivio & Nordling 2009, 111.) Terapiat ovat aina strukturoituja ja niiden sisältö fokusoituu terapiassa käsiteltävän ongelman mukaan. Terapiakokonaisuuteen kuuluu tavallisesti 15–10 istuntoa, jotka järjestetään noin kerran viikossa. (Toivio & Nordling 2009, 111.) Psykoterapia perustuu psykoterapeutin sekä yhden tai useamman asiakkaan väliseen vuorovaikutukseen. Keskusteluhoidolla tähdätään samaan lopputulokseen kuin masennuslääkkeitä käytettäessäkin, eli asiakkaan olotilan kohentamiseen ja parantamiseen. (Heiskanen, Huttunen & Tuulari 2011, 81, 84–85.) Masennuksen hoidolle ei ole kuitenkaan rakennettu sisällöltään ja toteutukseltaan aina yhtäläistä psykoterapiaa. Psykoanalyttinen depressiotutkimus on jo vuosikymmenien ajan tarkastellut masennusta monien eri teorioiden kautta, ja tämä muodostaa laajan pohjan masennuksen psykoterapian eri variaatioille. Samalla masennukselle altistavat tekijät, masennuskokemukset sekä masennuksen syntyhistoria ovat jokaisella masennusta sairastavalla potilaalla hyvin erilaiset. Näiden tekijöiden vuoksi psykoterapian sisältö täytyy rakentaa jokaiselle henkilölle tapauskohtaisesti. Yleistä masennuksen psykoterapialle on kuitenkin usein sen haastavuus, sillä sairauteen liittyy vahvasti ihmistä tuhoavia piirteitä, kuten esimerkiksi kasvanut itsemurhavaara. (Myllärniemi 2009, 27–52, 135.) Vaikeimpien masennustilojen hoidossa on suositeltavaa käyttää myös aivojen sähköhoitoa tai magneettisimulaatiota (Heiskanen, Huttunen & Tuulari 2011, 85).

Nuorten (12–22 vuotiaat) kohdalla masennuksen hoidossa on omia erityispiirteitensä. Nuoruudenaikaisen depression hoitoa on tutkittu suhteellisen vähän, ja usein hoitomenetelmät ovat kehitetty aikuisilla tehokkaiksi todetuista hoitomuodoista. Nuorten hoito depression akuuttivaiheessa suositellaan aloitettavaksi lääkehoidon sijasta psykososiaalisilla menetelmillä, kuten kognitiivisbehavioraalisella yksilö- ja ryhmäterapialla, tai nuorille sovelletulla interpersoonalisella terapialla. Suomessa nuorten masennuksen hoidossa usein käytetty psykodynaaminen psykoterapia järjestetään tavallisimmin 1–2 tapaamiskerralla viikossa, ja lyhyt hoitojakso kestää noin 4–6 kuukautta, kun taas pidennetty hoitojakso kestää 1–3 vuotta. Jos nuoren depressio ei lievene 4–6 viikossa, nuoren toimintakyky on selkeästi lamaantunut depression vuoksi, tai nuoren vakava masennus uusiutuu, on suositeltavaa aloittaa myös masennuksen lääkehoito. Tavallisemmin alle 18-vuotiailla aloitetaan SSRI (selektiiviset serotoninin takaisinoton estäjät) -ryhmään kuuluva lääke, jota jatketaan vielä 6–9 kuukautta masennuksen helpottumisen jälkeenkkin uusiutumisvaaran ehkäisemiseksi. (Karlsson & Marttunen 2007, 13–14.)

Lääkehoidon perusteisiin kuuluu, että hoidosta päätetään aina yhdessä potilaan kanssa, ja lääkärin tulee tuntea potilaan somaattinen tila tarpeeksi hyvin ennen lääkehoidon aloittamista. Lääkehoidon tarpeen selvitettyään lääkärin tulee valita potilaalle sopiva lääke, määrätä asianmukaisia annoksia sekä seurata lääkkeen vaikutuksia. Vaikka lääkkeiden turhaa määräämistä on vältettävä, on niiden käyttö yleistynyt myös lievempien masennustapausten hoidossa. Syynä tähän on usein lääkehoidon tehokkuus. Ensimmäiset tehokkaat depressiolääkkeet, eli masennuslääkkeet, tulivat kliiniseen käyttöön 1950-luvulla. Kiinnostus lääkehoidon vaikutuksiin nousi jälleen 1980-luvulla, jolloin käyttöön tuli uusia mielialalääkkeitä. Siitä lähtien masennuslääkkeiden käyttö on yleistynyt ja levinnyt yhä useammille potilasryhmille. (Lönnqvist, Henriksson, Marttunen & Partonen 2013, 717–718, 728.)

Kun ensimmäiset depressiolääkkeet tulivat käyttöön 1950-luvulla, niiden tarkoituksena on lieventää masennuksen oireita ja parantaa potilaiden toimintakykyä vaikuttamalla keskushermoston hermosolujen välittäjäainesysteemeihin (serotoniini, noradrenaliini, dopamiini). Eri-laisia depressiolääkkeitä on nykypäivänä jo useita, mutta tavallisimpia ovat SSRI-lääkkeet, kaksoisvaikutteiset lääkkeet sekä vanhimmat, eli trisykliset lääkkeet. SSRI-lääkkeet (selektiiv-

viset serotoniinin takaisinoton estäjät) lisäävät serotoniinin välittämää viestintää hermosolujen välillä. Kaksoisvaikutteiset depressiolääkkeet lisäävät sekä serotoniinin että noradrenaliinin vaikutusta aivoissa. Trisykliset depressiolääkkeet lisäävät erityisesti serotoniinin ja noradrenaliinin määrää hermopäätteissä, mutta niillä on monia sivuvaikutuksia, kuten väsymys, suun kuivuminen ja huimaus. Lisäksi kyseiset lääkkeet ovat yliannoksina vaarallisia. (Toivio & Nordling 2009, 244–245.)

Antidepressiivinen lääkehoito jaetaan akuutti-, jatko- sekä ylläpitohoitoon. Akuutihoidossa tavoitteena on mahdollisimman täydellinen oireettomuus, jonka saavuttamiseen masennuslääkkeet ovat yksi tehokkaimmaksi osoitetuista hoitomuodoista. Kliinisissä lääkehoidon akuuttivaiheen tutkimuksissa kahdella kolmasosalla lääkehoitoa säännöllisesti käyttävistä potilaista on selkeä lääkeväste 4–6 viikon kuluessa. Noin puolet kyseisistä käyttäjistä tulee täysin oireettomiksi. Kun potilaan masennusoireet ovat hävinneet, siirrytään akuutihoidosta jatkohoitoon. Masennuslääkkeitä tulisi jatkaa noin puoli vuotta akuutihoidon jälkeen oireiden uusiutumista vaaran takia. Jatkohoitovaiheen jälkeen masennuslääkitys on mahdollista purkaa asteittain, jos jatkohoidon tarvetta ei ole, tai jos potilas ei ole motivoitunut ylläpitohoitoon. Masennuslääkkeen ylläpitohoitoa suositellaan lähinnä silloin, jos masennus on uusiutunut jo kaksi tai kolme kertaa. Masennuslääkkeiden tehon oletetaan jatkuvan vuosien ajan, vaikka näyttöä pitkäaikaisista vaikutuksista puuttuukin. (Lönnqvist, Henriksson, Marttunen & Partonen 2013, 180–184; Isometsä et al. 2004, 748–752.)

Masennuksen hoidolla on siis vankat lääkehoitoon pohjautuvat juuret. Lääkehoito nähdään useimmiten tehokkaana ja vaarattomana. Poikkeuksen tekee masennuksen hoito nuorilla potilailla, joilla suositetaan ensisijaisesti lääkkeettömiä hoitomuotoja (ks. Karlsson & Marttunen 2007). Vaikka lääketieteellisesti perusteltuna masennuslääkkeiden käytön nähdään useimmiten olevan selkeä ratkaisu potilaan hyväksi, tarjoaa medikalisaation käsite toisenlaisen näkökulman lääkehoidon periaatteiden tarkastelulle. Seuraavassa luvussa siirryn esittelemään tarkemmin medikalisaation ilmiötä.

3. MEDIKALISAATIO

3.1 Medikalisaation käsite

Medikalisaation käsite nousi ensimmäistä kertaa esille 1960-luvun lopulla sosiologian piirissä, ja siitä tuli pian suosittu tutkimuksen kohde etenkin lääketieteelliselle sosiologialle. Medikalisaation käsite tarkoittaa ihmisten ja yhteiskunnan toimintojen siirtymistä lääketieteellisen selittämisen piiriin. Siirtymää tapahtuu useasta eri syystä: Lääketieteen edustajat laajentavat aktiivisesti toimialueitaan samalla kun ihmisten uudet terveystarpeet, sekä muut yhteiskunnalliset ja sosiaaliset muutokset työntävät arjen ilmiöitä lääketieteen puolelle. Esimerkin medikalisaation synnystä saa psykiatrian kentältä, jossa vielä 1960 ja 1970-luvuilla jyrkkimpien kriitikoiden mukaan psykiatrisia sairauksia ei ollut olemassa. Vallinneen näkemyksen mukaan aivosairauksia tulee tutkia ja hoitaa aivosairauksina, mutta ihmisten poikkeavaa käyttäytymistä ei pidä medikalisoida. Tutkimukset ovat kuitenkin osoittaneet, että vakavat mielialahäiriöt ovat koko kehon sairauksia, jolloin asennoituminen oireiden medikalisoimiseen on saanut uusia näkökulmia, ja nykypäivän suhtautuminen on jo hyvin toisenlainen. (Louhiala & Launis 2009, 174, 178.) Nykypäivän mielialahäiriöiden medikalisaation hyväksymistä kuvaa muun muassa edellisessä kappaleessa esitelty biologisten hoitomuotojen yleinen käyttösuositus erilaisten masennustilojen hoidossa (ks. luku 2.3, Lönnqvist, Henriksson, Marttunen & Partonen 2013; Isometsä et al. 2004). Vaikka medikalisaation jyrkkimmästä torjumisesta ollaan siirrytty suopeampaan suhtautumiseen, ei medikalisaation ilmiö ole kuitenkaan lineaarinen tapahtuma. Ajan myötä jonkin alueen lääketieteellistyessä saattaa jokin toinen ilmiö siirtyä sen ulkopuolelle. (Conrad & Schneider 1992, Topo 2006, 171 mukaan.)

Ivan Illich'n klassikkoteos *Medical Nemesis* painotti ilmestyessään vahvasti lääketieteellistä yhteisöä terveyden suurimpana uhkana. Myöhemmin Illich on katunut voimakkaita sanojaan, ja hän on siirtynyt pitämään ruumiin ihannoitua suurimpana yhteiskunnan terveysuhkana. Silti Illich'n ja myös muiden yhteiskuntakriitikoiden mielestä lääketiede määrää edelleen liian suurta osaa ihmisten elämästä. Lääketiede pääsee määrittelemään ihmisten yksityistä ja julkista elämää huonontamalla ihmisten luonnollista terveyttä ja elämän laatua. Näin tapahtu-

essa lääketieteen määräysvalta ei johda ihmisten elämän parantumiseen, ja siksi medikalisaatiolla on negatiivinen leimansa. (Illich 1974, Hyypän 1997, 92–93 mukaan.) Toinen klassinen medikalisaatiotutkija Irvin Zola (1972) näkee medikalisaation myös negatiivisena ilmiönä. Zolanin teos *Medicine as an Institution of Social Control* kertoo lääketieteen saavuttaneen yhteiskunnassa aseman uutena totuuden tietolähteenä. Asema on saavutettu medikalisoimalla ihmisten jokapäiväistä elämää aina vain enemmän, jolloin lääkityksen merkitys, sekä käsitykset terveydestä ja sairaudesta ovat yhä perustavanlaatuisempia kysymyksiä ihmisten olemassaololle. Näin ollen lääketieteestä on muodostunut suuri sosiaalisen kontrollin instituutio. (Zola 1972, 487.)

Suomessa medikalisaatioon, ja etenkin sen merkitykseen ihmistieteissä, on perehtynyt filosofi Lauri Rauhala. Rauhalan (1998) mukaan medikalisaatio tarkoittaa kulttuurimme tendenssiä lääketieteellistymiseen, ja termi on syntynyt kritisoimaan nykyajan ihmistutkimusta sekä yhteiskunnan järjestelmiä. Lääketieteelliselle asiantuntijuudelle annetaan holhoava ja kontrolloiva asema, ja terveydenhuollollisten organisaatioiden tai niitä edustavien henkilöiden johtava ja valvova rooli ulottuu myös monille muille ammattialueille, esimerkiksi sosiaalihuollon piiriin. Kyseinen asettelu saa työmuotojen varsinaiset asiantuntijat, kuten esimerkiksi sosiaalityöntekijät, tuntemaan oman työsektorinsa uhatuksi. (Rauhala 1998, 139, 141.)

Rauhala (1998) nostaa esille muutamia medikalisaation puolustuksessa usein käytettyjä argumenttejä. Ensinnäkin medikalisaatiota on puolustettu sanomalla sairaus- ja tautidiagnoosien siirtävän syyllisyyden tunteet ja vastuun tilanteestaan sairaalta ihmiseltä auttamistyön ammattilaisille. Rauhalan mukaan henkilökohtaisen vastuun poistaminen ihmisiltä on jo liian yleinen ilmiö, ja sillä voi olla monia negatiivisia seurauksia. Medikalisaatiosta seuraavan ihmisten henkilökohtaisen vastuun poistamisen haittavaikutukset ovat merkittävämmät, kuin siitä mahdollisesti saatava hyöty. Toiseksi medikalisaatiossa käydyssä keskustelussa esiintyy usein argumentti, jonka mukaan ihmistä tulisi ajatella kokonaisuutena, ja medikalisaation käsite auttaa luomaan yhdenmukaista käsitteistöä kyseiselle ajattelutavalle. Rauhala kumoaa ajattelutavan huomauttamalla, että yhteistä kieltä ja käsitteistöä vaadittaessa tullaan edellyttäneeksi, että ihminen olisi aina homogeeninen muiden ihmisten kanssa. Koska näin ei kuitenkaan ole, ei medikalisaatio tarjoama käsitteistö ole hyödyksi ihmisille tai ihmistieteille. Kolmanneksi Rauhala kritisoi lääketieteen sairaus- ja tautiajattelun puolustelua argumentilla,

jonka mukaan psyyken lääkkeiden on todettu auttavan psyykkisiin häiriöihin. Reaalitieteissä epämääräinen psyyken käsite tulisi olla täysin hylätty, sillä se päättyy oletamaan, että todellisuudessa on olemassa olio psyyke, johon lääkkeet toimisivat. Psyykeen käsitteen tilalla tulee näin ollen puhua tajunnasta. Tajunta on merkityksistä koostuva ihmisen subjektiivinen maailmankuva, jota ei voida hoitaa lääkkein. Tällöin päämääränä tulisi olla aivojen hoitaminen, jotta ne pystyvät muodostamaan merkityksiä. (Rauhala 1998, 134–144.)

Medikalisaation juuret ovat siis biologisoivissa ajattelutavoissa, jotka ihmiset usein hyväksyvät helposti niitä kyseenalaistamatta. Rauhala (1998) kuitenkin osoittaa medikalisaation olevan aivan liian yksipuolinen lähtökohta ihmistieteille, joten ihmistutkijoiden tulisi kehittää tieteellistä ajatteluaan pois biologisista ja medikalisaatiota ylläpitävistä lähtökohdista. (ks. Rauhala 1998, 140, 143, 144.) Näkemys on vastaava kuin aikaisimmillakin klassisilla medikalisaatiotutkijoilla Ivan Illich’llä sekä Irvin Zolalla, jotka lähestyivät medikalisaatiota ihmisiä kontrolloivana ja yksinkertaistavana ilmiönä (ks. Illich 1974, Hyypän 1997 mukaan; Zola 1972). Medikalisaation voi siis nähdä olevan vaarallinen käsite ihmistieteille. Liiallinen biologisiin näkökulmiin takertuminen yksinkertaistaa ihmisten käyttäytymisen ymmärtämistä, jolloin ihmiset ja heidän toimintansa voidaan päätyä näkemään puutteellisen ja jopa väärän tiedon valossa. Samalla lääketieteen ja sen asiantuntijoiden professionaalinen ylivertauuden laajeneminen koskemaan yhä vain useampia työsektoreita kyseenalaistaa Rauhalan esimerkin mukaisesti myös sosiaalityöntekijöiden asiantuntija-asemaa. Sosiaalityössäkin on näin ollen hyvin tärkeää ymmärtää medikalisaation käsitteen synty ja sen jatkuva kehitys, jotta omasta asiantuntijuudesta ja sen tärkeydestä ihmistieteille osataan pitää kiinni.

3.2 Medikalisaatiokeskustelu

Käytän omassa tutkielmassani vuonna 2002 kerättyä valmista aineistoa. Tämän vuoksi käyn seuraavaksi läpi 2000-luvun taitteessa vallinnutta medikalisaatiokeskustelua ja vertaan sitä nykypäivän tilanteeseen. Medikalisaatiokeskusteluun tutustuminen antaa myös hyvän pohjan tutkielmani kontekstin kokonaisvaltaisemmalle hahmottamiselle. Käsittelen luvussa sekä suomalaista että ulkomaalaista keskustelua, ja pyrin käyttämään sekä lääketieteen että sosiaality-

teiden lähteitä. Näin saan muodostettua aiheesta mahdollisimman laajan näkökulman. Pääpainotus on silti Suomessa 2000-luvun taitteessa käydyssä medikalisaatiokeskustelussa, sillä näen sen ymmärtämisen olevan tärkeää tutkielmani aineiston vuoksi. Käyttämäni lähteet olen valinnut tekstin julkaisuvuoden perusteella, eli rajasin lähteet sijoittumaan 2000-luvun taitteeseen, sekä vertailun mahdollistamiseksi mahdollisimman uusiin julkaisuihin.

Suomessa 1990-luvun alussa ei juuri käyty keskustelua medikalisaation ilmiöön liittyen, sillä terveydenhuolto nähtiin lähinnä ihmisen parasta ajattelevana tahona. Medikalisaatioon perehtynyt tutkija Hannu Itkonen (1994) nimeää 90-luvun kirjallisuudessa ainoastaan kaksi muuta medikalisaation tutkijaa, Elianne Riskan ja Elina Hemminkin (Itkonen 1994, 44). Myöhemmin medikalisaatiokeskustelussa voi kuitenkin nähdä tapahtuneen kasvua. Esimerkiksi Helsingin Sanomissa esiintyvien medikalisaatiota käsittelevien artikkeleiden määrässä tapahtui käänös 1990-luvun loppupuolella, jolloin medikalisaation käsite alkoi esiintyä mediassa kasvavissa määrin. Medikalisaation käsite oli tuolloin useimmiten näkyvillä mielenterveyteen, valtaan, ikääntymiseen tai naista koskevaan medikalisaatioon liitettynä. (Aherto 2008.)

Hieman myöhemmin vuonna 2003 lääketieteellisen aikakauskirja *Duodecimin* teemanumerossa käsiteltiin ajankohtaisena aiheena medikalisaatiota. Pääkirjoituksessa mainittiin medikalisaation käsitteen olevan useimmille lääkäreille vielä melko tuntematon käsitteen määrittelyn vaikeuden vuoksi, ja teemanumeron kahdeksan kirjoituksen toivottiinkin herättävän keskustelua aiheesta. Kirjoituksissa medikalisaatiosta puhuttiin monista eri näkökulmista: Medikalisaation merkityksistä, historiasta, lääkäreiden asemasta medikalisaation vauhdittajina ja uhreina, paramedikalisaatiosta, genetismistä, vanhenemisesta, kuolemasta sekä lääketieteen loputtomista mahdollisuuksista medikalisaatioon liittyen. Kaiken kaikkiaan *Duodecimin* teemanumerossa medikalisaatiosta ja sen yleistymisestä kirjoitettiin pohtivaan ja myös huolestuneeseenkin sävyyn. (Mustajoki et al. 2003.)

Medikalisaatiokeskustelua on käyty lääketieteen ja diagnostiikan painottamisen lisäksi myös yhteiskunnallisista ja sosiaalisista näkökulmaa korostavista lähtökohdista. Jyri Puhakaisen (2002) näkemyksen mukaan lääketieteellisen puhettavan ylikorostuminen on esteenä ihmisten todellisten ongelmien näkemiselle. Ilmiö on keskeinen monista sairauksista ja sosiaalisista

ongelmista puhuttaessa, ja myös masennus kuuluu tähän ryhmään. Kyseisiä ongelmia ei kuitenkaan tulisi luokitella yksilöiden tai yhteiskunnan terveysongelmiksi, vaan niitä tulisi pikemminkin käsitellä yksilön elämisen taidon, vuorovaikutussuhteiden sekä kokemusmaailman kysymyksinä. Puhakainen näkee medikalisaation aseman vahvana, sillä esimerkiksi masennuslääkkeiden käyttömäärät ovat nousussa, eikä hän näe yhteiskunnassa merkkejä tulevaisuudessa tapahtuvaan suunnanmuutokseen. (Puhakainen 2002 13–15, 20.)

Pekka Vuoria (2000) toteaa medikalisaation vääristävän ihmiskäsitystä, sekä käsityksiä sairauksista luomalla hyvin kapeaa näkökulmaa yhteiskunnassa esiintyviin ilmiöihin. Sairaudet tulisi tunnistaa biopsykososiaalisina kokonaisuuksina, eikä medikalisaatioon sopivan ajattelun mukaisesti vain potilaaseen asettuvana sairausoliona, joka on mahdollista poistaa kemiallisesti tai kirurgisesti. Lääkäreillä tulee lääketieteellisen taidon lisäksi olla myös sosiaalisen perspektiivin ymmärtämisen taitoa ja kykyä kuunnella potilasta todellisen kokonaiskuvan muodostamiseksi tämän tilanteesta. Vuorian mukaan on huolestuttavaa, jos biolääketieteelliset tosiseikat ovat ainoita selitystapoja ihmisten ongelmien ratkaisemiseksi. (Vuoria 2000.)

Biolääketieteellisen näkemyksen kehittymiselle hallitsevaan asemaan terveydestä puhuttaessa on monia syitä. Hannu Itkonen ja kumppanit (1994) ovat tarkastelleet terveyden käsitteen muodostumista, ja selkeyttäneet tätä kehityksen kulkua. Alkujaan terveyden käsitteen tarkkaa määrittelyä tarvitsi ainoastaan lääketiede, joten terveyden biolääketieteellisen mallin kehittyminen on ollut luonnollista. Tieteen kehittyessä luonnontieteellisen tutkimuksen dominoivuus on näin ollen ollut selkeää. Kehitystä selittää osaltaan myös medisiinisen työn keinovalikoimat: Vaikka lääkäri huomaisi potilaan häiriön johtuvan tämän elinoloista, lääkäriellä ei ole mahdollisuuksia määrätä tälle toisenlaisia elinoloja. Lääkäri pystyy puuttumaan potilaan tilanteeseen ainoastaan lääketieteellisin keinoin. Kun sosiaalipolitiikan kasvun myötä terveydestä tuli myös yksi yhteiskuntapolitiikan tavoitteista, syntyi tarve määrittää terveyden käsitteellistä näkökulmaa laajempaan käsitteeseen. (Itkonen ym. 1994, 59.)

