



Lihavuus terveyden, sairauden ja normaaliuden määrittelyn kohteena

Hannele Harjunen

Lihavuudesta ja lihavasta ruumiista on tullut viimeistään viime vuosikymmenen niin kutsutun lihavuusepidemiadiskurssin myötä keskeinen paitsi lääketieteellisen myös sosiaalisen ja moraalisen arvioinnin, yhteiskunnallisen keskustelun ja toimintaohjelmien kohde. Tässä katsausartikkelissa tarkastellaan ruumiin koon ja erityisesti lihavuuden määrittelyä. Artikkelissa eritellään ruumiin koon ja koon määrittelyn taustoja ja perusteita, ruumiin kokoon ja painoon liittyvää valtarakenteita, tiedontuotantoa, kulttuurisia ja sosiaalisia tekijöitä, ja niiden vaikutuksia. Artikkelissa lihavuuden normalisaatiopyrkimykset kytetään medikalisaatiokehitykseen, terveysaatteeseen ja uusliberaaliin eetokseen.

Avainsanat: lihavuus, medikalisaatio, terveysaate, uusliberalismi



Johdanto

Toisin kuin nykyisestä vilkkaasta lihavuuskeskustelusta voisi päätellä, lihavuudesta on puhuttu ilmiönä, jolle yksilön tai yhteiskunnan tulisi tehdä jotain, varsin vähän aikaa. Modernin keskustelun lihavuudesta voidaan katsoa käynnistyneen 1800-luvun puolivälissä, jolloin englantilainen tohtori William Banting [1] esitteli suurelle yleisölle ensimmäisen laihtumiseen tähtäävän ruokavalionsa. Bantingin ruokavalio oli ensimmäinen niin sanottu muotidieetti [2]. Lihavuus ei tuolloin ollut yleistä, päinvastoin, ruuasta oli monin paikoin puutetta ja aliravitseminen sekä nälkiintyminen olivat merkittävämpiä ongelmia. Lihavuuteen liitettiin kuitenkin jo tuolloin negatiivisia käsityksiä, ja se oli sosiaalisesti paheksuttua etenkin keski- ja yläluokissa. Bantingin perusteli ruokavalionsa tarvetta terveyden lisäksi myös lihavuuteen kohdistuvalla syrjinnällä (Huff 2001, 40–41). Yhteiskunnassa, jossa ravitseminen on ollut epävarmaa ja terveydenhuolto kehittymätöntä, lihavuutta voitiin tulkita kuitenkin myös merkinä terveydestä ja yhteiskunnallisesta asemasta. Lihavuus kertoi tällöin riittävästä ravitsemuksesta ja siten myös vauraudesta. Edellä mainittu käsitys on ollut tyypillinen esimerkiksi agraariyhteiskunnissa. Naisten kohdalla lihavuus on liitetty myös reproduktiiviseen elinvoimaisuuteen. Rasvakerros kertoi hedelmällisyydestä ja todennäköisyydestä selvitä hengissä raskaudesta ja jälkikasvun elättämisestä.

Lihavuus ei ollut yleistä vielä silloinkaan kun ensimmäiset suuret laihdutusyritykset kuten Painonvartijat aloittivat toimintansa 1960-luvun alkupuolella Yhdysvalloissa. Laihduttamisessa oli jo tuolloin kyse vartalon ulkomuotoon liitetystä normeista ja lihavuuden sosiaalisesta stigmasta. 1960-luvun populaari- ja kulutuskulttuurin nousu vahvisti etenkin naisten vartalon kokoon liittyviä ulkonäköodotuksia ja hoikkuudesta tuli tärkein naisvartaloon liitetty ihanne. 1960–70-luvun kauneusikoneista tunnetuin ja jäljitellyin lienee englantilainen hyvin hoikka teini-ikäinen malli Twiggy. ”Tyttömäisen” hoikan vartaloihanteen suosiota on tulkittu vastaliikkeenä 1950-luvulla muodissa olleelle hyvin feminiiniselle naisfiguurille, ja sitä korostaneelle muodille, joiden nähtiin kuvastavan naisten alistettua koti-, perhe ja äitiyskeskeistä asemaa, joista nykyaikainen ja itsenäinen nainen nyt halusi ottaa etäisyyttä (esim. Boero 2012). Näin toisen aallon feminismin nousu olisi siten osaltaan vaikuttanut hoikan naisvartalonnormin syntyyn.

Julkinen keskustelu lihavuudesta 1970-luvulta aina 1990-luvun lopulle saakka oli hillittyä, ja se yhdistyi lähinnä lihavuuteen liitettyihin kansanterveys- ja ravitsemuskysymyksiin, kuten esimerkiksi sydän- ja verisuonitautien ehkäisyyn ja runsaaseen eläinrasvojen käyttöön kuuluisan Pohjois-Karjala-projektin muodossa. Omana diskurssinaan näiden kansanterveyshankkeiden rinnalla esiintyivät erityisesti nk. naistenlehtien ohjeistukset, jotka tähtäsivät tietynlaisen feminiinisen ja (hetero)seksuaalisesti viehättävän naisvartalon muokkaamiseen laihduttamalla ja voimistelemalla. Laihdutusjuttujen ja -ohjeiden määrä oli nykymediaan verrattuna varsin vaatimaton. Kun esimerkiksi luin naisten lihavuuskokemuksia käsittelevää väitöskirjaani varten läpi useiden suomalaisten naistenlehtien 1990-luvun vuosikerrat, havaitsin että ”laihdutusjuttujen” määrä lisääntyi niissä huomattavasti tuon vuosikymmenen kuluessa. Samaan aikaan alkoivat lisääntyä jutut lihavuudesta sosiaalisena ongelmana. Juttutyypinä yleistyivät kansainväliset lihavuusvertailut ja esille nostettiin suomalaisten sijoitukset näissä vertailussa, usein virheellisesti

(Harjunen 2009). Tämä diskurssi on uusintanut itseään sitkeästi. Yhä edelleen suomalaisessa mediassa toistuu perusteeton käsitys Suomesta maailman tai Euroopan lihavimpana maana silloin kun halutaan alleviivata lihavuuden yhteiskunnallista uhkaavuutta.

