

KUN ONNETTOMUUS UHKAA

Masennuslääkkeiden käytön yleistymisen 1990-luvun yhteiskunnallisena ilmiönä.

Yhteiskuntapolitiikan pro gradu -tutkielma
Jyväskylän yliopisto
Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos
Joulukuu 2001
Sanna Rikala

Sanna Rikala: *Kun onnettomuus uhkaa. Masennuslääkkeiden käytön yleistymisen 1990-luvun yhteiskunnallisena ilmiönä.* Yhteiskuntapolitiikan pro gradu-tutkielma, joulukuu 2001. Jyväskylän yliopisto, yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos. 101 sivua.

Tiivistelmä

Tutkielman aiheena on masennuslääkkeiden käytön yleistymisen 1990-luvun yhteiskunnallisena ilmiönä. Aihetta lähestytään tarkastelemalla niitä merkityksiä, joita asiantuntijat ovat julkisessa keskustelussa tälle nk. masennuslääkeilmiölle antaneet: keskeiseksi aiheeksi nousee tätä kautta myös yhteiskunnallinen masennusongelma, eli se seikka, että lievä masennus yleistyy väestön keskuudessa jatkuvasti. Tutkielman yhteiskuntateoreettiset lähtöoletukset pohjautuvat modernien yhteiskuntien hallintakeinoja erittelevään foucault'laiseen valta-analytiikkaan: tutkielman teoreettinen johtajatus on kysymys siitä, millaisia modernin biovallan ilmenemismuotoja masennuslääkeilmiössä mahdollisesti on nähtävissä. Menetelmän osalta tutkielmassa nojataan diskurssianalyttiseen perinteeseen: kiinnostuksen kohteena on masennuslääkeilmiön sosiaalinen rakentuminen asiantuntijoiden käymän määrittely-kamppailun tuloksena. Varsinaisena tarkoituksena on selvittää, millainen on se asiantuntijapuheen taustalla vaikuttava diskurssi, joka tuottaa kuvaa hyväksyttävästä ja positiivisesta masennuslääkeilmiöstä. Tutkielman keskeisimmät päätelmät koskevat sitä, millaisiin tiedon muotoihin tukeutumalla masennuslääkeilmiö merkityksellistyy järkeväksi, hyödylliseksi, toivottavaksi ja jopa välttämättömäksi ratkaisuksi yhteiskunnalliseen masennusongelmaan. Tutkielmassa argumentoidaan kyseistä määrittelytapaa vastaan tuomalla esille modernin vallan muotoja, joita tämänkaltainen masennuslääkeilmiön merkityksellistäminen ylläpitää. Näistä vallan muodoista tärkeimpänä näyttäytyy yksilölliseen itsehallintaan ja minätekniikoihin perustuva sisäistynyt valta.

avainsanat: masennuslääkkeet, biovalta, elämänpolitiikka, asiantuntijuus.

Sisällys

1. JOHDANTO	1
2. MASENNUKSEN KÄSITTEESTÄ	3
2.1 Masennuksen luokittelusta ja tunnistamisesta	3
2.2 Käsitteitä masennuksen syistä.....	5
2.3 Tämän tutkielman näkökulma masennukseen	8
3. MASENNUSLÄÄKEILMIÖ	10
3.1 Masennuslääkkeiden kehitys ja käytön yleistymisen.....	10
3.2 Onko masennus lisääntynyt?.....	13
3.3 Masennuslääkeilmiön selitystapoja	14
3.3.1 Masennusta on entistä enemmän.....	15
3.3.2 Vain masennuslääkkeiden käyttö on lisääntynyt	16
4. HYVÄN ELÄMÄN POLITIIKKA?	18
4.1 Jälkitraditionaalisuus ja yksilöllistyminen	18
4.2 Elämänpolitiikka	20
4.3 Foucault lainen näkökulma elämänpolitiikkaan	22
4.3.1 Valta	24
4.3.2 Biovalta	26
4.3.3 Minätekniikat	29
4.3.4 Oman elämän hallinta	32
4.4 Masennuslääkeilmiö ja hallinnallisuus	35
5. TUTKIMUSASETELMA	36
5.1 Asiantuntijapuhe tutkielman aineistona	36
5.1.1 Valta, tieto ja totuus	37
5.1.2 Aineiston sisältö	39
5.2 Diskurssianalyttinen lähestymistapa	41
5.2.1 Kulttuuristen kerrostumien huomioiminen	43
5.2.2 Kriittisyys	44
5.3 Genealoginen näkökulma	45
5.4 Analyysin suunnan tarkentuminen	47
5.5 Tutkimustehtävät	49
6. MASENNUSLÄÄKEILMIÖTÄ MÄÄRITTELEVÄT PUHETAVAT.....	50
6.1 Masennuslääkeilmiö osana medikalisaation voittokulkua	50
6.2 Onnenpillereillä ongelmat maton alle	53
6.3 Elämäntyyliä lääkkeellä ihanneihmiseksi	54
6.4 Masennuslääkeilmiön puolustus	56
6.4.1 Masennus on masennusta	59
6.4.2 Poistaa mielipahaa, ei lisää mielihyvää	61
6.4.3 Masentunut tarvitsee asianmukaista hoitoa	63
6.5 Yhteenveto: masennuslääkeilmiön kiistakenttä	68

7. MASENNUSLÄÄKEILMIÖTÄ TUKEVA DISKURSSI	69
7.1 Masennuslääkeilmiön puolustuksen kulttuuriset kerrostumat	70
7.1.1 Biolääketieteellinen sairauskäsitys	71
7.1.2 Keskustelu psykoterapian ja masennuslääkkeiden suhteesta	75
7.1.3 Lääkäreiden ammattietiikka	78
7.2 Järkevä, hyödyllinen, toivottava ja välttämätön masennuslääkeilmiö.....	80
8. ONNETTOMUUDEN UHKA	83
8.1 Asiantuntijavalta	86
8.2 Sisäistynyt valta	88
9. LOPUKSI	91
Aineistoartikkelit	94
Lähteet	95

"- Etkö toivo, että olisit vapaa, Lenina?"

-En ymmärrä, mitä tarkoitat. Olen vapaa. Vapaa nauttimaan ihmeellisimmän ajan huveista. Jokainen on onnellinen nykyään.

Bernand nauroi. -Niinpä niin, jokainen on onnellinen nykyään. Ryhdymme opettamaan sitä lapsille, kun he ovat viisivuotiaita. Mutta etkä haluaisi olla vapaa ollaksesi onnellinen jollain toisella tavalla, Lenina? Esimerkiksi omalla tavallasi, ei jokaisen muun tavalla.

-En ymmärrä mitään, sanoi Lenina lujasti. Hän oli päättänyt säilyttää ymmärtämättömyytensä koskemattomana. -En mitään. Ja kaikkein vähimmin, hän jatkoi muuttuneella äänellä,

että et ota somaa, kun sinulla kerran on päässäsi noita kauheita ajatuksia."

-Aldous Huxley 1932

1. JOHDANTO

Masennuksesta on tullut Suomessa 1990-luvulla yleinen, kansanterveydellinen ongelma. Masennus on yleistynyt jatkuvasti sairaslomien ja varhaiseläkkeelle siirtymisen syynä, ja sitä onkin alettu pitää jo yhtenä kansantaudeistamme. Masennuksen hoitamiseen tai vähentämiseen tähtäävistä keinoista on muodostunut merkittävä yhteiskunta- ja terveystaloudellinen kysymys. Yhtenä vastauksena tähän kysymykseen pidetään masennuslääkkeitä, joiden nähdään olevan useita vuosia kestävässä terapiaan verrattuna nopea, edullinen ja tehokas keino hoitaa masennuksesta kärsiviä.

Masennuslääkkeiden käyttö onkin lisääntynyt huomattavasti länsimaiden piirissä 1990-luvulla. Myös Suomessa kulutus on suunnilleen kuusinkertaistunut vuosien 1989 ja 2000 välisenä aikana, ja se on selvässä kasvussa edelleen. Kun masennuslääkkeitä käytti vuonna 1989 noin 50 000 suomalaista, on sama luku tällä hetkellä noin 300 000. Tämä tarkoittaa siis yli kuutta prosenttia koko aikuisväestöstä. (Suomen lääketilasto 1990 ja 2000.)

Kysymys masennuksen lääkehoidosta ei kuitenkaan itsessään kuulu tämän tutkielman aihepiiriin, eikä lähtökohtana ole millään muotoa suhtautua masennuksesta kärsivän ihmisen lääkehoitoon kielteisesti. Sen sijaan tutkielmassa on kysymys nimenomaan masennuslääkeilmioista, siitä että masennuslääkkeiden käyttö on lisääntynyt huomattavasti 1990-luvulla. Tutkielman lähtökohtaa ajatellen on tärkeää kiinnittää huomio myös siihen seikkaan, että nk. 'masennusepidemiassa', eli edellä mainitussa yhteiskunnallisessa masennusongelmassa, katsotaan yleisesti olevan kysymys nimenomaan lievien masennustilojen yleistymisestä: vakavan psykoottisen, mielisairauteen verrattavissa olevan masennuksen ei väestön keskuudessa uskota lisääntyneen (Isometsä 1999, 128). Tässä tutkielmassa tarkoitukseni on siis lähestyä yhteiskunnallisesta näkökulmasta sitä, millaisia merkityksiä tämä lievän masennuksen lisääntyvä hoitaminen masennuslääkkeiden avulla saa.

Suomessa asiantuntijat ovat pohtineet masennuslääkkeiden käytön lisääntymisen syitä melko paljon julkisuudessa ja lehdistössä. Lisäksi Sosiaalilääketieteellinen yhdistys, Psykiatriyhdistys ja Kela kiinnittivät aiheeseen huomiota järjestäessään seminaarin "*Lääkkeet ja suomen kansan masennus*" vuonna 1996. Seminaarissa keskusteltiin lääkkeiden roolista masennuksen ja yhteiskunnallisten ongelmien hoidossa (Hemminki ym. 1996, 3). Kohtuullisen runsaasta keskustelusta huolimatta varsinaista tutkimusta tai edes selvityksiä masennuslääkkeiden käytön yleistymisestä ja sen syistä ja merkityksistä ei ole kuitenkaan tehty.

Tämä ei sinänsä ihmetytä, kun tarkastelee vaihtelevia tulkintoja ja selityksiä, joita asiantuntijat masennuslääkeilmiölle antavat. Masennuslääkkeiden käytön lisääntyminen on yhteiskunnallisesta näkökulmasta tarkasteltuna monitahoinen ilmiö, joka voi saada useanlaisia selityksiä riippuen siitä, kuinka asiaa lähestytään ja mitä sen puolta tarkastelussa painotetaan. Kokonaisvaltaisen selvityksen tekeminen ilmiön syistä olisi hyvin laaja-alainen projekti.

Tämänkään tutkielman tehtävänä ei missään mielessä ole tehdä yleispätevää selvitystä siitä, miksi masennuslääkkeiden kulutus on yleistynyt Suomessa 1990-luvulla. Sen sijaan tutkielman tavoitteena on analysoida niitä erilaisia merkityksiä, joita asiantuntijat ovat julkisessa keskustelussa tälle niin kutsutulle masennuslääkeilmiölle antaneet. Lähestyn siis tutkielman aihetta, eli masennuslääkkeiden käytön lisääntymistä Suomessa 1990-luvulla, pitkälti diskurssianalyttisestä näkökulmasta.

Tarkoitukseni on tässä tutkielmassa selvittää, millaisena suomalainen masennuslääkeilmiö asiantuntijapuheessa representoidaan, toisin sanoen millaisia ovat ne puhettavat, joilla masennuslääkeilmiön tuottamiseen osallistutaan. Varsinaisena tutkimustehtävänä on selvittää, millainen on se asiantuntijapuheen taustalla vaikuttava diskurssi, joka rakentaa masennuslääkeilmiötä ja tukee sen olemassaoloa ja leviämistä. Erityisen tarkastelun kohteeksi nostan täten asiantuntijapuheessa hegemonisena esiintyvän puhettavan, jossa masennuslääkeilmiön olemassaoloa hyväksytetään ja puolustetaan tuottamalla kuvaa positiivisesta ja toivotusta masennuslääkeilmiöstä.

Tutkielman toisena tehtävänä on selvittää, miten tämä ns. puoltava puhetapa säilyttää vahvan asemansa suhteessa asiantuntijapuheessa esiintyviin masennuslääkeilmiön kriittisiin merkityksellistämistapoihin, ja millaisia ovat sen mahdolliset ideologiset seuraukset tai yhteiskunnalliset vaikutukset. Tutkielman menetelmällinen ote muistuttaa siis näiltä osin Foucault'n perinteestä ammentavaa kriittistä diskurssianalyysyä, jossa diskurssien, eli erilaisten todellisuuden jäsen- tai määrittelytapojen välinen kilpailu nähdään viime kädessä kamppailuksi yhteiskunnallisen vallan käytöstä.

Tutkielman teoreettiset lähtöoletukset pohjautuvatkin vahvasti foucault'laisen valta-analytiikan maailmaan. Kiinnostukseni kohteena on masennuslääkeilmiön diskursiivinen rakentuminen valta-asetelmien ja määrittelykamppailujen tuloksena. Analysoidessani puoltavan puhettavan yhteiskunnallisia seurauksia, olen erityisesti kiinnostunut siitä kysymyksestä, millaisia moderneille yhteiskunnille ominaisia vallan hienovaraisia ilmenemismuotoja masennuslääkeilmiössä on mahdollisesti nähtävissä. Valta-analyysissä

tarkastelun ydinahmoksi nouseekin minuuttiaan rakentava moderni yksilö, ja hänen asemansa oman elämän hallinnan ja yhteiskunnallisen hallinnallisuuden välisessä jännitteessä.

2. MASENNUKSEN KÄSITTEESTÄ

Mitä on masennus? Vastaus ei ole yksiselitteinen: vaikka masennus on käsitteenä yleisesti tunnettu, vaihtelee sen saama merkityssisältö paljonkin sen mukaan, kuka käsitettä käyttää ja mistä näkökulmasta masennusta tarkastellaan. Sekä arkikielessä että julkisessa keskustelussa masennuksesta puhutaan erilaisissa yhteyksissä niin huolettomasti, että käsitesekaannuksia tapahtuu varmasti paljonkin (Isometsä 1999a, 11).

Masennus -termillä voidaan viitata selvästi eri asioihin riippuen esimerkiksi siitä, onko kysymyksessä arkisen puhekielen ilmaus vai lääketieteellinen puhetapa. Lisäksi eri ihmistieteen aloilla on omat painotuksensa ja tapansa määrittellä masennus ja luokitella erilaisia tiloja masennuksen piiriin kuuluviksi tai kuulumattomiksi. Tilannetta ei helpota se, että monissa masennusta käsittelevissä teksteissä masennuksen käsite jätetään määrittelemättä kokonaan juuri sen yleisluontoisuuden vuoksi. Tässä kappaleessa käyn läpi erilaisia masennuksen määrittelytapoja, eli selvitän sitä, mitä masennuksen käsitteellä eri yhteyksissä tarkoitetaan. Lopuksi hahmottelen tämän tutkielman lähtökohtiin soveltuvaa masennuksen määrittelytapaa.

2.1 MASENNUKSEN LUOKITTELUSTA JA TUNNISTAMISESTA

Mitä tarkoitetaan kun sanotaan "hän on masentunut"? Arkikielessä masennus -sanaa käytetään hyvin laajasti tarkoittamaan eriasteista surua ja mielialan laskua. Masennuksella tarkoitetaan tällöin jonkinlaista inhimillistä reaktiota erilaisiin menetyksen, epäonnistumisen ja pettymyksen kokemuksiin ja siitä seuraavaa masennuksen tunnetta. (Isometsä 1999a, 11; Tienari 1993, 23.) Lääketieteellisessä kielenkäytössä masennuksesta taas puhutaan silloin, kun kysymyksessä on hetkellistä tunnetta pysyvämpi mielialan häiriö. Arkisessa puhekielessä masennukselle annetaan siis psykiatrasta sairautta lievempi merkitys (Ristaniemi 1998, 29).

Suomen akatemia ja Suomalainen lääkäriseura Duodecim järjestivät vuonna 1994 masennuksen problematiikkaan liittyvän asiantuntijoiden konsensuskokouksen, jonka tarkoituksena oli mm.selventää käsitystä siitä, mitä masennus on. Kokouksen

perusteella laaditun konsensuslausuman mukaan masennuksen käsitettä voidaan käyttää monessa eri merkityksessä: sillä voidaan tarkoittaa normaalia tunnereaktiota, oiretta, oireyhtymää tai vaikea-asteista monioireista, vakavimmillaan elämää uhkaavaa sairautta. Lausuman mukaan masennuksen määrittelyä on siis pidettävä sopimuksenvaraisena (Suomen akatemian julkaisuja 1995, 3).

Psykiatriassa vallitsee kuitenkin oma vaikutusvaltainen tapansa määrittellä masennus. Vuosittain julkaistavassa Psykiatria -opuksessa masennus luokitellaan mielenterveyden häiriöiden kategorioista mielialahäiriöihin yhdessä kaksisuuntaisen mielialahäiriön (eli maanis-depression) ja joidenkin epätyypillisten masennusoireiden kanssa. Psykiatrian sisäisessä määrittelytavassa masennus luokitellaan myös akselilla lievästä vakavaan: oireiden vaikeudesta ja kestosta riippuen kyseessä on joko masentunut mieliala, masennustila tai vakava masennustila, joita siis kaikkia kutsutaan yleisnimellä masennus. Kuitenkin näistä kolmesta ainoastaan viimeksi mainittu, josta hieman epämääräisessä lääketieteellisessä käsitteistössä käytetään joskus myös nimeä kliininen depressio, on mukana kansainvälisissä ICD-10 ja DSM-IV tautiluokituksissa. (Isometsä 1999b, 118-119.) On siis huomattava, että myös psykiatrisessa kielenkäytössä masennus -termiä voidaan käyttää laajemmassa merkityksessä, kuin viittaamaan masennukseen vain diagnosoitavana sairautena.

Psykiatrisen luokittelun mukaan ero varsinaisen mielenterveyden häiriön, eli sairaudeksi luokiteltavan masennuksen, ja lievempien masennustilojen välillä ei ole selkeä. Rajanveto vakavan masennustilan ja ns. normaalin masentuneen mielialan välillä on vaikeaa, koska kaikilla ihmisillä esiintyy ajoittain jonkin asteista alavireisyyttä. Normaalialavireisyyttä pidetäänkin yleensä lievempänä asteena vakavasta masennustilasta, jossa oireita on enemmän ja ne ovat voimakkaampia. (Raitasalo 1977, 42.) Selvää erottelua on siis vaikea tehdä: kysymys on pikemminkin jatkumosta, jolle eriasteiset masennustilat sijoittuvat. Vakavan masennustilan tunnistamista vaikeuttaa myös 'objektiivisesti' mitattavissa olevan sairauden biologisen olemuksen puuttuminen. Niinpä masennustilojen diagnosoiminen perustuu pelkästään potilaiden oirekuvaan. (Huttunen 1995, 66.)

Sairaudeksi luokiteltavan masennustilan tunnistamisen helpottamiseksi psykiatreilla onkin käytössään virallisen tautiluokituksen mukaiset vakavan masennustilan diagnostiset kriteerit. Käytännössä masennuksen tunnistaminen tapahtuu siis keskustelussa, jossa selvitetään kyselemällä ja potilasta havainnoimalla täyttyvätkö tautiluokituksen kriteerit kyseisen potilaan kohdalla. Kriteereissä luetellaan seuraavat yhdeksän masennusta luonnehtivaa oiretta, joista vähintään viiden on täytynyt esiintyä

potilaalla yhtäjaksoisesti viimeisen kahden viikon aikana: 1. Masentunut mieliala suurimman osan päivästä lähes joka päivä, 2. Merkittävästi vähentynyt mielenkiinto tai mielihyvä päivittäisissä toiminnoissa lähes joka päivä, 3. Merkittävä painon lasku tai nousu, 4. Unettomuutta tai liiallista nukkumista lähes päivittäin, 5. Psykomotorista kiihtyneisyyttä tai hitautta lähes päivittäin, 6. Väsymystä tai voimattomuutta lähes joka päivä, 7. Arvottomuuden tunteita tai kohtuuttomia tai aiheettomia syyllisyydentunteita lähes joka päivä, 8. Ajattelukyvyyn heikkoutta, keskittymiskyvyttömyyttä tai päättämättömyyttä lähes joka päivä sekä 9. Toistuva kuoleman ajattelu ja toistuvat itsemurha-ajatukset. (Lisäksi vakavan masennustilan kriteereihin kuuluu, että vähintään yksi potilaan viidestä oireesta on luettelossa 1. tai 2. mainittu oire). (Isometsä 1999b, 119; Achté 1991, 15.)

Psykiatriassa masennus määritellään siis nojaamalla virallisen tautiluokituksen määritelmään, jonka perustana taas on yleinen kliininen, eli sairaudenhoidon käytännöissä syntynyt kuvaus tyypillisistä masennusoireista. Psykiatrinen määritelmä on siis kuvaileva: se kertoo kuinka masennustila tyypillisesti ilmenee ihmisen mielialassa, ajattelussa, käyttäytymisessä ja somaattisissa toiminnoissa. Tällainen tapa määritellä masennus on syntynyt masennuksen tunnistamiseen liittyviin tarpeisiin: niinpä se edustaa pitkälti sitä käytäntöä, jolla masennus terveydenhuoltojärjestelmässämme tulee havaituksi ja tulkituksi. Kliinisessä käsityksessä masennuksesta korostuu kuitenkin asiantuntijoiden käsitys masennuksen luonteesta, eikä se välttämättä ole yhtenevä masentuneen henkilön oman käsityksen kanssa. Koetun masentuneisuuden käsitteellä halutaankin korostaa kliinisen määritelmän lisäksi myös ihmisten omakohtaisia tulkintoja masennuksen olemuksesta ja oireista. (Raitasalo 1977, 34-35.)