Markku Hyypä (1997) näkee terveyden biolääketieteellisen määrittelyn tarjoavan riittämättömän sisällön terveyden-käsitteen kuvailulle. Arkielämässä terveys keskittyy käsitykseen

omasta ruumiista, joka joko voi hyvin, tai huonosti. Modernin ihmisen hyvän ja oikean elämän määrittelemiseen tarvitaan kuitenkin paljon muutakin kuin lääketiede ja sen opit. Medikalisaatio eli lääketieteellistäminen tarkoittaa biolääketieteellisesti perusteltujen terveyskäsitusten painottamista ihmisten elämässä, ja tämän toiminnan nähdään huonontavan ihmisten luonnollista terveyttä ja elämänlaatua. Lääketiede on vallankäyttäjää, joka kontrolloi sosiaalisia ilmiöitä terveyden käsitteellä ja tunkeutuu näin määrittelemään ihmisten yksityistä ja julkista elämää aivan liian laajasti. Tämä näkyy esimerkiksi siinä, että ihmiset kokevat arkiset huolet usein ruumiillisina tuntemuksina, ja edes pieniä vaivoja on vaikeata sietää ilman ammattiauttajan apua. Tätä apua lääkärit antavat tautinimikkeitä, eli diagnooseja tarjoamalla. Monet tutkimukset ovat osoittaneet lääketieteen harjoittavan myös laajempaa taloudellista ja poliittista vallankäyttöä. Yhteiskunnallisia ongelmia pyritään ratkaisemaan terveyspoliittisina, tai jopa suoraan ainoastaan lääketieteen avulla. Esimerkiksi yhteiskuntaeettiset kysymykset abortista, hoidon priorisoinnista tai eutanasiasta pyritään ratkaisemaan lääketieteen auktoriteetilla. Taloudellinen vallankäyttö on medikalisaatiolle tätäkin tavanomaisempaa, sillä terveydestä on tehty puhtaasti markkinatavaraa. Mitä tavallisemmin ihmiset kokevat vointinsa huonoksi, sitä enemmän rahaa virtaa terveystaloukselle. (Hyypä 1997, 93–96.)

Nykypäivän medikalisaatiokeskustelu jatkaa kasvamistaan vanhoja linjojaan mukailen. Suomessa Maarit Nermes (2013) ja Iris Pasternack (2015) osoittavat medikalisaatiokeskustelun käsittelevän edelleen samoja aiheita, kuin 2000-luvun taitteessakin: Masennuslääkkeiden käyttömäärät jatkavat yhä edelleen tänäkin päivänä kasvuaan, ja yhtenä syynä tähän nähdään masennuksen yli-diagnoosi. Lääketeollisuuden liiketoiminta saa kritiikkiä omien kasvutarpeidensa tyydyttämisestä väärin diagnosoitujen terveiden ihmisten kustannuksella. Medikalisaation haitoista puhutaan yhä myöskin tuomitsevaan sävyyn, mutta loppua sairausdiagnoosien ja lääkemääräysten kasvulle ei silti ole nähtävissä. (Nermes 2013; Pasternack 2015.)

Medikalisaatiokeskusteluun voidaan ottaa kantaa myös siihen liittyviä käsitteitä tarkentamalla. Aikaisemmin lääketiede oli hallitsevassa asemassa terveyden määrittelijänä (ks. Itkonen ym. 1994; Hyypä 1997). Nykyään terveyden käsitteestä on saatavilla laajempia, ja eri elämän ulottuvuuksia paremmin huomioivia määritelmiä. Esimerkiksi ryhmä terveyden määrittelyä perehtyneitä asiantuntijoita tarjosi Maailman terveysjärjestö WHO:n vuonna 1948

esittelemän utopistiseksi kuvaillun terveyden määritelmän tilalle toista mahdollista määritelmää. WHO:n mukaisesti terveys on ”täydellisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila eikä pelkästään sairauden poissaoloa.” Asiantuntijaryhmän mukaan kyseinen määritelmä ei ole täysin toimiva. Ryhmän mielestä ”terveys on yksilön kykyä sopeutua ja itse korjata sosiaalisen, fyysisen tai tunne-elämään liittyvän haasteen aiheuttamat häiriöt”. (Malmivaara 2011.)

Vaikka nykypäivän terveyden määritelmät eivät enää ilmennä lääketieteelle valtaa ja auktoriteettia määritellä terveyttä yksinomaan omista lähtökohdistaan, jatkaa medikalisaatio silti voittokulkuaan. Esimerkkinä tästä on medikalisaation jatkuvasti keräämät uudet aluevaltaukset, kuten muun muassa rakkauden medikalisointi. Brian Earpin, Anders Sandbergin ja Julian Savulescun (2015) mukaan uudet farmaseuttiset tai muut teknologiat mahdollistavat romantiin ihmissuhteisiin vaikuttamisen. Esimerkiksi lääkkeiden avulla voidaan joko lisätä, tai vähentää parien kokemaa intohimon, viehätyksen tai kiintymisen tunteita. Ihmisten välisiin rakkaussuhteisiin vaikutetaan jo muun muassa pariterapian muodossa, mutta neurokemikaaliset aineet voisivat toimija osana esimerkiksi parien välisen kommunikoinnin parantamisessa. (Earp, Sandberg & Savulescu 2015, 1–3.) Nykyään käydään siis keskustelua jopa sosiaalisten asioiden, kuten rakkauden, medikalisoinnin tarpeista. Ajatus rakkauden medikalisoinnista on kuitenkin saanut osakseen paljon kritiikkiä (ks. mm. Hauskeller, Nyholm & Macgregor 2015), jonka tarkoituksena on kyseenalaistaa medikalisaation laajeneminen koskemaan ihmisten elämän henkilökohtaista ja sosiaalista puolta.

Jörg Blechin (2003) mukaan tarkoituksen mukainen medikalisaation kannatus on perustana monien lääketehneiden, laitevalmistajien sekä lääkäriyhmien liiketoiminnalle. Ihmisille tarjotaan aina vain uusia väärin perustein syntyneitä tautikuvauksia ja niiden lääkityksiä, jolloin terveet ihmiset ovat vaarassa ajautua medikalisaation myötä turhaan diagnosoiduiksi. Kyse on siis lääketieteen vallasta tauti- ja sairastuomien synnyssä (Blech 2003.) Peter Conradin (2005) mukaan medikalisaation vahva asema johtuu siitä, että sen kehitys on saanut enemmän uusia moottoreita. Medikalisaatiota ajaa nykyään eteenpäin ennemminkin mainonnan ja markkinoinnin edut, kuin professionaaliset vaatimukset. Esimerkki tästä on medikalisaation uudet aluevaltaukset, kuten naiskauneuden medikalisointi. (Conrad 2005, 8,10.)

Roger Mulderin (2008) mukaan medikalisaatio vaikuttaa myös käsityksiin masennuksesta. Mulder on tutkinut vakavan masennuksen diagnosointia, sekä sen lääkehoidollisia perusteita. Vakavan masennuksen syndroomaa pidetään tarkasti määriteltävissä olevana mielenterveyden sairautena, jonka yleisyys lisääntyy jatkuvasti niin paljon, että sen oletetaan olevan vuonna 2020 maailman toiseksi yleisin sairaus the International Burden of Disease ranking -listalla. Vakava masennus ajatellaan siis olevan mahdollista määritellä, ja näin ollen myös diagnosoida vakavaa masennusta sairastavia ihmisiä homogeenisenä potilasryhmänä. Mulderin mukaan tämä ei todellisuudessa kuitenkaan ole mahdollista, vaan vakavan masennuksen yleistyminen syntyy todellisuudessa monista diagnoosin saamiselle epäoleellisista tekijöistä. Todellisuudessa vakavaa masennusta sairastavat ihmiset sekoitetaan niihin, jotka ainoastaan jakavat heidän kanssaan samankaltaiset oireet. Oireita myös kartoitetaan asiayhteyden kuulumattomina. Vakavan masennuksen diagnoosilla saatetaan hakea hyötyä lääkeyhtiöille, tutkijoille tai klinikoille. Lisäksi surullisuuden ja ahdistuneisuuden sosiaaliset rakenteet ovat muutoksessa. Tästä johtuen Mulder pitää kaikkien yksilöiden standartoitua lääkettä sekä mahdollisena että tarpeettomana, ja hoito vakavan masennuksen hoito tulisi järjestää muutoin kuin lääkehoidon avulla. (Mulder 2008.)

Medikalisaatiokeskustelun vois siis nähdä yleistyneen 90-luvun lopulla, jolloin terveyden biolääketieteellisestä määrittelystä on alettu siirtymään terveyden ymmärtämiseen niin fyysisen, psyykkisen kuin sosiaalisenkin ulottuvuuden sisältävänä hyvinvoinnin tilana. Yleisesti tässä luvussa esittelemästäni medikalisaatioon liittyvästä keskustelun kulusta voi erottaa kaksi jatkuvaa pääteemaa: Ensinnäkin lääketieteen valta ja sen liiketoimintamalli saavat osakseen kritisoitua. Toiseksi terveyden yhteiskunnallisen ja sosiaalisen näkökulman merkitystä korostetaan ja peräänkuulutetaan. Medikalisaatio onkin saanut paljon kritiikkiä varsinkin sosiaalitieteiltä, sillä sen nähdään yksinkertaistavan ihmisiä, ja tavoittavan heidän elämästään vain biologisen osa-alueen. Vaikka medikalisaatiosta käytävä keskustelu on ajan kuluessa kehittynyt eteenpäin, voi siitä edelleen olla nähtävissä samoja kriittisyyden ja muutosvaatimusten teemoja. Tämän vuoksi uskon, että tutkielmassani käyttämästäni vuonna 2002 kerätystä aineistosta on edelleen mahdollista tuottaa merkityksellistä tutkimusta. Syyni kyseisen aineiston valintaan liittyvät tutkielmani aiheeseen, sekä omiin käytettävissä oleviin resursseihini. Käyttämällä valmista aineistoa pystyn saamaan käyttöni laajemman ja monipuolisemman aineiston, kuin aineistoa pelkästään omilla resursseillani kerätessäni. Tutkielmani kannalta vuoden 2002 aineisto mahdollistaa myös paremmin yleistettävissä olevien tulosten saamisen,

kuin uuden pienemmän ja yksipuolisemman aineiston keräämisellä olisi ollut mahdollista. Koska ihmisten suhtautumista masennuslääkkeisiin on tutkittu vähän, niin myös valmista aineistoa jatkotutkimuksen tekemiseen on tarjolla hyvin rajallisesti. (ks. myöhemmin luvussa 5.) Vuonna 2002 kerätty aineisto kuitenkin tarjoaa minulle mahdollisuuden tarttua valitsemaani tutkimusaiheeseen. Tarkempi aineiston esittely sekä tutkimustehtävien esittäminen löytyvät luvusta 5.

3.3 Peter Conrad ja medikalisaation teoria

Tutkielmaani sisältävän medikalisaation näkökulman vuoksi olen päättänyt käyttää viitekehyksessäni Peter Conradin medikalisaatioon liittyvää teoriaa. Conrad on palkittu medikalisaation asiantuntija (Brandeis University 2015), ja siksi häneltä on saatavilla hyviä rakennuspalkoita kyseiseen ilmiöön liittyvän tutkielman rakentamiseksi. Tarkoitukseni on hyödyntää Conradin tutkimia medikalisaation taustalla vaikuttavia teemoja, ja tarkkailla niiden esiintymistä omassa aineistossani.

Peter Conrad on perehtynyt lääketieteen sosiologiaan ja tehnyt monia tutkimuksia käyttäen viitekehysensä medikalisaation teoriaa. Conradin tarkoituksena on ollut perehtyä lääketieteen yhteiskunnallisen vaikutusvallan kasvuun medikalisaatioteesin avulla. Conradin ensimmäinen tutkimus koski silloisen uuden lääketieteellisen diagnoosiluokan ”hyperkinesiksen” (nykyinen ADHD) lisääntyntä käyttöä yliaktiivisten lasten käytöksen selittäjänä, ja Conrad toivoi kyseisen teoksensa olevan ensimmäinen askel kohti medikalisaation teoriaa. Tutkimuksen tuloksissa Conrad esittää yliaktiivisuuden diagnosointia lääketieteellisenä ongelmana. Lisäksi hän käsittelee professionaalisen dominanssin kautta syntyviä medikalisaation toimijoita, sekä medikalisaation ilmiöön kuuluvaa leimaamisen prosessia osana tutkimuksensa tuloksia. Conradin ensimmäisissä julkaisuissa on siis yhdistynyt medikalisaation kaksi taustateemaa: leimaamisprosessi ja professionaalisen dominanssin teesi. (Riskä 2010, 207–210.)

Professionaalisisella dominanssilla Conrad (1976) viittaa lääketieteen lähes kokonaisvaltaiseen kontrolliin tauteja diagnosoitaessa. Poikkeavaa käyttäytymistä on alettu yhä enemmissä määrin luokitella sairauksiksi, kuten on käynyt esimerkiksi alkoholismille ja ylivilkkaudelle. Kyseisellä sosiaalisten ongelmien yksilöinnillä etsitään vastauksia vaikeisiin sosiaalisiin ongelmiin enemmän yksilöistä, kuin yhteiskunnasta. (Conrad 1976.)

Peter Conrad (1979) on määritellyt professionaalisen dominanssin asemaa sairauden ja poikkeavuuden määrittelyssä erottelemalla professionaalisen dominanssin tapoja tuottaa sosiaalista kontrollia. Lääketieteen harjoittama sosiaalinen kontrolli tarkoittaa niitä tapoja, jolla lääketiede toimii turvatakseen valtansa määritellä yhteiskunnan sosiaalisia normeja. Lääketieteellisin keinoin ja perustein voidaan minimoida, poistaa tai normalisoida yhteiskunnassa poikkeavana pidettävää käytöstä, joten lääketieteellä on suuri valta poikkeavan käytöksen määrittelyssä. Lääketieteen tapoja tuottaa sosiaalista kontrollia ovat 1) lääketieteen teknologian käyttäminen 2) lääketieteellinen yhteistyö ja 3) lääketieteen ideologia. Kyseiset tavat kertovat professionaalisen dominanssin mahdollisuuksista harjoittaa lääketieteen sosiaalista kontrollointia. (Conrad 1979, 1–2.)

Lääketieteen teknologiasta puhuttaessa tarkoitetaan niitä apuvälineitä, joita lääketiede on kehittänyt sosiaalisen kontrollon mahdollistamiseksi. Yleisin apuväline on psykoteknologia, joka pitää sisällensä sekä lääketieteen että käytöstutkimuksen keinoja kontrolloida poikkeavaksi luokiteltua käytöstä. Näitä keinoja ovat psykoaktiivisten lääkkeiden käyttö (mm. rauhoittavat lääkkeet), psykokirurgia (eli mielenterveyshäiriöiden neurokirurgia), käyttäytymisen muovaaminen (esim. toivotun käytöksen positiivinen vahvistaminen) ja genetiikka (esim. geenivirheiden tutkiminen). Lääketieteen yhteistyö tarkoittaa puolestaan niitä tilanteita, joissa lääketiede ei toimi itsenäisesti sosiaalisen kontrollin tuottaja, vaan se toimii kaksoisroolissa. Tämä tarkoittaa käytännössä tilanteita, joissa lääkärinä toimiva henkilö on palveluksessa vieraassa instituutiossa, kuten armeijassa. Tällöin lääkärin on vaikea toimia ainoastaan potilaan tarpeiden mukaisesti, sillä työllistävällä instituutiolla on myös omat lääkärin toimintaan kohdistuvat vaatimuksensa. Tällöin lääkäri määrittelee potilaan poikkeavaa käytöstä sekä lääketieteen että viereen instituution, kuten armeijan, näkökulmasta. Lääketieteen ideologia on myös yksi sosiaalisen kontrollin harjoittamisen tavoista. Sillä tarkoitetaan tilanteita,

jolloin käytös tai terveydentila luokitellaan yhteiskunnassa poikkeavaksi siitä saatavan sosiaalisen tai ideologisen hyödyn vuoksi. Ihmisen tilan määrittäminen sairaudeksi tukee tällöin vallitsevia poliittisia ja sosiaalisia instituutioita. Esimerkiksi orjan karkailuun pystyttiin puuttumaan lääketieteellisin perustein, kun orjan taipumus karata omistajaltaan määriteltiin lääketieteelliseksi sairaudeksi, drapetomaniaksi. (Conrad 1979, 2–6.)

Edellä esiteltyt lääketieteen sosiaalisen kontrollin tyypit esiintyvät yleensä toisiinsa sekoittuneina. Lisäksi lääketieteen ammattilaisten rooli sosiaalisen kontrollin tuottajana (eli professionaalinen dominanssi) vaihtelee eri tyyppien kesken. Ainoastaan lääketieteen teknologian alalla lääketieteen ammattilaiset ovat täysin monopolisessa ja hallitsevassa asemassa poikkeavuuden määrittelyn ja sosiaalisen kontrollin harjoittajina, sillä muilla tieteenaloilla ei ole tietotaitoa tai auktoriteettia psykoteknologian välineisiin puuttumiseksi. Kahdessa muussa tyyppissä lääketieteen professionaalinen dominanssi ei kuitenkaan ole yhtä vahvassa asemassa. Lääketieteen yhteistyön tilanteissa lääketieteen ammattilaiset jakavat kontrolloinnin vallan toisen lääketieteelle ulkopuolisen tahon kanssa. Lääketieteen ideologia puolestaan saattaa nousta yksinomaan lääketieteen ammattilaisten toimesta, mutta jotta lääketieteen edustajilla säilyisi hallitseva asema, heidän tulee saada ihmiset uskomaan poikkeavana pidetyn käytöksen kontrolloinnista seuraavaan sosiaalisen hyötyyn. (Conrad 1979, 7–8.) Professionaalinen dominanssi on siis aina läsnä lääketieteen tuottamasta sosiaalisesta kontrollista puhuttaessa. Samalla on kuitenkin tärkeää huomioida, ettei lääketieteellä ja sen ammattilaisilla ole aina täysin monopolista asemaa poikkeavan käytöksen määrittelyssä ja sosiaalisen kontrollin harjoittamisessa.

Professionaalinen dominanssi kulkee käsi kädessä sairauksien leimaamisprosessien kanssa. Tästä johtuen Conrad käyttää käsitteellisenä viitekehyksenään professionaalisen dominanssin lisäksi myös leimaamisen käsitettä. Leimaaminen on prosessi, jonka mukaan tietty sääntöjä rikkova käyttäytyminen määritellään yhteiskunnassa poikkeavuudeksi, ja sääntöjä rikkovat yksilöt puolestaan poikkeaviksi. Jos sosiaalista kontrollia mahdollistavia lääketieteellisiä keinoja on olemassa, tämä johtaa siihen, että myös lääketieteellistä leimaantumista ilmaantuu. Lääkäreiden tulee ensiksi muodostaa poikkeavuuden esiintymisen tilanteesta lääketieteellinen määritelmä, jotta he voivat oikeuttaa sairaaksi leimaantuneelle yksilölle tarjoamansa hoidon.

Conradin mukaan lisääntyvä lääketiedettä koskeva tietotaito sekä teknologian kehitys johtavat tulevaisuudessa todennäköisesti laajenevissa määrin poikkeavan käytöksen medikalisointiin, ja lääketieteellisen sosiaalisen kontrollin kasvuun. (Conrad 1976.) Esimerkiksi juuri masennuksen lääkehoidon kasvun voi nähdä istuvan Conradin tekemään oletukseen medikalisaation lisääntymisestä. Nykypäivänä masennuksen hoito masennuslääkkeillä on normaali ja vankka osa sairauden hoitoa (ks. luku 2.3.)

Peter Conrad ja Valerie Leiter (2004) ovat tarkastelleet lääkkeiden markkinoinnin muutoksia, ja niiden vaikutusta ihmisten käsityksiin omasta terveydestään. Lääkkeiden markkinoinnissa on tapahtunut nykypäivänä huomattavia muutoksia, sillä lääkkeiden suoramainonnan määrä on lisääntynyt, ja myös uudet yksityiset lääkemarkkinat ovat löytäneet oman paikkansa yhteiskunnassamme. Medikalisaation yleistymisen takana on näin ollen kasvavissa määrin myös lääkemarkkinoiden toiminta, aikaisemmin tässä luvussa keskustellun lääketieteen professionaalisen dominanssin lisäksi. Lääketieteellisten markkinoiden toiminnasta puhuttaessa tarkoitetaan lääketieteellisten tuotteiden, palveluiden tai hoitojen kauppaamista kuluttajille, tarkoituksena parantaa kuluttajien terveyttä, ulkonäköä tai hyvinvointia. Jatkuva uusien hoitojen ja lääkkeiden tarjonta ja mainonta herättävät nykypäivänä kuluttajien keskuudessa paljon mielenkiintoa, jolloin lääketieteellisten tuotteiden kysyntä jatkaa kasvamistaan. Suoramainonta vaikuttaa ihmisten käsityksiin siitä, mitä yhteiskunnassa määritellään sairaudeksi tai poikkeavuudeksi. Kuluttajat tottuvat tarkkailemaan ja korjaamaan omaa terveyttään jatkuvasti, jolloin he alkavat myös vaatimaan lääketieteellisten ratkaisuja yhä useampiin arjen tilanteisiin. Jos kuluttajat eivät voi saada haluamaansa tuotetta tai palvelua vapailta markkinoilta, he kääntyvät yksityisten markkinoiden puoleen. (Conrad & Leiter 2004, 158–162.)

Medikalisaatio siis kaventaa terveyden määritelmää samalla kun sairauden määritelmä laajenee. Lääkkeiden suoramainonta pyrkii tarjoamaan ihmisille ”tietoa” eri sairauksien oireista, tavoitteenaan luoda kysyntää tarjolla oleville terveystuotteille. Esimerkkinä tästä on muun muassa Viagran markkinointi. Markkinoinnin myötä Viagran käyttö ei ole enää hoitomuotona ainoastaan todelliselle seksuaaliselle toiminnanhäiriölle, vaan sen käyttö on laajentunut ratkaisuksi kaikenlaisen seksuaalisen epävarmuuden poistamiseksi. Seksuaalinen suoritus on siis kokenut medikalisaation vaikutukset. (Conrad & Leiter 2004, 161–163.) Viagran käyttö onkin nykyään ennemminkin esimerkki biomedikaalisesta parannuskeinosta, kuin todellisesta

lääkehoidosta. Biomedikalisaatiolla tarkoitetaan uutta medikalisaation rinnalle muodostunut käsitettä, jolla kuvataan lääketieteen ihmisille luomaa tarvetta parantamaan omia piirteitensä tai toimintakykyänsä lääketieteellisin keinoin, vaikka henkilöllä ei olisikaan oikeata lääkehoitoa vaativaa sairautta. (Conrad & Leiter 2004, 169–170.)

Lääkemarkkinoiden tutkiminen tekee näkyväksi leimaamisen prosessin yleistymisen ihmisten arjessa. Tulevaisuudessa lääketieteen markkinat tulevat todennäköisesti edelleen kasvamaan, jolloin yhteiskunnassa lisääntyy tarve medikalisoida jokapäiväiseen elämään liittyviä ongelmia (Conrad & Leiter 2004, 171). Lääketieteen tuottaessa jatkuvasti uutta tietoa normaalin terveyden säännöistä, myös leimaamisen prosessi koskettaa aina vain kasvavissa määrin suurempaan joukkoa ihmisiä. Koska lääketieteen sääntöjä rikkovat yksilöt määritellään poikkeavaksi (ks. Conrad 1976), tulevat lääketieteen sääntöjen lisääntyessä myös ihmisten kokemat poikkeavuuden tuntemukset todennäköisesti lisääntymään.

4. AIKAISEMPI TUTKIMUS MASENNUSLÄÄKENÄKEMYKSISTÄ

Esittelen seuraavaksi tutkielmani aihealueen kannalta keskeisimpiä aikaisemmin toteutettuja tutkimuksia, jotka koskevat masennuksen lääkehoidolliseen sitoutumiseen vaikuttaviin tekijöitä, sekä masennuslääkkeiden käyttökokemuksia. Tässä luvussa esille nostamani tutkimukset auttavat ymmärtämään niitä syitä, jotka mahdollisesti vaikuttavat ihmisten omien masennuslääkenäkemyksen taustalla. Tutkimukset tarjoavat myös ymmärrystä siitä, millaisia seurauksia ihmisten masennuslääkenäkemyksillä voi masennuksen hoidon kannalta olla. Olen ottanut kyseiset tutkimukset osaksi omaa tutkielmaani, sillä ne kohdentuvat hyvin oman työni aihepiiriin ja tarjoavat laajempaa ymmärrystä aiheenani olevasta ilmiöstä.