Biomediakaalinen eli lääketieteellinen näkökulma hallitsee nykyisin pitkälti tiedontuotantoa ja tulkintoja lihavuudesta ja lihavuuden hoitoa ja ehkäisyä on pidetty tärkeänä terveydenhoidon tehtävänä. Ennen 1990–2000-lukujen taitetta lihavuutta ei kuitenkaan pidetty ensisijaisena tai merkittävimpänä terveydellisenä tai terveystieteellisenä kysymyksenä. Lihavuudesta alettiin puhua merkittävänä globaalina ongelmana vasta 2000-luvun alussa, mutta tämä keskustelu olikin volyymiltään ennennäkemätön, ja se jatkuu edelleen. Keskustelu lihavuudesta kysymyksenä sai vauhtia syksyllä 2003 globaalia ravitsemus-, liikunta- ja terveysstrategiaa hahmotelleen World Health Organisationin (WHO) raportin myötä (WHO EB113/44 Add.1, 27 Nov 2003), jossa se nostettiin maailmanlaajuiseksi terveysongelmaksi. Vilkas lihavuuskeskustelu käynnistyi kansainvälisesti ja Suomessakin syksyn ja talven 2003–2004 aikana. Pian käynnissä oli täysi moraalinen paniikki (Harjunen 2004). Keskustelua alkoi hallita niin kutsuttu ”lihavuusepidemiadiskurssi”, joka esittää lihavuuden hallitsemattomasti kulkutaudinomaisesti leviävänä sairautena (Gard & Wright 2005).

Lihavuusepidemiadiskurssi on tuottanut lihavuudesta ja lihavasta ruumiista keskeisen paitsi lääketieteellisen ja terveydellisen, myös sosiaalisen ja moraalisen arvioinnin, yhteiskunnallisen keskustelun ja toimenpiteiden kohteen (esim. Gard & Wright 2005; Rail, Holmes & Murray 2010). Lihavuudesta kysymyksenä sekä lihavista ihmisistä itsestään tuotettiin yhteiskunnalle vaarallinen ja uhkaava ilmiö ja ryhmä. Tämän tuottamisen keskeisimpinä toimijoina olivat media, lääke-, kansanterveys sekä taloustieteilijät. (esim. Gard & Wright 2005; Kyrölä 2007). Tämä lihavuuden ja lihaviin ihmisten suoranainen demonisointi näkyy sekä tutkimuksessa että julkisessa keskustelussa (ks. esim. Boero 2012; Harjunen 2017). 2000-luvun alussa lihavuuden käsittely mediassa muuttui sensaatiohakuiseksi ja lihavia syyllistäväksi ja samaan aikaan yleistyi ”obesity science” -nimellä tunnettu lihavuusepidemiadiskurssia tukeva tutkimussuuntaus (esim. Rail, Holmes & Murray 2010, 259–279). Lihavia syytettiin mm. terveydenhoitojärjestelmien ja kansantalouden romahduttamisesta, öljyn hintojen noususta, maailman nälkäongelmasta ja ilmastonmuutoksesta. Suomessa lihavuuden sanottiin myös heikentävän kansallista puolustuskykyä. (Harjunen 2017.)

Osaltaan juuri lihavuusepidemiadiskurssin ylilyöntien seurauksena 2000-luvulla alkoi merkittävästi vahvistua myös lääketieteelliseen lihavuusdiskurssiin kriittisesti asemoitua monitieteiseen lihavuuden tutkimukseen erikoistunut tieteenala eli niin kutsuttu ”fat studies” [3]. Tämä artikkeli kiinnittyy teoreettisesti juuri tähän monitieteiseen kriittiseen lihavuustutkimuksen suuntaukseen. Puran seuraavassa joitain nykyisen lihavuusdiskurssin tekijöitä. Lääketieteellistä eli biomedikaalista lihavuusdiskurssia on perusteltua pitää niin kutsuttuna hegemonisena, eli vallitsevana diskurssina ja esimerkkinä foucault’laisesta diskursiivisen vallan toiminnasta (Foucault 1979 ja 1990). Lähtökohtanani on tarkastella ensinnäkin sitä, kuinka tämä hegemoninen eli ”vallitseva tieto lihavuudesta” on tuottanut hyvin medikalisoituneen käsityksen lihavuudesta. Toiseksi nostan esiin ns. terveystieteen sekä uusliberalistisen

eetoksen, jotka kiinnittyvät medikalisaatioon ja yhdessä tuottavat käsitystä lihavuudesta ja lihavista ihmisistä sairaina tai aina vähintään esisairaina, moraaliltaan kyseenalaisina ja taloudellisesti tuottamattomina ja kalliina ilmiöinä ja subjekteina. Toisin sanoen: tutkin ruumiin kokoon ja painoon ja niiden määrittelyyn liittyvää valtaa, tiedontuotantoa, kulttuurisia ja sosiaalisia tekijöitä, ja niiden vaikutuksia. Lihavuuden tutkimuksen kautta saadaan tietoa siitä miten tietty ruumiillinen ominaisuus merkityksellistyy ja käsitteellistyy ajassa ja paikassa, ja kuinka ”terveyttä” ja ”sairautta” tuotetaan ruumiin kautta. Lähdän liikkeelle lihavuudesta tietämisen kohteena.