2.2 KÄSITYKSIÄ MASENNUKSEN SYISTÄ

Edellä esitelty masennuksen yleinen kliininen kuvaus on jo vuosisatojen ajan pysynyt melko samanlaisena. Itse asiassa jo antiikissa esitetyt kuvaukset melankoliasta ovat edelleen päteviä. Peruskuva masennuksen olemuksesta ja oireistosta ei siis ole juurikaan muuttunut vuosituhansienkaan aikana. Tästä huolimatta keskustelua siitä, mitä masennus tarkalleen ottaen on käydään vilkkaasti edelleen: vieläkään ei siis olla täysin yksimielisiä siitä mistä masennus viime kädessä johtuu. Etiologinen, sairauden syytä koskeva tarkastelu onkin yksi tapa lähestyä kysymystä masennuksen olemuksesta. Käsitteet mielenterveyden häiriöiden, ja siinä samalla myös masennuksen, etiologiasta ovat kuitenkin meidän päiviimme asti vaihdelleet voimakkaasti geneettisten, biofyysisten, sosiaalisten ja psykologisten teorioiden välillä. (Lehtonen 1995, 14; Raitasalo 1977, 34.)

Masennustilojen biologisten syiden tutkimuksessa keskeisimpiä tuloksia ovat olleet masennuksen osittaisen perinnöllisyyden osoittaminen, sekä havainnot masennustiloihin liittyvistä biologisista poikkeamista, mm. muutoksista aivojen välittäjäaineiden määrissä (Lehtonen 1995, 15). Myös masennuslääkkeiden tehoa, eli niiden parantavaa vaikutusta, pidetään kiistattomana osoituksena siitä, että biologiset tekijät ovat merkittävässä osassa masennuksen taustalla. Kuitenkaan masennuksen taustalla olevia spesifisiä biologisia tapahtumia ei laajasta tutkimuksesta huolimatta ole kyetty selvittämään. Tällaisten objektiivisten löydösten puuttuessa masennustilojen on todettu olevan etiologialtaan selvästi heterogeenisiä tiloja, joiden synnyssä psykologiset, sosiaaliset ja biologiset tekijät näyttelevät eriasteista osaa. (Huttunen 1995, 66-68 ja 73.) Vallitsevassa käsityksessä masennuksen etiologiasta pyritään siis yhdistämään eri tieteenalojen tuloksia: niinpä myös lääketieteen nykykäsityksen mukaan masennus on biokemiallisten, psyykkisten ja sosiaalisten tekijöiden yhteisvaikutuksesta syntyvä perusmielialan häiriö (Achté 1991, 8).

Psykoanalyttinen ja kognitiivinen teoria ovat vaikutusvaltaisimpia niistä psykologisista teorioista, joilla masennuksen syitä on pyritty selittämään. Sigmund Freudin ajatteluun perustuva psykoanalyttinen masennuskäsitys pohjautuu oletukseen varhaislapsuudessa tapahtuvien menetykokemusten laadun ja onnistumisen tärkeästä merkityksestä ihmisen psyykkisen rakenteen kehittymiselle ja myöhemmälle kyvyille käsitellä tulevia vaikeita menetyksiä. Teorian mukaan masennus on seurausta menetystilanteesta, jossa menetetty läheinen on aiemmin korvannut ulkoisesti ihmisen puutteellisia psyykkisiä rakenteita: menetyksen jälkeen ihminen ei kykene enää ylläpitämään psyykkistä tasapainoaan, joka on perustunut ulkoiseen kohteeseen. (Isometsä 1999b, 134.)

Monet psykoanalyttikot ovat korostaneet masennuksen taustatekijänä myös ristiriitaa henkilön minäihanteen ja todellisen minän välillä. Masennukseen sairastuneiden persoonallisuudessa onkin havaittu korostunutta riippuvuutta ja ristiriitaisuutta. Tällöin masennus nähdään tilana, jossa ego lamaantuu jatkuvasta kyvyttömyydestään saavuttaa tavoiteltu ideaaliminä. Masennuksesta kärsivälle ominaisia ovat myös itsetunnon säätelyyn liittyvät ongelmat, jotka kärjistyvät epäonnistumisien ja menetysten yhteydessä. Masennus määrittyy tällöin tavaksi, jolla heikon itsetunnon omaava ihminen reagoi epäonnistuneesti kielteisiin elämäntapahtumiin. Onnistunut reaktio vastoinikäymisten kohdatessa on näkemyksen mukaan suru, joka tunnetilana muistuttaa masennusta, mutta on kokemuksena rakentava ja parantava. (Suomen akatemian julkaisuja 1995, 6.)

Kognitiivisessa teoriassa taas painotetaan kielteisen ajattelutavan yhteyttä masennukseen. Teorian mukaan masennus syntyy seurauksena kognitiivisista vääristymistä, ts. ihmisen tavasta hahmottaa itsensä, tulevaisuutensa ja maailma vääristyneen negatiivisella tavalla. Masennuksen tärkein syy ovat siis henkilön aiemman elämänhistorian myötä muodostuneet jäykät ja negatiivisesti värityneet ajattelua ohjaavat kognitiiviset skeemat eli eräänlaiset "kaavat", joiden avulla ihminen prosessoi elämänsä uusia tilanteita ja ympäristöstä saamaansa informaatiota. (Isometsä 1999b, 135-136.)

Masennuksen sosiaalisia syitä on kartoitettu lukuisissa sosiaalipsykologisissa tutkimuksissa. Erityisesti kiinnostuksen kohteena on ollut läheisiin ihmissuhteisiin liittyvän emotionaalisen tuen masennukselta suojaava vaikutus. Masennuksen sosiaalista alkuperää korostavien teorioiden mukaan masennus on aina osa yksilön kokemusta omasta itsestään suhteessa muihin ihmisiin. Tällöin masennuksen sosiaalisista syistä tärkeimmiksi nousevat läheisen ihmisen puute, epätyytyttävä parisuhde tai ylipäätään yksinäisyys. (Isometsä 1999b, 135-136; Aaltonen ym. 1995, 94.) Myös kielteisten elämäntapahtumien vaikutusta masennuksen aiheuttajana on tutkittu paljon. Arviolta yli 2/3 masennustiloista ilmaantuu jonkin merkittävän kielteisen elämäntapahtuman jälkeen. Näitä tapahtumia ovat esimerkiksi avioero tai muu parisuhteiden katkeaminen, vakava somaattinen sairaus tai vammautuminen, omaisen kuolema ja työttömäksi jääminen (Isometsä 1999b, 135-136).

Masennuksen etiologiaa on yritetty selittää myös kulttuuritekijöiden avulla: yleisen käsityksen mukaan masentuneisuus on huomattavasti yleisempää läntisissä kulttuuri-
piireissä kuin muissa kulttuureissa. Masennusta aiheuttavia kulttuuritekijöitä tutkineen Singerin mukaan länsimaisen kulttuurin muutokset, kuten teollistuminen, kaupungistuminen, perhesiteiden höltyminen sekä arvojen ja asenteiden nopea muuttuminen ovat lisänneet masentuneisuuden kokemuksia. (Singer 1975, 289-301 Raitasalon 1977,49 mukaan.)

Nykyisen lääketieteellisen käsityksen mukaan masennuksen etiologiaa pidetään siis hyvin monitekijäisenä: masennuksen synty ymmärretään ajassa etenevänä prosessina, jossa altistavina tekijöinä ovat perinnöllinen biologinen alttius sekä altistavat persoonallisuuden piirteet ja laukaisevina tekijöinä voivat olla ajankohtaiset elämänmuutokset tai biologiset häiriöt (Isometsä 1999b, 137). Yhtäältä näiden monitieteellisten etiologisten selitysten pyrkimyksenä on selvittää minkälainen tai kuinka suuri osuus biologisilla, psykologisilla ja sosiaalisilla tekijöillä on masennuksen

synnyssä suhteessa toisiinsa. Toisaalta eri tieteenalojen voi myös ajatella ainoastaan selittävän samaa ilmiötä tieteen eri tasoilta käsin. Tällöinhän kyseessä ei oikeastaan ole eri selitystapojen yhdistämisyritys, vaan täysin eri tasoilta asiaa tarkastelevien irrallisten selitysten rypäs.

Edellä haettiin vastausta kysymykseen “mitä masennus on” sen etiologiaa koskevien selitysten avulla. Tällöin masennuksen määrittelyssä pitäydyttiin lääketieteellisen tai psykiatrisen puhutavan piirissä, onhan etiologia lääketieteellinen termi, jolla tarkoitetaan nimenomaan oppia sairauden syistä. Niinpä myös silloin, kun masennuksen etiologiaa yritetään valottaa psykologisten tai sosiaalisten selitysten avulla, allekirjoitetaan joka tapauksessa masennuksen luonne mielenterveyden häiriönä tai sairautena. Masennuksen olemusta on kuitenkin tarkasteltu paljon myös täysin eri näkökulmasta. Tällöin masennuksen sairaus- tai häiriöluonne kiistetään kokonaan, ja tilalle tarjotaan psykiatrisen näkökulman hylkääviä määritelmiä.

Monet psykodynaamista suuntausta edustavat tutkijat, mm. Brenner (1991) ovat kritisoineet vahvasti masennuksen tautiopillista diagnosoimista vastaan. Heidän mukaansa nykyinen masennuksen luokittelu sairaudeksi on pikemminkin harhaanjohtava kuin auttava, sillä kyseessä ei ole lainkaan sairaus, vaan ns. affekti. Affektit ovat psykodynaamisen suuntauksen mukaan mielihyvän ja mielihäviön ilmentäjiä, jotka ohjaavat ja motivoivat kaikkia subjektiivisia kokemuksia, valintoja ja käyttäytymistä. Masennus on siis mielihäviötä ilmentävä perustunne, jolla on oma signaalifunktionsa. Sitä on kuvattu mm. avuttomuuden, toivottomuuden ja arvottomuuden kokemuksina. Brennerin mukaan masennusaffekti on mukana kaikissa elämän ristiriitatilanteissa käynnistämässä erilaisia mielen suojautumiskeinoja. Se on siis monissa tapauksissa luonnollinen ja hyväksyttävä reaktio psyykkiseen kipuun. (Brenner 1991, 25-45 Aalbergin & Toskalan 1995, 79 ja 84-85 mukaan.)

2.3 TÄMÄN TUTKIELMAN NÄKÖKULMA MASENNUKSEEN

Tämän tutkielman aineistossa, joka koostuu masennuslääkeilmion tiimoilta käydystä asiantuntijakeskustelusta, puhutaan paljon masennuksesta. Asiantuntijat käyttävät masennuksen käsitettä hyvin vaihtelevissa merkityksissä jättäen usein määrittelemättä mitä juuri he sillä tarkoittavat. Itse asiassa masennus -termin erilaisilla käyttötavoilla tai määrittelyillä pyritäänkin usein rakentamaan toivottua kuvaa tarkastelun kohteena olevasta masennuslääkeilmion aineistosta. Haluan siis tässä tutkielmassa aineistoa analysoidessani ymmärtää masennuksen käsitteen hyvin laajasti sen kaikissa eri merkityksissä.

Se, etten tutkijan positiossa ota itse kantaa masennuksen määrittelyyn tämän tarkemmin, johtuu myös tutkielman metodologis-teoreettisista lähtökohdista. Diskurssianalyttisesti suuntautuneeseen tutkimusotteeseen liittyen tutkielmani ontologiset perusoletukset, ts. käsitykset tutkittavan ilmiön luonteesta ja esiintymisestä, ovat kytköksissä konstruktionistiseen ajattelutapaan. Konstruktionistisen suuntauksen mukaan sosiaalisen todellisuuden ilmiöt ovat sosiaalisesti tuotettuja. Kun asiantuntijat siis puhuvat aineistossa masennuksesta tietyssä merkityksessä, he myös samalla jatkuvasti määrittelevät masennuksen käsitettä uudelleen ja näin osallistuvat puheellaan tietynlaisen masennus -käsitteen tuottamiseen. Analyysissäni haluan siis jättää avoimeksi tämän, tutkimusaiheeni kannalta hyvin keskeisen käsitteen määrittelymahdollisuudet, ja kiinnittää huomioni nimenomaan siihen, millaisia seurauksia masennus -termin erilaisilla käyttötavoilla on keskustelussa ja argumentoinnissa.

Näkökulmaani valottaa osuvasti nykyisessä terveystieteessä laajasti omaksuttu konstruktionistinen käsitys sairauksien luonteesta tutkimuskohteena. Konstruktionistisen terveystieteen lähtökohtana on, että sairaudet ovat biologiansa ohella myös kulttuurisesti ja sosiaalisesti jäsentäviä, paikallisia ja historiallisia ilmiöitä, joita on tarpeellista tarkastella myös sosiologisesta näkökulmasta. Perustava kysymyksenasettelu koskee siis sitä, kuinka terveys ja sairaus sekä lääketieteellinen tieto rakentuvat sosiaalisesti. (Kangas ym. 2000, 7-8.)

Michel Foucault, jonka tiedon diskursiivista muodostumista koskeviin teoretisointeihin tutkielmani teoreettis-metodologinen viitekehys pitkälti nojaa, on vaikuttanut merkittävästi tähän terveystieteessä omaksuttuun konstruktionistiseen ajattelutapaan. Tärkeintä Foucault'n ajattelussa terveystieteen kannalta on terveyden ja sairauden kentän itsestään selvinä pidettyjen kysymysten kyseenalaistaminen ja niiden näkeminen historiallisina ja yhteiskunnallisissa prosesseissa tuotettuna. (Honkasalo 2000, 58.)

Esimerkiksi teoksessaan "*Sairaalan synty*" (*The birth of the clinic*, 1963/1973) Foucault tutkii lääketieteellisen tiedon ja käytäntöjen historiallisen rakentumisen ehtoja. "*Hulluuden historiassa*" (*Madness and civilization*, 1961/1973) Foucault taas lähestyy kysymystä hulluuden määrittelystä, eli siitä millainen valta on tuottanut ajatuksen 'hulluudesta'. Toisin sanoen Foucault tutkii sitä, millainen instituutioiden ja käytäntöjen verkko yhteiskunnassamme määrittelee ja käsittelee mielisairaat, ja millä keinoilla se sen tekee.

Sosiaalisella konstruktionismilla on siis tärkeä merkitys terveyden ja sairauden yhteiskuntatieteellisen tutkimuksen yhteydessä: sairaudenkin voidaan ajatella rakentuvan sosiaalisesti siinä mielessä, että sen ilmiöt eivät ole luonnollisia, (lääke)tieteellisiä tai autenttisia sinänsä, vaan ne ovat rakentuneet yhteiskunnallisissa käytännöissä ja suhteissa, joita kieli, tieto ja valta muokkaavat (Honkasalo 2000, 56). Esimerkiksi lääketieteen käyttämät käsitteet eivät ole yleispäteviä tai ylihistoriallisia, vaan ne heijastavat tiettyä yhteiskunnallista maailman havaitsemisen tapaa (Sedgwick 1982. emt:n mukaan). Foucault'n ajattelusta ammentavassa konstruktionistisessa terveystieteessä valta onkin hyvin keskeinen teema. Esimerkiksi juuri sillä, miten masennus määritellään on tietenkin tärkeä merkitys todellisuuden ilmiöiden, kuten masennuslääkeilmiön ymmärtämisen kannalta, ja niinpä erilaisten määrittelyiden välillä käydään jatkuvia valtakamppailuja.

3. MASENNUSLÄÄKEILMIÖ

Masennuslääkeilmiöllä tarkoitan masennuslääkkeiden käytön nopeaa lisääntymistä Suomessa ja myös muissa länsimaissa 1990-luvulla. Tässä tutkielmassa tarkastelen masennuslääkeilmiötä yhteiskunnallisesta näkökulmasta, ts. pohdin ilmiön yhteiskunnallisia ulottuvuuksia ja merkityksiä. Masennuslääkeilmiö koostuu kuitenkin monista eri tekijöistä, joihin tutustumista sen lähempi tarkastelu vaatii. Yksi huomionarvoinen seikka on masennuslääkkeiden kehittymisen ja niiden käytön lisääntymisen historiallinen tarkastelu. Toinen tärkeä tekijä masennuslääkeilmiössä on masennuksen epidemiologia (levinneisyys väestöön), ja erityisesti kysymys siitä, ovatko masennustilat lisääntyneet voimakkaasti 1990-luvulla. Tässä luvussa käsittelen näitä kysymyksiä ja esittelen lopuksi aineistooni pohjautuen asiantuntijoiden masennuslääkeilmiölle antamia syitä ja selityksiä.

3.1 MASENNUSLÄÄKKEIDEN KEHITYS JA KÄYTÖN YLEISTYMINEN

Ensimmäinen nykyaikainen masennuslääke, iproniatsidi, kehitettiin 1950-luvulla alunperin tuberkuloosipotilaiden hoitoon. Lääkettä alettiin kuitenkin *kutsua "psykkiseksi voimanantajaksi"*, kun huomattiin että se myös kohotti tuberkuloosipotilaiden energiatasoa ja näin lisäsi elinvoimaa sekä optimistisuutta. Tähän asti oopiumi oli ollut johtava ja tehokkain saatavilla oleva lääke masennukseen, mutta sen katsottiin kuitenkin kykenevän parhaimmillaankin vain lieventämään sairauden oireita. Niinpä uusi kliinisen kokemuksen perusteella luotettavaksi tiedetty ja masennusta selvästi hälventävä lääke

otettiin innolla vastaan: ensimmäisenä käyttövuotena lähes 400 000 masennuspotilasta sai iproniatsidihoitoa. (Thormodsen & Holmalahti 1999, 145; Kramer 1994, 67-68.)

Pian kuitenkin raportoitiin, nykykäsityksen mukaan virheellisesti, että iproniatsidi aiheuttaa sivuvaikutuksenaan keltatautia. Kohun vuoksi lääke vedettiin nopeasti pois markkinoilta. Samaan aikaan sveitsiläinen tutkija Ronald Kuhn etsi tutkimustyössään tarkoituksellisesti uutta, spesifisesti melankoliaan vaikuttavaa lääkeainetta, joka ei olisi energiatasoa nostava piriste. Syksyllä 1957 Kuhn julkisti tiedon, jonka mukaan hän oli löytänyt lääkeaineen, joka lievitti masennusta, mutta jolla oli rauhoittava vaikutus terveisiin henkilöihin. Uutta lääkettä kutsuttiin imipramiiniksi. (Thormodsen & Holmalahti 1999, 146; Kramer 1994, 68-69.)

Iproniatsidi ja imipramiini toimivat suunnannäyttäjinä uuteen aikakauteen ihmisen tunne-elämän tutkimuksessa: nämä kaksi lääkettä määräävät edelleen puitteet nykyiselle käsityksellemme mielialan biologiasta. Hiukan näiden lääkkeiden löytymisen jälkeen tutkijat kykenivät osoittamaan, että niiden sisältämät aineet kykenivät vaikuttamaan aivoissa viestien välitykseen hermosolusta toiseen lisäämällä aktiivisten välittäjäaineiden määrää tai tehokkuutta hermosolujen välillä. Näistä tutkimustuloksista kehittyi ns. *monoamiiniteoria*, jonka mukaan välittäjäaineiden (mm. amiinien) puute aivojen hermosolujen välisessä viestinnässä on masennuksen syy. (Thormodsen & Holmalahti 1999, 146; Kramer 1994, 71.)

Molemmilla uusilla lääkkeillä oli kuitenkin vakavia puutteita ja sivuvaikutuksia. Iproniatsidin myöhemmät sukulaiset, ns. *MAO-estäjät*, aiheuttivat kovaa päänsärkyä verenpaineen voimakkaan nousun takia. Lisäksi niitä käyttävät potilaat altistuivat haitallisille ja jopa vaarallisille yhteisvaikutuksille, joita lääkkeellä on joidenkin ruoka-aineiden kanssa. Imipramiinin kaltaiset lääkevalmisteet, joita kutsutaan *trisykliseksi masennuslääkkeeksi*, osoittautuivat erittäin tehokkaaksi masennuksen hoidossa. Niiden käyttöön liittyy kuitenkin myös paljon kiusallisia haittavaikutuksia kuten hikoilua, sydämentykytystä, suun kuivumista ja ummetusta. Nämä epätoivotut vaikutukset johtuvat lääkkeen epäspesifisyydestä - siitä, että se vaikuttaa samanaikaisesti moniin välittäjäainejärjestelmiin. (Thormodsen & Holmalahti 1999, 147; Kramer 1994, 75.)

Niinpä farmakologit aloittivat vuosikymmeniä kestävänsä etsinnän löytääkseen lääkeaineen, jolla olisi trisyklisten lääkkeiden teho, mutta jonka vaikutus olisi spesifinen, vain tarkoituksenmukaiseen serotoniini -nimiseen välittäjäaineeseen vaikuttava. Tuotekehittelyn aikana valmistettiin ja testattiin monia trisyklisten lääkkeiden piiriin luettavia aineita. Markkinointi lupasi uusiin lääkkeisiin vähemmän haittavaikutuksia,

mutta luvatut edut haihtuivat sitä mukaa kun lääkkeet tulivat kliiniseen käyttöön. Tehtävä osoittautui siis yllättävän vaikeaksi, ja näin psykofarmakologia polki 30 vuotta paikoillaan. (Thormodsen & Holmalahti 1999, 147; Kramer 1994, 75.)