Masennuksen lääkehoitoon sitoutumiseen perehtyvä tutkimus auttaa ymmärtämään ihmisten omien uskomusten vaikutusta halukkuuteen käyttää masennuslääkkeitä. James Aikens, Donald Nease ja Michael Klinkman (2008) tutkivat ihmisten uskomuksia masennuslääkkeiden tarpeellisuudesta tai niiden haittaavuudesta tarkoituksenaan perehtyä masennuslääkkeisiin sitoutumiseen vaikuttaviin tekijöihin. Heidän ensisijaisena tarkoituksenaan oli identifioida demografisia sekä klinisiä tekijöitä, jotka vaikuttavat ihmisten luomiin mielikuviin masennukseen annettavasta lääkityksestä. Toissijainen tarkoitus oli selvittää ihmisten kognitiivisia representaatioita masennuksensa syistä ja näiden representaatioiden merkityksiä. (Aikens, Nease & Klinkman 2008, 23–24).

Aikens ja kumppanit (2008) käyttivät haastatteluja sekä itsearviointien menetelmiä kerätessään aineistoa. Tutkimukseen osallistui 165 vakavaa masennusta sairastavaa henkilöä, jotka olivat sillä hetkellä asiakkaina perusterveydenhuollossa tai psykiatrian klinikalla, ja he olivat vasta aloittamassa masennuksen hoitoa. Tutkimus on hyvin erityislaatuinen, sillä sen aineisto on kerätty ennen kuin osallistujat ovat aloittaneet masennuslääkityksen. Suurin osa masennuslääkkeisiin liittyvästä tutkimuksesta on tehty käyttämällä aineistona ainoastaan masennuslääkkeitä jo käyttäviä ihmisiä. Tutkijat mittasivat lääkehoitokomuksia The Beliefs About Medicines Questionnairella (BMQ), mutta käyttivät useita muitakin aineiston arviointitapoja

myös representaatioita koskevien tulosten saamiseksi. Tuloksien mukaan masennusta sairastavien henkilöiden uskomukset masennuslääkkeistä vaikuttivat masennuslääkkeiden käyttöön sitoutumiseen. Potilaiden henkilökohtaiset näkemykset masennuslääkkeistä vaikuttavat siis jopa sairauden hoitoon ja sen kanssa selviämiseen. Silti vaikuttavia tekijöitä ilmeni vain muutama ja ne olivat kaikki rationaalisia. Mikään uskomuksista ei myöskään assosioitunut potilaan sukupuolen, koulutustason, potilaan iän ensimmäisen masennusjakson alkaessa, kliinisen ympäristön, lääketieteellisen oheissairastavuuden tai minkään muun masennuksen alatyypin (ahdistunut, melankolinen tai epätyypillinen masennus) kanssa. Tutkimuksen mukaan lääkehoito nähtiin useimmin tarpeellisena, kun oireet olivat vakavammat, oireiden uskottiin jatkuvan vielä pitkän aikaa, oireiden uskottiin syntyneen kemiallisesta epätasapainosta tai kun potilas oli jo iäkkäämpi. Toisaalta lääkehoito koettiin vahingolliseksi etenkin nuorten potilaiden keskuudessa varsinkin, jos potilas ei ollut käyttänyt masennuslääkitystä koskaan aikaisemmin, ja jos heidän oireensa olivat vähäisiä ja he eivät tieneet masennuksensa vaikuttavia tekijöitä. (Aikens, Nease & Klinkman 2008, 24–28.)

Ihmisten omilla uskomuksilla oli siis suurta merkitystä heidän muodostaessaan omia mielikuviansa masennuslääkkeiden toimivuudesta. Omat uskomukset muuttuivat konkreettiseksi käyttäytymiseksi lääkehoitoon hyvällä tai huonolla sitoutumisella. Pyrittäessä vaikuttamaan ihmisten masennuslääkkeiden käyttöön sitoutumiseen, on todella tärkeää tutkia tarkemmin ihmisten omia uskomuksia ja näkemyksiä masennuslääkkeistä. Yleisiä masennuslääkenäkemyksiä tuntemalla voidaan vaikuttaa myös ihmisten käyttäytymiseen ja masennuksen lääkehoidon tehostamiseen.

Joidenkin tutkimusten mukaan ihmisten henkilökohtaiset uskomukset ovat jopa ainoa masennuslääkehoitoon sitoutumiseen vaikuttava tekijä. Potilaiden omat uskomukset tulisikin tutkimustulosten valossa ottaa paremmin huomioon. Tutkijoiden mukaan potilaiden uskomuksia painottavat interventiot voisivat lisätä lääkehoitoon sitoutumista. Menettely toimisi etenkin niillä potilailla, jotka aliarvioivat oireidensa vakavuuden, eivät ole aikaisin käyttäneet masennuslääkitystä, uskovat oireiden syntyneet sattumalta, tuntevat olevansa ymmällään oireidensa vuoksi, tai uskovat oireiden olevan vain väliaikaisia, vaikka heillä olisikin aikaisempia päinvastaisia kokemuksia. (Aikens, Nease & Klinkman 2008, 27–28.)

Myös Brenda Johnston (2013) on tutkinut potilaiden omien kokemusten vaikutusta masennuksen lääkehoitoon suhtautumisessa. Tutkimuksen tarkoituksena oli toteuttaa systemaattinen kirjallisuuskatsaus potilaiden kokemuksista masennuksesta ja masennuslääkkeistä, ja näiden kokemusten vaikutuksesta hoitoon sitoutumiseen. Tutkijat saivat haku- ja valikoimisprosessin seurauksena kolmentoista artikkelin aineiston, joka sisälsi noin 235:n ihmisen vastauksia. Henkilöt olivat iältään 19–95 vuotta ja he edustivat Alankomaiden, Ison Britannian, Suomen, Australian ja Yhdysvaltojen kansalaisuuksia. Artikkelit käsittelivät masennuslääkkeiden hoitoon sitoutumisen ongelmia, ja pyrkivät löytämään huonoon sitoutumiseen johtavia tekijöitä. (Johnston 2013, 29–31.)

Kirjallisuuskatsauksen tulokset osoittavat, että potilaan aikaisemmat kokemukset masennuksesta ja masennuslääkkeistä, toisten ihmisten kokemukset, potilaan omat uskomukset ja asenteet sekä hoitokokemus itsessään voivat vaikuttaa hoitoon sitoutumiseen. Aikaisemmat kokemukset masennuksesta ja sen hoitamisesta masennuslääkkeillä vahvistivat sitoutumista uuteen hoitajaksoon, ja saattoivat jopa parantaa sitoutumista. Samoin myös korkeampi ikä ja sen mukanaan tuoma elämäkokemus näyttivät vahvistavan sitoutumista. Silti huonot aikaisemmat kokemukset estivät hoidon kaikilla ikäluokilla. Päätös lääkkeiden käyttämisestä tai käytön lopettamisesta perustuu kaikista todennäköisemmin henkilön omiin kokemuksiin. (Johnston 2013, 31, 35.)

Sosiaalisen tuen puute aiheutti heikkoa sitoutumista hoitoon. Perheen ja ystävien kokemukset olivat keskeisiä tekijöitä hoitoon hakeutumisen ja lääkehoidon aloittamisen päätöksissä. Samoin, jos potilas tunsi ennestään jonkun masennusta sairastavan henkilön, he ajattelivat masennusta usein biolääketieteellisenä tilana, ja olivat myönteisempiä lääkehoidon suhteen. Toisilta kuullut kokemukset voivat parantaa masennusta sairastavan henkilön omia uskomuksia masennuslääkkeistä, ja parantaa lääkehoitoon sitoutumista. Jos muiden kokemuksia ei juuri ole saatavilla, korostuvat lääkehoidon haittaavuudesta kertovat uskomukset. Uskomukset lääkkeiden haittaavuudesta voivat lisätä sivuvaikutusten kokemuksia, mutta potilaiden saadessa ajan myötä enemmän kokemusta sairaudesta ja sen hoidosta, lääkehoitoon sitoutuminen paranee, ja pitkällä aikavälillä positiivinen suhtautuminen lääkkeisiin ei muutu. Hoitokokemuksella on myös osansa masennuslääkkeisiin sitoutumisessa. Potilaan ja lääkkeiden tarjo-

ajan välinen hyvä suhde vaikuttaa positiivisesti potilaan lääkehoitoon sitoutumiseen. Potilaalle on tärkeää tulla kuulluksi ja ymmärretyksi, saada puhua sivuvaikutuksista sekä saada tietoa lääkkeistä. (Johnston 2013, 35–36.) Potilaiden kokemukset masennuksesta ja masennuslääkkeiden käytöstä ovat siis suuri tekijä hoitoon sitoutumisen kannalta. Tämän vuoksi lääkkeiden tarjoavat tahot eivät voi luottaa tietävänsä potilaan tarpeet itse parhaiten, sillä potilaan omat sosiaaliset, kulttuurilliset sekä ekonomiset tekijät vaikuttavat masennuksen hoitoon. (Johnston 2013, 36.)

Lääkehoitoon sitoutumisen ja ihmisten omien uskomusten välillä on siis havaittavissa yhteyttä. Tämä korostaa ihmisten omien mielipiteiden ja näkemyksien tutkimisen merkitystä, ja tarvetta tuoda sosiaalista näkökulmaa osaksi lääkehoidon ja psykologian vaikutusalueita. Masennuksen lääkehoidosta syntyneiden uskomusten lisäksi tutkimusta on tehty myös masennuslääkekokemuksiin liittyen, ja avaan seuraavaksi masennuslääkekokemuksista löytyvää tutkimusta.

Marjo Romakkaniemi (2011) on tarkastellut väitöskirjassaan ”Masennus. Tutkimus kuntoutumisen kertomusten rakentumisesta” kysymyksiä siitä, millaisia merkityksiä mielenterveyspalvelut saavat masennuksesta kuntouduttaessa sekä mitkä ovat ihmisille tärkeitä tekijöitä kuntoutumisen kertomusten rakentumisessa. Romakkaniemi on narratiivisessa tutkimuksessaan haastatellut 19:sta alle 65-vuotiasta parisuhteessa elävää psykiatrisen hoitojärjestelmän asiakkuusprosessin eri vaiheessa olevaa henkilöä. Koska Romakkaniemi halusi tarkastella masennusta ja siitä kuntoutumista kokonaisvaltaisesti, oli hänen väitöskirjassaan tuloksia myös masennuslääkkeiden käyttöön liittyen. Romakkaniemen aineistossa kaikille haastatelluista oli tarjottu masennuslääkitystä toisena hoitomuotona keskustelukäytien lisäksi. Osa tutkittavista koki hyötyvänsä lääkityksestä, sillä se auttoi vaikeaksi koettuun olotilaan ja saattoi lopulta tuntua jopa normaalilta osalta elämää. Toisaalta joillekin masennuslääkitys näyttäytyi hyödyttömänä tai ainoastaan nopeana ratkaisuna, joka ei auttaisi todellisen ongelman ratkeamista. Myös haittavaikutusten pelko, lääkkeiden korkea hinta ja leimaantuminen psyykkisesti vakavasti sairaaksi saivat ihmiset suhtautumaan masennuslääkitykseen negatiivisesti. Keskusteluapuun verratessa joillakin ihmisillä masennuslääkkeiden tarve loppui heidän saadessaan terapian kautta tarvitsemansa avun. Toisilla masennuslääkkeet saattoivat korvata liian harvakseltaan saatavilla olevan keskusteluavun tarvetta. (Romakkaniemi 2011, 66–68, 147–149.)

Marianne Enäkoski (2002) on tutkinut masennuslääkekokemuksia vielä tarkemmin. Enäkoski tutki väitöskirjassaan masennuskokemuksia ja masennuslääkkeistä saatuja kokemuksia. Hän haastatteli 20:ntä itsenä masentuneeksi määrittelevää ja masennuslääkkeitä käyttävää aikuista, jotka oli saatu mukaan tutkimukseen Kuopion yliopistollisen sairaalan psykiatrisen poliklinikan kautta, Äänekoskelaisen potilasyhdistyksen eli mielenterveyskerho Ilonan kautta ja Äänekosken apteekin kautta. Fenomenologisen analyysin avulla Enäkoski nosti esille potilaan tajunnasta, kehosta sekä situaatiosta aiheensa saavan masennus- ja masennuslääkekokemukset. (Enäkoski 2002, 38–41.)

Tajuntaan liittyviä masennuslääkekokemuksia nousi tutkimuksessa esille eniten, ja ne koskivat ihmisten henkilökohtaisia kokemuksia masennuslääkkeiden vaikuttavuudesta. Yleisesti tutkimukseen osallistuneet henkilöt eivät nähneet lääkkeiden lisäävän onnellisuutta, mutta useimmat kuitenkin kokivat niiden tasoittavan mielialojen vaihtelua ja tekevän olosta siedettävämpää. Masennuslääkkeiden ei myöskään nähty parantavan elämäntilannetta, vaan päinvastoin lääkkeiden saatettiin jopa tuntea hallitsevan käyttäjänsä. Masennuslääkkeiden saaminen saattoi konkretisoida masennuksen sairautena ja sitä kautta vaikuttaa käyttäjänsä itsetuntoon. Lääkitykseen suhtauduttiin usein negatiivisesti ja lääkkeiden käyttöä välteltiin viimeiseen mahdollisuuteen asti. Lisäksi monilla häpeän tunteet estivät hoitoon hakeutumista. Silti myös ristiriitaisia tunteita esiintyi hieman, sillä masennuslääkkeiden mainittiin auttavan arkisissa askareissa. Myös masennuslääkkeistä saatu informaation määrä ja laatu vaikutti ihmisten masennuslääkkeiden käyttöön. Kun tietoa oli tarjolla huonosti, sitä saatettiin etsiä esimerkiksi omalta lähipiiriltä. (Enäkoski 2002, 108–120.)

Kehoon liittyvät masennuslääkekokemukset käsittelivät lääkityksen positiivisia ja negatiivisia vaikutuksia omaan ruumiiseen. Lääkitys lisäsi usein ihmisten toimintatarmaa, mutta samalla aiheuttavat sivuvaikutuksia, kuten pahoinvointia, päänsärkyä tai painonnousua. Samoin epämiellyttäviltä näyttävät ja maistuvat kapselit koettiin vastenmielisiksi. Situaatiosta, eli ihmisen ymmärtämisestä kehollisena ja kokemuksellisenä olentona tietyssä elämäntilanteessaan, lähtöisin olevat masennuslääkekokemukset käsittelivät masennuslääkkeiden merkitystä vaikeassa elämäntilanteessa. Lääkitys saatettiin kokea tukena, joka auttoi jaksamaan omien tunteiden työstämistä esimerkiksi psykoterapiassa. Ilman keskusteluapua lääkityksen ajateltiin

vain turruttavan omia tunteita, eikä parantavan masennusta. (Enäkoski 2002, 120–150.) Masennuslääke jäi ottamatta, jos sen käytöstä ilmeni aikaisemmin mainitsemattomia haittavaikutuksia, vastaajilla ei ollut rahaa tai he pelkäsivät masennuslääkkeistä mahdollisesti seuraavaa lääkeriippuvuutta ja häpeää, masennuslääke koettiin tehottomaksi tai sen annostelu ja rytmittäminen useasti päivässä koettiin vaikeana. (Enäkoski 2002, 172.)

Kiinnostavaa tutkimuksessa oli myös ihmisten omille masennuksensa syyille antamien tulkin-
tojen vaikutus masennuslääkityksen onnistumiseen. Kun masennuksen selitettiin johtuvan lääketieteellisistä syistä, lääkitykseen suhtauduttiin myönteisemmin. Masennuslääkkeisiin oli tyytyväisempiä ja lääkkeet otettiin ohjeiden mukaisesti. Kun masennusta selitettiin puolestaan yhteiskunnallisilla syillä, masennukseen suhtauduttiin kielteisesti. Lääkitystä ei olisi haluttu ottaa, sillä lääkkeiden ei uskottu toimivan ja ne koettiin riittämättömäksi avuksi. (Enäkoski 2002, 160–161.)

Masennuslääkkeiden sopivuuden ja toimivuuden kokemuksista on pyrkinyt selittämään myös Yhdysvalloissa tehty tutkimus. Jeffrey Pyne ja kumppanit (2005) tutkivat ihmisten lääkkeisiin suhtautumisen sekä hoidon rahallisen kannattavuuden yhteyttä. Tutkimuksessa oli mukana 211 uuden hoitajakson alussa olevaa masennusta sairastavaa potilasta. Tuloksissaan Pyne ja kumppanit toteavat, että ne tutkimuksessa mukana olleet koehenkilöt, jotka suhtautuvat aivolääkkeisiin positiivisesti, saivat niistä enemmän apua kuin ne, jotka suhtautuivat lääkitykseen negatiivisesti. Negatiivisesti suhtautuneet henkilöt saattoivat alkaa voimaan jopa huonommin. Näin ollen masennuslääkkeitä tarjottaessa olisi hyvä ensin kartoittaa potilaiden henkilökohtainen lääkkeiden vastaanottokyky, jotta lääkkeiden hyödytön tarjoaminen masennuksen hoidossa vähentyisi. (Pyne et al. 2005.)

Edellä esittelemäni tutkimukset avaavat masennuslääkenäkemyksien muodostumiseen vaikuttavia tekijöitä, sekä masennuslääkenäkemyksien vaikutuksia masennuslääkehoitoon sitoutumiseen ja hoidon onnistumiseen. Oman tutkielmani kannalta kyseisten tekijöiden ymmärtäminen on tärkeää, sillä ne tarjoavat kontekstin masennuslääkenäkemyksien synnylle, sekä masennuslääkenäkemyksien konkreettisille vaikutuksille masennuksen hoidon kannalta. Kai-

ken kaikkiaan ihmisten oma suhtautuminen masennuslääkkeisiin, sekä kyky vastaanottaa lääkitystä vaihtelevat luvussa esille nostamieni tutkimusten mukaan runsaasti. Näin ollen masennuslääkenäkemyksiä voi siis pitää tärkeänä lisätutkimuksen kohteena, jotta masennuslääkkeitä tarjottaessa pystyttäisiin paremmin huomioimaan ihmisten henkilökohtaiset lääkitykseen liittyvät ajatukset, toiveet ja rajoitteet.

5. TUTKIMUSTEHTÄVÄ JA AINEISTO

Tutkimustehtävää miettiessäni keskityin masennuksen ja masennuslääkkeiden vähiten tutkittuihin osa-alueisiin. Tavallisemmin masennusta tutkitaan lääketieteen tai psykologian näkökulmista sosiaalisen näkökulman sijasta (ks. luku 1, Helén et al. 2011). Masennuslääkkeistä tutkimusta on paljon esimerkiksi eri lääkeaineiden vaikutuksiin liittyen. Myös lääkkeiden sivuvaikutukset ja yhteisvaikutukset ovat yleisiä tutkimuksen aihealueita. (ks. esim. Burrows 1980; Blackwell 1982; Anttila, Mattila & Niskanen 1999.) Yleisemmin masennusta sairautena koskevaa tutkimustietoa on saatavilla muun muassa taudin epidemiologiaan, genetiikkaan, itsemurhariskiä, työelämän vaikutuksiin ja päihteisiin liittyen, sekä eri ikäryhmiä kuten lapsia, nuoria tai vanhuksia koskien (ks. esim. Gotlib & Hammen 2009; Heiskanen, Huttunen & Tuulari 2011). Omassa tutkielmassani paneudun masennuksen ja masennuslääkkeiden sosiaaliseen ja yhteiskunnalliseen puoleen, jolloin saan lisättyä uutta tietoa aikaisempien tutkimusten joukkoon. Masennuslääkkeiden käyttömäärien jatkuva kasvu linkittää masennuksen lääkehoidon medikalisaation ilmiöön (ks. luku 1, Vuorenkoski 2005; luku 3.2, Mulder 2008), ja olen halunnut huomioida tämän valitsemalla tutkielmani toteutukseen medikalisaation näkökulman. Medikalisaation näkökulman avulla saan tutkielmastani esille nuorten aikuisten henkilökohtaisten masennuslääkenäkemyksien lisäksi myös laajemman yhteiskunnallisen ilmiön havainnointia.

Masennuslääkkeitä voi käyttää masennuksen lisäksi monien muidenkin potilasryhmien hoitoon. Esimerkiksi pakko-oireinen häiriö, traumaperäinen stressireaktio, syömishäiriöt, alkoholiriippuvuus, premenstruaalinen oireyhtymä sekä käytös- ja hillitsemishäiriöt ja erilaiset kiputilat voivat olla hoidettavissa masennuslääkkeillä. (Spoov & Syvälahti 2003, 46–47.)

Omassa tutkielmassani perehdyn masennuslääkenäkemyksiin lääkkeen ollessa tarkoitettuna masennuksen hoitoon. Nuorten aikuisten masennuslääkkeiden käyttö ei ole tutkimuskysymykselleni oleellinen tekijä, vaan aineistoni koostuu sekä masennuslääkkeitä käyttävistä että lääkehoidon ulkopuolella olevista vastaajista. Haluan tarkastella ihmisten masennuslääkenäkemyksiä mahdollisimman laajasti, joten tutkielmani tulokset eivät ole sidottuina ainoastaan masennuslääkkeiden käytöstä syntyneisiin masennuslääkenäkemyksiin.

5.1 Tutkimusongelmat

1. Millaisia näkemyksiä masennusta sairastavilla nuorilla aikuisilla on masennuslääkkeistä?
2. Miten kyselyyn vastanneiden nuorten aikuisten näkemykset masennuslääkkeiden käytöstä ovat yhteydessä medikalisaation myötä kasvaneeseen masennuksen lääkehoidon yleistymiseen?

5.2 Aineisto

Aineistonani käytän Reetta Rädyn keräämää internet-kysely aineistoa 'FSD1293 Kokemukset masennuksen hoidosta ja toipumisesta 2002'. Sain aineiston käyttöni tilaamalla sen Yhteiskuntatieteellisestä tietokannasta (<http://www.fsd.uta.fi/fi/>) palveluportaali Ailan kautta. Aineisto on kerätty puolistrukturoidulla kyselylomakkeella ja siinä esitetyt kysymys- ja kirjoitusehdotukset liittyvät muun muassa masennuksen ilmenemiseen, kehitykseen, lääkehoitoon ja sen kokemuksiin, selviämisen apukeinoihin, omaan uskoon parantumisesta sekä tulevaisuuden odotuksiin. Omassa tutkielmassani pääpaino on aineiston kysymyksissä ”Jos olet saanut masennukseen hoito, millaista se on ollut?”, ”Mitä lääkkeitä olet saanut masennukseen?”, ”Millaisia kokemuksia sinulla on masennuslääkkeistä?” sekä ”Mikä on ollut konkreettinen apu selviämisessä?”. Aineisto sisältää 993:men vastaajan kertomukset elämästään masennusta sairastaen ja vastaukset on kerätty lokakuussa 2002 Suomen alueelta Helsingin Sanomien Nyt-liitteen lukijoiden joukosta. Kysely on suunnattu kaikille Nyt-liitteen masennusta sairastaville lukijoille ja halukkaat ovat siihen vastanneet. Kaikilla kyselyyn vastanneilla ei näin ollen välttämättä ole diagnosoitua masennusta, vaan masentuneisuuden kokemus saattaa perustua ainoastaan vastaajan omaan tulkintaa mielialastaan. Oman tutkielmani kannalta vastaajilta mahdollisesti puuttuvat masennusdiagnoosit heikentävät aineiston luotettavuutta, sillä tarkoituksenani on tarkastella masennusta sairastavien nuorten aikuisten masennuslääkemyksiä. Vastaajista on annettu taustatietoina sukupuoli, ikä, ammatti ja se, onko vastaajalla lapsia vai ei. Aineiston määrä on 418 sivua 1 -rivivälillä. Käyttämästäni aineistosta on tehty aikaisemmin tutkimusta liittyen masennuksesta toipumiseen sekä selviytymisen konkreettisiin keinoihin ja tapahtumiin. Myös sosiaalisen tuen merkitystä masennuksesta toipumisen kannalta, masennuksen sosiaalista ilmenemistä sekä ihmisten erilaisia avunetsintätapoja on

tutkittu. (ks. mm. Rätty 2002; Laine 2004; Nykänen 2009; Hiilamo & Tuulio-Henriksson 2012.)