Lihavuus tietämisen kohteena: hegemoniaa ja haastajia

Kun tietty tapa käsitellä ilmiötä tai asiaa muuttuu hegemoniseksi diskurssiksi, se alkaa näyttäytyä ”luonnollisena” ja oikeana ja sitä on vaikea kyseenalaistaa. Niin on myös lihavuuden kohdalla. Lääketieteen ammattilaisilla on ollut historiallisesti käytännössä yksinoikeus tiedon tuotantoon ja asiantuntijuuteen lihavuuden suhteen. Muut näkökulmat ovat olleet epätavallisempia, ja niille ei ole annettu samanlaista painoarvoa. Vielä 1970- ja 1980 – luvuilla muusta kuin biomedikaalisesta näkökulmasta lihavuudesta puhuivat jotkut yksittäiset tutkijat, taiteilijat ja kansalaisaktivistiryhmät (esim. Freespirit & Aldebaran 1973; Louderback 1970; Millman 1980; Schoenfelder & Wieser 1989 [1983]). Lisäksi lihavuutta käsiteltiin joissain psykologian alan lihavuuden stigmaa vuorovaikutussuhteissa käsittelevissä tutkimuksissa (esim. DeJong & Kleck 1986).

Ei-lääketieteellisesti suuntautuvan lihavuustutkimuksen näkökulmasta lääketieteellisen lihavuskäsityksen merkittävin ongelma on, että se lähestyy lihavuutta kapea-alaisesti ja yksipuolisesti, parannettavana sairautena. Tämä näkökulma on yksinään riittämätön selittämään tai ratkaisemaan lihavuuteen liittyviä moninaisia kysymyksiä. Samaan aikaan se pyrkii kuitenkin säilyttämään monopolin ja auktoriteetin lihavuuden tiedontuotannossa, sen tulkinnassa ja hoidossa. Juuri hegemonisen asemansa turvin erityisesti markkinataloudellisesti suuntautunut lääketiede on sementoinut valtansa normaalin määrittelijänä lihavuuden ja normaalipainon suhteen. Samalla lääketiede on määrittänyt ne tavat, joilla lihavuutta tulee hoitaa, vaikka sen käyttämät hoitomenetelmät ovat olleet tehottomia, toisinaan jopa vaarallisia ja tarjonneet parhaimmillaankin vain väliaikaisia tuloksia. Nykytiedon mukaan esimerkiksi laihduttajista vain noin 4–5% onnistuu painonpudotuksessa eli 95–96% epäonnistuu (esim. Sarlio-Lähteenkorva 1999). Laihdutusteollisuus mukaan lukien erilaiset laihdutustuotteet, lääke-, ravitsemus- ja liikuntateollisuus hyötyvät taloudellisesti lääketieteellisen lihavuskäsityksen hallitsevuudesta. Laihdutusteollisuudesta raportoivan Diet Market 2014 Status Reportin mukaan yksin Yhdysvalloissa kulutettiin vuonna 2013 noin 60 miljardia dollaria erilaisiin laihdutustuotteisiin.

Biomedikaalisen lihavuusdiskurssiin sisältyvää ruumiin koko- ja painonormin tuottavaa (normalisoivaa) valtaa ja siihen liittyviä valtasuhteita on tutkittu varsin vähän yhteiskuntatieteellisestä näkökulmasta. Hyvä esimerkki tästä vallasta on painoindeksi (BMI) yleinen käyttö. Painoindeksi tuottaa hyvin kapean normaalin terveellisen painon alueen (BMI 18,5–24,9). Painoindeksiä käytetään laajalti, vaikka

siihen perustuvalla normaalipainon määrittelyllä on muutamia hyvin tunnettuja ja paljon kritisoituja puutteita kuten sen heikko kyky erotella rasva- ja lihaskudosta [4]. Painoindeksi on todettu tutkimuksissa epäluotettavaksi normaalipainon mittariksi myös esimerkiksi eri-ikäisten, eri etnisyyksiä edustavien ja eri sukupuolien normaalipainon määrittelyssä (esim. Grabowski & Ellis 2001; Wen et al. 2009). Painoindeksi on epäluotettava painon ja terveyden suhteen määrittelyn kannalta. Siihen sisäänkirjoitettu oletus ruumiin painon ja terveyden yksioikoisesta kausaliteetista ja kapea normaalipainon määrittely johtaa painon merkityksen korostumiseen ts. painokeskeisyyteen terveyden ja normaaliruumiin määrittelyssä, laihdutuskeskeisyyteen terveyden hoidossa ja edistää myös terveyden ymmärtämistä lähinnä yksilön henkilökohtaisten ominaisuuksien ja toiminnan ilmentymänä ja tuloksena. Tämä medikalisoi ja samalla depolitisoi lihavuuden kysymyksenä, ja tekee siitä yksilön vastuun.

Osa lihavuutta tutkineista harvalukuisista ei-lääketieteilijöistä ottaa myös lähtökohdakseen lääketieteellisen lihavuuskäsityksen sitä kyseenalaistamatta. Esimerkiksi lihavuutta lähestytään sosiologisena tai psykologisena ilmiönä, mutta sitä tutkitaan lääketieteen asettamassa kehyksessä (esim. Berlant 2007; Probyn 2008; Yancey et al. 2006). Lihavuuden lääketieteellisen ongelmastatus, laihduttaminen normaalina ja terveyttä edistävänä toimintana ja normaalipainon ja lihavuuden mittaamenetelmien asianmukaisuus otetaan itsestään selvinä lähtökohtina, eikä niitä arvioida kriittisesti. Yhteiskuntatieteilijät havahtuivat siis varsin myöhään kritikoimaan ja haastamaan biomedikaalisen lihavuusparadigman auktoriteettia, oikeellisuutta ja ”objektiivisuutta”. Viime vuosikymmenen aikana etenkin ei-lääketieteellisestä näkökulmasta lihavuutta lähestyvät tutkijat ovat pystyneet osoittamaan, että monet lääketieteellisen lihavuusparadigman ja – diskurssin itsestään selvänä pidetyt ”totuudet” ovat itse asiassa usein varsin kiistanalaisia. Ne ovat usein sosiaalisesti rakentuneita, poliittisten, taloudellisten sekä lääketieteellisen intressien ja määrittelyvallan tulosta (Campos et al. 2006; Gard & Wright 2005; Oliver 2006; Wright & Harwood 2008). Lääketieteen ”totuus” lihavuudesta hallitsee kuitenkin edelleen niin akateemista kuin julkista keskustelua lihavuudesta (Kyrölä & Harjunen 2007; Kyrölä 2007). Lihava ihminen näyttäytyy biomedikaalisessa diskurssissa lähinnä objektivoituna ja stigmatisoituna hoidon kohteena, ei takaisin puhuvana subjektina.