Ratkaisuna tähän tilanteeseen löydettiin *fluoksetiini*. Varsin pian oltiin vakuuttuneita tämän uuden lääkeaineen kyvystä vaikuttaa masennukseen trisyklisten lääkkeiden tavoin, mutta huomattavasti vähemmällä haittavaikutuksilla. Fluoksetiin kaltaisia valmisteita, ns. SSRI- lääkkeitä (selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät), alettiin kutsua uuden sukupolven masennuslääkkeiksi. Ensimmäiset SSRI-lääkkeet, joista kuuluisin lienee huomattavaa kohua Amerikassa aiheuttanut Prozac (Suomessa myynnissä Fontexin nimellä) tulivat markkinoille vuonna 1987. (Thormodsen & Holmalahti 1999, 147; Kramer 1994, 82-83.)

Erilaisia mielialaa kohottavia kemiallisia aineita on siis käytetty lääketieteellisenä hoitokeinona masennuksen parantamiseen jo 1950-luvulta asti. Masennuslääkkeiden käytön nopea yleistymisen on kuitenkin ilmiö, joka on tyypillinen juuri 1990-luvulle: yhtäältä masennus näyttää nousseen laajan mittakaavan ilmiöksi ja ongelmaksi vasta viime vuosikymmenellä. Toisaalta neurotieteiden kehittyminen ja aivojen toiminnan parempi tuntemus ovat mahdollistaneet uudentyyppisten entistä täsmällisemmin toimivien ja siksi 'helppokäyttöisempien' masennuslääkkeiden kehittelyn. (Whybrow 1997, 263.)

Lääkehoidon historiassa SSRI-lääkkeiden kehittäminen kuuluu eri lukuun kuin aikaisempien masennuslääkkeiden tarinat: fluoksetiiniä ei niinkään keksitty, vaan se kehitettiin suunnitelmallisesti suuressa lääkeyhtiössä, jossa käytettiin hyväksi eri tieteenalojen tutkijoiden tietotaitoa. SSRI-lääkkeet ovat siis kalliin ja pitkän kehittämisprosessin ja viimeisimmän huipputeknologian ja osaamisen tuote. Lisäksi fluoksetiinin kehitysprosessi edustaa tyypillisesti ajattelumallia, joka uusimmassa kemiallisessa psykofarmakologiassa vallitsee: lääkkeiden kehittämisen lähtökohtana eivät enää ole sairast potilaat vaan hermoston välitysmallit. Kun nämä välitysmallit tunnetaan, niiden perusprosesseihin vaikuttavia molekyyliä kyetään valmistamaan ikäänkuin mittatilaustyönä. Päämääränä ovat tällöin hermoston välitystoimintaan yhä spesifimmin vaikuttavat lääkkeet. Tällainen tutkimus ei tuota enää juurikaan tiettyjä sairauksia korjaavia lääkkeitä, vaan aineita, jotka vaikuttavat ihmisaivojen toimintoihin niin terveillä kuin sairailakin. (Kramer 1994, 82.)

Uuden polven masennuslääkkeiden onkin todettu auttavan trisyklisiä lääkkeitä tehokkaammin myös sellaisia henkilöitä, jotka eivät sairasta vakavaa masennusta, vaan

kärsivät erilaisista lievistä masennusoireista ja -häiriöistä. SSRI-lääkkeiden vähäisten sivuvaikutusten vuoksi lääkkeiden määrämiskäytäntökin on alkanut muuttua, kun houkutus määrätä lääkkeitä potilaille vähemmän ankarin perustein on kasvanut. Masennuslääkkeiden käyttöalue onkin laajentunut SSRI-lääkkeiden keksimisen myötä myös lieviin masennustiloihin, joita ei luokitella sairaudeksi. (Kramer 1994, 84.)

Vaikka olisi tavallaan luontevaa ajatella, että lisääntyneet masennusdiagnoosit ovat lisänneet lääkeshoidon tarvetta ja johtaneet näin uusien lääkkeiden kehitykseen, osoittaa farmakologian historian tarkastelu useita esimerkkejä juuri päinvastaisesta kehityksestä: uudet lääkkeet ovat useissa tapauksissa lisänneet sen oireyhtymän esiintymistä, jonka hoitoon ne on tarkoitettu (Thormodsen ja Holmalahti 1999, 144). Onkin siis aiheellista pohtia, ovatko uudet mahdollisuudet korjata mielialaa kohtuullisen vaivattomasti SSRI-lääkkeiden avulla lisänneet masennuksen diagnosointia.

Riippumatta siitä, mikä lopulta on masennuksen yleistymisen ja sen hoitoon tarkoitettujen lääkkeiden historiallinen ilmaantumisjärjestys, näyttäisi masennuslääkeilmiössä olevan jotakin yhteiskunnallisesti kiinnostavaa ja huomionarvoista. Oletetaan, että lääketeollisuus on uusia masennuslääkkeitä kehittäessään todellakin vain vastannut lisääntyneeseen tarpeeseen. Tällöin jäljelle jää entisestään vahvistunut kysymys siitä, miksi lääkkeiden tarve lisääntyi, ts. miksi masennus ja mielialahäiriöt ovat yleistyneet. Onko nykyisessä ajassa, kulttuurissamme tai yhteiskunnallisessa tilanteessa jotakin, joka saa aikaan erityisen paljon 'pahaa oloa'?

3.2 ONKO MASENNUS LISÄÄNTYNYT?

Epidemiologisen tutkimuksen tehtävänä on tuottaa tietoa sairauksien esiintymisestä väestössä. Epidemiologista tietoa käytetään lähinnä kuvaamaan tietyn sairauden yhteiskunnalle aiheuttamaa taakkaa kehitettäessä ja suunniteltaessa terveydenhuollon tarjoamia palveluita. Masennuksen epidemiologiasta ei ole saatavilla täysin tarkkaa ja luotettavaa tietoa, sillä sen tutkimisessa on monestakin syystä tiettyjä erityisvaikeuksia. (Lehtinen 1995, 23.)

Ensinnäkin yksiselitteisen masennuksen määritelmän sekä luotettavien tunnistamismenetelmien puuttuessa tutkimustulokset masennuksen esiintymisen määrästä väestön keskuudessa ovat aina jonkin verran epätarkkoja. Depression diagnosoimiseksi ei ole olemassa mitään luotettavaa laboratorikoetta tai vastaavaa 'eksaktia' menetelmää, vaan diagnosointi perustuu aina kliiniseen arviointiin, jossa ns. inhimillinen tekijä on aiheuttamassa epävarmuutta. Masennuksen esiintyvyydessä on

siis myös menetelmällisistä seikoista johtuvaa vaihtelua eri tutkimusten välillä.(Lehtinen 1995, 24.) Toiseksi masennuksen yleisyyden arviointia vaikeuttaa se, etteivät läheskään kaikki masennuksesta kärsivät hakeudu hoitoon. Joidenkin arvioiden mukaan suurin osa masennuksista jää edelleen kokonaan diagnosoimatta. (Tamminen 1993, 36; Tienari 1993, 26.)

Kuitenkin kaikissa keskeisimmissä suomalaisten mielenterveyttä koskevissa epidemiologisissa tutkimuksissa todetaan, että masennustilat ovat Suomessa hyvin yleisiä. Erilaisten arvioiden mukaan n. 6% väestöstä sairastaa vakavaa masennustilaa, eli nk. kliinistä depressiota, ja jopa 20% väestöstä kärsii lievemmistä masennustiloista. Luvut ovat suunnilleen samalla tasolla myös muissa länsimaissa. (Isometsä 1999b, 128; Lehtinen 1995, 24-27; Achte 1991, 25.) Yleisesti uskotaan myös, että erityisesti nk. lievät masennustilat ovat lisääntyneet väestön keskuudessa voimakkaasti 1990-luvulla, ja että tämä kehitys on käynnissä edelleen. WHO:n laajassa eri sairauksien painoarvoa maailmanlaajuisesta näkökulmasta kartoittavassa Global Burden of Disease –tutkimuksessa masennuksen on ennustettu olevan vuoteen 2020 mennessä maailman toiseksi tärkein työkyvyttömyyden aiheuttaja. (Isometsä 1999a, 13.)

Kiistattomasti tätä näkemystä ei ole kuitenkaan kyetty osoittamaan, eikä asiasta ole tehty tuoreita tutkimuksia. Ainoa luotettava tapa tietää masennuksen yleisyydessä tapahtuvasta kehityksestä on tehdä säännöllisesti toistuvia tutkimuksia, joissa samaa haastattelumenetelmää käyttäen selvitetään masennuksen esiintyvyyttä. (Isometsä 1999a, 13.) Tällä hetkellä arviot masennuksen lisääntymisestä perustuvat siis lähinnä epäsuoriin mittareihin, kuten masennusdiagnoosien lisääntymiseen vastaanotoilla ja terveyskeskuksissa, masennuksen perusteella myönnettyjen työkyvyttömyyseläkkeiden määrän nousuun sekä masennuslääkkeiden nopeasti lisääntyneeseen kulutukseen (Tuori 1996, 8).

3.3 MASENNUSLÄÄKEILMIÖN SELITYSTAPOJA

Kysymys siitä, miksi masennuslääkkeiden käyttö on yleistynyt nopeasti 1990-luvulla, on ajattelemisen arvoinen. Vaikka yksiselitteisen vastauksen antaminen tähän kysymykseen on lähes mahdotonta, tarjoaa sen mahdollisten vastausten tarkastelu kuitenkin jonkinlaisen kokonaiskuvan siitä, mistä kaikesta moniulotteisessa masennuslääkeilmiössä tulkitaan olevan kysymys. Tässä kappaleessa käyn siis

yleisluontoisesti tarkastellen läpi niitä vaihtelevia selityksiä ja syitä, joita asiantuntijat tutkielmani aineistossa masennuslääkkeiden käytön yleistymiselle antavat.¹

Asiantuntijoiden masennuslääkeilmiölle antamissa selityksissä on erotettavissa kaksi lähtökohdaltaan huomattavasti toisistaan poikkeavaa suuntausta. Yhtäältä ensimmäisessä selitystavassa lähtökohtana on se, että itse masennus (eikä vain masennuslääkkeiden käyttö) on todellakin yleistynyt viimeisen kymmenen vuoden sisällä. Tässä selitysmallissa oletetaan siis että lääkkeiden käyttö on yleistynyt nimenomaan siksi, että masennuskin on yleistynyt. Toisaalta asiantuntijat antavat masennuslääkeilmiölle monia selityksiä, jotka eivät ole tekemisissä masennuksen lisääntymisen kanssa. Tällöin masennuslääkkeiden käytön lisääntymisen nähdään siis johtuvan ensisijaisesti jostakin muusta tekijästä, kuten lääketeollisuuden toiminnasta, mielenterveyspolitiikan kehityssuunnista tai siitä, että masennus yksinkertaisesti tunnustetaan nykyään entistä paremmin. Käsittelen seuraavassa tarkemmin molempia selitysmalleja.

3.3.1 MASENNUSTA ON ENTISTÄ ENEMMÄN

Selitystavassa, jossa masennuslääkkeiden käytön lisääntymisen nähdään olevan seurausta masennuksen yleistymisestä, tulkitaan masennuslääkeilmiön syyksi ainakin ne seikat, joiden uskotaan lisänneen masennuksen esiintymistä suomalaisten keskuudessa. Pohjimmiltaan joudutaan siis etsimään syitä sille, miksi masennus on yleistynyt Suomessa 1990-luvulla. Tällöin edessä ovat erilaiset kulttuurissa, yhteiskunnassa ja taloudellisessa tilanteessa tapahtuneita muutoksia koskevat selitystavat.

Konkreettisena syynä masennuksen lisääntymiseen nähdään ainakin monet suomalaisessa yhteiskunnassa 1990-luvulla laman myötä tapahtuneet muutokset. Tärkeimpinä masennuksen aiheuttajina tulevat esille työttömyydestä johtuva syrjäytyminen, taloudellinen turvattomuus ja arvottomuuden kokemukset, mutta toisaalta myös työssäkäyvien liiallinen kiire, stressi ja työuupumukset. Myös leikkaukset sosiaalipalveluissa, ja etenkin kunnollisten mielenterveyspalveluiden puute tuodaan aineistossa usein esille selitettäessä masennuksen lisääntymisen syitä. Lisäksi pidemmällä aikavälillä tapahtuneen rakennemuutoksen seurausten, kuten kaupungistumisen ja lähiyhteisöjen hajoamisen nähdään aiheuttaneen turvattomuuden tunnetta ja vaikuttaneen masennuksen lisääntymiseen 1990-luvulle tultaessa.

¹Koska kyseessä on kooste asiantuntijoiden aineistossani käyttämistä selitystavoista, ei tarkkojen viitetietojen antaminen jokaisen selitystavan kohdalla liene tarkoituksenmukaista. Tiedot tutkielman aineistosta ovat luvussa 5.5.2.

Toisaalta myös epäkonkreettisemmat yhteiskunnan tilaan liittyvät selitykset saavat osansa masennuksen lisääntymistä pohdittaessa. Yhteiskunnan arvoilmapiirin koetaan vääristyneen tai muuttuneen kovemmaksi ja korostavan jatkuvan suorittamisen ja pärjäämisen eetosta. Talouteen ja työelämään kuuluvan tehokkuuden vaatimuksen nähdään levittäytyneen myös yksityiselämään. Erityisesti talouden globalisoitumisen esitetään johtaneen tilanteeseen, jossa ihmisten on inhimillisine tarpeineen sopeuduttava elämään yhteiskunnassa, joka on radikaalisti vieraantumassa ihmisestä ja ihmisyydestä. Tällainen asetelma johtaa ihmiset elämän merkityksettömyyden ja tyhjyyden kokemuksiin, ja sen johdosta masennuksesta kärsivien määrän kasvuun.

3.3.2 VAIN MASENNUSLÄÄKKEIDEN KÄYTTÖ ON LISÄÄNTYNYT

Masennuslääkeilmiölle tarjotaan asiantuntijoiden taholta myös selityksiä, joiden yhteinen lähtökohta on siinä, ettei masennuksen yleistymisen nähdä olevan ainakaan erityisen merkittävänä syynä masennuslääkkeiden käytön yleistymiseen. Tämän yhteisen lähtökohdan omaavia selitystapoja voidaan käyttää myös yhtäaikaisesti, sillä ne eivät missään nimessä sulje toisiaan pois. Tällöin uskotaan, ettei masennus välttämättä ole lainkaan lisääntynyt, sillä nämä selitykset yhdessä riittävät antamaan syyn masennuslääkkeiden käytön yleistymiselle.

Siihen, miksi masennuksesta kärsivien määrä kuitenkin vaikuttaa lisääntyneen viime vuosina, tarjotaan selitystä, joka liittyy masennuksen aiempaa parempaan tunnistamiseen. Parempi masennuksen tunnistaminen nähdään koskevan sekä lääkäreitä että potilaita ja heidän perheitään. Masennuksen tabuluonne on vähentynyt, ja avoin keskustelu aiheesta on lisääntynyt myös julkisuudessa. Tämän vuoksi potilaan on helpompi myöntää omat oireensa masennusoireiksi ja hakea niihin apua. Samoin lääkärit ovat alkaneet tunnistaa masennusta potilaissa, jotka alunperin ovat tulleet vastaanotolle muiden syiden, esimerkiksi unettomuuden, vuoksi. Tämän kehityksen seurauksena masennusdiagnooseja sitä kautta masennuslääkkeiden käyttäjiä on alkanut tulla lisää, vaikka masennuksen todellinen määrä ei olekaan lisääntynyt.

Asiantuntijoiden ylivoimaisesti eniten käyttämä yksittäinen masennuslääkeilmiölle annettava selitys on kuitenkin uudentyyppisten masennuslääkkeiden tulo markkinoille 1990-luvun alussa. Nämä niin kutsutut SSRI-lääkkeet ovat asiantuntijoiden mukaan paremmin siedettyjä kuin vanhat, ts. niiden sivuvaikutukset ovat huomattavasti vähäisempiä. Tämän vuoksi SSRI-lääkkeet koetaan helpommaksi ja miellyttävämmäksi käyttää, eivätkä vanhat masennuslääkkeet haittavaikutustensa vuoksi edes sopineet kaikille potilaille.

Näiden uudentyyppisten lääkkeiden markkinoille tulon nähdäänkin sitten vaikuttaneen masennuslääkkeiden kulutuskäyrien nousuun monestakin eri syystä. Ensiksikin lääkärit uskaltavat entistä useammin määrätä masennuslääkettä potilailleen, sillä uusien lääkkeiden kokeilu ja käyttö koetaan turvallisemmaksi kuin vanhojen lääkkeiden. Lisäksi uudentyyppisten lääkkeiden on huomattu tehoavan myös muihin kuin masennusoireisiin, esimerkiksi paniikkihäiriöön ja bulimiaan. Tällainen käyttöalueiden laajentuminen on siis myös yksi syy sille, miksi masennuslääkkeiksi luokiteltavien lääkkeiden käyttö on yleistynyt.

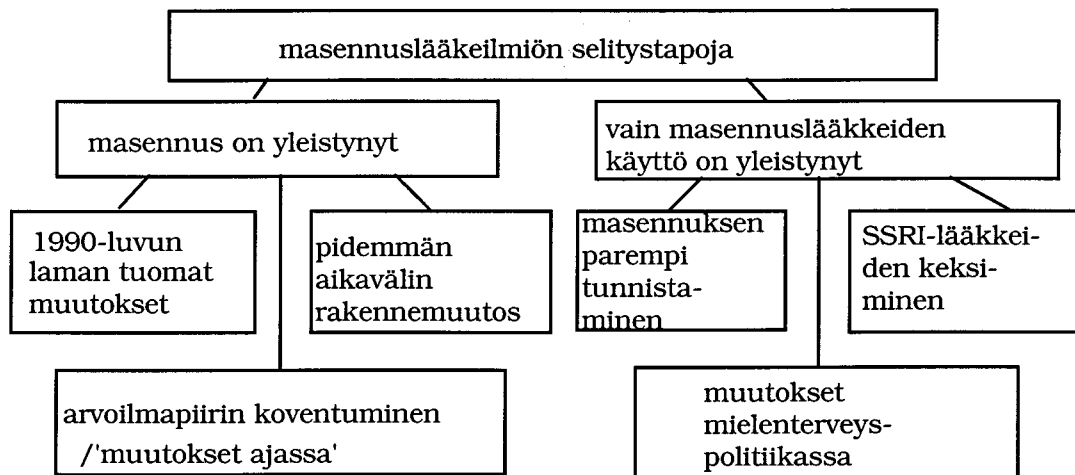
Eräänä olennaisena syynä masennuslääkeilmioille nähdään myös uudentyyppisten masennuslääkkeiden tehokas markkinointi. Masennuslääkkeiden myynti on lääketehtaille suuri tulonlähde, ja tehokkaalla markkinoinnilla pyritään saamaan lääkäreiden hoitokäytännöt masennuslääkkeille myönteisiksi. Lisäksi lääkeyritykset käyvät kovaa kilpailua omien valmisteidensa markkinaosuuksista, joka myös lisää lääkkeiden mainontaa ja sitä kautta kulutusta.

Hieman toisentyypistä, mutta silti saman lähtökohdan jakavaa selitysmallia edustaa näkemys, jonka mukaan tärkeänä syynä masennuslääkeilmioille ovat mielenterveyspolitiikassa tapahtuneet muutokset. Tässä selityksessä masennuslääkeilmion nähdään johtuvan ainakin osittain niistä vaikutuksista, joita valtion säästötoimenpiteillä ja tehokkuusvaatimuksilla on ollut mielenterveyspolitiittisiin käytäntöihin. Lääkkeet ovat suhteellisen halpa, tehokas ja nopea tapa hoitaa suomen kansan masennusta. Lääkkeisiin verrattuna psykoterapia on aikaavievä ja kallis hoitomuoto, ja niinpä suuntaus mielenterveyspolitiikassa ja sitä myötä esim. Kelan korvaamiskäytännöissä on siirtynyt psykoterapiasta lääkkeiden käyttöön.

Edellä läpikäytyt asiantuntijoiden masennuslääkeilmioille antamat selitykset liikkuvat kaiken kaikkiaan melko konkreettisella tasolla. Vaikka masennuslääkeilmion nähtäisiinkin johtuvan masennuksen lisääntymisestä, pitäydytään yleensä silti linjalla, jossa masennuksen yleistymistä selitetään ainoastaan konkreettisesti havaittavilla yhteiskunnallisilla ongelmilla, kuten työttömyydellä tai syrjäytymisellä. Poikkeuksen masennuslääkeilmiötä käsittelevässä asiantuntijapuheessa muodostavat ne muutamat pohdiskelemaan sävyyn puetut selitykset, joiden mukaan jokin perustavanlaatuinen muutos ajassamme ja yhteiskunnassamme aiheuttaa masennuksen lisääntymistä. Nämä nykyajan luonnetta koskevat pohdinnat lähestyvät sisällöltään oikeastaan yleisempää sosiologista 'aikalaisanalyysiä', joka erittelee kokonaisuutena tällä hetkellä vallitsevaa

yhteiskunnallista ja kulttuurista tilannetta. Asiantuntijapuheessa nuo pohdinnat ovat kuitenkin aineiston luonteen vuoksi melko suppeita ja 'suuntaa antavia'.

Kuviossa 1 ovat tiivistettynä masennuslääkeilmion selitystapoja, joita asiantuntijat tutkielman aineistossa käyttävät.



Seuraavassa luvussa jatkan masennuslääkeilmion mahdollisten syiden tai 'ennakkoheitojen' syvempää erittelyä tarkastelemalla yhdenlaista, mielestäni erittäin relevanttia, mahdollisuutta sijoittaa masennuslääkeilmio nyky-yhteiskuntaa koskevan teoreettisen keskustelun kontekstiin. Samalla tulee esitellyksi tutkielman yhteiskuntateoreettinen viitekehys, eli se teoreettis-metodologinen asetelma jonka maailmaan masennuslääkeilmiötä koskeva analyysini sijoittuu.