Kyselyyn vastanneet henkilöt on aineistossa jaettu ikänsä perusteella seitsemään eri ryhmään: 18–20, 21–25, 26–30, 31–40, 41–50, 51–60 ja yli 60 -vuotiaisiin. Koska alkuperäinen aineisto on todella laaja, olen päättänyt hyödyntää taustamuuttujina toimivia ikäryhmiä rajatesani omaan tutkielmaani sopivaa aineistomäärää. Valitsin tarkasteltavakseni ikäryhmiä 18–20 sekä 21–25 -vuotiaat, sillä oma mielenkiintoni kohdistuu ensisijaisesti nuorten ja nuorten aikuisten kokemuksiin. Valintaani tukee myös se, että nuorten keskuudessa masennus on yksi yleisimmistä mielenterveyden häiriöistä. Nuorena koettu masennus altistaa vaikeuksille muun muassa koulunkäyntiin ja ihmissuhteisiin liittyen, sekä heikentää elämänlaatua ja nostaa itsemurhariskiä. Myös nuorten aikuisten sairauspoissaolot ja työkyvyttömyys ovat Suomessa lisääntymässä. Kaiken kaikkiaan nuoruus on mielenterveyden kehityksen ja tulevaisuuden rakentamisen keskeistä aikaa. (Nuotio, Karukivi & Saarijärvi 2003.) Tästä johtuen nuorten aikuisten tutkiminen oman mielenkiintoni perusteluiden lisäksi myös todella tärkeää.

Rajauksen jälkeen aineisto koostui 395:n vastaajan kertomuksista, joista kertyi yhteensä 176 sivua. Tästä määrästä vähensin vielä ne 200 henkilöä, jotka olivat sivuuttaneet masennuslääkkeistä puhumisen kokonaan. He eivät siis olleet vastanneet mihinkään masennuslääkkeitä koskevaan kysymykseen myöntävästi eivätkä kieltävästi, eivätkä he olleet myöskään maininneet masennuslääkkeitä muissa kyselyn kohdissa. Aineistosta poistettuihin vastaajiin lukeutuivat myös ne nuoret aikuiset, jotka olivat vastanneet masennuslääkkeitä koskeviin kysymykseen todella lyhyesti. Useimmiten nämä vastaukset sisälsivät vain yhden sanan, eikä niistä voinut tämän vuoksi tehdä johtopäätöksiä vastaajien masennuslääkemyksiin liittyen. Lopulliseksi aineistokseni muodostui näin 195:n nuoren aikuisen vastaukset, joista kertyi fonttikoolla 12 ja rivivälillä yksi noin 122 sivua tekstiaineistoa. Tutkielman valmistuttua hävitän aineiston Yhteiskuntatieteellisen tietoarkiston ohjeiden mukaisesti.

6. ABDUKTIIVINEN SISÄLLÖNANALYYSI

Aineistoni analysointimenetelmänä käytän kvalitatiivista sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysi on klassinen menetelmä monenlaisten aineistojen käsittelemiseen, ja se kehitettiin erityisesti sosiaalitieteiden tekstiaineistojen analysoimiseen (Bauer & Gaskell 2000). Menetelmän tarkoituksena on pienentää käytössä olevaa aineistoa kategorisoimalla ja käsitteellistämällä sen pääpiirteitä. Sisällönanalyysiä käytetään useimmiten subjektiivisten näkemysten analysoimiseen, minkä vuoksi näen menetelmän sopivan hyvin oman tutkielmani lähtökohtiin. (Flick 2009, 323, 328; Holsti 1967; Krippendorff 2004, 19.)

Sisällönanalyysin eri suuntauksista olen valinnut tutkielmaani abduktiivisen eli teoriaohjaavan suuntauksen. Abduktio on läheinen käsite deduktion ja induktion kanssa, mutta yleisesti vähemmän tunnettu ja käytetty. Abduktio tarkoittaa selityksen etsimistä jollekin havaitulle ilmiölle, ja se on apuvälinen loogisten päättelyn muodostamiseen. Abduktio ei siis yksinään lisää uutta tietoa, vaan sen käyttö johdattaa tiedon jäljille. Abduktiivinen järjely on hyödyllistä, sillä tällä tavoin voimme laajentaa mahdollisten selitysten joukkoa ja avata silmämme muillekin kuin jo aikaisemmin ”testatuille tai todeksi varmistetuille” selityksille. (Toivonen 1999, 47; Tuomi & Sarajärvi 2009, 108; Given 2008, 1.)

Abduktiivisen päättelyn kehittäjä on Amerikkalainen filosofi Charles Peirce. Peircen abduktiivinen päättely perustuu havaintojen tekoon liittyvään johtoajatukseen, eli johtolankaan. Johtoajatus voi olla intuitiivinen ajatus tai pitkälle kehittynyt hypoteesi, mutta sen olennaisin tehtävä on ohjata huomiota kiinnittymään niihin seikkoihin, jotka mahdollisesti tuottavat uusia näkemyksiä ja ideoita tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Abduktio siis huomioi sen, että tutkija kohdistaa aina mielenkiintonsa joihinkin tiettyihin seikkoihin käydessään läpi aineistoa. Peircen logiikka perustuu siihen, että tosiasiat, eli varsinaiset kokemukset, ovat aina loogisia, eikä kokemusta itseään voida kyseenalaistaa. Sen sijaan kokemuksen esittäminen yleisellä tasolla voi olla joko loogista tai ei-loogista. Tieteen tehtävä on päästä käsiksi käytännön tasolla esiintyvään logiikkaan. Tehtävä onnistuu parhaiten, kun empiirisen maailman tarkasteluun ja aineiston analysointiin käytetään apuvälineenä johtoajatuksen ideaa. (Grönfors 2011, 17–19.)

Peirce on kuvannut abduktion toteuttamisen kaavan seuraavasti:

”Yllättävä tosiseikka e on todettu.

e ei olisi yllättävä mikäli hypoteesi h olisi tosi

Siis on perusteita olettaa h:n olevan tosi.” (Niiniluoto 1983, 154.)

Jostakin tunnetusta tosiasiaista päästään siis päättelyn avulla sen selitykseen. H:n uskottavuus on sitä suurempi, mitä paremman selityksen se antaa e:lle, eli paras abduktio etenee tosiasia-asta e sen parhaimpaan selitykseen. (Niiniluoto 1983, 154.) Abduktiivisen päättelyn paikkansapitävyys todistetaan tutkimalla päättelyketjua ja sen virheettömyyttä.

Abduktiivinen päättelyketju tarvitsee toteuttamisensa tueksi myös deduktiota ja induktiota, eli päättelyssä yhdistyy sekä valmiit mallit että aineistolähtöisyys. Deduktion tarkoitus on antaa hypoteesille laajempaa ja selkeämmin ilmaistua sisältöä. Abduktiivisessa lähestymistavassa ei siis riitä pelkkä oivaltava kysymys (abduktiivinen oletus), vaan sitä täsmennetään tutkimushypoteesilla (deduktio). Näin hypoteesit muodostavat aineiston tarkastelua ohjaavan perustan. Hypoteesin empiirisyyden tarkastamiseen puolestaan käytetään induktiota, joka osoittaa hypoteesin empiirisyyden, eli kokemusperäisyyden, joko heikkenevän tai vahvistuvan. Induktiolla arvioidaan siis hypoteesien pätevyys. (Havukainen 2005, 80–81.) Omassa tutkielmassani hypoteesinani on oletus, että leimaantumisen ja professionaalisen dominanssin ilmiöt näkyvät aineistosta saamissani tuloksissa. Kyseiset käsitteet ovat keskeisiä medikalisaation ilmiölle, joten ajattelen niiden olevan masennuksen medikalisaation kautta yhteydessä myös ihmisten masennuslääkenäkemyksiin. Näin ollen uskon niiden näkyvän aineistoni vastaajien puheessa. (ks. 3.3, Conrad 1976.) Hypoteesini empiirisyyden tarkastaminen tapahtuu aineiston induktiivisella analysoinnilla. Seuraavassa luvussa esittelen vielä tarkemmin abduktiivisen päättelyn toteutumista tutkielmassani.

6.1 Abduktiivinen päättely omassa tutkielmassa

Abduktiivisen päättelyn mahdollisuus yhdistää sekä induktiota että deduktiota on tutkimukselleni hyvin tärkeää. Medikalisaatiosta on saatavilla yleisesti tunnettuja teorioita, joita on mielestäni oleellista hyödyntää myös uutta tutkimusta tehtäessä. Omien tutkimuskysymyksieni luonne ja käyttämäni aineisto kuitenkin vaativat myös deduktiivisen lähestymistavan hyödyntämisen, sillä ihmisten omien näkemysten kvalitatiivinen tutkiminen vaatii avoimuutta ja mahdollisuutta antaa ihmisten oman äänen kuulua aineistosta. Abduktiivinen päättely mahdollistaa siis tutkielmassani vaadittavan aineiston ja teorian yhdistämisen.

Teoriaohjaavuus ilmenee tutkielmassani Peter Conradin teorian ja sen käsitteistön hyödyntämisenä. Conradin käyttämät leimaantumisen ja professionaalisen dominanssin käsitteet muodostavat tutkimushypoteesin, jota hyödynnän aineistoni läpikäymisen perustana (ks. luku 3.3, Conrad 1976, 1979.) Tarkoitukseni on kiinnittää huomiotani etenkin siihen, millaisia näkemyksiä aineistoni henkilöt tuovat esiin leimaantumiseen tai lääketieteen masennuslääkkeiden sosiaaliseen kontrollointiin liittyen. Kyseisten teemojen tarkastelu auttaa vastaamaan kysymyksiini nuorten aikuisten masennuslääkenäkemyksistä ja medikalisaation roolista masennusta hoidettaessa.

Matthew Miles ja Michael Huberman (1994) kuvaavat aineistolähtöisen sisällönanalyysin kolmivaiheisena prosessina, johon kuuluu aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely sekä abstrahointi, eli teoreettisten käsitteiden luominen (Miles & Huberman 1994). Jouni Tuomen ja Anneli Sarajärven (2009) mukaan teoriaohjaavan sisällönanalyysiin toteuttaminen etenee käytännössä samankaltaisena kolmivaiheisena prosessina, kuin Milesin ja Hubermanin aineistolähtöinen sisällönanalyysi. Analyysi alkaa aineiston redusoinnilla ja jatkuu sen klusteroinnilla, mutta eroavaisuuksia ilmenee käsitteiden luomisen vaiheessa. Teoriaohjaavassa sisällönanalyysissä luodut käsitteet eivät ole pelkästään aineistosta nostettuja, vaan ne ovat aikaisempaan tutkimukseen pohjaavia, ja näin ollen niitä voi pitää ”jo tiedettynä”. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 117.) Omassa tutkielmassani tämä tarkoittaa leimaamisen ja professionaalisen dominanssin käsitteiden hyödyntämistä.

Aloitin analyysini edellä esitellyn kolmivaiheisen kaavan mukaisesti. Ensimmäisenä toteutin aineiston redusointia, eli pelkistin aineistoani jakamalla sen kolmeen eri ryhmään:

- 1) Masennuslääkkeitä käyttäviin ihmisiin (169),
- 2) masennuslääkkeitä käyttämättömiin ihmisiin (26), sekä
- 3) aineistoni ulkopuolelle jätin ne vastaajat, jotka eivät maininneet vastauksissaan masennuslääkkeitä mitenkään, tai vastasivat hyvin lyhyesti niin, ettei vastauksista pystynyt päättämään mitään vastaajien masennuslääkenäkemyksiin liittyen (200).

Edellä esittelemäni jako auttoi selkeyttämään kokonais kuvaa aineistostani. Seuraavassa analyysini vaiheessa aloitin klusteroinnin, jonka toteuttaminen vaati kyselyn vastauksien lukemista läpi moneen kertaan. Ensimmäisellä lukukierroksella tarkastelin aineistoani yleisesti ja keskityin löytämään kaikki aineiston masennuslääkkeistä kertovat kohdat. Toisella lukukierroksella keskityin erityisesti vastaajien mahdollisiin näkemyksiin poikkeavaksi leimaantumisesta tai kokemuksiin lääketieteellisen kontrollin kohtaamisesta. Seuraavilla lukukierroilla pyrin hahmottamaan mahdollisimman täsmällisen kuvan ihmisten masennuslääkkeisiin liittyvistä näkemyksistä yhdistelemällä vastaustyyppisiä, sekä pohtimalla niiden merkityksiä. Perusteellisen klusteroinnin lopputuloksena aineistosta oli mahdollista muodostaa erilaisiin vastaustyyppisiin perustuvia luokkia. Kyseisiä luokkia yhdistelemällä pääsin toteuttamaan sisällönanalyysin viimeistä vaihetta, eli abstrahointia.

Sisällönanalyysia tehtäessä on mahdollista käyttää myös kvantitatiivisia menetelmiä (Krippendorff 2013, 88). Hyödynnän kvantitatiivista työtettä, eli sisällön erittelyä, aineistoni ja tuloksieni selkeyttämiseksi. Sisällön erittelyn toteutan esittelemällä numeraalisesti taulukkomuodossa aineiston vastaajien jakautumista eri redusoinnin ja abstrahoinnin ryhmissä.

7. TULOKSET

Masennusta sairastavien nuorilla on hyvin erilaisia näkemyksiä masennuslääkkeiden roolista masennuksen hoidossa. Edellisessä luvussa (ks. luku 6) kuvaamalla abduktiivisen sisällönanalyysin menetelmällä jaottelin aineistoni vastaajat kahdeksaan tuloksista kertovaan luokkaan. Havainnollistan muodostamiani luokkia seuraavan taulukon avulla:

TAULUKKO 1

Taulukko 1. Aineiston vastaajien jakautuminen sisällönanalyysillä muodostettuihin luokkiin.

Luokat	Vastaajalla masennuslääkkeet (169)	Vastaajalla ei masennuslääkkeitä (26)	Yhteensä
Masennuksen lääkehoidon tarpeettomuus	1	20	21
Luottamus lääkehoitoon	5	3	8
Masennuslääke masennuksen määrittäjänä	3	1	4
Lääkehoidon leimaavuus	16	1	17
Lääkehoidon ammattilaisten kyseenalaistaminen	10	2	12
Masennuslääke auttajana	106		106
Masennuslääkkeiden ansa	22		22
Toimimaton lääkehoito	35		35

Taulukosta 1. voi nähdä, että masennuslääkkeitä käyttävien sekä niitä käyttämättömien vastaajien keskuudessa esiintyi näkemyksiä masennuksen lääkehoidon tarpeettomuudesta (21), luottamuksesta lääkehoitoa kohtaan (8), masennuslääkkeen kokemisesta masennuksen määrittelijänä (4), lääkehoidon leimaavuuden kokemuksia (17) sekä lääkehoidon ammattilaisten kyseenalaistamista (12). Masennuslääkkeitä käyttäneiden vastaajien masennuslääkenäkemyksistä muodostuivat lisäksi luokat, joiden mukaan masennuslääke nähtiin joko auttajana (106), ansana (22) tai lääkehoito todettiin toimimattomaksi (35). Suurimman määrän vastaajia sisältää 'Masennuslääke auttajana' -luokka (106), ja pienimmän määrän vastauksia sisältää 'Masennuslääke masennuksen määrittelijänä' -luokka (3).

Vastaajien sijoittumisessa edellä esiteltyihin luokkiin (ks. taulukko 1.) on joitakin päällekkäisyyksiä, sillä kolmekymmentä henkilöä sijoittui kahteen eri luokkaan vastauksiensa perusteella, sekä yksi vastaaja kolmeen. Vastaajan kuullessa vahvasti kahteen eri luokkaan näin tarpeellisenä sijoittaa vastaajan kumpaankin tämän edustamaan luokkaan. Tämä on ainoa tapa huomioida nuorten aikuisten tarjoamat vastaukset kokonaisuutena, sekä varmistaa aineistosta saamieni tuloksien paikkansapitävyys. Jos sijoittaisin vastaajan vain toiseen vastauksen kuvastamista luokista, analysoisin vastauksia ainoastaan osittaisina. Jokainen luokka sisältää myös yksinomaan kyseiseen luokkaan kuuluvia vastaajia, jolloin minkä tahansa luokan poisjättäminen tai muokkaaminen päällekkäisyyksien poistamiseksi vääristäisi tutkielman tuloksia. Käytännössä päällekkäisyydet eivät siis ole haitallisia aineiston analyysin tai tulosten luokittelun kannalta, vaan näen niiden hyväksymisen todenmukaisten tuloksien saamisen kannalta välttämättömäksi.

Seuraavaksi siirryn esittelemään tuloksia tarkemmin. Ensimmäistä 'Masennuksen lääkehoidon tarpeettomuus' -luokkaa avaan esimerkkitaulukon TAULUKKO 2 avulla (ks. liite 1). Taulukon tarkoituksena on selkeyttää toteuttamani sisällönanalyysini kulkua sekä tuloksieni muodostumista. Taulukon sisältö ja selitykset ovat esitetty tuloksissa kohdassa 7.1.1.

7.1 Masennusta sairastavien nuorten aikuisten näkemykset masennuslääkkeistä

7.1.1 Masennuksen lääkehoidon tarpeettomuus

Osalle vastaajista masennuksen hoito lääkkeiden avulla näyttäytyy tarpeettomana. Näkemys masennuslääkkeiden tarpeettomuudesta perustuu omaan mielipiteeseen siitä, etteivät masennuslääkkeet voi parantaa masennusta sairautena. Muiden ajattelutapojen mukaan masennuslääkkeiden positiiviset vaikutukset eivät korvaa negatiivisia puolia, tai masennuksen hoitomuotona suositetaan mieluiten terapiaa. Masennuslääkkeitä pitää tarpeettomina lähinnä ne vastaajat, jotka ovat kieltäytyneet masennuslääkityksen aloittamisesta.

Useimmat luokkaan kuuluvista vastaajista sanovat, etteivät he suostu tai tahdo käyttää lääkitystä. Kyseinen näkemys on vastaajien oma mielipide, eikä sitä usein perustella mitenkään. Vastauksien yhteydessä ei ilmaista suuria tunteita masennuslääkkeisiin liittyen, vaan oma mielipide ilmaistaan selkeästi ja tiiviissä muodossa.

”en halua lääkkeitä, ja mielipidettäni on kunnioitettu.” 844/Lomake 866

Muutammat vastaajista tuovat vastauksissaan esille oman jyrkemmän mielipiteensä masennuslääkkeistä. Lääkityksen käyttö nähdään järkyttävänä, tai jopa järjenvastaisena toimintana. Kyseiset henkilöt kertovat, etteivät koskaan käyttäisi masennuslääkitystä. Syynä tähän vastaajat antavat sen, etteivät he usko lääkehoitoon yleisesti, tai siihen, että lääkkeillä voi oikeasti parantua masennuksesta.

”EN ikinä söisi lääkkeitä ja olen ehdottomasti sitä mieltä, että psyykkisiä ongelmia ei voi ratkoa turruttamalla ihminen lääkkeillä!!!” 533/Lomake 547

”Lääkkeitä on tarjottu, mutta olen kieltäytynyt. Mielestäni masentunut mieliala ei ole itse ongelma, jota tulisi hoitaa, vaan asianmukainen oire tietyissä tilanteissa, joka kertoo jonkin olevan vinossa. Masentuneisuus omalla kohdallani – ja että ylipäänsä on uskaltanut tuntea noita tunteita – on ollut monen muutoksen moottorina. Ei-biologisperäisessä masennuksessa kipeitä tunteita päin meneminen on tärkeää. Kivun taakse jättäminen edellyttää kipeän todellisuuden kohtaamista ja läpikäymistä. Mikä tosin omalla kohdallani näyttää jatkuvan ja jatkuvan...”
91/Lomake 95

Luokkaan kuuluvat vastaajat käsittävät masennuksensa syiden olevan ei-lääketieteellisiä, jolloin lääkehoidon ajatellaan olevan mahdoton ratkaisu masennuksesta parantumiseksi. Vastavia tuloksia oli ilmennyt myös Enäkosken (2002) tutkimuksessa, jossa masennuksen syiden yhteiskunnallinen selittäminen johti kielteiseen suhtautumiseen masennuslääkkeitä koskien, ja niistä kieltäytymiseen (ks. luku 4, Enäkoski 2002). Erityisesti nuoret potilaat, jotka eivät ole käyttäneet aikaisemmin masennuslääkitystä, saattavat suhtautua muita ikäryhmiä kriittisemmin masennuslääkkeiden toimivuuteen (ks. luku 4, Aikens, Nease & Klinkman 2008).

Joillakin aineiston vastaajilla on näkemys, jonka mukaan masennuslääkkeistä saatava apu ei välttämättä korvaa niiden negatiivisia vaikutuksia. Useimmiten vastaajat kertovat kuulleensa huonoista tai ristiriitaisista kokemuksista tutuiltaan. Tämä tieto saattaa vaikuttaa siihen, miksi kyseiset henkilöt eivät halua aloittaa masennuslääkityksen käyttöä. Vastaajien näkemykset masennuslääkkeiden tarpeettomuudesta voivat perustua myös lääkkeiden käytön erilaisiin sivuvaikutuksiin.

”Ei mitään (*lääkkeitä saatuna masennukseen*). Toivon selviäväni ilman lääkitystä -- Ei mitään (*kokemuksia*), ainoastaan kuulokokemuksia muilta ihmisiltä, ja tuntuu että suurimmaksi osaksi heidän kokemuksensa ovat olleet negatiivisia.”
79/Lomake 81

Luokkaan kuuluvien vastaajien henkilökohtaiset masennuslääkenäkemykset ovat siis saaneet vaikutteita ulkopuolisilta tekijöiltä. Muilta ihmisiltä saatavaa masennusta koskevaa tietoa pidetään jopa niin merkittävänä, että vastaajat pohjaavat kyseisen tiedon varaan myös omaan henkilökohtaiseen hoitoonsa liittyvät valinnat ja päätökset. Samankaltaisia tuloksia toisten ihmisten masennuslääkekokemuksien vaikutuksista masennusta sairastavien potilaiden omaan lääkehoitoon sitoutumiseen on saatu jo aikaisemminkin. Sosiaalisen tuen puute heikentää hoitoon sitoutumista, sillä perheen ja ystävien kokemukset ovat keskeisiä tekijöitä hoitoon hakeutumisen ja lääkehoidon aloittamisen päätöksissä. Varsinkin jos tietoa on saatavilla huonosti, sitä haetaan helposti esimerkiksi omalta lähipiiriltä. (ks. luku 4, Johnston 2013; Enäkoski 2002.) Lääketieteen asiantuntijat eivät siis ole ainoa taho, jolta ihmiset hakevat masennuslääkkeistä koskevaa tietoa. Tällöin ihmisten masennuslääkenäkemyksien syntyminen on alttiina monien eri tahojen vaikutuksille.

Masennuksen lääkehoidon tarpeettomuuden näkemys voi siis syntyä sekä ulkoisista (kuulopuheet) että sisäisistä vaikutuksista (henkilökohtaiset mielipiteet). Yhteistä luokan vastaajille on kuitenkin se, ettei masennuslääkkeiden käyttöä nähdä toimivana masennuksen sairauden hoitomuotona.