Historian kulussa ruumiin ja/tai muilta ominaisuuksiltaan jollain tavoin poikkeavaksi määrittyneitä stigmatisoituja yksilöitä ja ihmisryhmiä on esiintynyt lukuisia. Stigmatisoituja ihmisiä, olipa kyse sairaudesta, vammasta, seksuaalisuudesta tai vasenkätisyydestä, on usein kohdeltu ankarasti yhteisössään (esim. Nygård 1998). Vaikka stigmatisoitujen ominaisuuksien, identiteettien tai ryhmien tutkimus on tätä nykyä arkipäiväistä, se ei ole ollut sitä pitkään. Nämä usein lääketieteen patologisoimat ominaisuudet ja/tai sosiaalisesti stigmatisoidut identiteetit, ovat usein nousseet tutkimuskohteeksi vasta kun kyseiset ryhmät ovat itse politisoituneet ja alkaneet tuottaa tietoa sekä vaatineet päästä osallistumaan itseään koskevaan diskurssinmuodostukseen. Näin on käynyt myös lihavuuden kohdalla.

Fat studies tieteenalana lähestyy lihavuutta usein, mutta ei ainoastaan, (identiteetti)poliittisesti ja intersektionaalisesti: lihavat ihmiset ovat ryhmä, jolla on

tiettyjä yhteisiä kokemuksia esimerkiksi syrjinnästä ja lihavuuden kokemukseen vaikuttavat aina myös esimerkiksi sukupuoli, luokkastatus, etnisyys, vamma/vammattomuus. Lihava ihminen on aina myös jotain muuta kuin lihava ja näiden risteävien positioiden vaikutukset kumuloituvat sosiaalisesti (Herndon 2005; Skeggs 2005). Kriittinen lihavuustutkimus ammentaa esimerkiksi queer-tutkimuksesta, vammaistutkimuksesta ja etnisyyteen ja rotuun liittyvästä tutkimuksesta, jotka kaikki ovat käsitelleet esimerkiksi medikalisaation vaikutuksia, binääristen ”normaali/epänormaali” luokittelujen riittämättömyyttä ja vahingoittavuutta.

Monitieteinen lihavuustutkimus on pyrkinyt tuomaan lihavan subjektin näkyvämmiin lihavuuden tutkimukseen 1990-luvun lopulta lähtien. (Rothblum & Solovay 2008). Se on nostanut esiin biolääketieteellisen näkökulman sivuuttamia tai sen ulkopuolelle jääviä kysymyksiä liittyen kokonormiin, lihavaan ruumiillisuuteen ja kokemukseen (esim. Braziel Evans & LeBesco 2001; LeBesco 2004). Monitieteisellä kriittisen lihavuustutkimuksen kentällä toimijoita yhdistää kriittinen suhtautuminen hallitsevaan lääketieteelliseen lihavuusdiskurssiin. Tavoitteena on lihavuuden, ruumiin koon ja muodon monitieteinen ja moniulotteinen tarkastelu, sekä esimerkiksi se, miten lihavuutta esimerkiksi konstruoidaan sosiaalisesti. Kriittistä lihavuustutkimusta tehdään niin yhteiskuntatieteellisillä, humanistisella, oikeustieteellisellä, liikuntatieteellisellä ja terveystutkimuksen alalla. Kriittinen lihavuustutkimus on esimerkiksi pyrkinyt osoittamaan, että lihavuusepidemiadiskurssissa ei ole kyse vain terveydestä, vaan myös normalisaatiosta ja vallasta. Eritoten se on kritisoinut lääketieteellisen lihavuustutkimuksen tapaa ymmärtää lihavuus yksilökeskeisesti ja yhteiskunnallisen ja kulttuurisen kontekstinsa ulkopuolella.

Medikalisaatio, terveysaate ja uusliberaali eetos

Kehitystä, jonka myötä sairauden tai poikkeamiksi luettavien ominaisuuksien ja asioiden kenttä laajenee ja normaalin vastaavasti pienenee, kutsutaan medikalisaatioksi (Conrad 2007). Viime vuosikymmeninä lääketieteeseen pohjautuva terveyden ja sairauden ja normaalin määrittely on siirtynyt yhä enemmän myös sellaisille alueille, jotka eivät aiemmin ole kuuluneet lääketieteellisen tiedon tai hoidon piiriin. Medikalisaatio on monitahoinen ja monimutkainen ilmiö; sen vaikutuksesta elämämme lääketieteellistyy eli yhä useampiin ongelmiimme löytyy lääketieteellinen selitys ja hoito. Vähemmälle huomiolle on jäänyt se, että medikalisaatio on myös keskeinen sosiaalisen kontrollin väline. Kun esimerkiksi jokin ruumiin tai persoonallisuuden piirre tai tunne tulee määritellyksi hoitoa tarvitseväksi tilaksi tai sairaudeksi, kyse on aina myös sosiaalisen sääntelystä (Conrad 2007). Määritellään esimerkiksi millainen vartalo, millainen käytös tai millaiset tunteet ovat normaaleja ja sosiaalisesti hyväksyttäviä. Viime vuosina on keskusteltu esimerkiksi niistä perusteista, joilla lihavuutta, ujoutta tai surua voidaan pitää hoidettavina ja lääkittävinä sairauksina ja kuinka paljon on kyse normalisaatiosta ja sosiaalisesta kontrollista. Medikalisaatiota on tulkittu foucault’laisena biopoliittisen hallinnan ja vallan metodina ja instrumenttina (esim. Harjunen 2009). Medikalisaation kautta biovallan ote ruumista tiukkenee. Se on normalisoivaa valtaa, joka resonoi vahvasti yhteiskunnallisissa käytännöissä. Terveys sosiologi Raimo Tuomainen (2002) on todennut, että medikalisaatio tarjoaa biopoliittisen keinon ohjata ihmisryhmiä