4. HYVÄN ELÄMÄN POLITIIKAA?

4.1 JÄLKITRADITIONAALISUUS JA YKSILÖLLISTYMINEN

Aloitan masennuslääkeilmion yhteiskuntateoreettisen kontekstin taustoittamisen käymällä läpi joitakin nykysosiologisten aikalaisanalyysien keskeisimpiä ajatuksia koskien käsillä olevaa 'jätkimodernia' yhteiskunnallis-kulttuurista tilannetta. Lähinnä tarkasteluni nojaa Anthony Giddensin näkemyksiin, sillä hänen ajattelussaan painottuvat masennuslääkeilmion kannalta kiinnostavat yksilön henkilökohtaisiin elämänprosesseihin vaikuttavat rakenteelliset muutokset.

Yksi Giddensin aikalaisanalyysin keskeisimmistä länsimaisten yhteiskuntien 'suurta muutosta' kuvaavista käsitteistä lienee detraditionalisaatio, jolla tarkoitetaan itsestään

selvästi noudatettavien, kyseenalaistamattomien traditioiden ja moraalikoodien murenemista. Edellisessä 'suuressa muutoksessa', siirryttäessä traditionaalisesta moderniin yhteiskuntaan, vanhojen traditioiden tilalle tuli uusia 'moderneja traditioita', kuten tiede, valistuksen ideologia, luokkakulttuuri tai moderni ydinperhe. Epäluulo näitäkin traditioita kohtaan on kuitenkin saanut jalansijaa, ja ne ovat vähitellen lakanneet sitomasta ja selittämästä vallitsevaa sosiaalista järjestystä. (Kortteinen 2000,33; Heiskala 1996, 117.)

Anthony Giddens (1995) kutsuu modernienkin traditioiden rappeutumisesta seurannutta aikaa *jälkitraditionaaliseksi* ajaksi. Termi viittaa yhteiskunnalliseen tilanteeseen, jossa traditiot ovat menettäneet entisen määräävän asemansa, ja niiden kyseenalaistamisesta on tullut arkipäivää. Traditiot eivät kuitenkaan ole kadonneet kokonaan, vaan niiden merkityksestä käydään jatkuvasti vilkasta keskustelua (Beck, Giddens & Lash 1995, 9). Erilaiset perinteet ja tavat eivät siis määrää enää arkista elämäntapaa, vaan niiden 'soveltaminen' tapahtuu vapaaehtoiselta pohjalta.

Masennuslääkeilmion kannalta kiinnostavana näyttäytyy etenkin traditioiden auktoriteettiaseman murenemisen mukanaan tuoma yksilön elämää kohdannut rajua muutos. Perinteisen yhteisöllisyyden rapautuminen ja sosiaalisten siteiden löyhentyminen on johtunut tilanteeseen, jossa yksilö on entistä 'paljaammin' yhteiskuntaa vastassa: sitovat moraalikoodit, traditio, suku, perhe, naapurusto ja työ eivät enää kiinnitä yksilöä 'omalle paikalleen' samalla tavalla kuin aiemmin. Tämän kehityksen seurauksena aikalaisanalyyseissä pidetään yleistä 'yksilöllisyyden nousua'. (Roos & Hoikkala 1998, 10.)

Yksilöllistyminen merkitsee yksilön kohdalla tilannetta, jossa vanhat sosiaaliset siteet kahlitsevat yhä vähemmän elämänjärjestystä, ja yksilön itsensä päätettäväksi tulee millaiseksi elämänsä haluaa järjestää. Yksilöllistymistä ja sen seurauksia koskevaan puheeseen liitetään usein myös refleksiivisyyden käsite. Perinteistä vapautumisen katsotaan luovan vapauksia oman itsen refleksiiviseen muokkaamiseen: identiteetti ei ole enää pysyvä, vaan erilaisia identiteettejä voi kokeilla ja sommitella tekemissään kulttuurisissa valinnoissa. (Ahponen 1997, 178.)

Giddens (1995, 106) puhuikin "*refleksiivisestä minäprojektista*" jälkitraditionaalisen maailman arkielämän keskeisenä tunnusmerkkinä. Hänen mukaansa yksilöllistymiskehitys on johtanut täysin uudenlaiseen inhimillisen olemassaolon tilanteeseen, jossa elämän hallinnan ja oman minuuden muokkaamisen projektista on tullut länsimaisen ihmisen peruseetos. Modernissa refleksiivisyydessä yksilö on pakotettu arvioimaan

uudelleen entisiä sääntöjä, suuntaviivoja ja toimintatapoja epävarmaksi muuttuneen tiedon valossa, sekä refleктоimaan itseään suhteessa kaikkeen tähän. Reflektiivisessä minäprojektissa identiteetti muotoutuu jatkuvasti: ihmisten voi sanoa olevan sitä, miksi he itsensä tekevät elämänsä. Giddensin mukaan nykyelo perustuukin "suoritusperustaiselle identiteetille", jota kuvastaa toteamus: "Emme ole sitä mitä olemme, vaan sitä mitä teemme itsestämme."

Yhtäältä yksilöllistymiskehitys edustaa tervetullutta vapautumista määräävien perinteiden kahleista. Kun rakenteelliset ja sosiaaliset välttämättömyydet eivät enää määritä elämän kulkua, koetaan tämä uutena mahdollisuutena elää elämänsä niin kuin haluaa ja muokata vapaasti omaa itseään. Toisaalta kehityksellä on myös varjopuolensa: oman identiteetin jatkuva epävarmuus synnyttää ihmisissä turvattomuuden, tarkoituksettomuuden ja ahdistuksen tunteita. Arkipäivän toimintojen rutiinimaisella toistamisella pyritään turvallisuuden tunteeseen, joka "psykkisenä suojakotelona" pitää eksistentiaaliset identiteettikysymykset loitolla. Turvallisuusrakennelma voi kuitenkin hajota hyvin herkästi, jolloin identiteetti alkaa horjua ja epävarmuuden aiheuttama ahdistus laukeaa. Tällaista tilannetta kuvastaa jälkitraditionaaliselle ajalle tyypillinen "eksistentiaalinen levottomuus", joka on pelkoa vailla selvää kohdetta. (Giddens 1991, 44-57.)

Lisääntynyt valinnan vapaus aiheuttaa myös omalta osaltaan ahdistusta, sillä ihminen ei voi enää ilman epäilyksiä turvata mihinkään varmaan itseään suurempaan, joka on ja pysyy. Uudessa jälkitraditionaalisessa tilanteessa ihmisen on pakko tehdä elämänsä koskevia valintoja ja kantaa vastuuta näistä valinnoistaan. Valintojen tekeminen käy kuitenkin jatkuvasti yhä vaikeammaksi epävarmentuvan tiedon ja auktoriteettiuskon katoamisen myötä. Kukaan ei pysy sanomaan varmasti, mitä minun kannattaisi tehdä. Tilanne jättää yksilöt tavallaan pärjäämään yksin elämänsä ja sitä koskevien päätösten kanssa. Tätä tilannetta kuvaamaan on syntynyt uusi, yhteiskuntatieteellisen keskustelun piirissä laajasti käytetty käsite, elämänpolitiikka.

4.2 ELÄMÄNPOLITIikka

Teoksessaan "*Modernity and self-identity*" (1991, 214-215) Anthony Giddens esittelee elämänpolitiikan käsitteen, jolla hän viittaa "*sellaiseen politiikkaan, jolla on tekemistä minän, identiteetin, itse-reflektiivisyyden, elämänsä, hyvinvoinnin ja elämäntyylin kanssa*". Tarkemman määritelmän mukaan "*Elämänpolitiikka kattaa sellaiset poliittiset kysymykset, jotka nousevat itsensä toteuttamisen prosessista jälkitraditionaalisessa*

kontekstissa, jossa globalisoivat vaikutukset tunkevat syvälle minän refleksiiviseen projektiin, ja kääntäen jossa itsensä toteuttaminen vaikuttaa globaaliin strategiaihin."

Elämänpolitiikan edellytykset ovat siis syntyneet siirryttäessä jälkitraditionaaliseen yhteiskuntaan, jossa yksilöiden elämää koskevia valintoja eivät enää sido vanhat itsestään selvät periaatteet ja yleisesti hyväksytyt perinteet (Roos 1998, 21). Elämänpolitiikkaa tarvitaan tilanteessa, jossa yksilö on neuvoton omaa elämäänsä koskevien päätösten edessä. Tilanteessa, jossa omat valinnat vaikuttavat väistämättä jopa siihen millaiseksi yksilön identiteetti muotoutuu, näyttäisi jonkinlainen päätöksiä helpottava henkilökohtainen suunta antava ohjeisto, 'elämänpolitiikka', olevan paikallaan. Käsitteellä viitataan siis yhtäältä tällaiseen henkilökohtaiseen tasoon, jossa yksilöt itse tekevät elämäänsä koskevia päätöksiä reflektoiden ja tiettyjä eettisiä periaatteita noudattaen (Hoikkala & Roos 1998, 12).

Toisaalta elämänpolitiikan käsitteellä on myös valtiollinen ulottuvuutensa. Tällöin elämänpolitiikan katsotaan koostuvan niistä yhteiskuntaa koskevista ratkaisuksista, joilla vaikutetaan ihmisten elämäntapaan, mahdollisuuksiin, ihmissuhteisiin, itsensä toteuttamiseen, kurjuuteen ja hyvinvointiin. Elämänpolitiikka määrittyy valtiollisesta näkökulmasta jonkinlaiseksi nykyisen sosiaalipolitiikan yksilösidonnaisemmaksi, elämäntapakeskeisemmäksi ja joustavammaksi vaihtoehdoksi. Näkemyksen mukaan perinteisten yhteiskuntapoliittisten keinojen, rahan ja palveluiden jakamisen, tilalle tarvitaan myös elämänpolitiikkaa, *"edellytysten luomista hyvälle elämälle"* (Hoikkala & Roos 1998, 9-18).

Elämänpoliittisesta näkökulmasta hyvinvointivaltion tulisi siis tähdätä ennenkaikkea sellaisiin toimintoihin, jotka mahdollistavat yksilöiden subjektiivisen hyvinvoinnin. Giddensin mukaan valtiollisen elämänpolitiikan viimekäden tavoitteena tulisi olla yksilöllinen onni, joka määrittyy hänen ajattelussaan *"sisäiseksi kokemukseksi, jonka perustana on turvallisuus, itsekunnioitus, itsensä toteuttaminen ja rakkaus"*. (Roos 1998, 23-30; Giddens 1994, 181.)

Masennuslääkkeiden käytön nopea lisääntyminen 1990-luvulla on mielestäni elämänpolitiikkakeskustelun kannalta merkittävä ja mielenkiintoinen ilmiö. Masennuksesta kärsivän ihmisen hakeutuminen mielenterveyspalveluiden piiriin ja lääkkeiden käytön aloittaminen ovat valintoja, jolla yritetään saavuttaa parempaa elämänhallintaa ja onnistuneempaa elämänpolitiikkaa. Masennuslääkeilmiön elämänpoliittisuus korostuu erityisesti nykyisessä tilanteessa, jossa ihmisen on mahdollista kokeilla lääkitystä lievässäkkin masennuksessa, johon ei lääkehoitoa olisi aikaisemmin

suositeltu. Tällöin lääkkeiden käyttöä tai käyttämättömyyttä koskevasta valinnasta tulee yhä useampien ihmisten elämää koskettava elämänpoliittista harkintakykyä vaativa tilanne.

Myös elämänpolitiikka käsitteen valtiollinen ulottuvuus asettuu masennuslääkeilmion yhteydessä mielenkiintoiseen valoon. Suomessa 1990-luvulla koetun taloudellisen laman, työttömyyden, taloudellisten vaikeuksien ja turvattomuuden uskotaan yleisesti johtaneen erilaisten mielenterveysongelmien lisääntymiseen (Raunio 1995, 115). Taloudellisen laman vaikutuksia väestön terveydentilaan selvittäneen tutkimusten mukaan psyykinen pahoinvointi ja masennus on lisääntynyt huomattavasti suomalaisten keskuudessa laman myötä (Kontula ym. 1992).

Nykyisessä tilanteessa, jossa yhteiskunnan ja talouden rakenteissa tapahtuneiden muutosten nähdään edelleen heijastuvan väestön psyykkisenä oireiluna, kohdistuu hyvinvointivaltioon entistä enemmän vaatimuksia myös henkisen hyvinvoinnin turvaamisesta. Yhteiskuntapolitiikan perusteita mietittäessä kiinnitetään tällöin giddensläiseen tapaan huomiota toimeentuloturvan ja palvelujen järjestämisen ohella myös ihmissuhdeongelmiin, vieraantumiseen ja viime kädessä ihmisten onnellisuuteen. (Raunio 1995, 314.) Asetelma herättää kysymyksen siitä, onko masennuslääkkeiden laajentunut käyttömahdollisuus avannut valtiolähtöiselle 'subjektiivisen onnen takaamiselle' uuden keinon harjoittaa 'hyvän elämän politiikkaa'. Näyttäytyykö masennuslääkkeiden lisääntynyt käyttö valtiollisen elämänpolitiikan näkökulmasta "*edellytysten luomisena hyvälle elämälle*"?

4.3 FOUCAULT'LAINEN NÄKÖKULMA ELÄMÄNPOLITIIKKAAN

Elämänpolitiikan käsite kuvaa osuvalla tavalla nykyihmisen elämän ongelmallisuutta maailmassa, jossa olemassaolon ja elämänmahdollisuuksien jatkuva refleksio antaa vapauden, mutta tekee välttämättömäksi valita. Vaikka Giddensin analyysit "minuuden reflektiivisestä projektista" ja elämänpolitiikasta ovatkin onnistuneita kuvauksia yksilön elämästä nykyisessä länsimaisessa kulttuurissa, tulevat niissä kuitenkin esille Ilpo Helénin sanoin "*vain ajan oireet, ei diagnoosia*". Helén (1997) kiinnittääkin tutkimuksessaan "*Äidin elämän politiikka*" asiaankuuluvasti huomiota elämänpolitiikka - käsitteen rajoituksiin.

Helénin mukaan Giddensläisessä elämänpolitiikkakeskustelussa painotetaan "*yksilöiden paluuta politiikkaan subjekteina*" etsimättä tämän tapahtuman koostumisen logiikkaa ja alkuperää. Tämän vuoksi se ei pysty selvittämään mitä itseasiassa tapahtuu, kun kun

"inhimillinen olemassaolo muuttuu poliittiseksi perusteitaan myöten". Helén nojaakin tutkimuksessaan elämänpoliittisen tilanteen historiallisen muodostumisen selvittämisessä Michel Foucault'n 'genealogiseen' tutkimustapaan, joka avaa nykyisiä elämänpolitiikkateorioita paremmat mahdollisuudet analysoida konkreettisesti nykyaikaa ja sen piirteitä.

Foucault'n genealogia perustuu huomioon siitä, ettei mikään nykyään itsestään selvyytenä pidetty käytäntö tai rakenne ole suinkaan 'luonnollinen', vaan rakentunut osaksi todellisuuttamme vaikutusyhteyksien kautta, jotka olisivat voineet olla toisinkin. Tästä näkökulmasta Giddensin analyysin puutos on, että hän esittää elämänpolitiikan kannalta olennaisen oman elämän hallinnan eetoksen syntyneen ikään kuin luonnostaan yhteiskunnan modernisoitumiskehityksen ja yksilöllistymisen välttämättöminä seurauksina. Genealogian näkökulmasta elämänpoliittisen aikakauden mukanaan tuomat muutokset eivät kuitenkaan näyttäydy samalla tavoin välttämättöminä, luonnollisina tai yleispätevinä. Syvemmälle viedyssä aikalaisdiagnoosissa tarkastelun kohteeksi on otettava ne tiedon muodostumiseen ja valtaan liittyvät "diskursiiviset pelit", jotka ovat johtaneet nykyisen tilanteen syntyyn. (Helen 1997, 23; Rose 1998,13.)

Äidin elämän politiikassa Helén analysoi suomalaista seksuaalisuutta ja äitiyden poliittista muotoutumista jäljittämällä genealogiseen tapaan asiantuntijatiedon, sosiaalivaltion ja yksilöllistymisen yhteenpunoitumisen alkuperiä. Genealoginen tutkimustapa tekee hänen mukaansa mahdolliseksi ymmärtää sitä prosessia, jossa inhimillinen oleminen on yksilöllistynyt ja henkilökohtaisen olemassaolon perustavat asiat ovat muuttuneet yhteiskunnallisiksi ja poliittisiksi. (Helen 1997, 14-15.) Genealogiassa on siis kysymys analyysistä jossa tutkitaan 'nykyhetken historiaa' jäljittämällä nykyiseen tilanteeseen johtaneita tiedon muodostumia ja käytäntöjä. Analyysissä huomio rajoittuu erityisesti valta-asetelmiin, eli vaikutuksiin, jotka ovat ehdollistaneet ja rajoittaneet tuottavan tiedon muodostelmia. (Dreyfus ja Rabinow 1982, 120; kts. myös Foucault 1998b.)

Helénin tutkimuksessa giddensläistä elämänpolitiikka konseptiota vastaan esitetty Foucault'n genealogiaan perustuva kritiikki nojaa olennaisesti *biovallan* käsitteeseen. Näin on laita myös monien muiden elämänpolitiikan käsitteen rajallisuutta kritisoiden kirjoitusten kohdalla. (mm. Vähämäki 1998, Koivusalo 1998, ja Rose 1998.) Foucault'lainen *biovalta-analytiikka* ja sen mukainen katsantokanta 'modernisaatiokehitykseen' luovatkin aivan uudenlaisen pohjan giddensläisen elämänpolitiikka-keskustelun tarkastelulle. Biovallan teeman huomioon ottava näkökulma elämän-

politiikkaan nostaa esiin 'oman elämän hallinnan' sisältämät valta-asetelmat ja kyseenalaistaa elämänpolitiikan toteutumisen välttämättöminä pidetyt ehdot.

Foucault'n kirjoitukset elämäämme, ruumiiseemme ja identiteettiimme asti tunkeutuvasta vallasta, joka on levittänyt näkymättömät verkostonsa yhteiskuntamme käytäntöihin sen kaikilla tasoilla, ovat pysähdyttävää luettavaa. Biovallan luonteen ymmärtäminen vaatiikin tuekseen analyysiä, jossa myös *valta* ymmärretään foucault'laiseen tapaan, sillä Foucault'n valtakäsitys on hyvin kaukana siitä, miten valta perinteisesti on käsitetty tai miten sen arkiajattelussamme usein mielellämme. Jos Foucault'n kirjoituksia biovallasta lukee ymmärtämättä sitä, mitä hän itse asiassa tarkoittaa puhuessaan "*vallasta*", voi se helposti johtaa hänen valta-analyysiensä väärintymmärtämiseen jonkinlaisena totalitaarisen tilan kuvauksina.

Esimerkiksi J-P. Roosin (1998, 21) tapa ymmärtää *biovalta* "*totaalisen kontrollin tilanteena, jossa elämönhallinnasta ei ole puhettakaan*" saa osakseen Jussi Vähämäen ihmettelyä: "*Roosin arvio biovallasta vaatii täsmentämään sitä, mistä Foucault'n termissä on kysymys, koska Foucault'n biovaltaa ei voida ymmärtää totaalisen kontrollin tilanteeksi, vaan tietyille historialliselle aikakaudelle ominaiseksi subjektiivisuuden tuottamisen muodoksi*" (Vähämäki 1998, 129). Tässä kappaleessa (4.3) käyn läpi biovalta-analytiikan keskeisimpiä piirteitä ja hahmottelen kuvaa siitä, millaisena elämänpolitiikan aikakausi näyttäytyy biovallan näkökulmasta.

4.3.1 VALTA

Kuten edellä kävi ilmi, nojaa analyysi biovallasta valtakäsitykseen, jonka sisäistämistä analyysin ymmärtäminen vaatii. On siis lähdettävä liikkeelle siitä, mitä Foucault tarkoittaa "*vallalla*" puhuessaan biovallasta. Foucault'lla on usein tapana lähteä määrittelemään asioita negaation kautta. Hän kuvailee siis aluksi, mistä asiassa ainakaan ei ole kyse. Vallasta puhuttaessa ajatellaan yleensä poliittista rakennetta, hallitusta, hallitsevaa yhteiskuntaluokkaa, orjan isäntää jne. (Varis 1989, 68). Tätä Foucault ei kuitenkaan tarkoita puhuessaan valtasuhteista: "*En tarkoita vallalla "Valtaa", instituutio- ja koneistokokonaisuutta, joka takaa kansalaisten alistumisen annetussa valtiossa. Enkä tarkoita sillä hallitsemisen yleistä järjestelmää, jolla jokin elementti tai ryhmä hallitsee toista ja jonka vaikutukset erilaisina johdannaisina läpäisevät koko yhteiskuntakokonaisuuden*". (Foucault 1998, 69.)

Foucault siis hylkää käsitykset, joiden mukaan vallan olemus olisi hierarkkinen, pysyvä rakenne tai institutionaalinen järjestys. Selkeä alamaisen ja valtiaan välinen vastakkain-

asettelu, jossa valta on suvereenin omaisuutta ja näyttäytyy kieltojen ja rangaistusten sekä väkivallan uhan muodossa on Foucault'lle vain yksi vallan esiintymismuodoista. Tällaiset lain ja suvereenin periaatteet eivät kuitenkaan saa otetta ns. biovallasta, jonka ytimenä ei toimi laki vaan normalisointi, ja joka ei rankaise, vaan valvoo ja ohjaa. Foucault lähtee siis määrittelemään valtaa avarammasta näkökulmasta.