7.1.2 Luottamus lääkehoitoon

Joillakin vastaajilla masennuslääkkeiden saamisen mahdollisuus lisää toivoa masennuksesta paranemiseen. Luokkaan kuuluu sekä masennuslääkkeitä vielä harkitsevia että niitä jo käyttäviä ihmisiä. Luottamus ilmenee vastaajien uskona nykylääketieteen tietotaitoon hoitaa masennusta oikein, sekä vastaajien omana valmiutena kokeilla masennuslääkitystä.

Osa vastaajista kertoo uskovansa nykylääketieteen ymmärtävän masennuksen syyt, ja osaan näin ollen hoitaa sairauden oireet oikein. Kyseiset vastaajat ilmaisevat selkeän tahtonsa käyttää masennuslääkkeitä masennuksensa hoidossa. Vastauksissa kannustetaan yleisesti muitakin masennusta sairastavia hankkimaan lääkehoidollista apua, ja ymmärtämään lääkkeiden saannin tärkeyden osana masennuksen hoitoa.

”On tärkeää muistaa, että nykylääketiede tietää masennuksen syyt: aivojen välittäjäaineet ovat "sekaisin". On helpottavaa tietää, että tälle on jokin syy eikä masennus ole vain jotain hullujen hommaa, jolle ei ole muita kuin huuhaa-selityksiä. Eli sairaus muiden joukossa. Muistaa pitäisi myös se, että läheisten on tartuttava asioihin, kun masentunut ei itse siihen pysty. Potkikaa vaan perseelle!” 83/Lomake 85

”Hakeudu psykiatrin puheille, pyydä lääkekuuri ja samalla hakeudu terapiaan. Lääkkeet yksinään eivät välttämättä auta, mutta yhdessä tehoavat!” 332/Lomake 341

Valmius kokeilla lääkehoitoa kertoo vastaajien uskosta lääkkeiden toimivuuteen, ja lääkehoitoa pidetään tarpeellisena osana masennuksen hoitoa. Osa vastaajista, jotka eivät vielä ole kokeilleet masennuslääkkeitä, ilmaisevat uskovansa reseptin saamiseen ja lääkehoidon aloittamiseen jossain vaiheessa masennuksensa hoitoprosessia.

”Aloitin lääkkeen syömisen tänään ja toivon että se vaikuttaa!” 725/Lomake 746

Aikaisempien tutkimusten mukaan ihmiset näkivät lääkehoidon useimmin tarpeellisena, kun masennuksen oireet olivat vakavia, oireiden uskottiin jatkuvan vielä pitkään, tai oireiden uskottiin johtuvan aivojen kemiallisesta epätasapainosta. Myös masennusta sairastavan henkilön iällä oli merkitystä, sillä iäkkäämmät henkilöt pitivät masennuslääkkeitä usein tarpeellisina masennuksen hoidossa. (ks. luku 4, Aikens, Nease & Klinkman 2008.) Oman tutkielmani aineistossa nousi edellä mainituista perusteluista esille erityisesti näkemykset masennuksen johtumisesta kemiallisesta epätasapainosta. Aineiston vastaajat pystyvät luottamaan masennuksen lääkehoitoon parhaiten, kun he hahmottavat masennuksensa synnyn aivojen välittäjäaineiden epätasapainosta johtuvaksi.

7.1.3 Masennuslääke masennuksen määrittäjänä

Kaikki aineiston vastaajat eivät koe masennuslääkettä yksiselitteisesti vain yhtenä hoitomuotona masennukseen, vaan jopa sairautta määritelevänä tekijänä. Näiden vastauksien perusteella masennuslääkitys on saanut liian suuren roolin masennusta diagnosoitaessa sekä sitä hoidettaessa, jolloin ihmisten omat kokemukset sairaudesta tuntuvat jäävän taka-alalle. Vaikka luokkaan kuuluvien vastaajien lukumäärä on pieni (4), ovat heidän näkemykset silti tärkeä osa tutkielmaani.

Erään vastaajan mukaan masennuksesta tuntuu tulevan todellinen vasta sitten, kun ammattilainen on diagnosoinut sairauden. Tätä näkemystä kuvaa tunne siitä, ettei masennusta sairastavaa vastaajaa oteta vakavasti, jos hän ei ole käynyt lääkärillä tai syö masennuslääkkeitä.

”heti alussa kysymykset masennuksen hoidosta saivat minut tuntemaan itseni eivätkä tärkeäksi. aivan kuin sairauteni ei olisi tarpeeksi vakavaa, kun en ole käynyt lääkärillä, tai en syö lääkkeitä. tämä on arkea, välillä tuntee itsensä luulosairaaksi, eikä usko itsekään olevansa sairas.” 497/Lomake 510

Vaikka masennus olisi jo diagnosoitu ja sen hoito aloitettu, voi masennuslääkkeiden hallitseva rooli masennuksen määrittäjänä jatkua edelleen. Eräs vastaaja ei pysty täysin luotta-

maan ammattilaisen antamaan masennusdiagnoosiin, sillä hän määrittelee sairauden olemassaoloa myös masennuslääkkeiden toimimisen kautta. Koska lääkitys ei tuntunut toimivan, vastaaja kokee sairautensa olevan mahdollisesti väärin diagnosoitu. Näin ollen hän päätyy pohtimaan koko sairautensa todellisuutta masennuslääkkeiden kautta.

”Tunsin, että popsin niitä kuin ruokaa, vaikka lääkkeitä ei silloin mitään hyötyä ollutkaan. Lisäksi koko ajan korostettiin, että lääke on vain osa hoitoa, eikä se tee ihmeitä. Parannusta etsittiin elintavoista ja elintilanteesta. Välillä oli sellainen olo, että enkö sitten oikeasti olekaan sairas, koska lääkkeet eivät tepsivät.” 108/Lomake 112

Jopa masennuksen diagnoosin saamisen jälkeen ja lääkeshoidon toimiessa, saattaa masennuslääkitys edelleen hallita masennuksen määrittelyä. Eräs vastaaja kertoo kokeneensa jääneen avun piirin ulkopuolelle heti masennuslääkkeiden toimiessa, sillä häneen alettiin suhtautua kuin jo sairaudesta täysin parantuneeseen potilaaseen.

”Fevarin valvotti aluksi ja oloni oli energinen, se tuntui ristiriitaiselta edelleenkin olemassa olevien ongelmien takia. Tuntui, että minuun suhtauduttiin terveenä, vaikken sitä ollutkaan. Lopulta lääke (n. 4:n kuukauden jälkeen) alkoikin väsyttämään, nukuin päivät pitkät, ja se vaihdettiin cipramiliin.” 360/Lomake 370

Edellä mainituille näkemyksille on yhteistä se, että masennus sairautena määrittyy masennuslääkkeiden kautta. Masennuksen vakavuutta ja jopa sairauden olemassaoloa määritellään masennuslääkkeiden käytöllä tai niiden toimivuudella. Vaikka luokkaan kuuluvien henkilöiden vastaajamäärät ovatkin pieniä, on aihe teemana silti hyvin merkityksellinen. Medikalisaation myötä kasvanut masennuslääkkeiden käytön yleisyys (ks. luku 1, Rikala 2011, 1, Suomen lääketilasto 1990 ja 2000 mukaan) on noussut joidenkin vastaajien keskuudessa jopa masennuksen diagnostiseksi tekijäksi.

Erään vastaajan mielestä masennuslääkitys ei määrittele vain masennusta, vaan masennuksen luokittelu sairaudeksi ja sen hoito lääkkeillä suuntaa koko yleistä ihmiskäsitystä. Kyseinen vastaus kuvastaa masennuksen medikalisaation vahvaa kyseenalaistamista.

”Olen oppinut myöskin sen, että masennuksen luokittelu sairaudeksi, ja sen parantaminen lääkityksen avulla ei ole pelkästään hyvä asia. Masennus on kuitenkin tietynlainen asenne elämään, jonka syntyjuuria tulisi pohtia perusteellisesti. Sen esiintyminen suuressa määrin nyky-yhteiskunnassa kuvastaa myös vääristynyttä ihmiskäsitystä, joka perustuu inhimillisten heikkouksien kieltämiseen.”
934/Lomake 959

Enäkosken (2002) mukaan masennuslääkkeiden saaminen saattaa konkretisoida ihmisille masennuksen todellisena sairautena, ja tätä kautta vaikuttaa lääkkeitä käyttävän henkilön itsetuntoon (ks. luku 4, Enäkoski 2002). Näin ollen ei siis ole epätavallista, että masennuslääkkeillä saattaa olla ihmisten minäkuvaan vaikuttavia ominaisuuksia. Silti vastaavanlaisiin tilanteisiin, joissa masennuslääkitys on noussut masennuksen hoidossa liian hallitsevaksi tekijäksi, tulisi aina puuttua. Ihmisen henkilökohtaiset näkemykset omasta terveydestään eivät saa jäädä masennuslääkkeiden yleisten käyttösuositusten jalkoihin, vaan potilaiden omat uskomukset masennuslääkkeisiin liittyen tulisi ottaa paremmin huomioon (ks. luku 4, Aikens, Nease & Klinkman 2008).

7.1.4 Lääkehoidon leimaavuus

Leimaantuminen poikkeavaksi ilmenee aineiston vastauksissa vastaajien kokemana erilaisuutena. Usein erilaisuus koetaan yleisesti masennukseen sairautena liittyvänä, ja yhteiskunnan aiheuttamana. Muutamien vastaajien kertomuksissa erilaisuus ilmenee häpeänä sairautta kohtana. Myös masennuslääkkeiden käyttö aiheuttaa erilaisuuden tunteita, mutta vastaajat pyrkivät kuitenkin irtaantumaan kyseisestä ajattelutavasta.

Masennus saa vastaajat kokemaan itsensä poikkeaviksi usein yhteiskunnan toimintatapojen vuoksi. Muiden ihmisten negatiiviset luulot ja oletukset masennukseen liittyen edistävät vastaajien leimaantumisen kokemuksia. Vastaajat saattavat esimerkiksi kokea muiden ihmisten pitävän heidän masennustaan ainoastaan laiskuutena. Muutamien vastaajien mukaan masennukseen ei suhtauduta yhteiskunnassa kuin mihin tahansa muuhun sairauteen. Useimmiten häpeän tunteet kohdistuivat masennukseen yleisesti hävettävänä sairautena. Masennuksen sairastaminen aiheuttaa itseensä kohdistuvaa häpeää, jolloin ongelmista ei haluta puhua muille. Samoin avun hakeminen saatettiin kokea häpeällisenä.

”Toivoisin, että yhteiskunta KAIKILLA saroilla hyväksyisi masennuksen eikä tarvitsisi piilotella sitä. Se on ihan oikea sairaus. On itsekkin vaikea uskoa, että se on sairaus eikä laiskuutta, joten ympäristön nihkeä ja epäilevä asenne ei yhtään paranna tilannetta.” 186/Lomake 192

”vaikka ihminen onkin masentunut ja "pakotettu kantamaan sairaan leimaa", ei mielenterveysongelmat tartu. jos tuttu on masentunut, ei häntä tarvitse pelätä.” 105/Lomake 109

Nämä kokemukset leimaantumisesta kohdistuvat ensisijaisesti masennukseen sairautena. Olen kuitenkin nostanut ne myös osaksi masennuslääkkeiden leimaavuuden ilmiötä. Perustelen valintaani sillä, että masennuslääkkeiden käytöllä osana häpeällisen sairauden hoitoa on hyvin todennäköisesti luokan vastaajille samankaltaisia leimaavia ominaisuuksia kuin itse sairaudellakin. Kuten Romakkaniemen (2011) tutkimuksessa nousi esille, monilla ihmisillä pelko leimaantumisesta psyykkisesti vakavasti sairaaksi sai heidät suhtautumaan masennuslääkkeisiin negatiivisesti (ks. luku 4, Romakkaniemi 2011). Etenkin nuorilla aikuisilla voi olla vaikeuksia vastaanottaa masennusdiagnoosia, ja tätä kautta masennuksen hoitoakaan ei käynnistetä (ks. luku 2.2, Van Voorhees et al. 2005). Lisäksi monilla ihmisillä häpeän tunteet juuri masennuslääkkeiden käyttöä kohtaan estävät hoitoon hakeutumista (ks. luku 4, Enäkoski 2002). On siis tavallista, että masennuksen sairastamisen ohella myös sen hoitoon kuuluva masennuslääkitys saatetaan usein kokea häpeällisenä ja leimaavana.

Osa luokkaan kuuluvista vastaajista kohdistaa häpeän ja poikkeavuuden tunteen myös suoraan masennuslääkkeisiin. Tällöin masennuslääkkeiden käyttö näyttäytyy vastaajille yhteiskunnan normeista poikkeavana, ja näin ollen tuomittavana käytöksenä. Yleisesti lääkkeiden syönti saattaa tuntua luovuttamiselta ja häpeälliseltä. Yleinen puhe masennuslääkkeistä ja niiden käyttäjistä koetaan myös ajoittain epäasiallisena.

”Tehottomasta tehoavaan. Eräs muutti minut lähinnä zombieta muistuttavaksi lihamöykyksi. Ennen pitkää lääke vaihdettiin ja sivuvaikutukset kutistuivat siedettäviksi. Nykyään saan fyysisiä vieroitusoireita jos jätän yhdenkin kapselin väliin. Päänsärkyä, pahoinvointia, huimausta, näköhäiriöitä. Olo on kuin narkkarilla.” 798/Lomake 820

”Mihinkään ajatuksiin / tunteisiin ei tarvitse jäädä kiinni - "kummallinen" ja "epänormaali" ovat käsitteitä, jotka voi täysin unohtaa. Yleinen harhaluulo masentuneilla/ahdistuneilla on, "ettei varmasti kukaan muu kuin minä" - ajatusrakennelma, joka ei VARMASTI koskaan kuitenkaan pidä paikkaansa. Avun hakeminen ei KOSKAAN ole häpeällistä, vaan useimmiten askel kohti parantumista ja parempaa elämänlaatua. Myös ennaltaehkäisevä hoito on taatusti tärkeää ja oikeutettua!” 703/Lomake 723

”Masennuslääkkeistä puhuminen on mielestäni ollut epäasiallista. onnellisuuspilleri on aivan väärä sana. masentunut ihminen ei jaksa hakeutua hoitoon, jos siinä ei ole tukihenkilöitä, olet tuuliajolla. tämä tiedoksi virastoihin yms.”
536/Lomake 550

Kyseiset kokemukset yhteiskunnan normeista poikkeamisesta ja leimaantumisen ilmiöistä ovat yhteydessä medikalisaation kritiikkiin. Hyypän (1997) mukaan lääketiede kontrolloi sosiaalisia ilmiöitä ja määrittelee ihmisten yksityistä ja julkista elämää aivan liian laajasti. Tällöin ihmiset kokevat jopa arkiset huolet ruumiillisina tuntemuksina, ja pieniinkin vaivoihin tarvitaan ammattiauttajan apua. (ks. luku 3.2, Hyypä 1997.) Aineiston vastaajien keskuudessa ilmenee huolta siitä, että heidän masennuslääkkeidensä käyttö nähdään epäoikeutettuna, vaikka heillä olisikin diagnosoitu masennus. Medikalisaation kohdistettu kritiikki turhasta lääkkeiden käytöstä saattaa siis osaltaan ajaa leimaantumisen ilmiötä. Medikalisaation ilmiön laajetessa ja myös siihen kohdistuvan kritiikin jatkuvasti lisääntyessä ihmiset saattavat ajautuvat pohtimaan, voivatko he pitää saamaansa lääkitystä oikeutettuna.

Muutama luokan vastaajista ilmaisee tiedostavansa, että masennus tai masennuslääkkeet voivat aiheuttaa häpeää ja poikkeavuuden tunteita, vaikka he eivät niitä henkilökohtaisesti kerro kokevansa. Näissä vastauksissa vastaajat tiedostavat, että masennus tai masennuslääkkeet voivat olla leimaavia, ja he kannustavat muita ihmisiä kohtamaan sairauden ilman itsensä poikkeavaksi kokemista.

”Masennuslääkitystä ei pitäisi pitää kamalana häpeänä, ennemminkin sitä, ettei ihminen hae hoitoa jos sitä tarvitsee. Naurettavaa, että tässä maassa syödään masennuslääkkeitä enemmän ja enemmän, mutta silti esim. vakuutusta ottaessa joutuu syyniin jos kertoo rehellisesti syövänsä masennuslääkkeitä.” 432/Lomake 442

”Suomalaiset eivät vieläkään uskalla myöntää olevansa masentuneita. Liian moni kärsii hiljaa, käy ehkä kovan itsensä kanssa taistelun jälkeen terveystieteiden lääkärillä hakemassa mielialalääkeresepin, syö lääkkeitä kaksi kuukautta salaa ja lopettaa. Masennus on sairaus siinä missä mikä tahansa fyysinen sairaus! Sairaana on lupa olla sairas, sairautta parantamiseksi tarvitaan lääkkeitä ja muuta hoitoa, ja sairaudesta voi todella parantua täysin terveeksi.” 204/Lomake 211

”Uskaltakaa kohdata oma masennuksenne. Se ei ole häpeä. Se ei tee sinusta hullua tai vähempiarvoista ihmisenä. Toivoisin, että muut osaisivat suhtautua asiaan sen vaatimalla vakavuudella ja hyväksymällä masennukseen sairastunut ihminen. Muistuttaisin että masennus ei ole niin harvinainen kuin voisi luulla sen perusteella kuinka monet ihmiset peloissaan häveten vaikenivat visusti asiasta eivätkä ylpeydeltään saata hakeutua sairautta parantamaan hoitoon ammattilaiselle. Joskus tuntuu että avun hakeminen on vaivalloista. Pitäisi pitää suurempaa ääntä miten ja mistä hakea hoitoa jos huomaa hälyttäviä merkkejä masennuksesta. Jos kerta masennus on niin yleinen vaiva suomineidon päässä, siitä pitäisi uskaltaa puhua enemmän.” 698/Lomake 718

Aineistoni sisältää vain yhden muista poikkeavan näkemyksen, jonka mukaan masennus ei enää nyky-yhteiskunnassa ole tabu. Muutoin luokkaan kuuluvat vastaajat kokevat masennuksen ja sen lääkehoidon määrittelevän heidät helposti muista ihmisistä poikkeaviksi. Vastaajat kokevat kyseisten leimaantumisen tunteiden syntyvät yhteiskuntaan juurtuneista ennakkoluuloista ja tuomitsevista asenteista masennusta ja sen lääkehoitoa kohtaan. Peter Conradin (1976) mukaan leimaamisen prosessi syntyy juuri siitä, kun tiettyjä yhteiskuntaan luotuja sääntöjä rikkovat ihmiset määritellään normaalista poikkeaviksi (ks. luku 3.3, Conrad 1976). Masennus ei siis ole sairaus, jonka hoitaminen lääkkeillä tuntuisi vastaajista aina yksiselitteisesti oikeutetulta ulkopuolisten silmissä. Samalla vastaajien keskuudessa kuitenkin ilmenee myös tahtoa pyrkiä pois kyseisistä ajattelumalleista, ja aloittaa leimaantumisen estäminen omia henkilökohtaisia asenteita muuttamalla, sekä muiden ihmisten kannustamisen kautta. Vastaajat eivät siis jää täysin toivottomiksi leimaantumisen tunteidensa kanssa.

7.1.5 Lääkehoidon ammattilaisten kyseenalaistaminen

Lääkäreiden käytöksellä masennusta sairastavia potilaita kohtaan on oma vaikutuksena aineistoni vastaajien masennuslääkennäkemyksien muodostumiseen. Lääkäreiden toiminta herättää joissakin vastaajissa negatiivisia tunteita, jotka ilmenevät eriävinä mielipiteinä lääkehoidon periaatteita koskien. Lääkäreiden synnyttämän turhautuneisuuden kautta lääkehoidon

uskottavuus tarpeellisena hoitomuotona kärsii, vastaajat kokevat lääkityksensä ongelmallisena, tai joutuivat jopa luovuttamaan lääkehoidon suhteen.

Osa luokkaan kuuluvista vastaajista kyseenalaistaa lääkäreiden ammattitaidon hoitaa masennusta, sekä heidän kyvyn tarjota masennuslääkkeitä oikein. Tämä näkyy siinä, että vastaajien mielestä lääkärit tekevät lähinnä omia johtopäätöksiänsä lääkkeiden tarpeellisuudesta potilaalle. Vastaajien mielestä lääkkeitä saa myös liian helposti.

”Eivät kuuntele, latovat omia paikkaansa pitämättömiä johtopäätöksiä, eivät välitä vähääkään.” 16/Lomake 16

”Lievät masennukset tuntuvat olevan opiskelijoilla ja jopa koululaisilla aika yleisiä. Heille myös määrätään masennuslääkkeitä melko helposti. Ehkäpä nykyisessä koulujärjestelmässä olisi tarkistamisen varaa, jos isänmaan toivot palavat loppuun jo kouluiässä.” 608/Lomake 626

Reseptien nopea antaminen saattaa synnyttää ihmisille kuvaa siitä, ettei lääkäri arvioi potilaan henkilökohtaista masennuslääkityksen tarvetta loppuun asti. Ammattimainen masennuksen hoito tarkoittaa kuitenkin sitä, että lääkäri päättää masennuksen hoidosta aina yhdessä potilaan kanssa. Hoidon onnistumiseksi lääkärin tulee tuntea potilaansa somaattinen tila ennen lääkkeiden määräämistä, sekä seurata aktiivisesti potilaan tilan kehitystä. (ks. luku 2.4, Lönnqvist, Henriksson, Marttunen & Partonen 2013.) Kaikki vastaajat eivät kuitenkaan ole kokeneet oman hoitonsa edenneen oikealla tavalla.

Masennuksen hoidon painottuminen liiaksi lääkehoidon puolelle on vastaajista myös turhauttavaa, ja jopa epäeettisenä pidettävää toimintaa. Lääkehoidon tarjoaminen ainoana hoitomuotona masennukseen koetaan ihmisarvoa alentavana. Samoin lääkäreiden jatkuva lääkitysmäärien nostaminen muun avun tarjoamisen sijasta koetaan tuomittavana toimintana. Vastaajien mukaan pelkkä reseptien saaminen tuntuu vakavan sairauden vähättelyltä avun jäädessä pinnalliseksi. Vastaajat peräänkuuluttavat lääkäreiden taitoa tarjota oikeanlaista apua masennusta sairastaville potilaille.

”kaikille haluaville pitäisi järjestää terapiahoitoa, ainakin kerran tai pari. tämän jälkeen itse terapeutti voisi arvioida onko lisäkäynteihin syytä. nyt minut käännettiin terapiajonosta jo terveystieteiden lääkäri. ehken ollut tarpeeksi vakavasti otettava potilas koska en ollut harkinnut itsemurhaa?!” 651/Lomake 669

”Masennuksen hoito Suomessa on kummallista seurattavaa. Oma hoitoni aloitettiin todenteolla vasta sitten, kun minut oli kiidätetty ensiapuasemalle. Sitä ennen psykologit olivat lyöneet lääkkeitä kouraan ja sanoneet, että soita jos ei toimi. Analyysi oli hukkaanheitettyä. Pidimme muutaman kuukauden hoitojaksossa kesälomien aikaan kahden kuukauden tauon. Sen jälkeen jouduin sairaalahoitoon. Sairaalassa ensimmäinen asia oli lääkityksen kaksinkertaistaminen ja unilääkkeet, vaikkei minulla edes ollut uniongelmia. Pikemminkin päinvastoin. Mielestäni hoidon pitäisi lähteä terapiasta, ei lääkkeitä. Lisäksi hoidettavaan pitäisi suhtautua riittäväällä vakavuudella. Minun kohdallani se tarvitsi muutaman itsemurhayrityksen. Kuinka monta niistä onnistuneista olisi voitu pelastaa, jos annettaisiin muutakin kuin lämmintä kättä ja reseptejä?” 908/Lomake 931

Luokkaan kuuluvien vastaajien mielestä lääkkeitä jatkuvan määrääminen ei tulisi olla ratkaisu masennuksen yleisyyden ongelmaan. Lääkehoidon tehokkuus on kuitenkin johtanut masennuslääkkeiden yleistymiseen myös lievempiä masennustiloja hoidettaessa (ks. luku 2.4). Luokkaan kuuluvat vastaajat eivät kuitenkaan koe lääkkeitä jatkuvan määräämisen olevan heille riittävä apu, ja tätä kautta vastaajat kokevat masennuslääkityksensä turhana tai toimimattomana. Todellisuudessa lääkehoidon tulisi olla vain osa hoitokokonaisuutta muiden hoitomenetelmien rinnalla, jolloin vastaavanlaisia tilanteita ei pitäisi päästä syntymään (ks. luku 2.4, Toivio & Nordling 2009).