toimimaan tai käyttäytymään tietyllä (normatiivisella) tavalla. Esimerkiksi Kassirer ja Angell (1998) ovat huomauttaneet, että lihavuuden lääketieteellisen hoidon painopiste on toisinaan selvästi enemmän lihavan henkilön normalisoinnissa kuin terveyden parantamisessa. Fitzgerald (1994) on taas todennut, että lääketieteen lihavuuden vastaista taistelua voidaan osittain selittää sen taipumuksella medikalisoida käyttäytyminen jota ei pidetä sosiaalisesti hyväksyttävänä.

Natalie Boeron (2012) mukaan lihavuusepidemiadiskurssi on entisestään edistänyt lihavuuden medikalisaatiota ja kytkeytymistä lääketieteen piiriin. Sen myötä myös lihavuuteen kohdistuvat biopoliittiset kontrollipyrkimykset ovat tulleet hyvin selkeästi esiin. Kanadalaiset Geneviève Rail, Dave Holmes & Stuart J. Murray (2010) ovat jopa esittäneet, että lihavuusepidemiadiskurssi tuotti ideologisesti motivoituneen lihavuustieteilijöiden joukon (*obesity scientists*), joka tutkimustuloksia puolueellisesti ja tarkoitushakuisesti tulkiten tuotti lihavan tai ”vaarassa olevan” ruumiillisen subjektin, joka on laiska, yhteiskunnalle kallis, ja joka tulee saada erilaisten kurinpitoteknologioiden kuten valvonnan, asiantuntijuuden ja säätelyn piiriin. Lihavuusepidemiadiskurssin myötä synnyttiin maailmanlaajuisesti lukemattomia laihdutuskampanjoita, toimintasuunnitelmia ja työryhmiä lihavuutta eliminoimaan.

Lihavuusepidemiadiskurssikeskustelussa lihavuuden medikalisaatioon näyttävät linkittyvän terveysaate eli niin kutsuttu *healthism* ja uusliberaalin taloudellisen ja kulttuurisen eetoksen elementit. *Healthismillä* tarkoitetaan ajattelutapaa, jonka mukaan terveys tai terveyden tekeminen on elämän keskeisin sisältö ja että yksilö itse vastuussa terveydestään, sen edistämisestä ja ylläpidosta (Crawford 1980). Terveysaate ja medikalisaatio ovat kytköksissä toisiinsa. Terveysaate tukee yksilön vastuuttamista sellaisistakin kysymyksistä joihin hänellä ei todellisuudessa ole valtaa ja medikalisaation myötä on olemassa yhä uusia keinoja yrittää ”parantaa” tilannetta. Terveyttä tulee siis jatkuvasti edistää eri tavoin: ravitsemuksen, liikunnan ja muiden elämäntapojen ja lääketieteen keinoin. Terveysaatteen sisäistäneen, ja sen mukaisesti jatkuvasti vaikkapa terveyskuluttavan oletusyksilön ominaisuudet ovat linjassa uusliberaalin yhteiskunnan arvostusten kanssa: hän on tuottava, (kustannus)tehokas ja ottaa vastuun itsestään. Esimerkiksi Raimo Tuomainen onkin nostanut esiin medikalisaation ja talouden yhteydet. Hän on todennut, että ”medikalisaatio on kilpailuyhteiskunnan tuki, koska sen voi liittää elämänkaaren mittaiseen tulosajatteluun. Individualistisessa kilpailuyhteiskunnassa yksilön tehtäväksi ei niinkään koidu maksimoida hyvää oloaan vaan tulostaan elämän kilpa-areenoilla” (Tuomainen 2008, 86). Lihavuusepidemiadiskurssin tuottama lihava ruumis näyttää tämän ihanteen vastakohtana, ja siinä näyttävät kiteytyvän medikalisaation, terveysaateellisen ja uusliberalistisen eetoksen lävistämän aikamme ongelmat, sen yhteiskunnalliset ja moraaliset keskustelut.

Samalla kun lihavuus on kytketty tiukemmin lääketieteellisen asiantuntijuuden piiriin, lihavuusepidemiadiskurssi on tuonut lihavuuskeskusteluun myös vahvan yhteiskunnallisen, erityisesti taloudellisen, ja moraalisen ulottuvuuden. Lihavuuden oletettavasti aiheuttamien kansantaloudellisten kustannusten nimenomaan katsotaan olevan osoitus tästä epämoraalisuudesta. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että lihavuutta tuottaviin ja ylläpitäviin rakenteisiin ja taloudellisiin ja poliittisiin tekijöihin

pyrittäisiin puututtumaan aktiivisesti vaan yksilö ja yksilön valinnat korostuvat edelleen.

Medikalisoituneessa, terveysaatteen lävistämässä yhteiskunnassa valintoja ohjaa oletettavasti paremman terveyden ja hyvinvoinnin tavoittelu, mutta samaan aikaan vaatimuksien kirjo, joka asetetaan ”normaalille” laajentuu ja muuttuu seikkaperäisemmäksi. Samalla terveyden/normaalin ehtojen täyttäminen todennäköisesti vaikeutuu tai muuttuu työläämmäksi. Normaalin ja epänormaalin rajat liikkuvat ihmisyyhteisöissä, mutta medikalisaatiokehitys pyrkii siirtämään niitä myös tietoisesti. Kun normaalin rajoja siirretään, moni aiemmin ”normaali” päätyy harmaalle vyöhykkeelle [5]. Tällä harmaalla vyöhykkeellä sairauden riski tai uhka on aina olemassa, jolloin lääkitseminen ja hoidon tarve voidaan helposti perustella.