Valta on Foucault'lle nimi, joka annetaan tietyssä yhteiskunnassa vallitsevalle tietylle monimutkaiselle strategiselle tilanteelle. Valtasuhteiden periaatteena ei ole ajatus yläpuolella olevista hallitsevista, joista valta säteilisi alas hallittuihin päin. Vallan perusta ovat enemminkin ne moninaiset voimasuhteet, jotka tuotantokoneistoissa, perheissä, pienryhmissä ja laitoksissa syntyvät ja vallitsevat ja läpäisevät näin yhteiskunnan kokonaisuudessaan sen kaikilla tasoilla. (Foucault 1998, 70.) Valtaa on siten lähestyttävä moninaisina "tapahtumina" lukuisissa eri ajallis-paikallisissa muodoissa. Se ei identifioitu valtioon tms. vaan esiintyy mikrotasolla, prosesseissa, joissa se tunkeutuu ihmisen ruumiiseen ja jokapäiväiseen olemassaoloon. (Foucault 1998, 70; Varis 1989, 55-68.)

Valtarakennelmat perustuvat erilaisten toimintojen ja pyrkimysten yhteentörmäyksiin ja jännitteisiin, jossa valta ei ole staattinen järjestys, vaan dynaaminen voimakenttä. Yhteiskunnassa vaikuttava valtarakennelmien kokonaisuus hahmottuu sosiaalisena järjestyksenä katkokselliseksi, epäyhtenäiseksi ja jatkuvasti muuttuvaksi verkostoksi. Tässä yhteydessä on myös mainittava hyvin oleellinen seikka, joka usein unohdetaan puhuttaessa Foucault'n valta-analyysistä. Foucault'ta on usein kritisoitu siitä, että jos valta on levittäytynyt yhteiskunnassa kaikkialle, ei silloin ole lainkaan vapautta. Foucault'n vastaus tähän kritiikkiin on, että *"jos kaikkialla sosiaalisen kentällä on valtasuhteita, tämä johtuu vain siitä, että vapauskin on kaikkialla."* Hänen mukaansa vapaus on siis saumattomasti linkittynyt vallan yhteyteen.

Vallan ja vapauden välillä ei Foucault'n mukaan vallitsekaan vastakkainasettelua, vaan paljon monimutkaisempi vuorovaikutussuhde (Varis 1989, 79). Foucault painottaa, että valtaa on olemassa vain suhteissa, joissa myös vapauden elementti on läsnä. Hänen mukaansa valta edellyttää aina 'toista', joka kykenee toimimaan, sillä valtaa voi käyttää vain suhteessa vapaisiin toimijoihin. Valtasuhteet siis edellyttävät, että molemmilla osapuolilla on edes jonkinlainen, vaikka vain äärimmäisen marginaalinen, vapaus. Valtasuhteisiin sisältyy välttämättä vastarinnan mahdollisuus, sillä jos sitä ei olisi, ei olisi myöskään valtasuhteita. (Varis 1989, 70.)

Mutta mitä Foucault tarkoittaa tällä vapaudella, joka siis on ehtona valtasuhteen olemassaololle? Tätä kysymystä pohdittaessa on muistettava, ettei valta missään nimessä ole Foucault'lle asia, josta voisi pyrkiä ja päästä eroon. Se on pysyvä osa ihmisten välistä vuorovaikutusta ja yhteiskunnallisia suhteita. Valta *itsessään* onkin Foucault'lle neutraali, ei negatiivinen ilmiö. (Varis 1989, 106). Vapaus ei siis tarkoita jonkinlaista 'ihannetilaa', jossa ei olisi lainkaan valtaa. Vapaus tarkoittaa pikemminkin jatkuvaa mahdollisuutta tehdä toisin suhteessa valtaan.

Vapaus on Foucault'lle elämäkäytännöissä toteutuvaa mahdollisuutta tulla oman elämänsä subjektiksi, aktiiviseksi toimijaksi. (Helén 1997, 20) Valta ja vapaus eivät siis ole määritelmällisesti vastakohtia, eikä valta edes aina välttämättä rajoita vapautta. Vapaa toiminta rajoittuu ainoastaan silloin, kun valtasuhde muuttuu alistavaksi. Ei siis ole mitään järkeä kritisoida itse valtaa, joka on välttämättä aina olemassa. Foucault'n kritiikki kohdistuukin dominoiviin valtasuhteisiin, jotka ovat epäsymmetrisiä siinä mielessä, että niissä esiintyvä valta rajoittaa kohteensa vapautta, eli jollain tapaa supistaa toisin tekemisen mahdollisuutta (Foucault 1892, 212).

4.3.2 BIOVALTA

Foucault kutsuu moderneissa yhteiskunnissa esiintyvää valtaa *biovallaksi*. Tällä termillä hän viittaa teollistumisen myötä kehittyneeseen valtiollisen vallan ilmenemismuotoon, joka ei enää perustu suvereenin määräysvaltaan ja kansalaisten alamaisuuteen perinteisessä mielessä. *Biovalta* perustuu siihen faktaan, että väestön elämä ja hyvinvointi on erittäin arvokasta valtion tehokkaan toiminnan kannalta. Niinpä valta on kehittynyt elämää vaalivaksi: vallalla pyritään ohjailemaan elämää, lisäämään sitä, moninkertaistamaan sitä, valvomaan sitä tarkasti ja laatimaan sille kaikenkattavia säännöksiä. (Foucault 1998, 97.)

Konkreettisesti biovalta kehittyi 1600-luvulta lähtien kahdessa perusmuodossa. Ensimmäinen, *ihmisruumiin poliittinen anatomia*, viittaa sellaisiin vallan tekniikoihin, jotka kohdistuvat yksilöiden fyysisiin tai ruumiillisiin kykyihin niiden taloudellisen hyödyllisyyden ja poliittisen kuuliaisuuden maksimoimiseksi. Tämä ruumiin kesyttäminen ja sen ottaminen mahdollisimman suureen hyötykäyttöön taattiin erilaisilla kurinpidollisilla menetelmillä. Klassisella ajalla kehittyivät nopeasti nämä erilaiset kurinpidollisten kokeilujen tyyssijat - koulut, opistot, kasarmit, vankilat ja verstaat. (Foucault 1998, 99.)

Toisen biovallan muodon, *Väestön biopolitiikan*, tavoitteena on väestön hyvinvointi. Tällöin hallinnan tehtävänä on elämästä huolehtiminen, kansalaisten hyvinvoinnin takaaminen heidän kykyjensä maksimoimiseksi. Tämä vaati elämän säännöllistämistä ja järjestämistä, jotta ihmisten toiminta ja halut kyettäisiin kanavoimaan tuottaviin päämääriin (Koivusalo 1998, 272). Vallan tekniikat kohdistuvat siis niihin sosiaalisiin olosuhteisiin, jotka vaikuttavat elämän biologisiin prosesseihin, kuten reproduktioon, kuolleisuuteen ja terveyteen. Kaikkia näitä biologisia prosesseja ohjallaan yhteiskunnissa kokonaisella joukolla väliintuloja ja *säätelymenetelmiä*. Poliittisten käytäntöjen piirissä kehittyivät esim. syntyvyyden, pitkäikäisyyden, kansanterveyden ja asumisen ongelmat. (Foucault 1998, 99-100.)

Näiden kahdentyyppisten tekniikoiden aikakautta, jonka alkupuolella erilaiset ruumiin alistamiseen ja väestön hallinnoimiseen pyrkivät tekniikat lisääntyivät räjähdysmäisesti, Foucault siis kutsuu biovallan aikakaudeksi. Hänen mukaansa biovallan aikakaudella saavutettiin yhteiskunnan *"biologisen moderniuuden kynnys"*, hetki, jolloin lajin elämä tuli panokseksi sen omissa poliittisissa strategioissa. (Foucault 1998, 99-102.) *Hallinnallisuus* on termi, jolla Foucault viittaa kaikkiin näihin moderneissa valtiossa esiintyviin pyrkimyksiin, joilla tavoitellaan yhteiskunnallisia ja poliittisia päämääriä vaikuttamalla laskelmoiden väestön muodostavien yksilöiden voimiin ja toimintaan (Miller & Rose 1989, 145). Biovallan myötä alkanutta modernin valtiollisen hallinnon problematiikkaa Foucault käsittelee yhdistäen sen länsimaisen subjektin muotoutumiseen sekä yksilöiden 'itsehallinnan' kehittymiseen (Foucault 1998, 101-102).

Foucault'n suosikkiesimerkki yksilösubjektien muovautumisesta ja itsehallinnan synnystä tiedon ja vallan yhteenkietoutumien seurauksena on niin sanottu panoptisismi, johon Foucault tiivistää nykyaikaisen vallankäytön idean teoksessaan *"Tarkkailla ja rangaista"* (1980). Panopticon on alunperin Benthamin kehittämä vankilarakennuksen arkkitehtoninen ratkaisu, jonka idea perustuu siihen, että yksi ihminen voi tehokkaasti valvoa samanaikaisesti suurta ihmisjoukkoa.

Panopticon koostuu reuna-alueella olevasta kehän muotoisesta rakennuksesta ja keskellä olevasta tornista. Kehä on jaettu selleihin, joista jokainen ulottuu poikki koko rakennuksen. Jokaisessa sellissä on kaksi ikkunaa; toinen sisäänpäin kohti tornia ja lisäksi toinen ulospäin näyttävä ikkuna, jonka kautta valo pääsee sellin lävitse. Tornin pimennetyistä ikkunoista näkee siis hyvin sisälle kaikkiin selleihin. *"Näin tarvitsee vain sijoittaa yksi valvoja keskustorniin, ja sulkea jokaiseen selliin hullu, potilas, vanki, työläinen tai koululainen. Vastavalon turvin voidaan tornista kehärakennukseen suljetut*

pienet hahmot nähdä tarkasti." Selleistä ei kuitenkaan voi nähdä torniin, joten valvottava eivät koskaan voi tietää, milloin juuri häntä katsellaan. (Foucault 1980, 273.)

Kiehtovin piirre onkin jatkuvan valvonnan vaikutus valvottuihin: heidän voi odottaa sisäistävän valvovan katseen ja siten alkavan valvoa itse itseään (Kusch 1993, 120). Tietoinen ja jatkuva näkyvyyden tila takaa automaattisesti vallan toiminnan. Henkilö, joka on joutunut näkyvyyskenttään, omaksuu vallan pakotteet ja antaa vaistomaisesti niiden kohdistua itseensä: *"hän piirtää itseensä valtasuhteen, jossa hän itse esittää molempia osia, ja hänestä tulee oman vallanalaisuutensa perusta."* (Foucault 1980, 274-277.)

Panopticonin kaltaiset näkymättömän valvonnan ja sisäistyneen kurin yhdistelmät toimivat Foucault'n mukaan kaikkialla nyky-yhteiskunnassa. Konkreettisen kurinpidon on pitkälti korvannut itsehallinta, joka saa yksilöt valjastamaan kykynsä ja voimansa yhteiskunnan kannalta hyödylliseen toimintaan. Foucault kritisoikin kurinpidon yhteiskuntaa siitä, että ihmiset asetetaan jatkuvan valvonnan kohteiksi ja itsekurin harjoittajiksi (Helen 1998, 472-475). Kuri on sisäistymisen teknologia, joka luo 'itseään valvovan subjektin'.

Foucault'n mukaan hallinta ei siis moderneissa yksilön vapautta korostavissa yhteiskunnissa voi toimia enää niin, että sen tavoitteet olisivat yksilöihin nähden ulkoisia, ulkoa päin annettuja. Sen sijaan vallan on täytynyt onnistua muuntautumaan yksilön sisäiseksi "itsehallitsemiseksi", jossa valta ulottautuu yksilöihin asettuen heidän toimintaansa, asenteisiinsa ja jokapäiväiseen elämäänsä. Tällöin biovallassa on kyse siitä, kuinka ulkoisen hallinnan tekniikat käännetään itsen hallinnan tekniikoiksi. (Vähämäki 1998, 90 ja 148.)

Prosessit, joissa biovalta tuottaa subjektiuttamme ovat käyneet 'vallan sisäistymisen' jälkeen yhä huomaamattommiksi. Sisäistymisellä Foucault viittaa käytännössä siihen, että valta vaikuttaa jatkuvasti tuottamansa tiedon tai 'totuuden' kautta niissä prosesseissa, jotka saavat meidät määrittelemään itsemme ja toisemme siksi mitä olemme. Tämä perustuu siihen oletukseen, että ihmistä koskevalla tiedolla, ja siinä vallitsevilla yleisillä käsityksillä on vaikutuksensa myös siihen, miten ihmiset itsensä mieltävät ja käsittävät, ja *millaisia he pyrkivät olemaan*. Biovallan mekanismit perustuvat siis viimekädessä yksilöiden omiin keinoihin muokata identiteettiään yhteiskunnan asettamien odotusten kaltaiseksi.

Biovalta toimii siis sulattamalla kulttuuriin sidoksissa olevat normit yksilöiden omaan toimintaan. Tällöin hallitsijan ja hallitun välinen suhde siirtyy subjektin sisäiseksi suhteeksi. Yksilö tekee omassa käytöksessään itsestään normin soveltamisen aluetta ja karsii itsestään ne piirteet, jotka haittaavat normin toteutumista: näin politiikka ja hallinta siirtyvät siis itsen suhteeseen, ja "*identiteetti on modernin yhteiskunnan hallinnan muoto*". (Vähämäki 1998, 135-145.) Itsehallinnassa on siis kyse prosessista, jossa yksilö ajattelee ja tekee valintoja itse, mutta tiedon ja biovallan tuottaman minäkäsityksen vaikutuksesta kuitenkin rajoittaa oman ajattelunsa ja valintojensa mahdollisuuksia (Varis 1989, 79).

Foucault'laisittain yksilöiden minuuden tai identiteetin nähdään siis rakentuvan erilaisten vallan strategioiden tuloksena. "Valta tuottaa subjekteja", kuten asian voi provosoivasti ilmaista. Foucault'n näkemys herättää oikeutetusti kysymyksen yksilön autonomiasta: jos valta on onnistunut muuntautumaan yksilön sisäiseksi toimintojen normiksi, niin eikö yksilön toiminta näin ollen ole determinoitua? Foucault'n mukaan yksilöillä on subjekteja tuottavasta vallasta huolimatta kuitenkin myös aito vapauden mahdollisuus. Tämä väite perustuu hänen käsitykseensä vallan ja vapauden suhteesta, joka määrittää myös yksilösubjektin olemista. Valta on aina mukana tuottamassa subjektia, mutta kuten jo todettiin, ei tuo valta suinkaan aina ole alistavaa.

Foucault'n mukaan subjekti rakentuu vallan ja vapauden välisessä jatkuvassa vuorovaikutuksessa "*lukuisten kulttuuriympäristöstä löytyvien sääntöjen, tyylien ja keksintöjen perusteella*" (Foucault 1988b, Variksen 1989, 40-41 mukaan). Subjekti, joka yksilöstä on kulloinkin aktualisoitunut on vain yksi annetuista mahdollisuuksista persoonallisuuden järjestymiseksi (Dreyfus & Rabinow 1982, 122). Tässä mielessä ei siis ole olemassa mitään lukkoon lyötyä subjektia, päinvastoin; ihmisen identiteettiä koskeva kamppailu on aina kesken. Yksilö siis kykenee aina kapinoimaan sellaisia vallan alistavia mekanismeja vastaan, jotka muokkaavat ja määrittelevät hänen subjektiuttaan tietynlaiseksi. (Varis 1989, 43; Foucault 1982, 214.)

4.3.3 MINÄTEKNIIKAT

Keinona, jonka avulla yksilöt itse muokkaavat minuuttaan Foucault esittelee *minätekniikat*². Hän määrittelee ne käytännöiksi, joissa yksilöt omin keinoin muuttavat itseään vaikuttamalla ruumiinsa ja sielunsa toimintoihin (ajatteluunsa, käytökseensä ja tapansa olla) tavoitteenaan saavuttaa tietty onnellisuuden, viisauden ja täydellisyyden

²Termi kuuluu englanniksi "*technologies of the self*", eikä siitä ole käytössä vakiintunutta suomennosta. Suoraa käännöstä "*itseyden teknologioita*" ei juurikaan näe käytössä. Yleensä puhutaan sekalaisesti joko *minätekniikoista* tai *minuustekniikoista*.

taso (Foucault 1988, 18). Minätekniikat ovat siis menetelmä, jonka avulla yksilöt rakentavat identiteettiään ja muokkaavat minuuttaan toivottuun suuntaan. Vaikka Foucault ei alunperin esitellyt minätekniikoita biovaltaa koskevan analyysinsä yhteydessä, pidetään niitä kuitenkin useissa tulkinnoissa tärkeänä osana modernin hallinnallisuuden teemaa. (esim. Rose 1991, 1993 ja 1998; Vähämäki 1998; Varis 1989)

Minätekniikat ovat osa foucault'laista vallan ja vapauden verkostoissa toimivaa subjektia, ja sen vuoksi niiden avulla tapahtuva itsen vaikuttaminen voi olla joko vapaata tai vallalle alisteista. Foucault sanoo minätekniikoiden epäilemättä menettäneen paljon itsenäisyyttään sen myötä, kun niitä 1800-luvulle tultaessa alettiin valjastaa kasvatustieteellisiin, lääketieteellisiin ja psykologisiin käytäntöihin, sekä erilaisiin hallinnallisiin käyttötarkoituksiin. Tämä muutos kuvastaakin biovallan kehitystä, jossa suoraan ruumiiseen kohdistuvien vallan tekniikoiden rinnalle astuivat myös 'sieluun' (käsitettynä psyyken tai persoonallisuuden tapaan) kohdistuvat strategiat. (Varis 1989, 86.)

On kuitenkin huomattava, että minätekniikat eivät välttämättä ole aina sidoksissa hallinnallisuuteen tai valtaan. Alistamattomina ne voivat olla hyvinkin positiivinen, uutta vapautta mahdollistava ilmiö, ja vastarintaa edustavan muutospyrkimyksen keino (Foucault 1998, 122). Foucault ei siis kritisoi minätekniikoissa tapahtuvaa identiteetin luomisprosessia, vaan sitä muotoa, jonka se modernissa kulttuurissa saa, kun se alistetaan ulkoisille moraalikoodeille (Vähämäki 1998, 140). Esimerkkinä siitä, kuinka minätekniikoiden 'valjastaminen' on saanut alkunsa, Foucault puhuu *tunnustuksen käytäntöjen* leviämisestä kaikkialle yhteiskuntaan. Tätä ilmiötä, jonka avulla subjekti tuli ajan myötä sidotuksi omaan identiteettiinsä itseymmärryksen kautta, hän pitää merkittävänä strategisena keinona matkalla kohti yksilön omatoimista 'itsehallintaa' (Foucault 1998,47).

Foucault viittaa tunnustuksella kaikkiin niihin menetelmiin, joiden avulla ihminen on saatu kertomaan totuus itsestään. Kyseessä ovat menetelmät, joiden avulla on käynnistetty yksilöiden loputon itsetutkiskelu ja itsetulkinta. Tunnustuksessa yksilö tuli tietoiseksi omista teoistaan ja ajatuksistaan. Yksilö "*varsinaistettiin*", eli hänen autenttisuutensa vahvistettiin siinä totuusdiskurssissa, johon hän omaa itseään koskien pystyi ja johon hänet velvoitettiin. Tästä totuudellisesta tunnustuksesta tuli yksilöitymismenetelmien ydin. (Foucault 1998, 46-47.)

Tunnustaminen liittyy alunperin kristillisen perinteen synnintunnustuskäytäntöihin, jossa kaikki salaisuudet oli paljastettava Jumalan ja tämän maallisen edustajan edessä.

Uskonnollisesta elämästä tunnustuskäytäntö levisi nopeasti kuulustelumenetelmien kehittymisen kautta oikeuteen. Se oli siis jo keskiajalla tärkeä elementti uskonnollisen ja maallisen vallankäytön rattaissa. (Foucault 1998, 46-47.)

Myöhemmin tunnustuksesta tuli yksi arvostetuimmista totuuden tuottamisen tekniikoista koko yhteiskunnassamme. Tunnustuksen vaikutukset ulottuivat laajalle: oikeuteen, lääketieteeseen, kasvatukseen, perhesuhteisiin ja rakkaussuhteisiin. Ihmisille se on merkinnyt Foucault'n (1998) mukaan *"ankaraa pakkoa kertoa totuus itsestämme, tekemisistämme, muistoistamme ja unohduksistamme, siitä, minkä kätkemme ja mikä itse kätkeytyy, siitä mitä ajattelemme ja mitä emme ajattele ajattelevamme. Tähän jättiläistehtävään länsimaat ovat valjastaneet kokonaisia sukupolvia tuottaakseen ihmisten subjektivoitumisen sekä "subjektin" että "alamaisen" merkityksessä (ja samanaikaisesti muut työmuodot varmistivat pääoman kasaantumisen.)"* (Foucault 1998, 47-48.)

Tunnustamme siis rikoksemme ja syntimme, ajatuksemme ja halumme, menneisyytemme ja unelmamme, sairautemme ja murheemme. Se tapahtuu julkisesti ja yksityisesti, vanhemmille, opettajille, lääkäreille, ystäville. *"Länsimaisesta ihmisestä on tullut tunnustava eläin."* (Foucault 1998, 47.) Nykyään tämä tunnustamisen velvollisuus on asetettu meille niin monelta taholta ja juurrutettu niin syväälle, että emme enää tunnista sitä meitä rajoittavan vallan aiheuttamaksi. Meistä päinvastoin tuntuu, että totuus, oman luontomme syvin sala "vaatii" päästä päivänvaloon. (Foucault 1998, 48.)