Lääkäreiden omaehtoinen toiminta masennuslääkkeitä määrätessä saa osan vastaajista jopa luovuttamaan masennuslääkkeiden hankkimisen suhteen. Kaikki vastaajat eivät olleet saaneet tarvitsemaansa apua sitä hakiessaan, sillä lääkärit ovat kyseenalaistaneet potilaan tarpeen aloittaa masennuslääkitys.

”En ole saanut lääkkeitä, vaikka olen niitä pyytänyt. Hoitavan lääkärieni mielestä ne estäisivät paranemistani. Tätä kautta olen käyttänyt itsehoitolääkkeenä varsin runsaasti alkoholia ja muita päihteitä.” 154/Lomake 159

”Masennusta ei huomata lääkärissä, sillä lääkärit ovat kuin syyttäjiä oikeussalissa ja minä olen syytetty joka yrittää saada syyttäjää uskomaan että olen masentunut

enkä näyttele sellaista. Erilaisia masentuneita ei osata kohdata. Kaikkien oireet eivät ole samat eivätkä kaikki masentuneet näytä samalta. Tämä lääkäreiden pitäisi tajuta jos halutaan oppia tunnistamaan paremmin masentunut ihminen.” 849/Lo-make 871

Lääkäreiden toiminta voidaan siis kokea turhauttavana, jolloin epäammattimaisena koettu käytös vaikuttaa heikentävän vastaajien keskuudessa lääkkeisiin positiivisesti ja luottavaisesti suhtautumista. Oikeaoppisten ammattikäytäntöjen tulisi voida estää masennuksen väärin diagnosoimisen ja masennuslääkkeiden turhan tarjoamisen, mutta käytännössä ihmiset saattavat silti kokea tulleen kohdelluiksi väärin masennuksen hoitoprosessin aikana. Lääkäreiden vaikutus ihmisten masennuslääkekokemuksiin heijastaa professionaalista dominanssia, joka mahdollistaa lääkärin aseman sairauden ylimpänä asiantuntijana ohittaen potilaan näkemykset omasta terveydentilastaan ja hoidon tarpeestaan. Peter Conradin (1976) teorian mukaisesti professionaalinen dominanssi kuvastaa medikalisaation toimintaa, jonka myötä lääketiede on saavuttanut lähes kokonaisvaltaisen kontrollin tauteja diagnosoitaessa (ks. luku 3.3, Conrad 1976). Sairauden määrittely voi kuitenkin tapahtua myös lääkärin ja potilaan välisenä yhteistyönä professionaalisen dominanssin sijasta. Tämä tarkoittaa sitä, että lääkäri voi olla yhdessä potilaan kanssa samaa mieltä tämän diagnoosin tarpeesta sen sijaan, että lääkäri suvereenisti luokittelisi henkilön tilan sairaudeksi, tai vastaavasti olisi tekemättä sitä. (Broom & Woodward 1996.)

7.1.6 Masennuslääke auttajana

Monilla aineiston vastaajista masennuslääkityksen saaminen on auttanut sairaudesta toipumisessa. Lääkitys on helpottanut arkea, tai toiminut jopa elämäntilanteen pelastajana. Joillakin vastaajista jo yksinään masennuslääkityksen käyttö on tuonut avun masennuksesta toipumiseen, mutta kaikki eivät usko lääkkeiden täysin parantavaan vaikutukseen. Monet vastaajat korostavat terapian ja lääkityksen yhteisvaikutusta. Tällöin lääkitys voi olla merkityksetön, jos samalla ei ole mahdollisuutta osallistua lisäksi myös terapiahoitoon.

Suuri osa luokkaan kuuluvista vastaajista kertoo masennuslääkkeiden olleen enimmäkseen positiivinen kokemus, sekä hyvä apu masennuksen kanssa pärjäämiseksi. Osa vastaajista mainitsee vastauksissaan lääkehoidon sivuvaikutuksien esiintymistä, mutta yleinen positiivinen suhtautuminen masennuslääkkeiden käyttöön ei niiden vuoksi kuitenkaan muutu. Vastaajat kertovat myös lumevaikutusten mahdollisuudesta osana positiivisen kokemuksen syntymistä. Romakkaniemen (2011) tutkimuksen mukaisesti ei ole yllättävää, että lääkehoito saattaa lopulta tuntua jopa normaalilta osalta elämää (ks. luku 4, Romakkaniemi 2011).

”Toimivat erittäin hyvin. Itkuisuus loppui, mieliala nousi. Huomattavasti tehokkaampia kuin psykologin/psykiatrian vastaanotot!” 666/Lomake 686

”Käyttämäni lääke sopi minulle loistavasti. Se ei aiheuttanut minkäänlaista yhtäkistä mielialan muutosta, vaan tavallaan hioi pahimmat huiput pois masennukselta, antoi enemmän vaihtoehtoja. Muutaman kuukauden käytön jälkeen asiat alkoivat asettua päässäni oikeisiin mittasuhteisiin. Uskon, että lääkitys toimi osaltaan myös lumelääkkeen tavoin; ajattelin että hyvä, saan lääkitystä ja teen tilalleni jotain. Kun lopetin käytön, verenpaineeni laski rajusti ja olin viikon vapautuksissa RUK:ssa. Muita sivuvaikutuksia en huomannut.” 574/Lomake 589

”Positiivisia. Sain ”Oman itseni” takaisin, jatkuva itkeskely ja toivottomuus katosi. Kykenin elämään normaalisti ja nauttimaan elämästä.” 143/Lomake 148

”Masennus- ja psyykenlääkkeiden käytöstä varoitellaan joskus turhankin hankasti. Olen havainnut masennuslääkkeiden vaikuttavan niin moneen ihmiseen positiivisesti, että suosittelen niitä kaikille avun tarvitsijoille. Usein kuulemani argumentti lääkkeitä vastaan, että kyseessä on oireiden hoito – ei taudin. Jos sairauden vaikutuksesta ihminen lamaantuu ja menettää elämänhalunsa, on oireiden hoito aika tärkeää.” 457/Lomake 467

Monille vastaajista lääkityksestä muodostui positiivinen auttaja vasta usean eri lääkevalmisteen kokeilun jälkeen, jolloin oikeanlainen valmiste lopulta löytyi. Kokeilutyö eri lääkevalmisteen kesken nähdään kuitenkin vaivan arvoisena. Vastaajat usein myös ymmärtävät, että oikean lääkkeen löytyminen ja hoitoon sitoutuminen vaativat pitkäjänteisyyttä. Luokkaan kuuluvilla vastaajilla on siis voimavaroja käydä läpi oikean masennuslääkevalmisteen etsimisen prosessi, eivätkä he tuomitse masennuslääkkeitä toimimattomiksi ensimmäisten huonojen kokemusten myötä.

”Kaikki eivät suinkaan vaikuta kaikille samalla tavalla, joku toisen mielestä hyvä lääke ei välttämättä sovi toiselle ollenkaan. Masennuslääkkeitä onkin pakko vähän "sovitella": koittaa yhtä, jos ei toimi halutulla tavalla, vaihtaa toiseen jne. tai tarvittaessa lisätä joku toinen lääke masennuslääkkeen tueksi. Myös sivuvaikutukset ovat eri henkilöillä erilaiset. Minulta esim. Seroxat vei ruokahalua entisestäänkin.” 662/Lomake 681

”Kaksi ensimmäistä kokeilemaani lääkettä tuotti paljon sivuvaikutuksia, joiden takia jouduin lopettamaan kyseisten lääkkeiden käyttämisen. Viimeisin käyttämäni lääke on tosin toiminut kiitettävästi.” 627/Lomake 645

Luokkaan kuuluvien vastaajien kesken lääkitys mainitaan usein haastattelulomakkeen kysymyksissä ”kuvaile ratkaisevaa käännettä parempaan” tai ”mikä on ollut konkreettinen apu selviämisesssä?” Masennuslääkitys on silti vain harvoin ainoa parantumisessa auttanut asia, vaan vastaajat kertovat usein sen tueksi tarvittavan myös terapiaa. Lisäksi muutamat vastaajista korostavat, etteivät lääkkeet edes toimiessaan hyvin voi kokonaan parantaa masennusta, vaan ne ainoastaan auttavat parantumisprosessin läpikäymisen jaksamisessa. Lääke siis auttaa, mutta ei paranna. Itse parantumisen nähdään vaativan myös henkistä työtä. Samansuuntaisia tuloksia masennuslääkenäkemyksien suhteen on saatu myös aikaisemmin. Masennuslääkkeet saatetaan usein nähdä lähinnä terapian aikaisena tukena, eikä niitä pidetä todellisena ongelman ratkaisuna. (ks. luku 4, Enäkoski 2002; Romakkaniemi 2011.)

”Ne ovat hyvä tuki masennuksen kanssa taistellessa, mutta on turha kuvitella että ne parantavat itsekseen masennuksesta. Parantaakseen itseään pienimmästäkin masennuksesta täytyy tehdä töitä.” 967/Lomake 992

Positiivisia masennuslääkekokemuksia kertovat vastaajat suhtautuvat masennuksen lääkehoitoon myönteisesti. Aikaisempien masennuslääketutkimusten mukaan ihmisten henkilökohtaiset tulkinnat masennuksesta sairautena vaikuttavat lääkehoitoon suhtautumiseen. Jos potilas ajattelee masennuksensa johtuvan lääketieteellisistä syistä, hän suhtautuu lääkitykseensä myönteisemmin kuin ne henkilöt, jotka ajattelevat masennuksensa olevan seurausta yhteiskunnallisista syistä. (ks. kpl 4, Enäkoski 2002; Johnston 2013.) Samoin lääkkeisiin alunalkaen positiivisesti suhtautuvat ihmiset saattavat saada niistä enemmän apua, kuin negatiivisesti suhtautuvat henkilöt. Lääkehoitoon negatiivisesti suhtautuvat ihmiset saattavat alkaa

voimaan jopa huonommin lääkehoidon aloituksen seurauksena. (ks. kpl 4, Pyne et al. 2005.) Aikaisempiin tutkimuksiin verraten voi siis olla, että masennuslääkkeistä apua saaneet vastaajat ovat ajatusmaailmaltaan vastaanottavaisempia lääkehoidon aloittamisen suhteen, kuin aineistossa negatiivisiä kokemuksia raportoineet vastaajat. Samalla kuitenkin tulee muistaa, että masennuslääkenäkemykset ja -kokemukset syntyvät monien tekijöiden kautta, joten suoriin johtopäätöksiä on mahdotonta vetää.

7.1.7 Masennuslääkkeiden ansa

Joillekin aineiston vastaajista masennuslääkkeet näyttäytyvät ikään kuin ansana, johon he ovat joutuneet, tai ovat vaarassa ajautua. Luokkaan kuuluvat vastaajat kokevat masennuslääkkeiden olevan masennuksesta seurannut välttämätön paha. Kyseiset vastaajat kokevat masennuslääkkeiden auttavan pahimman masennuksen yli, mutta silti niiden antama apu tuntuu liian elämää hallitsevalta. Jotkut vastaajat joutuvat valitsemaan masennuslääkkeiden käytön kautta elämän myös lääkehoidon sivuvaikutusten kanssa. Osa vastaajista pelkää lääkkeisiin koukkuun jäämistä, jolloin heidän henkilökohtaiset masennuslääkenäkemyksensä ja niihin liittyvät pelot estävät lääkkeiden pidempiaikaisen käytön.

Suurin osa luokkaan kuuluvista vastaajista ei tunne selviävänsä pahimpien masennusoireiden kanssa ilman masennuslääkkeitä, mutta silti kyseiset vastaajat eivät haluaisi käyttää masennuslääkkeitään. Lääkkeet saattavat tarjota jonkinlaista apua ja tukea masennuksen kanssa selviämisessä, mutta silti vastaajat korostavat lääkityksen negatiivisia puolia, ja positiiviset puolet jäävät hyvin vähäisiksi. Usein negatiivisuus ilmenee lääkehoidon sivuvaikutusten kanssa elämisen vaikeutena. Vaikka lääkehoito siis tehoaa, sitä ei haluttaisi käyttää. Kyseinen tapa reagoida masennuslääkkeisiin saattaa kuvastaa ihmisten näkemystä masennuslääkkeistä liian voimakkaasti elämää hallitsevana tai määrittävänä tekijänä, jolloin lääkehoidosta mieluiten haluttaisiin päästä eroon.

”Mitähän tuohon sanoisi... ilman niitä en selviäisi ja niitten avulla on helpompi käsitellä terapiassa esiin tulevia ahdistuksen tunteita...mutta kyllä olisin onnellinen, jos niitä ei tarvitsisi syödä ollenkaan...”164/Lomake 169

”Tällä hetkellä syön Cipramilia, sekä tarpeen vaatiessa Alproxia. Vihaan kuitenkin lääkkeiden syöntiä ja haluaisin lopettaa lääkityksen.” 713/Lomake 733

”Aluksi en halunnut lääkkeitä, sillä se olisi mielestäni ollut luovuttamista. Halusin pärjätä omillani. Lopulta suostuin ottamaan Cipramil- mielialäläkettä, joka nyt ajatellen pelasti minut. Pystyin pikkuhiljaa elämään normaalia elämää, ja itkuisuus ja itsetuhoajatukset vähenivät. Huono olo ei kokonaan kadonnut, mutta helpotti. En enää kieriskele lattialla huutaen suoraa huutoa pahaa oloani, enkä hermostu pienimmästäkin asiasta. Olen syönyt lääkettä 9 kk ja edessä on varmasti vielä vuosia. En ole ylpeä lääkkeen syönnistä, mutta tyytyväinen paremmasta olostani.” 969/Lomake 994

”Aluksi ne tuntuvat auttavan, mutta sitten joku sivuoire käy niin vaikeaksi että merkkiä täytyy vaihtaa. Oikean etsiminen ja vaihtaminen on rasittavaa. En usko, että ne voivat parantaa ihmistä kokonaan. Mutta ainakaan ei tee mieli aina kuolla. Kai ne turruttavat jonkin verran.” 203/Lomake 210

Kokemukset lääkkeiden hallitsevuudesta ovat esiintyneet myös aikaisemmassa masennuslääketutkimuksessa. Enäkosken (2002) tutkimuksessa masennuslääkekokemukset liittyivät useimmiten ihmisten tajuntaan, eli masennuslääkenäkemykset koskivat ihmisten henkilökohtaisia kokemuksia masennuslääkkeiden vaikuttavuudesta. Tutkimuksen mukaan masennuslääkkeiden saatettiin kokea jopa hallitsevan käyttäjänsä. Vaikka yleisesti masennuslääkkeiden ei nähty lisäävän onnellisuutta, useimmat ihmiset kuitenkin kokivat niiden tasoittavan mielialojen vaihtelua ja tekevän olostani siedettävämpää. Lääkitykseen suhtauduttiin silti usein negatiivisesti, ja lääkkeiden käyttöä välteltiin viimeiseen mahdollisuuteen asti. (ks. luku 4, Enäkoski 2002.)

Muutamalla vastaajalla heidän omat henkilökohtaiset näkemyksensä masennuslääkkeiden toiminnasta estävät lääkkeiden pidempiaikaisen käytön. Vastaajat pelkäävät jäävänsä koukkuun masennuslääkkeisiin, ja tästä johtuen he lopettavat saamansa lääkekuurin kesken. Kuurien lopettamista tapahtuu, vaikka lääke olisikin tehonnut. Myös liian voimakkaina esiintyvät sivuvaikutukset ovat usein syynä kuurien lopettamiseen. Lääkeriippuvuuden pelko on yksi yleisistä syistä masennuslääkkeiden käytön lopettamiselle (ks. luku 4, Enäkoski 2002).

”Suhtaudun niihin hyvin ristiriitaisesti - ajoittain niistä on ollut apua, usein olen kuitenkin lopettanut kuurin lyhyeen.” 934/Lomake 959

”lopetin ne koska pelkään etten muuten olisi päässyt niistä koskaan eroon siitä seurasi erittäin paha masennus. tällä hetkellä en käytä lääkitystä.” 238/Lomake 246

”Lääke vaikutti minun seksuaalisuuteeni, lisäämällä haluja. Muuten tunsin saavani niistä aluksi turvaa, paniikkihäiriöt vähenivät ja nukkumaanmeno onnistui paremmin...silti päätin yhtäkkiä itsekseni luopua lääkkeitäni, en halunnut syödä niitä enää. Vähitellen vähensin annostustani ja lopetin syömisen kokonaan. Paroneminen alkoi silloin.” 278/Lomake 287

Yleisesti luokan vastaajat eivät tunnu uskaltavan luottaa masennuslääkkeisiin, sillä lääkekuureja lopetetaan myös ilman syytä. Masennuslääkkeet saatetaan kokea liian hallitsevina, jolloin vastaajat mieluummin eristäytyvät lääkeshoidosta, kuin panostavat sopeutumisyrittäisiin. David Karpin (1993) mukaan potilaat hyväksyvät masennuslääkityksen osaksi hoitoa vähitellen. Tärkeintä lääkeshoidon järjestämisessä on saada potilas ymmärtämään masennuksensa biokemiallisena ongelmana. (Karp 1993.) Omassa aineistossani on kuitenkin useita henkilöitä, jotka eivät ole pystyneet sopeutumaan lääkeshoidon käyttöön. Samalla minusta on myös tärkeää muistaa, että jokaisen masennusta sairastavan tulisi voida vaikuttaa omaan hoitoonsa, ja pystyä valitsemaan itselleen henkilökohtaisesti sopivimman hoidon, tai hoitojen yhdistelmän. Näkemykset masennuslääkkeistä ansana eivät siis ole ainoastaan merkki vastaajien keskuudesta vallitsevasta epäluulosta masennuslääkkeiden käyttöön liittyen. Ne ovat myös osoitus siitä, että jokainen henkilö tarvitsee masennuksensa hoitamiseen räätälöidyn hoitokokonaisuuden, joka ei välttämättä sisällä masennuslääkkeiden käyttöä. Esimerkiksi traumaattisten muistojen tai ristiriitojen aiheuttamia psyykkisiä oireita ei pystytä korjaamaan pelkällä lääkehoidolla, ja usein kyseisissä tilanteissa lääkkeetön hoito, kuten psykoterapia, on lääkehoitoa parempi vaihtoehto masennuksen hoitamiseksi (Huttunen 2008, 5–7).

7.1.8 Toimimaton lääkehoito

Masennuslääkkeet eivät ole toimineet kaikilla aineisto vastaajilla toivottuna apuna masennuksen hoidossa. Luokkaan kuuluvien vastaajien näkemykset toimimattomasta lääkeshoidosta perustuvat masennuslääkkeiden tehottomuuteen, tai niistä aiheutuviin liiallisiin sivuvaikutuksiin. Yleisesti lääkityksestä puhutaan hyvin negatiiviseen sävyyn.

Suurin osa luokkaan kuuluvista vastaajista sanoo masennuslääkkeiden jääneen tehottomiksi. Useimmat kertovat lääkeshoidon olleen täysin tehotonta, kun toiset taas mieltävät avun jääneen niin vähäiseksi, ettei sitä voi ajatella lääkkeiden toimimisena. Osa vastaajista kertoo lääkityksen toimivan aluksi tai hetkittäisenä apuna, mutta pidemmän päälle lääkitystä ei ole voinut käyttää. Syynä tähän on lääkkeiden jatkuvat sivuvaikutukset, tai lääkkeiden toimimattomuus ilman sen yhdistämistä terapiaan.

”Omalla kohdallani en huomannut lääkkeiden vaikuttavan. Olen kokeillut useita eri vaihtoehtoja, mutta kaikki ovat tuntuneet käytännössä turhilta. Pariin vuoteen en ole jaksanut lääkkeitä syödä.” 607/Lomake 625

”eivät sovi minulle, paitsi hetkellisenä helpotuksena. Saattavat muuttaa ihmisen persoonallisuutta ja niin kävi minullekin, niin etten lopulta edes tuntenut itseäni. Minusta tuli kyyninen ja kylmä muita kohtaan, millään ei ollut väliä, sillä mikään ei tuntunut missään.” 387/Lomake 397

Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu potilaiden omien kokemusten suuri merkitys lääkehoitoon sitoutumisen kannalta. Huonot aikaisemmat kokemukset masennuslääkkeistä estävät usein lääkeshoidon, ja päätös lääkkeiden käytön lopettamisesta perustuu useimmiten henkilön omiin negatiivisiin kokemuksiin. (ks. luku 4, Johnston 2013.) Huonot masennuslääkekokemukset muokkaavat siis vahvasti ihmisten omia masennuslääkenäkemyksiä. Jos masennuslääkenäkemykset rakentuvat aikaisempien negatiivisten masennuslääkekokemusten varaan, ne vaikuttavat negatiivisesti myös potilaiden masennuslääkkeiden käyttöön sitoutumiseen.

Osalla samaan luokkaan kuuluvista vastaajista kokemus masennuslääkkeen toimimattomuudesta syntyy lääkehoidon sivuvaikutusten vuoksi. Kyseisillä henkilöillä masennuslääkkeet ovat aiheuttaneet liikaa, tai ainoastaan sivuvaikutuksia. Lääkehoidon teho on siis jäänyt kokonaan puuttumaan, tai se on hautautunut sivuvaikutusten alle. Sivuvaikutuksena mainitaan useimmiten väsymys, turta-olo, unettomuus ja lihominen. Muita sivuoireita oli muun muassa myös painajaiset, ripuli, ärtyneisyys, huimaus, ruokahaluttomuus ja impotenssiongelmat.

”pää jää tyhjäksi. mikään ei parane vaan kiertää ympyrää tyhjiön ympärillä. liikkeet hidastuu entisestään. olen poissaoleva. uni sentään aluksi tuli. sitäkään ei enää.” 661/Lomake 680

Jatkuvana koetuista sivuvaikutuksista on saatu myös toisenlaisia tutkimustuloksia. Johnstonin (2013) mukaan henkilökohtaiset lääkehoidon haittaavuudesta kertovat uskomukset korostuvat, jos potilas ei ole aikaisemmin kuullut muiden kokemuksia masennuslääkkeiden käytöstä. Haittaavuudesta kertovat uskomukset voivat jopa lisätä sivuvaikutusten kokemuksia, mutta ajan myötä potilaiden saadessa enemmän kokemusta sairaudesta ja sen hoidosta, lääkehoitoon sitoutuminen paranee. Pitkällä aikavälillä ajan myötä muodostunut positiivinen suhtautuminen lääkkeisiin ei yleensä enää muutu negatiiviseksi. (ks. luku 4, Johnston 2013.)

Omassa aineistossani on kuitenkin selkeä ryhmä vastaajia, joka eivät ole pystynyt muodostamaan positiivisia kokemuksia masennuslääkkeiden käytöstä. Oman aineistoni pohjalta en voi tietää, kuinka paljon kyseiset vastaajat ovat kuulleet muiden ihmisten kokemuksia masennuslääkkeiden käytöstä. Selvää kuitenkin on, ettei kyseisille vastaajille ole ajan kuluessa alkanut kerääntymään positiivisia kokemuksia tai tietoa masennuslääkkeisiin liittyen. Tuloksen mukaan olisi tärkeää, etteivät masennuslääkkeitä käyttävät ihmiset jää yksin lääkehoidon kanssa, vaan heillä olisi mahdollisuus jakaa kokemuksia ja keskustella hoitoon liittyvistä ajatuksista muiden ihmisten kanssa.