Medikalisaation myötä lääketieteen rooli sosiaalisen todellisuuden selittäjänä kasvaa. Lääketieteellisen näkökulman hallitsevuus taas vaikuttaa muihin, esimerkiksi ruumiin ulkomuotoa määrittäviin, diskursseihin, jotka puolestaan pyrkivät muotoutumaan sen paradigman mukaisiksi. Esimerkiksi lääketieteellinen käsitys normaalipainosta sekoittuu usein kulttuurisiin käsityksiin ruumiin ”normaalista” koosta ja ulkomuodosta ratkaisevalla tavalla. Lääketieteen kapeasti määritelty ”normaali” alkaa määrittää siis myös sosiaalista normaalia entistä enemmän.

Näyttää siltä, että medikalisaation kohteiksi päätyvät (tai ovat vaarassa päätyä) juuri sellaiset ominaisuudet, joihin ajatellaan liittyvän erilaisia yhteiskunnallisia rasitteita kuten taloudellisia, sosiaalisia tai moraalisia ongelmia. Lihavuuden ja lihaviiden ihmisten ymmärtäminen lääketieteellisenä ongelmana on houkuttelevaa, koska sen tarjoamat ratkaisut ovat verrattain suoraviivaisia: ne ovat halvempia kuin laajat yhteiskunnalliset ja rakenteelliset reformit ja helpommin kohdennettavissa ns. ongelmayksilöihin. Ongelman jättäminen lääketieteen ratkaistavaksi on ikään kuin tae sekä terveydellisen, moraalisen että taloudellisen ongelman nopeasta ratkaisusta. Voi olla, että lihavuudenkaltaisten biomedikaalisen ja yhteiskunnallisen merkityksenannon välimaastoon sijoittuvien ongelmallisina pidettyjen asioiden ja ilmiöiden siirtyminen lääketieteellisen määrittelyn ja hoidon piiriin nähdään jopa suotavana kehityksenä. Tässä piilee myös suuri kaupallinen potentiaali, sillä lääke- ja laihdutusteollisuuden lisäksi lihavuuden ongelmastatuksen ylläpidosta ja siihen liitetystä sosiaalisesta stigmasta ja häpeästä hyötyvät monet kaupalliset toimijat.

Sairas vai terve ja tuottava? Kuka sen määrittelee?

Terveysviestinnän tutkija Sinikka Torkkola (2008, 105–121) on kirjoittanut sairauden ja terveyden kolmesta ulottuvuudesta, jotka ovat: ”tauti”, ”potemus” ja ”sosiaalinen järjestys”. ”Tauti” viittaa lääketieteellisesti todettuun sairauteen (*disease*), ”potemus” sairauden kokemukseen (*illness*) ja ”sosiaalinen järjestys” sairauden yhteiskunnalliseen määrittelyyn (*sickness*). Nämä ulottuvuudet voivat olla keskenään ristiriidassa. Tämä tarkoittaa että henkilö, joka ei ole varsinaisesti sairas tai koe itseään sairaaksi, voidaan lääketieteellisesti ja/tai yhteiskunnallisesti määritellä sairaaksi. Tiettyjen ilmiöiden yhteiskunnallinen ongelmastatus saa pontta lääketieteen määrittelystä tai päinvastoin. Lihavuuden ymmärtämisen kohdalla näyttää siltä, että nämä kolme sairauden ulottuvuutta sekoitetaan usein. Erityisesti ihmisten

kokemuksissa keskeiseksi kysymykseksi nousee sosiaalinen järjestys, jonka kehyksessä henkilö poikkeaa ”normaalin” ja/tai ”terveen” määrittelystä sekä sosiaalinen haitta, jonka tämän poikkeavuuden katsotaan aiheuttavan. Yhteisön yhteenkuuluvuuden lujittaminen ja sosiaalisen järjestyksen ylläpito on normaalin määrittelyn keskeinen tehtävä, siksi normin noudattamiseen (konformismiin) ohjataan eri tavoin, ja sitä edistetään sekä hegemonisten diskurssien kautta että käytännön toimin. Normin noudattamiseen kannustetaan erilaisin sosiaalisin palkinnoin, mutta siihen myös ”pakotetaan” erilaisin valloin muun muassa rankaisemalla normista poikkeamisesta. Koska oletuksena on, että normin noudattaminen on edullista yksilölle ja yhteisölle, rankaisemisella on tarkoitus korjata sosiaalisesti epähyväksyttävä ilmiö tai käytös palauttamalla se normatiivisen piiriin (Foucault 1979 [1975] ja 1990 [1976]).

Medikalisaation ja terveystieteen uusliberaalissa nykykontekstissa se miten suhtaudumme tai mitä tapahtuu niille ihmisille tai ihmisryhmille, jotka vastustavat lääketieteellistä määrittelyä sairaaksi tai epänormaalksi tai eivät koe parantumista tarpeelliseksi, on huomionarvoinen kysymys. Tällöin kysymys on myös siitä millaiset ruumiilliset ominaisuudet ovat hyväksyttäviä, millaisia elämäntapavalintoja on hyväksyttävä tehdä, ja kuinka ihminen saa käyttäytyä. On myös kysymys siitä mitkä valinnat ovat sallittuja, mitkä eivät, ja miten näistä valinnoista yhteiskunnassa palkitaan tai rangaistaan. Onko terveys tai oletettu terveys sellainen tekijä, jonka perusteella ihmisiä tulee luokitella hierarkisesti sosiaalisesti eriarvoiseen asemaan?