Millä tavalla tunnustamisen käytäntöjen leviäminen sitten on yhteydessä itsen muokkaamiseen tarkoitettujen minätekniikoiden vallalle alistumiseen? Ensinnäkin tunnustamisen perustana on usko siihen, että ihminen voi, asiantuntijoiden avulla, kertoa totuuden itsestään (Dreyfus & Rabinow 1982, 175). Totuus ei näin ollen sijaitse ainoastaan subjektissa, joka tunnustuksessa tuo sen sellaisenaan päivänvaloon, vaan se rakentuu kahdessa vaiheessa: tunnustuksen tekemän paljastuksen päälle on tuotava tulkinta siitä, mitä tunnustuksessa oikeastaan sanottiin. Ja tällä tulkitsijalla on valta rakentaa totuusdiskurssia tulkintansa perusteella. (Foucault 1998, 53.)

Kysymys on siis puhuvan subjektin lisäksi myös tunnustuksen kuuntelijasta ja tulkitsijasta, sillä totuuden tuottamisen työn on kuljettava näiden kahden välisen suhteen kautta, jotta se saisi tieteellisen pätevyyden. Vanha tunnustusmenettely on siis mukautettu tieteellisen diskurssin sääntöihin. Tunnustamisteknologiat ovatkin levinneet laajalti yhtä matkaa tulkittamiseen pyrkivien sosiaalitieteiden ilmaantumisen kanssa. (Dreyfus & Rabinow 1982, 175-176.)

Tunnustusriitti on katumussakramentista irrottuaan siirtynyt kohti kasvatustiedettä, lääketiedettä ja psykiatria. Siinä, millä tavoin nämä tulkitsevat tieteet kääntävät ihmisten tunnustukset tiedoksi ja 'totuudeksi', on kysymys vallasta ja subjektia koskevan diskurssin tuotannosta. Kysymys on siis tunnustuksessa paljastuvasta tiedosta, joka tuotetaan tunnustuksen kuuntelijan kautta ihmistä koskevaksi totuusdiskurssiksi, jonka luomaa kuvaa ihmisestä minätekniikoiden avulla tavoitellaan. Tieteeseen ja tietoon kytköksissä olevat modernin valtion hienostuneet rakenteet pyrkivät yksilöllistämään kuitenkin sillä ehdolla, että yksilöllisyys muotoillaan uudelleen ja alistetaan tietyn tarkoituksenmukaisen kaavan alle. (Foucault 1998, 214.)

4.3.4 OMAN ELÄMÄN HALLINTA

Foucault'n ajattelusta ammentavan 'aikalaisanalyysin' mukaan moderni yksilö ja hänen "omaehtoinen" toimintansa ovat pitkälti vallan tekniikoiden tuottamia. Itse asiassa koko yksilöllistymiskehitys, jota Foucault tutki *subjektivikaation* nimellä, näyttäytyy genealogisesti tarkasteltuna hallinnan uuden muodon tulemisena vallan kiinnittyessä identiteettien tuottamiseen, sen alkaessa toimia identiteettien kautta (Vähämäki 1998, 141). Tällaisen tulkinnan mukaan myös minätekniikoiden katsotaan olevan osa vallalle alisteista itsehallinnan prosessia: minätekniikat näyttäytyvät hallinnoinnin kannalta tarkoituksenmukainen osana 'vapaata yksilöä', joka on muodostunut tiedon ja vallan yhteenkietoutumien tuloksena.

Tällainen lähestymistapa minätekniikoihin on mm. Nikolas Rosella, jonka analyysit minuuden muodostumisesta moderneissa yhteiskunnissa ammentavat näkökulmansa vahvasti Foucault'n tutkimusperinteestä. Rosen lähtökohta on, että hallinta operoi nyky-yhteiskunnissa henkilökohtaisella tasolla yksilön itseohjausmekanismien kautta. Tällä hän tarkoittaa, että hallinnassa subjekteja ohjataan päätöksiin ja toimiin, jotka näyttävät täysin henkilökohtaisilta, mutta jotka ovat itse asiassa peräisin hallinnallisuuden normeista. (Miller & Rose 1989, 152.) Tämä väite perustuu siihen näkemykseen, että hallinnalliset toimet ja tekniikat ovat historiallisesti vaikuttaneet siihen 'itseiden malliin' (= ideaalista ihmisenä olemista koskeva normisto) joka nykykulttuurissamme on vallalla (Rose 1996, 3).

Rose tahtoo siis sanoa, että itseys voisi olla rakentunut myös täysin toisenlaiseksi, kuin se tänä päivänä länsimaisissa moderneissa yhteiskunnissa esiintyy. Hän kutsuu nykyistä itseiden mallia "*suvereenin autonomisuuden itseudeksi*", johon kuuluvat esim. vapauden, yksilöllisyyden ja aktiivisuuden normit. Rose olettaa, että näennäisestä

moniarvoisuuden korostamisesta huolimatta nämä ihanteet pitävät yllä ihmisten kategorisointia ja erottelua, asettavat paineita ja taakkoja, ja saavat "*omilla lupauksillaan*" aikaan paljon ahdistusta ja pettymyksiä. (Rose 1996, 3.)

Rose onkin halunnut problematisoida nykyistä itseyden mallia ja sen kulttuurisia seurauksia tutkimalla prosesseja, joissa nykyinen itsen ideaali on historiallisesti kehittynyt.³ Tutkimukset ovat siten kytköksissä ajatukseen, että historiallinen tutkimus voi avata nykyisen itseyden järjestelmämme uudelle kriittiselle ajattelulle ja laajentaa sitä aluetta, jota pidämme luonnollisena ja väistämättömänä nykyisessä tavassamme suhtautua itseemme. Hän nimeää työnsä kriittiseksi historiaksi: sen tavoitteena on diagnosoida nykyistä itseyden tilaa kyseenalaistamalla sitä hallinnallisille tavoitteille rakennettua itseyden mallia, joka näyttäytyy ikuisena tai muuttumattomana, ja tehdä näkyvämmäksi "itsehallintaa", joka siis tähtää ylläpitämään kykyjä, joita nykyaikaiselta yksilöltä vaaditaan. (Rose 1996, 1-3.)

Ne ominaisuudet, joita nykyisessä länsimaisessa kulttuurissa pidetään ihmiselle tärkeinä ja hyvinä, ja joihin kaikki ihmiset tiedostaen tai tiedostamattaan näiden minätekniikoiden avulla pyrkivät, eivät siis suinkaan ole ainoita itseyden toteuttamisen mahdollisuuksia. Kuitenkin sen ymmärtäminen, että nykyinen itseyden malli voi olla vain yksi toteutunut itsenä olemisen vaihtoehto saattaa olla vaikeaa, koska näemme itseyytemme ja minuutemme olennaisesti sisältäpäin. Itseydellä ajatellaan olevan jokin pysyvä pohja, joka ei voisi olla toisenlainen: sitä mikä itse on, on vaikea kuvitella muunlaiseksi. Näin ollen itseyden kulttuurista ja historiallista luonnetta on hankala tunnistaa tai myöntää.

Tutkimuksissaan Rose lähteekin selvittämään nykyisten arvoasetelmiemme juuria, eli sitä miten ja minkälaisiin tarpeisiin ne ovat syntyneet, kehittyneet ja voimistuneet. Näin hän voi myös kyseenalaistaa niiden nykyisen itsestäänselvänä pidetyn luonteen: Meillä voisi aivan hyvin olla aivan toisenlaisetkin elämäntyyliä ja hyvää ihmisenä olemista koskevat arvostukset. Rosen tutkimukset nousevat esille huolesta koskien itseä ja identiteettiä nykyisessä elämänmuodossamme liitettyjä arvoja, jotka palvelevat viime kädessä yhteiskunnan yksilöiden elämälle asettamia tavoitteita. (Rose 1996, 4.)

Rose on tutkinut erityisesti itsen hallitsemista ja minätekniikoita moderneissa yhteiskunnissa. Tässä yhteydessä hän on analysoinut mm. kysymystä siitä, miten minätekniikat liittyvät modernien yhteiskuntien "*vapauden illuusiolle*" perustuvaan

³Rosen tutkimusten pääkohteen muodostavat ns. psykotieteet, sillä niiden piirissä on synnytetty lukuisia uusia tapoja, joilla ihmiset ovat alkaneet ymmärtää itseään ja toimia itsensä suhteen. Psykotieteillä on siis ollut Rosen mukaan päärooli nykyisen itseyden mallin synnyttäjänä: ne kätkevät itseensä tietyn itsen ymmärtämistavan kehittymisen ja tekevät ihmisestä tietyn (psykotieteellisen) kuvauksen mukaan ymmärrettävän ja käsiteltävän. (Rose 1996, 2)

hallinnointiin, toisin sanoen vallan ja vapauden välille⁴ sijoittuvaan tapaan hallinnoida vapaita yksilöitä *"yhteisöllisen etiikan"* kautta. Rose puhuu *"eettis-poliittisesta hallinnallisuudesta"* joka *"työstää uudelleen sielujen hallinnoinnin sitä taustaa vasten, jossa kulttuurin ja kulutusmekanismien merkitys kasvaa elämänmuotojen, identiteetin ja minätekniikoiden hallitsemisessa."* (Rose 1996 ja 1998; Miller & Rose 1989)

Rosen mukaan poliittiset ajattelutavat niihin liittyvine ohjelmineen ja hallintatekniikoineen sisältävät aina jonkinlaisen käsityksen hallittavista yksilöistä. Nykyinen hallintatapa perustuu käsitykseen, jonka mukaan hallittavat ovat "vapautta halajavia yksilöitä" sekä tämän autonomisuuden ihanteen näennäiseen kunnioittamiseen. Tämä eettis-poliittinen lähestymistapa yhteiskunnallisen hallinnan ongelmaan ottaa muotonsa prosessissa, jossa pyritään saavuttamaan poliittisesti haluttuja päämääriä kansalaisten itseohjauskäytäntöjen mikrohallinnalla. Tällöin pyritään teknisesti hallinnoimaan tapaa, jolla kunkin yksilön tulisi ohjata itseään ja suhteitaan muihin. (Rose 1993, 42-45.)

Tällaisia kansalaiskasvatuksellisia käytäntöjä on toki esiintynyt aiemminkin, mutta uutta on Rosen mukaan se huomio, joka kansalaiseen nykyään kohdistetaan autonomisena yksilönä, jonka täytyy aktiivisesti rakentaa elämäänsä käytännöllisin käytösvalinnoin. Eettis-poliittinen hallinta on siis tullut mahdolliseksi nykymaailmassa, jossa elo näyttäytyy *"elämäntapashoppailuna ja valintoina eri identiteettien, arvojen, tapojen ja jopa uskon välillä."* Hallinta kohdistuu siis eettisen elämän aktiiviseen rakentamiseen, viime kädessä yksilöiden toiminnan ja valintojen taustalla vaikuttavaan etiikkaan. (Rose 1998, 24-26)

Ihmisten nähdään siis aktiivisesti itse muovaavat itseään subjekteiksi näiden minätekniikoiden kautta, jotka eivät kuitenkaan ole yksilöiden itsensä keksimiä vaan tietoon ja valtaan sidoksissa olevia kulttuurisia malleja (Varis 1989, 7-8). Tästä näkökulmasta 'elämänpoliittinen tilanne', jossa yksilöllä on vapaus muokata minuuttaan refleksiivisesti ja sommitella identiteettiään ei näyttäydy giddensläisesti itsestäänselvänä seurauksena jälkitraditionaaliseen aikaan johtaneesta yksilöllistymiskehityksestä. Sen sijaan oman elämän hallinnan ja minuuden projektiluontoisuuden korostaminen näyttäytyvät pikemminkin biovaltana, joka esiintyy verhoutuneena elämänpolitiikan kaapuun.

Tämä tarkoittaa, että minuuden vapaasta muokkaamisesta on tullut biovallan uusi normi. Valta näyttäytyy nyt vaatimuksena jatkuvaan itsereflektioon - siihen, että

⁴Tällä ilmaisulla hän viittaa individualismin ja kollektivismiin väliin jäävään yhteisöllisyyttä ja kansalaishyveitä korostavaan poliittiseen ajatteluun, kuten Tony Blairin "kolmannen tien" politiikkaan tai kommunitarismiin. (Rose 1999)

"ihminen tekee itsestään loputtoman projektin, lakkaamatta sopeutumaan valmiin taideteoksen." (Ojakangas 1999, 53). Tällöin elämänpolitiikka määrittyy modernin tuotantoprosessien vaatimien joustavuuden, sosiaalisuuden ja ylipäättään poliittisuuden kykyjen tukijaksi, siis subjektin ja tämän 'itsenäisen toiminnan' tukemiseksi sikäli kun se on hyödyllistä ja johtaa menestykseen. Se on identiteettien luomista välineeksi kilpailuyhteiskunnasta selviytymiseksi. (Vähämäki 1998, 133.)

Yksilöiden tulee nyt täyttää yhteiskunnalliset velvoitteensa pyrkimällä toteuttamaan itseään ja muovaamaan elämäntapaansa 'elämänpoliittisten valintojen' kautta. Vapaus merkitsee elämistä tietyn elämäntavan valintavelvoitteiden mukaisesti. Nämä velvoitteet käynnistävät *"levottomuuden ja vakuuttelun dialektiikan"*, jota ruokkii koetun ja halutun välinen ristiriita ja päättymätön pyrkimys toteuttaa hyvän elämän toivekuvat. Aikaisemmin tarpeelliset kurinpitotekniikat samoin kuin terveyttä, hygieniää ja käyttäytymistapoja säätelevät moraaliohjeet eivät enää ole tarpeen; vastuullisen kansalaisuuden projekti on sulautunut yhteen yksilöiden itselleen asettamien projektien kanssa. Tätä tarkoittaa *"vapauden illuusiolle"* perustuva hallinnointi: on tullut mahdolliseksi hallita ilman, että hallitsisi yhteiskuntaa, toisin sanoen yksilöihin ja heidän perheisiinsä tukeutuvan hallinnoinnin avulla. (Rose 1993, 46.)

4.4. MASENNUSLÄÄKEILMIÖ JA HALLINNALLISUUS

Foucault'n biovaltaa, hallinnallisuutta ja minätekniikoita käsittelevien analyysien myötä syntyvä näkökulma elämänpolitiikkaan nostaa esiin 'oman elämän hallintaan' liittyvät valta-asetelmat, sekä autonomisen yksilön valinnan vapauden taustalla olevan hallintaan tähtäävän ulottuvuuden. Näiden yksilöllistymisen ja elämänpolitiikan teemaan tehtyjen 'genealogisten lisäysten' tarkoituksena on luoda relevantti teoreettinen tausta masennuslääkeilmiön tarkastelulle osana nykyistä yhteiskunnallista tilannetta.

Nyky aikaan ja -yhteiskuntaan liittyvien yksittäisten ilmiöiden, kuten masennuslääkkeiden käytön lisääntymisen, analysoiminen vaatii mielestäni taustakseen genealogista lähestymistapaa. Nykyiseen tilanteeseen johtaneita tiedon ja vallan yhteenkietoutumia purkava lähestymistapa tekee mahdolliseksi ymmärtää niitä konkreettisia kysymyksiä, jotka ovat muuntaneet ja muuntavat jatkuvasti henkilökohtaisen olemassaolon perusasioita yhteiskunnallisiksi ja poliittisiksi. Masennuslääkeilmiö eri ulottuvuuksineen edustaa juuri tällaista asetelmaa, jossa henkilökohtainen tilanne muuntuu etiikkaa, ihmisyyttä, terveyttä ja hyvinvointia koskevien konkreettisten kysymysten kautta vahvasti yhteiskunnalliseksi ja poliittiseksi

kysymykseksi. Tämä on tärkeää huomioida, sillä henkilökohtaisen olemassaolon 'yhteiskunnallistamisessa' on aina kysymys myös vallasta. (kts. Helen 1997, 15.)

Yhteiskunnallisen vallankäytön tarkastelu masennuslääkkeiden lisääntyneen käytön yhteydessä vaikuttaa kuitenkin ensinäkemältä siinä mielessä ongelmalliselta, että yksilötasolla lääkkeiden käytössä on kysymys useimmiten täysin vapaaehtoisesta valinnasta. Mistään pakottavasta vallankäytöstä ei siis tietenkään voi olla kysymys. Masennuslääkeilmion analysoiminen edellä esitellyn hallinnallisuuden problematiikan valossa tuo kuitenkin ratkaisun tähän 'autonomisen yksilön ongelmaan': foucault'laisessa käsitteistössä valta ei rajoitu pakottamiseen, vaan esiintyy usein nimenomaan huomaamattomassa asussa. Tällöin yksilösubjektilla on valta-analytiikassa ns. kaksinaisrooli, jossa yksilö on yhtäältä vallan ja tiedon yhteenkietoutumien tuottama subjekti ja sitä kautta hallinnoinnin kohde, sekä toisaalta itsenäinen omasta elämästään päättävä subjekti.

Genealoginen lähestymistapa masentuneen yksilön elämänpoliittiseen tilanteeseen mahdollistaa siis yhteiskunnallisiin käytäntöihin kietoutuneen vallan hienovaraisten esiintymismuotojen tarkastelun. Kysymys siitä, millä tavoin nyky-yhteiskunnille ominainen *hallinnallisuuden problematiikka* näyttäytyy tai ilmenee masennuslääkeilmiossa on siis osaltaan mukana ohjaamassa ajattelua ja analyysin etenemistä. Edellä esitelty foucault'lainen genealoginen näkökulma elämänpoliittiseen tilanteeseen kuuluu tutkielman teoreettisiin taustaoletuksiin, joka mielessäni lähestyn masennuslääkeilmioista käytyä asiantuntijakeskustelua.

5. TUTKIMUSASETELMA

5.1 ASIANTUNTIJAPUHE TUTKIELMAN AINEISTONA

Tutustuessani tutkielmanteon alkuvaiheessa masennuslääkeilmioista lehdistössä käytyyn keskusteluun huomasin, että ilmiölle annetaan asiantuntijoiden taholta useita erilaisia selityksiä ja merkityksiä. Vaihtelevat tulkinnat masennuslääkeilmion syistä risteilevät asiantuntijapuheessa runsaina, eikä varsinaista totuusparadigmaa tai yhteisesti hyväksyttyä tulkintaa asiasta vielä ole muodostunut. Masennuslääkeilmion kohdalla näyttäisi siis olevan kyseessä uusi ja ennen kokematon ilmiö, joka 'tuoreutensa' vuoksi on asiantuntijoiden keskustelussa parhaillaan määrittelykamppailun kohteena: viralliset tulkinnat siitä, mistä masennuslääkkeiden käytön lisääntymisessä lopulta on kysymys, ovat vasta syntymässä.

Näin tässä oivan tilaisuuden tuon ns. asiantuntijapuheen diskurssianalyttiseen tarkasteluun. Niinpä päätin ottaa tutkielmani aineistoksi näitä lehtikirjoituksia, joissa asiantuntijat puhuvat masennuslääkeilmioista, ja merkityksellistävät sitä eri näkökulmista. Hankkiessani tätä asiantuntijapuheesta koostuvaa aineistoa, täytyi minun ensin määritellä käsite 'asiantuntijuus' jollakin tavalla, ja ratkaista kysymys siitä, minkä ammattikunnan tai tieteenalan edustajia voi pitää asiantuntijoina masennuslääkeilmiön yhteydessä.

Esa Väliverronen (1996) on tutkinut ympäristöongelmien sosiaalista rakentumista asiantuntijoiden puheessa tiedotusvälineissä tutkimuksessaan *"Ympäristöuhkan anatomia"*. Tässä yhteydessä hän määrittelee asiantuntijan henkilöksi, jolla on käytössään sellaista muilta ihmisiltä puuttuvaa erityistietoa ja kompetenssia, jota hän käyttää tiettyjen käytännöllisten ongelmien ratkaisuun. Asiantuntijan tehtävänä on toisin sanoen tarjota tietoa, tulkintoja ja ratkaisuja erilaisiin ongelmiin. (Väliverronen 1996, 154.)

Omassa tutkielmassani nojaan samanlaiseen asiantuntijuuden määrittelyyn. Pidän masennuslääkeilmiön yhteydessä asiantuntijana henkilöä, jolla on aiheeseen liittyvää erityistietoa ja mahdollisuuksia soveltaa tätä tietoa joko käytännössä ammatissaan tai mielipidevaikuttajan tavoin asemansa kautta. Miettiessäni masennuslääkeilmiön kannalta relevanttien asiantuntijaryhmien rajaamista, koin olennaiseksi sen seikan, että aineistoni koostuu nimenomaan lehdistössä tai muissa yleisissä julkaisuissa ilmestyneistä teksteistä. Tämän vuoksi tutkielmassa on mielestäni perusteltua nojata käsitykseen, jonka mukaan jo siinä, keiltä asiantuntijoilta tietoa ja lausuntoja kysytään tällaisen uuden ilmiön yhteydessä, sekä siinä ketkä näitä lausuntoja oma-aloitteisesti ryhtyvät antamaan, määrittyvät ilmiön kannalta relevantit tiedontuottajaryhmät.

5.1.1 VALTA, TIETO JA TOTUUS

Masennuslääkeilmiön kannalta relevantti asiantuntija on siis jokainen henkilö, joka tuo julkisuuteen aiheeseen liittyvää tietoa 'asiantuntijalausuntoina' ammatinsa tai tittelinsä perusteella. Tämä ajatus perustuu Foucault'ltä peräisin olevaan käsitykseen, jonka mukaan asiantuntijatiedon rooli yhteiskunnassa on osallistua aktiivisesti tietyn sosiaalisen järjestyksen rakentamiseen ja 'sosiaalisen hallinnoimiseen' jatkuvan yhteiskunnallista todellisuutta koskevan tiedontuotannon avulla.