Yleisesti luokkaan kuuluville vastaajille on jäänyt käsitys turhaan toimiviksi luvatuista masennuslääkkeistä, tai he eivät itse ole pystyneet soputamaan niiden käyttöön. Yhtenä syynä ilmiöön voi olla se, etteivät lääkärit ole pystyneet estämään masennuslääkkeitä koskevien negatiivisten kokemusten syntymistä, tai auttamaan niiden kanssa selviämisessä. Ilkka Kankaan (1999) mukaan masennuslääkitystä ei tulisi edes tarjota sellaiselle henkilölle, jotka kiis-

tävät masennuksen biologisen ja medikaalisen tulkinnan (Kangas 1999). Näin ollen lääkäreiden ei tulisi aloittaa lääkitystä potilailla, jotka suhtautuvat masennuksen lääkehoitoon alusta asti kriittisesti. Voidaan kuitenkin kysyä, onko masennusta diagnosoitaessa ja sen hoitoa aloitettaessa tilanteita, joissa lääkehoidollinen apu jää ainoaksi potilaille tarjotuksi hoidoksi. Esimerkiksi omassa aineistossani esiintyy tilanteita, joissa vastaajat kertovat masennuksen hoidon painottumisesta liikaa lääkehoidon puolelle. (ks. luku 7.1.5.)

7.2 Masennuslääkenäkemykset ja medikalisaatio

Seuraavaksi esittelen masennuslääkenäkemysluokkien merkityksiä medikalisaation näkökulmasta tarkasteltuna. Medikalisaation käsitteellä tarkoitetaan ihmisten ja yhteiskunnan erilaisien toimintojen siirtymistä lääketieteellisen selittämisen piiriin (ks. luku 2.1). Tarkoitukseni on vastata kysymykseen, miten kyselyyn vastanneiden nuorten aikuisten näkemykset masennuslääkkeiden käytöstä ovat yhteydessä medikalisaation myötä kasvaneeseen masennuksen lääkehoidon yleistymiseen.

Viidessä vastaajista muodostamassani luokassa ilmenee masennuslääkkeiden käyttöä kyseenalaistavaa ja lääkkeisiin negatiivisesti suhtautuvaa puhetta. Näitä luokkia ovat: 1. masennuksen lääkehoidon tarpeettomuus, 2. masennuslääke masennuksen määrittelijänä, 3. lääkehoidon ammattilaisten kyseenalaistaminen, 4. masennuslääkkeiden ansa sekä 5. toimimaton lääkehoito. Yhteensä luokkiin sisältyy 94:ä vastaajaa. 'Masennuksen lääkehoidon tarpeettomuus' -luokassa yksilöiden omat mielipiteet masennuksen lääkehoidon kyseenalaisuudesta eivät ole muuttuneet, vaikka masennuksen medikalisaatio onkin yleistynyt (ks. luku 3.2, Roger Mulder 2008). 'Masennuslääke masennuksen määrittelijänä' -luokan vastauksien perusteella masennuksen medikalisaation voi nähdä edenneen jo liian pitkälle, sillä masennuslääkkeillä näyttää olevan vaikutusvaltaa ihmisiin jopa yhtenä masennusta sairautena määrittelevänä tekijänä. Lääkehoidon vahva asema kertoo medikalisaation vaikutusvallasta yhteiskunnassamme, eivätkä 'Masennuslääke masennuksen määrittelijänä' -luokan vastaajat koe sitä hyvänä tai masennuksen hoitoa edistävänä asiana. Myös 'lääkehoidon ammattilaisten kyseenalaistaminen' -luokan vastauksien voi nähdä kertovan siitä, etteivät vastaajat arvosta liiaksi

lääkityksen ympärille muodostuvaa masennuksen hoitoa. Myöskään masennuslääkkeiden tarjoamisen periaatteet eivät tunnuttu vastaajista toimivilta. Luokan vastauksen sisältävät medikalisaatiolle keskeisin professionaalisen dominanssin ilmiön kuvailua (ks. luku 3.3, Conrad 1976, 1979), joka kertoo medikalisaation vaikutuksista aineiston vastaajien masennuslääkenäkemyksissä. 'Masennuslääkkeiden ansa' -luokan vastaukset osoittavat masennuslääkkeiden jopa toimiessaan olevan aineiston vastaajille vastenmielinen ratkaisu masennuksen hoidoksi. Medikalisaatio ei siis ole muokannut aineiston vastaajien silmissä masennuslääkkeiden käytöstä täysin hyväksyttävää hoitomuotoa masennukseen. 'Toimimaton lääkehoito' -luokassa vastaajat ovat myöntäneet kokeilemaan masennuksen hoitoa lääkkeillä, mutta lääke kuitenkin todetaan käytön jälkeen turhaksi sairaudesta parantumisen kannalta. Masennuksen lääkehoidollinen tarve, ja tätä kautta myös masennuksen medikalisaation hyväksyntä, särkyy nopeasti yksilöiden omien negatiivisten kokemusten myötä. Edellä esitellyistä viidestä eri luokasta olen muodostanut masennuksen lääkehoidon kyseenalaistamista kuvaavan luokkaryhmän.

Masennuksen lääkehoidon tarpeellisuutta ilmenee kolmessa aineistoni luokassa, joita ovat: 1. luottamus lääkehoitoon, 2. lääkehoidon leimaavuus sekä 3. masennuslääke auttajana. Luokkien vastaajat näkevät masennuslääkkeiden olevan hyväksyttävä ja luonnollinen tapa hoitaa masennusta. Yhteensä kyseisissä luokissa on 131 vastaajaa. 'Luottamus lääkehoitoon' -luokassa vastaajilla on luottamusta masennuslääkkeiden tarjoamaan apuun ja he toivovat saavansa helpotusta sairauteensa masennuslääkkeiden kautta. Vastaajat siis uskovat lääkehoidon tarpeellisuuteen ja siihen, että masennuslääkkeet todennäköisesti tullaan heille määräämään. Masennuslääkkeiden saamisen normia voi pitää merkinä medikalisaation vaikutuksesta, sillä lääkehoitoa pidetään automaattisesti masennukseen hyväksyttävien periaatteiden käytettävänä hoitomuotona. 'Läkehoidon leimaavuus' -luokan vastaukset puolestaan osoittavat, ettei masennus ole vielä saavuttanut sellaista sairauden asemaa, että sen hoitaminen lääkkeillä olisi ulkopuolisten silmissä täysin hyväksyttävää. Masennuslääkkeiden käyttö saattaa edelleen leimata ihmisen yhteiskunnallisesti poikkeavaksi. Leimaavuus on osa medikalisaation ilmiötä (ks. luku 3.3, Conrad 1976), joten sen ilmeneminen aineiston vastauksissa kertoo medikalisaation vaikutuksista vastaajien masennuslääkenäkemyksissä. Aineistossani vastaajien leimaantumisen kokemukset syntyvät usein ulkopuolisten ihmisten suvaitsemattomuuden vuoksi. Nämä ulkopuolisten ihmisten tuottamat leimaantumisen kokemukset kuitenkin tuomiin, mikä osoittaa aineiston vastaajien tarvetta hyväksyä masennus yhtenä sairautena muiden

joukossa. Tällöin myös sen lääkehoito näyttäytyy osana normaalia sairauden hoitoa. Luokka sisältää kuitenkin myös muutamia masennuslääkkeisiin negatiivisesti suhtautuvia vastauksia, joissa lääkkeiden syönti tuntuu vastaajista luovuttamiselta ja häpeälliseltä. Suurin osa vastaajista on kuitenkin masennuslääkkeiden käytön hyväksymisen kannalla. 'Masennuslääke auttaja' -luokan vastaajissa yksilöiden omat positiiviset masennuslääkekokemukset synnyttävät uskon masennuslääkkeiden tarpeellisuudesta. Omien hyvien kokemusten myötä vastaajat tukeutuvat lääkehoitoon, ja masennuksen medikalisaation kautta kasvavaa masennuslääkkeiden tarjontaa pidetään toimivana ja oikeutettuna tapana hoitaa masennusta sairautena. Edellä esitellyt kolme luokkaa muodostavat yhdessä masennuksen lääkehoidon yleisyyden hyväksyvän luokkaryhmän.

Masennuksen lääkehoidon yleisyyden hyväksyvä luokkaryhmä ja masennuksen lääkehoitoa kyseenalaistava luokkaryhmä sisältävät erisuuruisen määrän vastaajia. Vaikka joidenkin ihmisten vastaukset aiheuttavat yhden vastaajan kuulumista useampaan luokkaan, on lääkehoidon yleisyyden hyväksyvä luokkaryhmä (131) yhä selkeästi lääkehoitoa kyseenalaistavaa luokkaryhmää (94) suurempi. Myös luokkaryhmien rakenteessa on eroja, sillä masennuksen lääkehoitoa kyseenalaistava luokkaryhmä sisältää useampia luokkia, kuin masennuksen lääkehoidon yleisyyden hyväksyvä luokkaryhmä. Yhteistä luokkaryhmissä on niistä löytyvät sidokset medikalisaation ilmiöön. Omassa tutkielmassani hypoteesinani oli oletus siitä, että leimaantumisen ja professionaalisen dominanssin ilmiöt näkyvät aineistosta saamissani tuloksissa (ks. luku 6). Koska tuloksissani koskien 'lääkehoidon leimaavuus' -luokkaa ja 'lääkehoidon ammattilaisten kyseenalaistaminen' -luokkaa esiintyy sidoksia kyseisiin medikalisaatiolle keskeisiin leimaantumisen ja professionaalisen dominanssin ilmiöihin, on tutkimushypoteesini todistettu paikkansapitäväksi. Tuloksen mukaan nuorten aikuisten masennuslääkenäkemykset sisältävät siis medikalisaation ilmiön vaikutuksia.

Tarkoitukseni on kuitenkin tarkastella nuorten aikuisten masennuslääkenäkemyksiä medikalisaation näkökulmasta vielä edellä esittämäni tulosta tarkemmin. Nuorten aikuisten masennuslääkenäkemyksien voi nähdä olevan yhteydessä medikalisaation myötä kasvaneeseen masennuksen lääkehoidon yleistymiseen eri tavoin kahden muodostamani luokkaryhmän kautta. Masennuksen lääkehoidon yleisyyden hyväksyvä luokkaryhmä suhtautuu masennuslääkkeiden käyttöön positiivisesti. Kyseiset vastaajat hyväksyvät masennuksen lääkehoidon,

jolloin medikalisaation myötä lisääntynyt masennuslääkkeiden käyttö näyttäytyvät heille toivottuna lääketieteen tietotaidon leviämisenä myös masennuksen hoidon alueelle. Huomattavaa tuloksessa on kuitenkin se, että kyseiset masennuslääkenäkemykset rakentuvat pitkälti vastaajien omien positiivisten käyttökokemusten varaan. Masennuksen lääkehoitoa kyseenalaistavaan luokkaryhmään kuuluvat nuoret aikuiset (94) eivät näe masennuslääkkeiden yleisyyden kasvua yhtäläillä positiivisena asiana. Kyseiset vastaajat eivät joko hyväksy masennuksen lääkehoitoa, tai he eivät ole kokeneet masennuslääkkeitä ja niiden käytön periaatteita toimiviksi oman masennuksensa hoidossa. Luokkaryhmän vastauksien perusteella masennuslääkkeillä on yleisesti negatiivinen leima. Aineiston nuorten aikuisten masennuslääkenäkemykset ovat siis suurilta osin myönteisiä masennuksen lääkehoidon lisääntyvän käytön suhteen. Samalla kuitenkin huomattavan suuri osa nuorten aikuisten masennuslääkenäkemyksistä kuvastaa masennuksen lääkehoidon yleistymisen oikeutuksen kyseenalaistamista.

Aineistoni perusteella en pysty vastaamaan kysymykseen siitä, kuinka paljon yleinen keskustelu masennuksen medikalisaatiosta on vaikuttanut ihmisten henkilökohtaisten masennuslääkekokemuksien ja -näkemysten muotoutumiseen. Nuoret aikuiset näyttävät kuitenkin tutkielmani mukaan pohjaavan masennuslääkenäkemyksensä suurimmaksi osaksi joko omiin masennuslääkkeiden käyttökokemuksiinsa, tai henkilökohtaisiin tulkintoihinsa masennuksesta. Medikalisaation myötä lisääntyneellä lääketieteellisellä tiedolla ja ohjeistuksella ei vaikuta aineisto vastauksien perusteella olevan suurta roolia masennuslääkenäkemyksien synnyssä. Saamiani tuloksia aineiston nuorten aikuisten henkilökohtaisten tulkintojen ja kokemusten suurista vaikutuksista masennuslääkkeisiin suhtautumisessa voi pitää merkinä siitä, ettei masennuksen lääkehoidolle ole edes medikalisaation yleistyessä muodostunut yksiselitteisesti hyväksyttävää roolia osana masennuksen hoitoa. Tulos on samansuuntainen aikaisemmin esittelemäni tutkimusten kanssa, joiden mukaan ihmisten henkilökohtaiset tulkinnat masennuksesta sairautena, sekä omat ja muiden kokemukset masennuslääkkeiden käytöstä vaikuttavat suuresti ihmisten suhtautumistapaan masennuslääkkeitä kohtaan, sekä myös masennuksen lääkehoitoon sitoutumiseen (ks. luku 4).

8. YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Omassa tutkielmassani olen tarkastellut nuorten aikuisten näkemyksiä masennuslääkkeisiin liittyen. Tavoitteenani oli tuoda esille myös kyseisten masennuslääkenäkemyksien yhtymäkohtia ja eroavaisuuksia medikalisaation myötä kasvaneen lääkehoidon yleisyyden kanssa. Tutkimuskysymykseni olivat:

1. Millaisia näkemyksiä masennusta sairastavilla nuorilla aikuisilla on masennuslääkkeistä?
2. Miten kyselyyn vastanneiden nuorten aikuisten näkemykset masennuslääkkeiden käytöstä ovat yhteydessä medikalisaation myötä kasvaneeseen masennuksen lääkehoidon yleistymiseen?

Nuorilla aikuisilla masennus voi johtua niin nuoruuden negatiivisista kokemuksista, kuin nykyisen elämäntilanteen liian suuriksi koetuista vaatimuksista. Masennukseen sairastuminen on myös yleisempää sosioekonomisesti huono-osaisimpiin perheisiin kuuluvilla nuorilla. Etenkin nuorille aikuisille masennuksen ja sen lääkehoidon hyväksyminen voi olla haastavaa, ja negatiiviset asenteet ja uskomukset masennuksen hoitoon liittyen saattavat estää monia nuoria aikuisia hyväksymästä masennuksen diagnoosia ja vastaanottamasta siihen kuuluvaa hoitoa. (ks. luku 2.2, Pine et al. 1999; Van Voorhees et al. 2005; Mossakowski 2011; Torikka et al. 2014.) Nuoret potilaat saattavat myös kokea lääkehoidon vahingolliseksi muita ikäluokkia helpommin. Nuoret voivat kokea lääkehoidon haitallisena varsinkin silloin, jos he eivät ole käyttäneet masennuslääkitystä aikaisemmin, heidän oireensa ovat vähäisiä, tai he eivät tiedä masennuksensa syntyyn vaikuttavia tekijöitä. (ks. luku 4, Aikens, Nease & Klinkman 2008.) Tutkielmani aineistona käytin internet-kysely aineistoa 'FSD1293 Kokemukset masennuksen hoidosta ja toipumisesta 2002', jonka vastaukset on kerätty Suomen alueelta Helsingin Sanomien Nyt-liitteen lukijoiden joukosta. Aineisto sisältää 195:n nuoren aikuisen kertomukset elämästään masennusta sairastaen. Valitsemani aineisto tarjosi käytettäväkseni suuren nuorten aikuisten otoksen, joten aineistosta oli mahdollista saada hyvin yleistettävissä olevia tuloksia. Aineiston heikkoutena on vastaajien mahdollinen masennusdiagnoosin puut-

tuminen. Kysely on suunnattu kaikille Nyt-liitteen masennusta sairastaville lukijoille, ja hakkaat ovat siihen vastanneet. Näin ollen kaikilla kyselyyn vastanneilla ei välttämättä ole diagnosoitua masennusta.

Nuorten aikuisten masennuslääkenäkemykset ovat aineistosta muodostamani kahdeksan eri luokan perusteella hyvin moninaisia. Edellisen luvun mukaisesti (ks. luku 7.2) nämä kahdeksan luokkaa voidaan jakaa masennuksen lääkehoidon yleisyyden hyväksyvään luokkaryhmään, johon kuuluvat luokat: 1. luottamus lääkehoitoon, 2. lääkehoidon leimaavuus sekä 3. masennuslääke auttajana, sekä masennuksen lääkehoitoa kyseenalaistavaan luokkaryhmään, johon kuuluvat luokat: 1. masennuksen lääkehoidon tarpeettomuus, 2. masennuslääke masennuksen määrittelijänä, 3. lääkehoidon ammattilaisten kyseenalaistaminen, 4. masennuslääkkeiden ansa sekä 5. toimimaton lääkehoito. Tuloksen perusteella nuorten aikuisten masennuslääkenäkemykset vaihtelevat aineiston vastaajien kesken todella paljon. Masennuslääkenäkemyksien muodostumisen taustalla vaikuttavat monet eri tekijät (ks. luku 4, mm. Enäkoski 2002; Aikens, Nease & Klinkman 2008; Romakkaniemi 2011; Johnston 2013), joten lähtökohdat erilaisten masennuslääkenäkemyksien synnylle ovat moninaisia. Aikaisempiin tutkimuksiin peilaten tutkielmani tulosta nuorilla aikuisilla esiintyvistä monista erilaisista masennuslääkenäkemyksistä voi näin ollen pitää ymmärrettävänä.

Tutkielmani hypoteesina oli oletus leimaantumisen ja professionaalisen dominanssin ilmiöiden näkymisestä aineistosta saamissani tuloksissa (ks. luku 6). Analyysini tulokset todistivat asettamani tutkimushypoteesin paikkansapitäväksi, joten nuorten aikuisten masennuslääkenäkemykset ovat näin yhteydessä laajempaan masennuksen medikalisaation ilmiöön. Aineistoni nuorten aikuisten suhtautumista medikalisaation myötä kasvaneeseen masennuksen lääkehoidon yleistymiseen voi tarkastella masennuslääkenäkemysluokista muodostamani kahden eri luokkaryhmän kautta. 'Masennuksen lääkehoidon yleisyyden hyväksyvä' -luokkaryhmä suhtautuu masennuslääkkeiden käyttöön positiivisesti, kun 'masennuksen lääkehoitoa kyseenalaistava' -luokkaryhmä suhtautuu siihen huomattavasti varauksellisemmin. Aineistoni perusteella masennus ei siis ole saavuttanut nuorten aikuisten keskuudessa sellaista sairauden asemaa, että sen hoito lääkkeillä olisi yksiselitteisesti hyväksyttävää. Vaikka tuloksieni mukaan masennuksen lääkehoidon yleisyyden hyväksyvä luokkaryhmä on vastaajamäärältään

jopa suurempi kuin sitä kyseenalaistava luokkaryhmä (131>94), on masennuslääkkeillä ja niiden käytöllä silti usein havaittavissa yleinen negatiivinen leima. Negatiivisuus särkyä lähinnä niiden nuorten aikuisten vastauksissa, jotka suhtautuvat masennukseen lääketieteellisenä sairautena, tai heillä on omia positiivisia kokemuksia masennuslääkkeiden käytöstä.

Ihmisten henkilökohtaiset tulkinnat masennuksesta sairautena vaikuttavat tutkitusti lääkehoitoon suhtautumiseen ja siihen sitoutumiseen. Kun masennusta sairastavat ihmiset selittävät masennuksensa alkuperää lääketieteellisillä syillä, suhtautuminen masennuslääkkeisiin on usein positiivista. Tällöin masennuslääkkeistä koetaan myös olevan enemmän apua, ja lääkehoitoon ollaan tyytyväisempiä. Kun masennusta selitetään yhteiskunnallisilla syillä, sen lääkehoitoon suhtaudutaan kielteisemmin. Tällöin lääkehoidosta ei usein myöskään koeta olevan hyötyä. Negatiivisesti suhtautuneet henkilöt saattoivat alkaa voimaan jopa huonommin masennuslääkkeiden aloittamisen jälkeen. (ks. luku 4, Enäkoski 2002; Pyne et al. 2005.) Lisäksi nuorten aikuisten henkilökohtaiset tulkinnat masennuksesta sairautena vaikuttavat konkreettisesti hoitoon hakeutumiseen tai diagnoosin vastaanottamiseen (ks. luku 2.3, Van Voorhees et al. 2005). Myös oman tutkielmani tuloksissa esittelemäni eri luokat sisältävät hyvin vahvoja masennuslääkenäkemyksiä, joista näyttää muodostuvan vastaajille henkilökohtaisena totuutena pidettyjä faktoja masennuslääkkeiden toimivuudesta tai toimimattomuudesta. Aikaisempien tutkimusten sekä omien tuloksieni pohjalta voi siis sanoa, että ihmisten uskomuksilla ja näkemyksillä on suuri vaikutus masennuksen lääkehoidon aloittamisen sekä hoitoon sitoutumisen kannalta.

Masennuslääkkeiden käyttöä tulisi seurata lääketieteellisten perusteiden lisäksi myös niiden sosiaalisten ja yhteiskunnallisten vaikutusten kannalta. Tällöin pystyttäisiin vaikuttamaan siihen, millaisia masennuslääkekokemuksia ja -näkömymiä masennusta sairastaville potilaille muodostuu, ja miten ne vaikuttavat heidän hoitoonsa. Masennuksen lääkehoidon aloittaminen tulisi tapahtua yhteisymmärryksessä potilaan kanssa, ja potilaan tulisi olla mahdollista saada neuvoa ja tukea läpi koko lääkevalmisteen käytön ajan. Näin varmistettaisiin potilaiden olevan valmiita masennuslääkehoidon aloittamiseen, jolloin positiivisten masennuslääkekokemusten syntyminen ja lääkehoidon onnistuminen olisi mahdollista. Jos masennuslääkityksen aloitus toteutetaan huolimattomasti, pääsevät ihmisten omat negatiiviset ennakkoluulot ja asenteet vaikuttamaan kielteisesti lääkehoidon lopputuloksen onnistumiseen. Masennuksen

lääkehoidon aloittamisessa tulisi siis ottaa huomioon paremmin myös masennuslääkkeiden käyttöön liittyvä sosiaalinen puoli. Tarvittavaa sosiaalisen näkökulman huomiointia on muun muassa potilaiden henkilökohtaisen lääkkeiden vastaanottokyvyn kartoitus, ja heidän omien masennuslääkkeitä koskevien uskomusten huomiointi (ks. luku 4, Pyne et al. 2005; Aikens, Nease & Klinkman 2008). Masennuslääkkeiden käyttö ja niiden vaikutukset eivät ole ainoastaan lääketieteellisin keinoin havainnoitavissa olevia asioita, niin kuin myös omassa tutkielmassani esille tulleet masennuslääkenäkemykset osoittavat.