Lääketieteellinenkin normaalin/epänormaalin, terveyden/sairauden määrittely ja hoitosuosituksien ovat sidoksissa aikaan. Ne heijastavat paitsi tiedon lisääntymistä ja tutkimuksen kehitystä myös kunkin ajan/kulttuurisen kontekstin arvoja ja moraalialia. Sairaudeksi on helpompi määrittellä sellaiset ilmiöt, joita pidetään jollain tapaa yhteiskunnallisesti ongelmallisena tai uhkaavana. Tätä nykyä tarpeemme kontrolloida tiettyjä ilmiöitä liitetään yhä useammin taloudellisiin kysymyksiin. Uusliberaalissa kehüksessä lihavuuden uhkaavuus näyttää erityisesti taloudellisena uhkana ja julkisten kustannusten nousuna; kalliina ja moraalittomina ihmisinä, jotka kuluttavat yhteiskunnan palveluita.

Kuten jo edelläkin todettiin, talouden rooli on korostunut terveyskeskustelussa. Esimerkiksi terveysviestinnän tutkijat Aarva ja Lääperi (2005) havaitsivat, että talous oli yleisemmin käytetty argumentti kuin ihmisten hyvinvointi *Helsingin Sanomien* ja *Aamulehden* pääkirjoitussivujen terveydenedistämisestä käsittelevissä artikkeleissa. Talous ja taloudelliset olosuhteet vaikuttavat sekä käsityksiimme ”oikeanlaisista” ja ”hyväksyttävistä” ruumiista että itse ruumiisiin ja ruumiilliseen kokemukseen. Talous on myös lihavuusepidemiadiskurssin ytimessä. Uusliberalismin eetos on siirtynyt käsityksiin normaalista ja hyväksyttävästä ruumiista. Ruumiita ja niiden normaaliutta mitataan niiden tuottavuuden ja yhteiskunnallisen kustannustehokkuuden kautta. Kun mitataan ruumista, myös sen normaaliutta ja terveyttä, talouden ehdoilla ja keinoin (luvut, käyrät, indeksit jne.), sivuutetaan ruumis, ruumiillinen kokemus, intersektionaaliset tekijät kuten sukupuoli. Lihavuus on tässä mielessä hyvä esimerkki medikalisoituneen, yksilöllistyneen ja henkilökohtaista suoriutumista, tehokkuutta ja vastuuta korostavan uusliberalistisen eetoksen lävistävän aikamme sairaudesta. Lihavuuden määrittelyyn toimenpiteitä vaativaksi ominaisuudeksi ei vaikuta vain

lihavan oletettu terveydentila tai sairaus. Medikalisaation, terveystieteen ja uusliberaalin talouden yhteisvaikutukset näkyvät siinä miten lihavuudesta puhutaan ja normaalipainon tavoittelua perustellaan. Normaalipainon tavoittelua ei aja vain ajatus paremmasta terveydestä, vaan myös ajatus tuottavasta moraalisesti hyveellisestä ja sosiaalisesti hyväksyttävästä ruumiillisuudesta. Tähän vielä kytkeytyvät muun muassa kysymykset lihavuudesta ja sukupuolesta, luokasta ja rodusta. Kun määrittelemme ihmisiä ruumiin painon tai koon mukaan tai puhumme lihavuudesta ongelmana, on siten syytä tiedostaa mistä oikeastaan lopulta olemme huolissamme: sairaudesta, normeista, taloudesta vai jostain muusta?

YTT Hannele Harjunen on sukupuolentutkimuksen yliopistonlehtori Jyväskylän yliopiston yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitoksella.

Viitteet

[1] Ruotsin kielessä laihduttamista tarkoittava sana ”banta” juontuu tohtori Bantingin dieetistä.

[2] Dieetti levisi laajalti lähinnä keskiluokassa, joka tavoitteli yläluokan tyyliä. Lihavuus oli luokkakysymys: se oli 1900-luvun puoliväliin varsin harvinaista alemmissa sosiaalisissa luokissa, sillä ruuasta oli puutetta. Ruokavalion niukkuus ja yksipuolisuus ja nälkiintymisestä ja aliravitsemuksesta johtuvat taudit olivat vielä yleisiä.

[3] Tutkimussuuntauksella ei ole toistaiseksi vakiintunutta suomenkielistä nimeä.

[4] Koska lihas painaa enemmän kuin rasva, hyvin atleettisten ja lihaksikkaiden ihmisten paino usein ylittää normaalipainolle asetetun painoindeksirajan. Painoindeksiluokittelun perusteella lihaksikas, rasvaton ja hyväkuntoinen ihminen voi määrittyä sairaalloisen lihavaksi.

[5] Lihavuuden suhteen selkein esimerkki ”normaalin siirtämisen vaikutuksista” lienee Yhdysvalloissa tehty optimaalista tervettä painoa merkitsevän painoindeksirajan siirtäminen 27:stä 25:een vuonna 1998. Arvioiden mukaan 37 miljoonaa amerikkalaista muuttui paperilla normaalipainoisesta ylipainoiseksi yhdessä yössä (Squires 1998; Oliver 2006, 21–23).

Kirjallisuus

Aarva, Pauliina & Pirjo Lääperi. 2005. Terveystietoriikka pääkirjoituksissa. Helsingin Sanomien ja Aamulehden välittämä kuva terveyden edistämisestä vuosina 2002–2003. *Duodecim* 121, 1: 71–78.