Käsitys perustuu olennaisesti siihen Foucault'n perusoivallukseen, että vallalla on aina muitakin kuin vain rajoittavia ja riistäviä, "negatiivisia vaikutuksia". Valtamekanismien ja -verkostojen "positiiviset" eli tuottavat vaikutukset näyttäytyvät esimerkiksi vallan kohteen omaksumina uusina taitoina, tietoina tai uskomuksina. Tämä perusajatus vallan tuottavuudesta saa varsinaisen merkityksensä Foucault'n valta-analytiikassa, kun se kytketään näkemykseen (tieteellisen) tiedon ja sosiaalisen vallan suhteesta. (Kusch 1993, 123.)

Foucault'n mukaan vallitseva yhteiskunnallinen ja kulttuurinen tilanne, sekä käsitykset joita meillä on aikamme ilmiöistä ovat tiedontuotannon ja vallan monisäikeisten yhteenkietoutumien tuotoksia. Tällä hän tarkoittaa, että siinä, miten tiettyihin uskomuksiin ja 'totuuksiin' on päädytty toisten mahdollisten 'totuuksien' sijasta on aina kysymys vallasta. Tiedon ja vallan yhteenkietoutumisissa valta ilmenee yhtäältä kamppailussa siitä, mikä ja kenen intressejä palveleva tieto saa yhteiskunnissa totuuden aseman. Toisaalta valta on jatkuvasti näkyvissä niissä hallinnallisissa mekanismeissa, joissa kulloisetkin käsitykset 'totuudesta' muovaavat yhteiskuntaa ja siinä elävien yksilöiden minuutta.

Käsitykset yhteiskunnallisista ilmiöistä ovat sidoksissa mitä erilaisimpiin tieteellisiin projekteihin, joissa ihmistä tai yhteiskuntaa koskevaa tietoa on aikojen kuluessa tuotettu. Asiantuntijoilla, jotka tuota tietoa tuottavat, onkin foucault'laisessa ajattelussa hyvin tärkeä merkitys ilmiöiden tuottamisessa osaksi sosiaalista todellisuuttamme, ja saattamisessa hallinnoitavaan muotoon. Asiantuntijätiedon käsite on siis hedelmällinen, kun pyritään ymmärtämään sitä aktiivista tehtävää, joka tiedolla on pyrkimyksissä luoda uutta sosiaalista järjestystä. (Miller & Rose 1997, 113.)

Erityisesti foucault'laisessa hallinnallisuuden problematiikassa asiantuntijätieto saa hyvin merkittävän roolin. Millerin ja Rosen (1997, 113) mukaan asiantuntijätiedolla on moderneissa liberaalis-demokraattisissa hallintamuodoissa kolme keskeistä tehtävää, jotka liittyvät vallan ja tiedon suhteeseen. Ensinnäkin asiantuntijätiedon tehtävänä on pitää etäisyyttä valtiovallan muodollisten elinten, sekä sen käytännöllisten toimenpiteiden ja ohjelmien välillä. Asiantuntijätieto toimii siis välittävänä tekijänä tilanteissa, joissa yksityiselle alueelle ulottuvat toimenpiteet koettaisiin loukkaavina, jos ne toteutettaisiin suoraan julkisen vallan taholta. Toiseksi asiantuntijätietoa otetaan käyttöön hallinnoinnin kohteiden luokittelussa ja muotoiltaessa hallinnan teknologioita. Hallintaohjelmat siis turvautuvat asiantuntijätietoon muotoillessaan, määrittellessään ja yrittäessään operationalisoida mitä erilaisimpia poliittisia toimenpiteitä.

Kolmanneksi asiantuntijatiedon ytimessä olevilla puolueettomuus- objektiivisuus-, ja tieteellisyysvaatimuksilla on Rosen ja Millerin mukaan erityisen voimakas yksilöllistävä vaikutus: niiden avulla yksilöt voidaan velvoittaa valitsemaan vapaasti se, mikä kuitenkin on välttämätöntä. Niinpä asiantuntijatiedolla on kyky sitoa yksilöt valitsemiinsa vaihtoehtoihin vapaaehtoiselta vaikuttavalla tavalla, ja näin vaikuttaa aivan erityisellä tavalla yksilöiden elämönhallintaan. (Miller & Rose 1997, 120-121.) Foucault'lainen vallan ja tiedon suhdetta korostava lähestymistapa mahdollistaa siis asiantuntijatiedon ja yksilölliseksi ajattelemamme kokemuksen yhteenpunoitumisen analyysin (Oinas 119, 130).

Millerin ja Rosen mukaan myös hyvinvointivaltion ajatus noudattaa tätä samaa hallinnoimisen periaatetta, jossa asiantuntijantiedon ja vallan kytköksillä on ratkaiseva merkitys. Niin kutsutun hyvinvointijärjestelmän kautta on yhdistetty suuri määrä toimenpiteitä vaativia ongelmia ja luotu kattava kehikko, jonka sisällä näitä ongelmia käsitteellistetään ja pyritään ratkaisemaan, ts. hallinnoidaan. (Miller & Rose 1997, 123.) Masennuslääkeilmiötä koskevan asiantuntijatiedon erittely on siis hyvin relevanttia, kun halutaan ymmärtää ja tuoda esille niitä tapoja, joilla masennusta käsitteellistetään toimenpiteitä vaativana ongelmana, joka pyritään tavalla tai toisella ratkaisemaan. Asiantuntijatiedon merkitys näyttäytyy erittäin olennaisena, kun halutaan tarkastella masennuslääkeilmiötä hallinnallisuuden problematiikan valossa.

5.1.2 AINEISTON SISÄLTÖ

Tutkielman aineisto koostuu 17 artikkelista ja kolmesta mielipidekirjoituksesta, joissa asiantuntijat joko kirjoittavat itse masennuslääkeilmiöstä tai antavat sitä koskevia lausuntoja toimittajan tekemässä haastattelussa. Olen koonnut aineiston etsimällä lehtikirjoituksia artikkelitietokannoista ja internetistä. Käytännössä olen lopettanut etsimisen siinä vaiheessa, kun uusia kirjoituksia ei ole enää löytynyt, eli hakujen tulokset erilaisilla menetelmillä ovat alkaneet tuottaa samoja löytöjä yhä uudelleen.

Kriteerini artikkelien mukaan ottamisen suhteen olivat seuraavat: 1) Artikkelissa täytyy käsitellä ja pohtia masennuslääkkeiden lisäksi myös itse masennuslääkeilmiötä, eli niiden käytön lisääntymistä 1990-luvulla ; 2) Artikkelin on oltava 1990-luvulta; 3) Artikkelin tulee sisältää ns. asiantuntijapuhetta. Asiantuntijapuhe voi esiintyä joko asiantuntijan itsensä suoraan tuottamassa tekstissä, jolloin hän on siis kirjoittanut kyseisen artikkelin/mielipidekirjoituksen, tai toimittajan tekemässä haastattelussa asiantuntijan kommenttien ja lausuntojen muodossa. Löytämistäni artikkeleista pääsi tämän karsinnan jälkeen mukaan aineistoon noin 2/3. Ajankohdan perusteella ei karsintaa tosin tarvinnut

suorittaa: kaikki masennuslääkeilmiötä käsittelevät artikkelit olivat ilmestyneet vuosien 1995-1999 välisenä aikana. 1990-luvun alkupuoliskollahan masennuslääkeilmiö oli vasta kehittyvässä, eikä keskustelu siitä luonnollisesti ollut vielä käynnistynyt.

Artikkelit ovat peräisin lähinnä erilaisista sosiaali- tai terveysalan lehdistä, sekä suurimmista sanomalehdistä. Myös muutama yleisen tiede- tai aikakauslehdien artikkeli on mukana aineistossa. Seuraavassa luettelossa ovat kaikki lehdet kirjoitusten määrän mukaisessa järjestyksessä: Helsingin Sanomat (7), Suomen apteekkarilehti (2), Stakesin aiheita (seminaariraportti) (2), Dosis (1), Duodecim (1), Mielenterveys (1), Hyvinvointikatsaus (1), Proviisorilehti (1), Socius (1), Sosiaalivakuutus (1), Tiede 2000 (1) ja Yliopisto (1).⁵

Aineistossa esiintyvistä kirjoittajista tai lausuntojen antajista valtaosa (n. 2/3) on lääketieteen edustajia, ts. yleislääkäreitä tai psykiatreja. Loput asiantuntijat jakautuvat melko tasaisesti psykologeihin, farmakologeihin ja sosiologeihin, tosin myös kaksi filosofia on joukossa mukana. Aineiston analysointiin liittyvä kiinnostava kysymys on, millainen vaikutus tällä asiantuntijoiden jakautumisella luonnontieteiden (lääketiede ja farmakologia) sekä ns. humanististen tieteiden (sosiologit, psykologit) edustajiin on artikkelien sisältöihin. Eroavatko kahta eri tieteellistä näkökulmaa edustavien asiantuntijoiden masennuslääkeilmiölle antamat merkitykset toisistaan siten, että ne muodostavat kaksi toisistaan selvästi eroavaa puhetapaa tai diskurssia?

Asiantuntijan edustamalla tieteenalalla on toki paljonkin merkitystä siinä, millaista puhetapaa hän edustaa ja millaista kuvaa hän masennuslääkeilmiöstä rakentaa. Toisaalta aineistossa esiintyy myös poikkeuksia, jossa esim. psykiatri edustaa vahvasti sosiaalitieteilijöille ominaista puhetapaa. Kaiken kaikkiaan aineiston tarkastelun perusteella voi kuitenkin todeta, että asiantuntijat edustavat pääsääntöisesti samaa masennuslääkeilmiötä koskevaa puhetapaa muiden oman tieteenalansa edustajien kanssa.⁶

Toinen aineiston analyysin kannalta kiinnostava kysymys on, vaikuttaako artikkelien sisältöön se millaiselle yleisölle asiantuntijan puhe on osoitettu. Artikkelien kohdeyleisöhän vaihtelee jonkun verran sen mukaan millaisessa lehdessä ne on julkaistu: Sosiaali- ja terveysalan lehtien artikkelit on suunnattu toisille saman alan asiantuntijoille. Sanomalehdissä ja nk. yleisissä tiede- tai aikakauslehdissä teksti taas on suunnattu laajalle yleisölle, johon kuuluvat kaikki muutkin kuin asiaan vihkiytyneet asiantuntijat.

⁵Luettelo artikkeleista viitetietoineen löytyy tutkielman lopusta otsikon "aineistoartikkelit" alta.

⁶Sen, mitä puhetapoja eri tieteenalojen asiantuntijat tyypillisesti edustavat tuon esille käsitellessäni 'masennuslääkeilmiön kiistakenttää' kappaleessa 6.5

Aineiston artikkeleista noin puolet, 11 kpl, on siis suunnattu toisille asiantuntijoille, ja loput 10 ns. maallikkoyleisölle. Oletetulla kohdeyleisöllä ei kuitenkaan näytä olevan juurikaan vaikutusta artikkelin sisältöön: tietylle tieteenalalle ominaiset puhutavat, näkökulmat ja merkityksenannot tulevat yhtäläillä vahvasti esille maallikoille suunnatuissa artikkeleissa, kuin toisille asiantuntijoille suunnatuissa.

5.2 DISKURSSIANALYYTTINEN LÄHESTYMISTAPA

Käytän työssäni tutkimusmenetelmää, jota voisi kuvailla 'väljästi diskurssianalyttiseksi'. Kyseessä ei siis ole varsinaisesti diskurssianalyysi, mutta tapani jäsentää ja tulkita aineistoa on vahvasti sen kieltä ja sosiaalista todellisuutta koskevien metodologisten perusolettamusten mukainen. Oletan siis kielen käytön tuottavan ja merkityksellistävän sosiaalista todellisuutta ja yhdyn myös näkemykseen useiden rinnakkaisten ja keskenään kilpailevien sosiaalista todellisuutta rakentavien diskurssien olemassaolosta. (vrt. Jokinen ym. 1993, 17.)

Toisaalta diskurssianalyysin voikin kuvata oleva vain "*väljä teoreettinen viitekehys*" pikemmin kuin varsinainen tutkimusmenetelmä (Jokinen ym. 1993, 17). Sen sisällä on valittavissa lukuisia erilaisia tapoja ja painotuksia lähestyä aineiston tulkintaa, ja loppujen lopuksi tutkija rakentaa aina tapansa käyttää diskurssianalyysiä itse. Mahdollisimman väljästi tulkittuna diskurssianalyysin voisi siis ymmärtää diskurssien jäljittämiseksi esiin tekstistä sekä niiden analysoimiseksi. Tämän suuntaisesta menetelmästä on kyse omassa tutkielmassani.

Kuitenkin myös itse diskurssin käsitteen voi ymmärtää monella tavalla; sosiaalitieteellisesti orientoituneissa tutkimuksissakin sitä käytetään lukuisissa eri yhteyksissä ja merkityksissä. Suomalaisista diskurssianalyysin metodioppaista kenties eniten käytetty "*Diskurssianalyysin aakkoset*" määrittelee diskurssin "*verrattain eheäksi säännönmukaisten merkityssuhteiden systeemiksi, joka rakentuu sosiaalisissa käytännöissä ja samalla rakentaa sosiaalista todellisuutta*" ja diskurssianalyysin "*sellaiseksi kielenkäytön tutkimiseksi, jossa analysoidaan yksityiskohtaisesti sitä, miten sosiaalista todellisuutta tuotetaan erilaisissa sosiaalisissa käytännöissä.*" (Jokinen ym. 1993, 27.)

Foucault, joka diskurssin käsitteen alunperin lanseerasi tiedonsosiologiseen käyttöön, viittasi sillä valta-analyysiensä yhteydessä lähinnä tietyn puhutavan ja siihen liittyvien käytäntöjen kokonaisuuteen, johon liittyy oma kohteensa, omat järkeilyn ja argumentaation periaatteensa sekä sovellusalueensa. Itse ymmärrän diskurssit pitkälti

foucault´laisittain: tässä tutkielmassa diskurssilla tarkoitetaan siis eräänlaisia vakiintuneita muodostelmia, joista käsin asioille ja ilmiöille annetaan merkityksiä, ja joiden avulla todellisuutta, tai sen tiettyä ilmiötä, jäsennetään ja tulkitaan. Diskurssianalyysillä tarkoitan näiden *diskursiivisten muodostelmien* jäljittämistä esiin asiantuntijoiden tuottamasta tekstistä, eli nk. asiantuntijapuheesta.

Diskurssianalyysi perustuu siis konstruktionistisen tiedonsosiologian ideaan, jonka mukaan todellisuus on sosiaalisesti rakentunut ja tutkimuksen tehtävänä on tämän rakennusprosessin tutkiminen. Diskurssien muotoutuminen ja käyttö on perustava osa sosiaalisen todellisuuden rakentumista, ja sen vuoksi ne ovat tutkimuksissa analyysin kohteena. Tällainen tutkimuksellinen lähtökohta ei kuitenkaan edellytä ontologista oletusta siitä, että tutkimuksen kohteena olevien diskurssien ulkopuolella ei olisi mitään 'objektiivista todellisuutta'. Kysymys on vain siitä, että tuo todellisuus ei voi koskaan välittyä meille täysin objektiivisesti, sillä kaikki tieto, mitä maailmasta saamme, välittyy meille aina vasta kielen kautta. (Suoninen 1999, 18 ; Sulkunen 1997, 16.)

Diskurssianalyytikko voi siis hyvinkin olettaa, että kielen ulkopuolella on olemassa objektiivinen todellisuus. Todellisuutta ei kuitenkaan koskaan voi ottaa tutkimuskohteeksi sellaisenaan, vaan maailmaa on lähestyttävä sitä koskevien kuvausten kautta. Tässä yhteydessä diskurssianalyysin kannalta tärkein huomio on, että samaakin ilmiötä voi tehdä ymmärrettäväksi monin perustelluin tavoin: tällöin yhden yksiselitteisen totuuden olettamusta pidetään aina puutteellisena. Diskurssianalyttisen tutkimuksen lähtökohtana onkin, että merkityksiä, joita yhteiskunnallisille ilmiöille muodostuu ei voida pitää etukäteen tiedettyinä ja aina samoina. (vrt. Uimonen 1999, 19-20; Sulkunen 1997, 16.) Esimerkiksi oletusta siitä, että kaikki ymmärtävät käsitteen "masennus" samalla tavalla ei voida tehdä. Diskurssianalyysissä kiinnostus kohdistuu sen pohtimiseen, miten toimijat tekevät asioita ymmärrettäväksi kielenkäytöllään: tutkimuskohteiksi muodostuvat ilmiöiden sijasta ne tavat, joilla ilmiötä kuvataan (Suoninen 1999, 18).

Käytännön analyysityössä tämä merkitsee sitä, että jäljitän masennuslääkeilmiötä eri tavoilla jäsentäviä diskursiivisia muodostelmia masennuslääkeilmiötä koskevien puhetaipojen taustalta. Puhetapa on diskurssia suppeampi käsite, jota käytän jäsentäessäni asiantuntijapuheesta esiin masennuslääkeilmiötä samasta näkökulmasta tarkastelevia merkityksellistämistapoja. Yksi masennuslääkeilmiötä koskeva puhetapa pitää siis sisällään yhden yhteneväisen tavan puhua masennuslääkeilmiöstä ja merkityksellistää sitä.

Löydettyäni tietyn masennuslääkeilmiötä samasta näkökulmasta merkityksellistävän puhettavan, tavoitteenani on jäljittää sen taustalta diskursiivinen muodostelma, eli todellisuuden jäsentämistapa, joka on vaikuttanut kyseisen puhettavan syntyyn. En siis oletta olevan olemassa vain yhtä 'masennuslääkeilmiödiskurssia', vaan kenties useita ilmiön jäsentämiseen käytettäviä diskursseja, jotka johtavat erilaisiin tapoihin tulkita masennuslääkeilmiötä.

5.2.1 KULTTUURISTEN KERROSTUMIEN HUOMIOIMINEN

Diskurssianalyttisen tutkimuksen kirjavalla kentällä on käytössä hyvin erilaisia metodisia painotuksia sen suhteen, kuinka tiukasti puhettapojen taustalla vaikuttavia diskursseja tulisi jäljittää vain aineistoon tukeutuen. Jokinen ja Juhila (1999) ovatkin luokitelleet diskurssianalyysin piirissä vallitsevia tutkimuksellisia suuntauksia mm. sen mukaan, tehdäänkö analyysi tiukan aineistovetoisesti sulkeistaen kulttuuriset merkitykset ulos, vai käytetäänkö analyysissä hyväksi myös aineiston ulkopuolista 'diskursiivista ilmasto'. Metodinen ongelma liittyy siis ns. tilanteisuuden ja kulttuurisen jatkumon väliseen suhteeseen. (Jokinen ym. 1999, 55-57.)

Käytännön analyysityön kannalta olennainen kysymys kuuluu: onko yhdessä diskurssianalyysissä mahdollisuus sanoa jotain sellaista, joka ylittää analyysoitavan aineiston rajat? Juhila vastaa tähän kysymykseen myöntävästi: aineiston rajojen ylittäminen onnistuu siten, että rakennetaan aineistosta käsin yhteys ns. *keskustelujen kulttuuriseen virtaan*.. Tilanteisten puheiden ja tekstien rajat on siis mahdollista ylittää suhteuttamalla niitä toisiinsa puheisiin ja teksteihin. Tällaista metodista ratkaisua Juhila kutsuu "*kulttuurin jatkuvasti rakentuviksi kehiksi*" (Juhila 1999, 160-161 ja 174).

Juhila käyttää diskurssianalyysin metodisena välineenä *kehän* käsitettä. Kehän ytimessä on tietyssä tilanteessa toteutuva 'keskustelu' eli empiirinen puheesta tai tekstistä koostuva tutkimusaineisto. Ytimen ympärillä on vaihteleva määrä osittain päällekkäisiä kerrostumia, joiden Juhila kuvailee koostuvan "*vakiintuneista kuvaamisen tavoista, eli yhteisymmärryksen ontologioista, jotka ovat osoittautuneet menestyksekkäiksi ja toistuviksi kulttuuristen keskustelujen virrassa*". Näitä kehän ulompia kerrostumia ihmiset käyttävät tilanteisissa keskusteluissaan tulkintaresursseinaan. Ydin on siis kiinni 'tässä ja nyt' -toiminnassa, kerrostumat puolestaan jo tapahtuneessa toiminnassa. (Juhila 1999, 182.)

Tutkijalla ei kuitenkaan voi olla käytössään minkäänlaista vakiokehää, jonka avulla hän tekisi aineistoaan ymmärrettäväksi sijoittamalla sen ikäänkuin valmiiseen kehikkoon.

Kehä on rakennettava jokaisessa tutkimuksessa omanlaisekseen, sillä tilanteisen puheen esittämisyhteys määrää pitkälti sen, millaisiin kulttuurisiin keskusteluihin puhujat tulevat kiinnittyneiksi. Tutkimuksen suunnan onkin kuljettava kehän ytimestä kerrostumiin päin: analyysi lähtee siis liikkeelle yksittäisestä puhetilanteesta, ja kehän kerrostumat ovat tulosta aineiston analyysistä. Johtolangat kehän kerrostumiin löytyvät aineiston antamista vihjeistä, eli niistä tavoista joilla puhujat käyttävät kerrostumia tulkintaresursseinaan. (Juhila 1999, 183-185.)