Näin ollen vaikka masennuksen ja masennuslääkkeiden tutkimuksen ajatellaan usein ensisijaisesti sijoittuvan lääketieteen alueelle, on niiden sosiaalisten merkityksien tutkiminen yhtä tärkeässä asemassa. Masennus on yksi yleisimmistä ihmisten elämänlaatuun vaikuttavista mielenterveydenhäiriöistä, joka kytkeytyy yhteiskuntamme rakenteisiin vaikuttaen tätä kautta laajasti ihmisten toimintakykyisyyteen ja jokapäiväiseen elämään (ks. luku 1, Lönnqvist, Henriksson, Marttunen & Partonen 2013; Romakkaniemi 2014). Näen sosiaalityöllä olevan sekä edellytykset että veloitteen avata tätä masennuslääkkeiden käyttöön kytkeytyvää sosiaalista näkökulmaa. Mielestäni tarpeellinen jatkotutkimuksen kohde olisi selvittää, millainen masennuksen lääkehoidon aloitusprosessin tulisi käytännössä olla, jotta se toimisi parhaiten potilaiden näkökulmasta. Tärkeää on havainnoida ja järjestää jo olemassa olevaa tietoa vastaamaan paremmin vaikeisiin kysymyksiin siitä, miten masennusta sairastaville onnistutaan antamaan mahdollisuus käyttää omaa ääntänsä hoidosta päätettäessä ilman, että potilaiden omat henkilökohtaiset ennakkoluulot vaikuttavat negatiivisesti masennuksen lääkehoidon aloittamiseen tai siihen sitoutumiseen.

9. LÄHTEET

Aineisto

Räty, Reetta: Kokemukset masennuksen hoidosta ja toipumisesta 2002 [elektroninen aineisto]. FSD1293, versio 2 (2004-06-16). Nyt-liite, Helsingin Sanomat [tuottaja], 2002. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto [jakaja], 2004.

Kirjallisuus

Aherto, Suvi (2008): Medikalisaatio mediassa: elämän lääketieteellistyminen Helsingin Sanomissa 1990–2006 julkaistujen kirjoitusten valossa. Helsingin yliopisto: Pro gradu- tutkielma.

Aikens, James, Nease, Donald, Klinkman, Michael (2008): Explaining patients' beliefs about the necessity and harmfulness of antidepressants. *Annals of Family Medicine* 6:1, 23–29.

Saatavilla <http://www.annfamned.org/content/6/1/23.full.pdf+html>, luettu 23.9.2015.

Anttila, Sami, Mattila, Aino & Niskanen, Pekka (1999): Uusien masennuslääkkeiden yhteisvaikutukset muiden psykenlääkkeiden kanssa. *Suomen Lääkärilehti* 1:2, 39–44.

Bauer, Martin & Gaskell, George (2000): *Qualitative researching with text, image and sound*. London: Sage.

Blackwell, Barry (1982): Antidepressant drugs: side effects and compliance. *Journal of Clinical Psychiatry* 43:11, 14–18.

Blatt, Sidney, Wein, Steven, Chevron, Eve, & Quinlan, Donald (1979): Parental representations and depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 88:4, 388.

Blech, Jörg (2003): *Miten meistä tuli potilaita?* Frankfurt, Main: S.Fischer Verlag.

Brandeis University (2015): Department of Sociology. Web-sivu. Saatavilla <http://www.brandeis.edu/departments/sociology/people/faculty/conrad.html>, luettu 15.2.2016.

Broom, Dorothy & Woodward, Roslyn (1996): Medicalisation reconsidered: toward a collaborative approach to care. *Sociology of Health & Illness*, 18:3, 357–378. Saatavilla <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-9566.ep10934730/epdf>, luettu 22.1.2016.

- Burrows, Graham (1980): Handbook of studies on depression. Amsterdam: Excerpta Medica.
- Carbonell, Dina, Helen, Reinherz, Rose, Giaconia, Cecilia, Stashwick, Paradis, Angela & Beardslee, William (2002): Adolescent protective factors promoting resilience in young adults at risk for depression. *Child & Adolescent Social Work Journal* 19:5, 393–412.
- Castaneda, Anu, Tuulio-Henriksson, Annamari, Marttunen, Mauri, Suvisaari, Jaana & Lönnqvist, Jouko (2008): A review on cognitive impairments in depressive and anxiety disorders with a focus on young adults. *Journal of Affective Disorders* 106:1, 1–27.
- Conrad, Peter (2005): The shifting engines of medicalization. *Journal of Health and Social Behavior* 46:1, 3–14. Saatavilla <http://www.aleciashepherd.com/writings/articles/other/The%20Shifting%20Engines%20of%20Medicalization.pdf>, luettu 28.10.2015.
- Conrad, Peter & Schneider, Joseph (1992): Deviance and medicalization, Expanded Edition. Philadelphia, PA: Temple University.
- Conrad, Peter (1976): Identifying hyperactive children: The medicalization of deviant behavior. Lexington, Massachusetts: Lexington Books.
- Conrad, Peter (1979): Types of medical social control. *Sociology of Health & Illness*, 1:1, 1–11. Saatavilla <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-9566.1979.tb00175.x/pdf>, luettu 5.5.2016.
- Conrad, Peter & Leiter, Valerie (2004): Medicalization, markets and consumers. *Journal of Health and Social Behavior*, 30:6, 158–176. Saatavilla <http://www.udel.edu/soc/tammya/pdf/conrad%20leiter%20on%20medicalization,%20markets%20and%20consumers.pdf>, luettu 5.5.2016.
- Earp, Brian, Sandberg, Anders & Savulescu, Julian (2015): The medicalization of love. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 24:3, 1–19.
- Enäkoski, Marianne (2002): Kun elämä satuttaa: kokemuksia masennuksesta ja masennuslääkkeistä. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Fletcher, Jason (2009): Childhood mistreatment and adolescent and young adult depression. *Social Science & Medicine*, 68:5, 799.
- Flick, Uwe (2009): An introduction to qualitative research. 4th edition. Los Angeles: Sage.

Given, Lisa (2008): The sage encyclopedia of qualitative research methods, Volume 1. Los Angeles, London, New Delhi, Singapore: Sage publications.

Gotlib, Ian & Hammen, Constance (2009): Handbook of depression. New York: Guilford Press.

Grönfors, Martti & Vilkkä, Hanna (2011): Laadullisen tutkimuksen kenttätutkimusmenetelmät. Hämeenlinna: SoFia-sosiologi-filosofiapu Vilkkä. Saatavilla http://vilkka.fi/books/Laadullisen_tutkimuksen.pdf, luettu 29.9.2015.

Hauskeller, Michael (2015): Clipping the angel's wings. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics, 24:3, 361–365.

Havukainen, Pirjo (2005): Abduktiivinen lähestymistapa lähtökohtana esseevastausten arviointikriteerien kehittämiseen. Hoitotiede 2:17, 79–88.

Heiskanen, Tarja, Huttunen Matti & Tuulari, Jyrki (2011): Masennus. Helsinki: Duodecim.

Helén, Ilpo, Hämäläinen, Pertti & Metteri, Hanna (2011): Komplekseja ja katkoksia-psykiatrian hajaantunimen suomalaiseseen sosiaalivaltioon. Teoksessa Helén, Ilpo (toim.): Reformin pirstaleet. Mielenterveyspolitiikka hyvinvointivaltion jälkeen. Tampere: Vastapaino, 11–69.

Hiilamo, Heikki & Tuulio-Henriksson, Annamari (2012): Terapiaa, lääkkeitä ja toisia ihmisiä. Sosiaalisen tuen merkitys masennuksesta toipumisessa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 49:3, 209–219.

Holsti, Ole (1969): Content analysis for the social sciences and humanities. Philippines: Addison-Wesley Publishing, Inc.

Huttunen, Matti (2008): Psykykenlääkeopas. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Hyyppä, Markku (1997): Tunteet ja oireet. Uusin Psykosomatiikka. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Illich, Ivan (1974): Medical nemesis. The Lancet 303:7863, 918–921.

Isometsä, Erkki, Lindfors, Olavi, Luutonen, Sinikka, Mattila, Mikko, Marttunen, Mauri, Pirkola, Sami, Salminen, Jouko & Seppälä, Ilkka (2004): Depressio. Käypä hoito suositus. Duodecim 120, 744–64.

Itkonen, Hannu (1994): Elämän normittajat. Instituutiot ja asiantuntijat oikeaa elämää etsimässä. Joensuu: Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu: Mercurius.

Johnston, Brenda (2013): The role of patient experience and its influence on adherence to antidepressant treatment. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services* 51:12, 29–37.

Kaltiala-Heino, Riittakerttu, Marttunen, Mauri & Fröjd, Sari (2015): Lisääntyvätkö nuorten mielenterveyden ongelmat? *Suomen lääkärilehti* 26-32:70, 1908–1912.

Kaltiala-Heino Riittakerttu, Welling, Jukka, Fröjd, Sari (2014): Tamperelaisten 9.-luokkalaisten mielenterveys lukuvuosina 2002-3 ja 2012-13. Tampere: Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisusarjan julkaisut 1.

Kangas, Ilkka (1999): Maallikoiden masennuskertomukset ja -käsitykset. *Sosiaalitieteellinen aikakauslehti* 36:4, 345–355.

Karlsson, Linnea & Marttunen, Mauri (2007): Nuorten depressio: Tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille. *Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B: 10/2007*.

Karp, David (1993): Taking Anti-depressant Medications: Resistance, Trial Commitment, Conversion, Disenchantment. *Qualitative Sociology* 16:4, 337–359.

Kiikkala, Irma (1996): Masennus käsitteenä. Mielenterveystyön opettajien laatimiin määrittelyihin perustuva masennus-käsitteen sisällön tarkastelu ja alustava uudelleen määrittely. Teoksessa Munnukka, Terttu, Seija Halme, Irma Kiikkala & Helvi Willman (toim.): *Hoitotyön vuosikirja 1996*. Helsinki: Kirjayhtymä Oy, 30–45.

Komulainen, Jorma, Lehtonen, Jari & Mäkelä, Matti (2012): *Psykiatrian luokitus* käsi- kirja. Suomalaisen tautiluokitus ICD-10:n psykiatriaan liittyvät diagnoosit. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90815/URN_ISBN_978-952-245-549-9.pdf?sequence=1, luettu 10.3.2015.

Krippendorff, Klaus (2013): *Content analysis. An introduction to its methodology*. Third edition. Los Angeles, London, New Delhi: Sage Publications.

Krippendorff, Klaus (2004): *Content analysis. An introduction to its methodology*. Thousands Oaks, London, New Delhi: Sage Publications.

Laine, Sofia (2004): *Puhuvat ja vaienneet. Nuorten aikuisten masennuksen sosiaalinen ilmeneminen*. Helsinki: Helsingin yliopisto. Sosiologian pro gradu -tutkielma.

- Lewinsohn, Peter, Rohde, Paul, Seeley, John, Klein, Daniel & Gotlib, Ian (2000): Natural course of adolescent major depressive disorder in a community sample: predictors of recurrence in young adults. *American Journal of Psychiatry* 157, 1584–1591.
- Lindberg, Marjut (2002): Nuoret aikuiset käyttävät yhä enemmän masennuslääkkeitä. *Helsingin Sanomat* 2.7.2002. Kotimaa A4. Saatavilla <http://www2.hs.fi/uutiset/juttu.asp?id=20020702KO11>, luettu 22.1.2016.
- Louhilal, Pekka & Launis, Veikko (2009): Parantamisen ja hoitamisen etiikka. Helsinki: Edita.
- Lönnqvist, Jouko, Henriksson, Markus, Marttunen, Mauri & Partonen, Timo (toim.) (2009): *Psykiatria*. Helsinki: Duodecim.
- Macgregor, Oskar (2015): Trivial love. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 24:4, 497–500.
- Malmivaara, Antti (2011): Pääkirjoitus: Hallitusohjelma sopusoinnussa uuden terveyden määritelmän kanssa. *Optimi-Terveys- ja sosiaalitalouden uutiskirje*. 3/2011. Saatavilla <https://www.thl.fi/fi/web/paatoksenteke-talous-ja-palvelujarjestelma/talous/optimi-terveys-ja-sosiaalitalouden-uutiskirje>, luettu 1.10.2015.
- Miles, Matthew & Huberman Michael (1994): *Qualitative data analysis*. 2th edition. California: Sage.
- Mossakowski, Krysia (2011): Unfulfilled Expectations and Symptoms of Depression among Young Adults. *Social Science & Medicine* 73:5, 729.
- Mulder, Roger (2008): An epidemic of depression or the medicalization of distress? *Perspectives in biology and medicine* 51:2, 238–250.
- Mustajoki, Pertti, Louhiala, Pekka, Niiniluoto, Ilkka, Lahelm, Eero, Ryyänen, Olli-Pekka, Jylhä, Marja, Hänninen, Juha & Pelkonen, Risto (2003): Teemanumero Medikalisaatio. *Duodecim* 119:19, 1801–92.
- Myllärniemi, Jorma (2009): *Masennus. Psyhyksen kipu*. Helsinki: Kirjapaja.
- Nermes, Maarit (2013): Näyttöön perustuvaa masennuksen lumehoitoa: Miten depressiosta tuli masennuksen huippubisnestä? Turku: Nomerta kustannus.
- Niiniluoto, Ilkka (1983): *Tieteellinen päättely ja selittäminen*. Helsinki: Otava.

Nuotio, Tiina-Maija, Karukivi, Max & Saarijärvi, Simo (2013): Nuorten masennusta voidaan ehkäistä. Potilaan lääkärilehti 68:15, 1089–1095. Saatavilla <http://www.potilaanlaakari-lehti.fi/tiedeartikkelit/nuorten-masennusta-voidaan-ehkaista/#.VXB1uUZCTGs>, luettu 4.6.2015.

Nyholm, Sven (2015): The medicalization of love and narrow and broad conceptions of human well-being. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics 24:3, 337–346.

Nykänen, Saana (2009): Käännös parempaan: masennuksesta selviytymiseen liitetyt konkreettiset keinot ja tapahtumat. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Sosiaalityön pro gradu -tutkielma.

Pasternack, Iris (2015): Tautitehdas: Miten ylidiagnostiikka tekee meistä sairaita? Jyväskylä: Atena kustannus Oy.

Pine, Daniel, Cohen, Elizabeth, Cohen, Patricia & Brook, Judith (1999): Adolescent Depressive Symptoms as Predictors of Adult Depression: Moodiness or Mood Disorder? The American Journal of Psychiatry 156:1, 133–135. Saatavilla <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ajp.156.1.133>, luettu 21.4.2016.

Poutanen, Outi & Vuorinen, Marja (1998): Masennus. Masennuslääkkeet, niiden vaikutus ja masennuksen hoitomuodot. Helsinki: Mielenterveyden Keskusliitto.

Puhakainen, Jyri (2002): Ihmisen arvo tässä ajassa. Vaasa: Jyri Puhakainen.

Pyne, Jeffrey, Rost, Kathryn, Tripathi, Farah, Farahati, Shanti, Smith, Jeffrey, Williams, Keith, Fortney, John & Coyne, James (2005): One Size Fits Some: the Impact of Patients Treatment Attitudes on the Cost-Effectiveness of Depression Primary-Care Intervention. Psychological Medicine 35:06, 839–854.

Raitasalo, Raimo (1977): Depressio ja sen yhteys psykoterapian tarpeeseen. Helsinki: Kansaneläkelaitoksen sosiaaliturvan tutkimuslaitos.

Rauhala, Lauri (1998): Ihmisen ainutlaatuisuus. Helsinki: Yliopistopaino.

Rikala, Sanna (2001): Kun onnettomuus uhkaa: masennuslääkkeiden käytön yleistymisen 1990-luvun yhteiskunnallisena ilmiönä. Pro gradu, Jyväskylän yliopisto.

Riska, Elianne (2010): Peter Conrad: Medikalisaatio. Teoksessa Ashorn, Ulla, Lea Henriksen, Juhani Lehto & Paula Nieminen (toim.): Yhteiskunta ja terveys. Klassisia teoreettisia näkökulmia. Helsinki: Gaudeamus, 204–214.

Romakkaniemi, Marjo (2014): Masennuksen sosiaaliset ulottuvuudet ja sosiaalityön asiantuntijuus masennuksen hoidossa ja kuntoutuksessa. Teoksessa Metteri, Anne, Heli Valokivi & Satu Ylinen (toim.): Terveys ja sosiaalityö. Jyväskylä: PS-kustannus, 142–173.

Romakkaniemi, Marjo (2011): Masennus. Tutkimus kuntoutumisen kertomusten rakentumisesta. Rovaniemi: Lapin yliopisto.

Räty, Reetta (2002): Kansa joka pimeydessä vaeltaa. Helsingin Sanomat, Viikkoliite Nyt 47/2002, 10–15.

Solantaus, Tytti (1994): Depressio ja depressiiviset tuntemukset lapsuudessa ja nuoruudessa-arvioinnin ja diagnostiikan ongelmia. Duodecim. 110:3, 239–239.

Sourander, Andre, Koskelainen, Merja, Niemelä, Solja, Rihko, Maria, Ristkari, Terja & Lindroos, Jarna (2012): Changes in Adolescents Mental Health and Use of Alcohol and Tobacco: a 10-year Time-Trend Study of Finnish Adolescents. European Child & Adolescent Psychiatry, 21:12, 665–671.

Spoov, Johan & Syvälahti, Erkki (2003): Masennuslääkkeet. Käyttöaiheet ja hoidon perusteet. Helsinki: Lääkelaitos ja Kansaneläkelaitos.

Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (2013): Masennus. Web-sivu. Saatavilla <http://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/tyokalut/time-out-aikalisa-elama-raiteilen/aikalisaohjaajien-materiaalipaketti/mielenterveys/masennus>, luettu 8.3.2015.

Toivio, Timo & Nordling, Esa (2009): Mielenterveyden psykologia. Helsinki: Edita.

Toivanen, Timo (1999): Empiirinen sosiaalitutkimus filosofia ja metodologia. Porvoo: WSOY.

Topo, Päivi (2006): Medikalisaatio muuttuvassa maailmassa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti, 43:3, 171–173.

Torikka, Antti, Kaltiala-Heino, Riittäkerttu, Rimpelä, Arja, Marttunen, Mauri, Luukkaala, Tiina & Rimpelä, Matti (2014): Self-reported depression is increasing among socio-economically disadvantaged adolescents—repeated cross-sectional surveys from Finland from 2000 to 2011. BMC Public Health, 14:1, 1.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli (2009): Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tuori, Timo (1996): Mitä masennus on-toiminta vai rakennemuutos? Teoksessa Sihvo, Sinikka & Elina Hemminki (toim.): Lääkkeet ja Suomen kansan masennus-Seminaariraportti. Helsinki: Stakes, 7–9.

Van Voorhees, Benjamin, Fogel, Joshua, Houston, Thomas, Cooper, Lisa, Wang, Nae- Yuh, & Ford, Daniel (2005): Beliefs and attitudes associated with the intention to not accept the diagnosis of depression among young adults. *The Annals of Family Medicine*, 3:1, 38–46.

Vuorenkoski, Lauri (2004): Kasvavat lääkemenot- terveydenhuollon uhka ja mahdollisuus. Teoksessa Vuorinen, Lauri (toim.): Lääkekustannusten kasvu Suomessa-seminaarin raportti. Helsinki: Stakes, 6–7.

Vuoria, Pekka (2000): Medikalisaatio-Miksi ja miten? *Suomen lääkäri* 10:55, 1151–1153. Saatavilla http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/brshowdoc.pl?start=2&session_id=95052.4244153441, luettu 29.9.2015.

Zola, Irvin (1972): Medicine as an Institution of Social Control. *The Sociological Review*, 20:4, 487–504.

10. LIITTEET

TAULUKKO 2

Taulukko 2. 'Masennuksen lääkehoidon tarpeettomuus' -luokan muodostuminen sisällönanalyysillä.

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Yhdistävä
<p>en suostunut ottamaan lääkkeitä</p> <p>en halua lääkkeitä, ja mielipidettäni on kunnioitettu</p> <p>en halua käyttää!</p> <p>ei kokemuksia, en tahdo lääkkeitä.</p> <p>En mitään -- enkä kyllä haluakaan.</p> <p>En ole tarvinnut lääkkeitä.</p> <p>En ole saanut. En halunnut.</p> <p>en halunnut lääkkeitä</p> <p>Niitä suositeltiin minulle, mutta pitkän harkinnan jälkeen kieltäydyin niistä. Joten kokemuksia sinänsä ei ole</p>	Ei halua lääkkeitä	Henkilökohtainen mielipide masennuslääkkeistä	Potilaan omat uskomukset ja asenteet	
<p>en halunnut lääkkeitä, en usko niihin</p> <p>Lääkäri ehdotti heti ensimmäisellä käynnillä lääkityksen aloittamista. Järkytin ja kieltäydyin, koska halusin parantua oikeasti, en vain ulkoisesti.</p> <p>Sain nukahtamislääkkeitä ja reseptin masennuslääkkeitä, joita en ikinä hakenut. En usko lääkkeitä.</p> <p>EN ikinä söisi lääkkeitä ja olen ehdottomasti sitä mieltä, että psyykkisiä ongelmia ei voi ratkoa turruttamalla ihminen lääkkeitä!!!</p> <p>En aio koskea laakkeisiin. Olen melko vakuuttunut, että terapia ja tasapainossa oleva elämä on pysyvämpi ratkaisu. En voisi ehdottomasti sallia 'parantuvani' lääkityksen kautta.</p> <p>Lääkkeitä on tarjottu, mutta olen kieltäytynyt. Mielestäni masentunut mieliala ei ole itse ongelma, jota tulisi hoitaa, vaan asianmukainen oire tietyissä tilanteissa, joka kertoo jonkin olevan vinossa.</p> <p>Masentuneisuus omalla kohdallani - ja että ylipäänsä on uskaltanut tuntea noita tunteita - on ollut monen muutoksen moottorina. Ei-biologisperäisessä masennuksessa kipeitä tunteita päin meneminen on tärkeää. Kivun taaksejättäminen edellyttää kipeän todellisuuden kohtaamista ja läpikäymistä. Mikä tosin omalla kohdallani näyttää vain jatkuvan ja jatkuvan...</p>	Epäusko lääkkeiden parantavaa vaikutusta kohtaan	Masennuslääkkeet eivät paranna sairaudesta	Käsitys masennuksen ei-biologisesta perästä	Masennuksen lääkehoidon tarpeettomuus
<p>Ei mitään, ainoastaan kuulokokemuksia muilta ihmisiltä, ja tuntuu että suurimmaksi osaksi heidän kokemukset ovat olleet negatiivisia.</p> <p>Vain tuttavien kertomuksia; voimakkaita sivuvaikutuksia ja pahojakin ongelmia, mutta sopivan lääkkeen löytyessä myös hyviä tuloksia.</p> <p>Ei henk.kohtaisia, mutta olen saanut kuvan siitä, että lääkkeitä on melkein enemmän haittaa kuin hyötyä.</p> <p>Omakohhtaisia ei ole, mutta entinen ystäväni käytti jonkin aikaa lääkkeitä. Eikä kokemukset todellakaan ollut hyvät.</p>	Kuulopuheiden vaikutus omaan päätöksentekoon	Toisen käden tieto	Ulkopuolelta tulevat uskomukset lääkehoidon haittaavuudesta	
<p>en ole kokeillut siksi, että pelkään että ne turruttavat.</p> <p>Sisko käyttää...kalliita..</p>	<p>Pelkää lääkkeitä turruttavan</p> <p>Lääkkeiden hinta arveluttaa</p>	Sivuvaikutusten merkitys		

Taulukosta 2. näkee aineiston vastaajien jäsentymisen sisällönanalyysin menetelmällä 'masennuksen lääkehoidon tarpeettomuus' -luokkaan. Luokkaan kuuluvien vastaajien aineistossa esiintyneet alkuperäiset ilmaukset on pelkistetty ensin yhden lauseen kuvailuun, eli pelkistettyyn ilmaukseen. Pelkistetyistä ilmauksista on koottu vastauksia yleisesti kuvailevat alaluokat. Alaluokista on muodostettu vastauksia teoreettisemmin määrittelevät yläluokat. Yläluokkia yhdistävänä tekijänä on kaikkien vastaajien käsitys masennuksen lääkehoidon tarpeettomuudesta. Näin ollen koko luokkaa kuvaa sen nimeäminen 'masennuksen lääkehoidon tarpeettomuus' -luokaksi.