- Boero, Natalie. 2012. *Killer Fat. Media, Medicine and Morals in the American "Obesity Epidemic"*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Braziel Evans, Jana & Kathleen LeBesco. 2001. *Bodies out of Bounds. Fatness and transgression*. Berkeley: University of California Press.
- Campos, Paul, Abigail Saguy, Paul Ernsberger, Eric Oliver & Glenn Gaesser. 2006. The Epidemiology of Overweight and Obesity: Public Health Crisis Or Moral Panic? *International Journal of Epidemiology* 35, 1: 55–60.
- Conrad, Peter. 2007. *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Crawford, Robert. 1980. Healthism and the Medicalization of Everyday Life. *International Journal of Health Services* 10, 3: 365–388.
- DeJong William & Robert E. Kleck. 1986. The Social Psychological Effects of Overweight. Teoksessa: *Physical Appearance, Stigma, and Social Behavior*, eds. C. Peter Herman, Mark P. Hanna, E. Tory Higgins, 65–87. The Ontario symposium, Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Freespirit, Judy & Aldebaran. 1973. Fat Liberation Manifesto. <https://laurietobyedison.com/body-impolitic-blog/tag/fat-liberation-manifesto/> [Viitattu 10.5.2018]
- Fitzgerald, Faith. T. 1994. The Tyranny of Health. *The New England Journal of Medicine* 331, 3: 196–198.
- Foucault, Michel. 1979 [1975]. *Discipline and Punish*. Harmondsworth: Penguin.
- Foucault, Michel. 1990 [1976]. *The History of Sexuality Vol.1. The Will to Knowledge*. London: Penguin.
- Gard, Michael & Jan Wright. 2005. *The Obesity Epidemic. Science, Morality and Ideology*. London: Routledge.
- Grabowski, David C. & John E. Ellis. 2001. High Body Mass Index Does not Predict Mortality in Older People: Analysis of the Longitudinal Study of Aging. *Journal of American Geriatric Society* 49, 7: 968–979.
- Harjunen, Hannele. 2004. Lihavuus ja moraalinen paniikki. *Yhteiskuntapolitiikka* 69, 2: 412–418.
- Harjunen, Hannele. 2009. *Women and Fat. Approaches to the Social Study of Fatness*. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research 379. Jyväskylä: University of Jyväskylä.
- Harjunen, Hannele. 2017. *Neoliberal Bodies and the Gendered Fat Body*. London: Routledge.

Herndon, April. 2005. Collateral Damage from Friendly Fire? Race, Nation, Class, and the “War Against Obesity”. *Social Semiotics* 15, 82: 127–141.

Huff, Joyce L. 2001. A Horror of Corpulence. Interrogating Bantingism and Mid-nineteenth-Century Fat-phobia. Teoksessa *Bodies Out of Bounds. Fatness and Transgression*, eds. Jana Evans Braziel and Kathleen LeBesco, 39–59. Berkeley: University of California Press.

Kassirer, Jerome P. and Marcia Angell. 1998. Losing Weight: An Ill-fated New Year’s Resolution. *The New England Journal of Medicine* 338, 1: 52–54.

Kyrölä, Katariina ja Harjunen, Hannele (toim.). 2007. *Koolla on väliä: lihavuus, ruumisnormit ja sukupuoli*. Helsinki: Like.

Kyrölä, Katariina. 2007. Lihavuusvaara! Pelon politiikka ja lihava ruumiillisuus Helsingin sanomissa. Teoksessa *Koolla on väliä: lihavuus, ruumisnormit ja sukupuoli*, toim. Katariina Kyrölä & Hannele Harjunen, 49–82. Helsinki: Like.

LeBesco, Kathleen. 2004. *Revolting Bodies. The Struggle to Redefine Fat Identity*. Amherst & Boston: University of Massachusetts Press.

Louderback, Llewellyn. 1970. *Fat Power. Whatever You Weigh Is Right*. Hawthorn Books.

Millman, Marcia. 1980. *Such a Pretty Face. Being Fat in America*. New York: W. W. Norton & Company.

Nygård, Toivo. 1998. *Erilaisten historiaa. Marginaaliryhmät Suomessa 1800-luvulla ja 1900-luvun alussa*. Jyväskylä: Atena.

Oliver, J. Eric. 2006. *Fat Politics: The Real Story Behind America’s Obesity Epidemic*. New York: Oxford University Press.

Probyn, Elspeth. 2008. Silences Behind the Mantra: Critiquing feminist fat. *Feminism & Psychology* 18, 3: 401–404.

Rail, Geneviève, Dave Holmes & Stuart J. Murray. 2010. The politics of Evidence on “Domestic Terrorists”: Obesity Discourse and Their Effects. *Social Theory & Health* 8, 3: 259–279.

Rothblum, Esther & Sandra Solovay. 2008. *The Fat Studies Reader*. New York and London: New York University Press.

Schoenfielder, Lisa & Barb Wieser eds. 1989 [1983]. *Shadow on a Tightrope: Writings by Women on Fat Oppression*. Iowa: Aunt Lute.

Skeggs, Beverley. 2005. The Making of Class and Gender through Visualizing Moral Subject Formation. *Sociology* 39, 5: 965–982.

Squires, Sally. 1998. About Your BMI Body Mass Index Optimal Weight Threshold Lowered. *Washington Post* 4.6.1998 <http://www.washingtonpost.com/wp-srv/style/guideposts/fitness/optimal.htm> [Viitattu 9.5.2018]

Torkkola, Sinikka. 2008. *Sairas juttu. Tutkimus terveystjournalismin teoriasta ja sanomalehden sairaalasta*. Tampere: Tampere University Press.

Tuomainen, Raimo. 2002. Tehokas elämä – medikalisaatiota uupumukseen. *Suomen Lääkärilehti* 57, 1: 83–87.

Wen CP, David Cheng TY, Tsai SP et al. 2009. Are Asians at Greater Mortality Risks for Being Overweight than Caucasians? Redefining obesity for Asians. *Public Health Nutrition* 12, 4: 497–506.

Yancey, Antronette K., Joanne Leslie & Emily K. Abel. 2006. Obesity at the Crossroads. Feminist and Public Health Perspectives. *Signs: Journal of Women in Culture and Society* 31, 2: 425–443.