Sovellan omassa tutkielmassani ideaa kulttuurin jatkuvasti rakentuvista kehistä. Etenkin kulttuurisen kerrostuman käsite saa tutkielmassani tärkeän roolin jäljittäessäni masennuslääkeilmiötä tukevaa diskurssia asiantuntijapuheen merkityksellistämistapojen 'taustalta'. Mielestäni tämä Juhilan esittelemä metodinen lähestymistapa tarjoaa relevantin mahdollisuuden laajentaa analyysiä aineiston rajojen ulkopuolelle. Analyysini varsinaisena kohteena, kehän ytimenä, on asiantuntijoiden masennuslääkeilmiöstä lehdistössä käymä keskustelu. Kuitenkin tämän ytimen ympärille ilmaantuu analyysissä kerrostumia, jotka muodostuvat asiantuntijapuheessa käytetyistä yhteisesti jaetuista tulkintaresursseista.

Masennuslääkeilmiökeskustelun ympärille muodostuu siis ns. kehä, jonka kerrostumat edustavat niitä kulttuurissa yhteisesti jaettuja merkityksiä, joihin asiantuntijat viittaavat merkityksellistäessään masennuslääkeilmiötä. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että rakennan aineistosta käsin yhteyksiä masennuslääkeilmiötä taustoittavaan laajempaan kulttuuriseen keskusteluun, eli ennen kaikkea siihen kirjallisuuteen, johon olen tutkielmaa tehdessäni tutustunut. Tässä esitelty metodinen idea kehästä kerrostuminen konkretisoituu tarkemmin kuvaillessani analyysini yhteydessä millaisia kulttuurisia kerrostumia masennuslääkeilmiöstä käydyn keskustelun, tarkemmin ottaen masennuslääkeilmiötä puolustavan puhutavan ympärille mielestäni rakentuu.

5.2.2 KRIITTISYYS

Ajatus todellisuuden sosiaalisesta rakentumisesta sisältää useimmiten käsityksen, että ilmiötä rakentaviin puhetapoihin kätkeytyy ja niillä ylläpidetään valtasuhteita (Sulkunen 1997, 15). Kuten edellisessä asiantuntijatietoa käsittelevässä kappaleessa kävi ilmi, Foucault'n perinteestä ammentavaan diskurssianalyysiin kuuluu olennaisesti kielenkäytön, tiedon ja vallan suhteiden tiedostaminen ja erittely. Foucault'laisen käsitykseen mukaan merkityksen määrittäminen on valtaa ja siksi kaikki kommunikaatiosuhteet ovat valtasuhteita. Niinpä diskurssienkin välillä käydään kamppailua siitä, mikä tulkintatapa ilmiöstä pääsee 'valtaan' ja saavuttaa näin totuuden

aseman. Usein puhutaankin "*kriittisestä diskurssianalyysistä*", kun halutaan painottaa sen tutkimista, millaisia valtarakenteita tietyt diskurssit tuottavat ja ylläpitävät. (Valtonen 1998, 97; Jokinen ym. 1993, 75.)

Kriittisessä analyysissä painotetaan siis erityisesti kielen käytön seurauksia tuottavaa luonnetta. Tällöin kysytään minkälaisia ideologioita seurauksia on sillä, että tietty diskurssi on saanut valta-aseman, ja tuottaa ilmiötä tietyllä tavalla. Kriittisen diskurssianalyysin ideaan kuuluu myös diskurssien potentiaalisten ideologisten seurausten ja yhteiskunnallisten vaikutusten pohtiminen. (Jokinen 1993, 96.) Pidän tätä erityisen tärkeänä lähtökohtana omalle tutkimukselleni, sillä mielestäni alistavia valtasuhteita ylläpitävien diskurssien kyseenalaistaminen kuuluu olennaisena osana analyysin "loppuunsaattamiseen". (vrt. Jokinen ym. 1993, 101-105.)

5.3 GENEALOGINEN NÄKÖKULMA

Foucault -vaikutteisen valta-asetelmien paljastamista painottavan analyysin tutkimusmenetelmää kutsutaan usein 'genealogiaksi'. Suomen kielellä foucault'laisen genealogisen tutkimusstrategian voisi nimetä "*nykyisyyden historiaksi*". Genealogiassa on siis kysymys analyysistä jossa tutkitaan nykyhetken historiaa jäljittämällä nykyiseen tilanteeseen johtaneita tiedon muodostumia ja käytäntöjä. Genealogista menneisyyden tutkimusta ohjaavat meidän aikaamme, sen elämänjärjestystä ja arvoja sekä eetosta koskevat kysymykset. (Helen 1999, 355.)

Tutkimuksissa, joissa genealogista menetelmää käytetään, aineistona on tyypillisesti "*menneisyyden jälkeensä jättämiä diskursiivisia arkistoja*". Käytännössä nämä arkistot ovat usein tutkittavaa ilmiötä käsitteleviä historiallisia hallintodokumentteja, tieteellisiä raportteja, poliittisia kiistakirjoituksia, yleisiä julistuksia tai vaikkapa populaareja opastekstejä: tekstejä, joista menneisyydelle tyypilliset ajattelutavat näyttäytyvät. Tutkimuksessa ei kuitenkaan ole kyseessä perinteinen historiantutkimus: siinä ei hahmoteta menneen ajan kuvaa, eikä tarkastella miten asiat "todella" olivat, vaan etsitään nykyisyyden jälkiä menneisyydestä. Katse menneisyyteen avaa siis mahdollisuuden nykyajan itsestäänselvyyksien ja arvomuodostelmien sekä valta-asetelmien tarkasteluun ja arviointiin ja kritisointiin. (Helen 1999, 356-357.)

Foucault'n mukaan genealogian tehtävänä ei ole arvostella instituutioita ja ihmisiä, vaan mahdollistaa niiden tiedon muotojen ja järjestyksen periaatteiden kritisoiminen, joiden perustalta tietyt instituutiot ja rakenteet syntyvät, ja muuttuvat järkeviksi, hyödyllisiksi, oikeutetuiksi ja lopulta itsestäänselviksi. Tällöin tulee paljastetuksi että

tietyt hallitsemisen strategiat ovat rationaalisesti puolustettavissa vain tiettyjen, historiallisesti kontingenttien, järkeilyn periaatteiden varassa. (Kusch 1993, 174-175.)

Foucault'n tutkimuksia tiedonsosiologisesta näkökulmasta tarkastelleen Martin Kuschin (1993, 143) mukaan genealogisten tutkimusten peruslähtökohta onkin sen näkemisessä, että nykytilanne on tulosta erilaisista kontingentista ja satunnaisista tapahtumista, valtakamppailuista jotka olisivat voineet päättyä toisinkin. Kusch korostaakin, että huomion kiinnittäminen näihin nk. agonistisiin tapahtumiin on tärkeä osa genealogista tutkimusstrategiaa.

Agonistisilla tapahtumilla Foucault viittaa konflikteihin, välienselvittelyihin ja ristiriitatilanteisiin, joiden puitteissa ja joiden kautta on myöhemmin päädytty nykyään itsestäänselvänä pidettävään asiantilaan tai sosiaaliseen rakenteeseen. Foucault'lle yhteiskuntien historia näyttäytyy intressien taistelukenttänä, jossa käydään jatkuvaa strategista valtakamppailua. Yhteiskunnassa vallitsevien itsestäänselvyyksien tai hegemonisten diskurssien purkamisessa on siis hedelmällistä lähteä liikkeelle tilannetta edeltäneiden ristiriitojen ja kiistakenttien, ja niitä ilmentävien historiallisten lähteiden, tarkastelusta. (Kusch 1993, 143.)

Mitä annattavaa genealogisella tutkimustavalla on omassa tutkielmassani, jossa aineistona eivät ole historialliset diskursiiviset arkistot, vaan lähimenneisyydessä tuotetut tekstit? Mielestäni genealogisen lähestymistavan perusidealla, nykyisyyden itsestäänselvän luonteen kyseenalaistamisella, on paljon annattavaa myös ei-historiallisen aineiston analyysissä. Suhtautumistapani tutkittavaan ilmiöön mukaillee siis genealogisen tutkimustavan keskeisimpiä lähtökohtia. Seuraavassa käyn tarkemmin läpi, miten sovellan näitä lähtökohtia omassa tutkielmassani.

1. Genealogisessa tutkimuksessa 'nykyajan eetosta', sen elämänjärjestystä ja arvoja koskevat kysymykset määrittävät sen perspektiivin, jossa analysoitavaa aineistoa lähestytään. Oman näkemykseni masennuslääkeilmion taustalla olevasta 'nykyajan eetoksesta' olen esittänyt luvussa "*Hyvän elämän politiikkaa?*", jossa nostan esiin elämänpolitiikkaan ja yksilöllistymiseen liittyvät valta-asetelmat, sekä autonomisen yksilön valinnan vapauden taustalla olevan hallintaan tähtäävän ulottuvuuden. Tutkimusta ja sen kysymyksenasetteluja ohjaa siis tietty, nykyajan itsestäänselvänä näyttäytyvää tilannetta kyseenalaistava näkökulma, joka mielessäni lähestyn masennuslääkeilmioista käytyä asiantuntijakeskustelua.

2. Genealogisessa analyysissä pyrkimyksenä on niiden tiedon verkostojen ja muotojen kritisoiminen, jotka mahdollistavat tietyt instituutiot tai rakenteet ja oikeuttavat niiden toimintaa. Omassa analyysissäni tarkoitus on nimenomaan yrittää nostaa asiantuntija-puheen taustalta esille se diskursiivinen muodostelma, jonka perustalta masennuslääkeilmiötä puolustetaan. Tavoitteena on siis kyetä arvioimaan ja kyseenalaistamaan niitä tiedon muotoja, joiden perusteella masennuslääkeilmiö vaikuttaa järkevältä, hyödylliseltä ja hyväksyttävältä.

3. Genealogisen analyysin on hedelmällistä lähteä liikkeelle tarkastelemalla ristiriitoja ja kiistakenttiä, joiden kautta tutkimuksen kohteena olevaan, nykyaikana vallitsevaan asiantilaan, rakenteeseen tai instituutioon on päädytty. Huomion kiinnittäminen näihin agonistisiin tapahtumiin luo kiinnostavan näkökulman myös omaan tutkielmaani. Masennuslääkkeiden käytön lisääntyminen on ristiriitoja herättävä ilmiö, jonka määrittelystä käydään parhaillaan kamppailua. Masennuksen laajamittaisesta hoitamisesta lääkkeiden avulla on kuitenkin hyvää vauhtia vakiintumassa itsestäänselvä käytäntö, joka muuttuu yhdeksi mielenterveyspolitiikan perusrakenteista. Tällä hetkellä tuo kehitys on kuitenkin vasta päässyt vauhtiin, ja se herättää vielä runsaasti myös kritiikkiä ja vastarintaa.

Tutkielmani aineisto, masennuslääkeilmiöstä 1990-luvulla lehdistössä käyty asiantuntijakeskustelu, edustaa mielestäni osuvalla tavalla masennuslääkeilmiön määrittelystä käytävää valtataistelua: kuten seuraavassa, analyysin suunnan tarkentumista käsittävässä, kappaleessa tulen tarkemmin esittämään, nousi aineistosta esiin kaksi selvästi toisistaan eroavaa puhetapaa, joiden olemassaolo antaa aiheen masennuslääkeilmiökeskustelun tarkasteluun eräänlaisena 'kiistakenttänä', eli niin kutsuttuna agonistisena tapahtumana.

5.4 ANALYYSIN SUUNNAN TARKENTUMINEN

Analyysin tarkempi suuntautuminen ja etenemistapa määräytyivät vasta, kun masennuslääkeilmiötä koskevat puhetavat olivat alustavasti hahmottuneet esiin aineistosta. Seuraavassa selvitän hieman tämän alustavan hahmottumisen prosessin kulkua, sekä kerron kuinka ja minkä vuoksi päädyin rajaamaan analyysiäni tiettyyn suuntaan.

Aloitin puhetapojen jäljittämisen lukemalla aineistoa läpi ja merkitsemällä tekstiin kohtia, joissa masennuslääkeilmiötä mielestäni merkityksellistettiin samansuuntaisesti. Kriteerinä käytin aluksi lähinnä vain 'tuntua' siitä, että kyseisissä tekstin osissa

puhutaan asiasta 'samalla tavalla', ja että tuo tapa eroaa joltain olennaiselta osaltaan muista tavoista. Ensimmäinen silmiinpistävä havainto oli, että ominainen tapa aineistossa kautta linjan oli masennuslääkeilmiön lähestyminen sitä kohtaan esitetyn kritiikin kautta. Tieto siitä, että ilmiö koetaan 'julkisuudessa' jollain tapaa ongelmalliseksi, oli ikäänkuin artikkelien nimeämätön lähtökohta. Toisin sanoen jokaisessa artikkelisissa tuodaan tavalla tai toisella esille sitä kritiikkiä, jota ilmiötä kohtaan voidaan esittää, ja kommentoidaan sitä suuntaan tai toiseen.

Tämän asiantuntijapuheen 'kritiikkiin suuntautuneen' luonteen vuoksi aineistossa esiintyi runsaasti masennuslääkeilmiötä jollain tapaa kielteisesti määritteleviä puhetapoja. Esiin hahmottui kolme lähestymistapaa, jotka hieman eri tavoilla merkityksellistivät 'kielteistä' masennuslääkeilmiötä. Aloin nimittää niitä *kriittisiksi puhetavoiksi*. Niiden lisäksi aineistosta hahmottui esiin yksi melko yhtenäiseltä vaikuttava masennuslääkeilmiötä myönteisesti määrittelevä puhetapa, jota aloin kutsua *puoltavaksi puhetavaksi*. Aineistosta löytyi siis kaksi selvästi eri näkökulmista masennuslääkeilmiötä rakentavaa puhetapaa.

Havaittuani edellä esiin tulleen puhetapojen välisen vahvan keskinäisen vastakkainasettelun, alkoi minua kiinnostaa erityisesti masennuslääkeilmiötä puoltava puhetapa ja sen asema kriittisten puhetapojen keskellä. Sen tehtävänä aineistossa näytti olevan ikäänkuin masennuslääkeilmiön tekeminen tarpeelliseksi tai jopa välttämättömäksi esitetystä kriittisestä huolimatta. Mielenkiintoni kiinnittyi nyt erityisesti siihen, miten masennuslääkeilmiö tässä puoltavassa puhetavassa 'hyväksytetään', eli tehdään oikeutetuksi. Millä tavalla siinä väistetään tai selitetään pois masennuslääkeilmiöön kohdistuva kritiikki?

Puoltava puhetapa osoittautui tutkimuksellisesti erityisen kiinnostavaksi myös siinä mielessä, että sen esiintyminen on luettavissa aineistossa usein huomattavasti epäsuoremmin kuin ns. kriittisten puhetapojen osat. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että masennuslääkeilmiön 'positiivista merkityksellistämistä' on huomattavasti vaikeampi havaita tekstistä, kuin suoraan tapahtuvaa kriittistä merkityksenantoa. Nämä neutraaliksi verhoillut merkityksellistämiset ovatkin diskurssianalyysin kannalta erittäin kiinnostavia, sillä puheessa joka kuulostaa 'luonnolliselta' itsestäänselvyydeltä piilee usein vahvan hegemonisen diskurssin itu. Huomaamaton merkityksellistäminen voi siis kertoa diskurssin hegemonisesta asemasta: mitä vaikeammin sitä edustavan puhetavan näennäis-neutraali luonne on havaittavissa, ja mitä enemmän merkityksellistämistapa vaikuttaa itsestäänselvyydeltä, sitä juurtuneempi kyseinen diskurssi jo on osaksi sosiaalista todellisuuttamme. (Jokinen ym. 1993, 21.)

Eräs diskurssianalyttisen lähestymistavan tarjoamista mahdollisuuksista onkin keskittyä analysoimaan tarkemmin vain yhtä aineistossa esiintyvistä puhetavoista, mikäli nimenomaan se tuntuu merkitykselliseltä ja kiinnostavalta tutkimuksen kannalta. Päädyin myös oman analyysini kohdalla tämän tyyppiseen ratkaisuun: käsittelyn painopiste tulee olemaan puoltavan puhetavan ja sen taustalla vaikuttavan diskurssin analysoimisessa. Edellä esitellyn analyysin levittämisen kohti 'kulttuurisia kerrostumia' rakennan myös puoltavan puhetavan ympärille niin, että kehän 'ytimenä' toimivat ne aineiston osat, joissa masennuslääkeilmiötä merkityksellistetään puoltavan puhetavan mukaisesti.

Koska puoltava puhetapa kuitenkin rakentuu useiden kysymysten kohdalla ikäänkuin vastineena kriittisille puhetavoille, käsittelen analyysini aluksi myös niiden keskeisimpiä sisältöjä. Kriittisten puhetapojen esiin nostaminen ja erittely niin kutsuttuna 'vastadiskurssina' onkin hyvin olennainen osa analyysia, jossa masennuslääkeilmiöstä käytyä keskustelua tarkastellaan foucault'laisena valta-kamppailuna. Ristiriitoja herättävän masennuslääkeilmiön määrittelyssä on tällöin kysymys diskurssien välisestä konfliktista, jossa myös hegemonisoituvaa diskurssia vastustavalla voimalla on tärkeä rooli.

Pohdinnat siitä, millaisia valtarakenteita puhetapojen taustalla olevat diskurssit tuottavat ja mitkä ovat niiden potentiaalisia yhteiskunnallisia vaikutuksia, tulen kuitenkin kohdistamaan nimenomaan puoltavaan puhetapaan. Tätä perustelen erityisesti sillä, että nimenomaan puoltavan puhetavan taustalla vaikuttava diskurssi ylläpitää masennuslääkeilmiön olemassaoloa tekemällä siitä hyväksyttävän. Tiedon muotojen, todellisuuden jäsentelytapojen ja kulttuuristen käsitysten erittelyn osalta keskityn siis tarkemmin ainoastaan tähän yhteen, masennuslääkeilmiötä myönteisesti merkityksellistävään diskurssiin.

5.5 TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkielman aihe on masennuslääkkeiden käytön nopea yleistyminen Suomessa 1990-luvulla. Laajin mahdollinen tutkimuskysymys voisi kuulua: "Mitä tämä ns. masennuslääkeilmiö merkitsee yhteiskunnallisesta näkökulmasta tarkasteltuna?" Tässä tutkielmassa lähestyn tuota kysymystä yhdestä suppeasta näkökulmasta: tutkielmani tarkoituksena on analysoida sitä, millä tavalla joukko suomalaisia asiantuntijoita merkityksellistää kyseistä masennuslääkeilmiötä tuottamissaan teksteissä tai puheessa.

Tutkimustehtävät ovat seuraavanlaisia:

- 1) Millainen on se asiantuntijapuheessa esiintyvä puhetapa, joka rakentaa masennuslääkeilmiötä ja tukee sen olemassaoloa ja leviämistä? Tämän kysymyksen voi edelleen jakaa seuraaviin osakysymyksiin: 1.1 Miten puhetavassa määritellään 'masennus'? 1.2 Mikä on puhetavan mukaan masennuslääkkeiden 'vaikutus', ts. miten lääke vaikuttaa ja mihin se vaikuttaa? 1.3 Miten puhetavassa suhtaudutaan masennuksen lisääntyneeseen lääkehoitoon tai masennuslääkkeiden käytön yleistymiseen?
- 2) Millaisia kriittisiä masennuslääkeilmiötä merkityksellistäviä puhetapoja aineistosta löytyy? Millaista kuvaa nämä puhetavat masennuslääkeilmiöstä rakentavat tai tuottavat? (Tähän sopivat samat osakysymykset kuin 1. kysymykseen)
- 3) Millainen masennuslääkeilmiön kenttää jäsentävä ja merkityksellistävä diskurssi puoltavan puhetavan taustalla on nähtävissä, ja millaisia ovat sen mahdolliset ideologiset seuraukset tai yhteiskunnalliset vaikutukset ?
- 4) Millaisia moderneille yhteiskunnille ominaisia vallan hienovaraisia ilmenemismuotoja masennuslääkeilmiössä on mahdollisesti nähtävissä? (Tarkentaen: Millaisena puoltavan puhetavan masennuslääkeilmiöstä rakentama kuva näyttäytyy Foucault'n biovalta-analytiikan valossa? Onko masennuslääkeilmiössä, sellaisena kuin se diskurssin perusteella rakentuu, nähtävissä piirteitä jotka ovat tulkittavissa 'itsehallinnan' esiintymiseksi ja millaisia nämä piirteet ovat? Miten ne ilmenevät?)

6. MASENNUSLÄÄKEILMIÖTÄ MÄÄRITTELEVÄT PUHETAVAT

Ennen analyysin varsinaisen kohteen, eli masennuslääkeilmiötä puoltavan puhetavan esittelyä, käyn läpi pääpiirteissään ne masennuslääkeilmiötä kriittiseen sävyyn merkityksellistävät puhetavat, joiden sisältämään arvosteluun puoltava diskurssi osaltaan 'vastaa'.

6.1 MASENNUSLÄÄKEILMIÖ OSANA MEDIKALISAATION VOITTOKULKUA

Nimesin aineistossa runsaimpana esiintyvän masennuslääkeilmiön kielteisen merkityksellistämistavan medikalisaatiokriittiseksi puhetavaksi. Asiantuntijapuheessa viitataan paljon medikalisaatio -käsitteeseen ja pohditaan tietoisesti masennuslääke-

ilmiötä tämän teorian viitoittaman suunnan mukaisesti. Tukeuduin siis tätä medikalisaatiota koskevaa puhetapaa jäsentäessäni yhteiskunnan medikalisoitumista käsittelevään teoriaan ja sen käsitteistöön. Kyseisen teorian näkökulma taustoittaa ja yhdistää (jonkinlaisena kattokäsitteenä) kielteistä puhetapoja, joilla masennuslääkeilmiötä aineistossa merkityksellistetään.

Medikalisaatiolla tarkoitetaan yksinkertaistaen sitä, että yhä useammat elämään liittyvät ilmiöt, tapahtumat ja normipoikkeavuudet lääketieteellistetään, eli niistä tehdään sairauksia määrittelemällä ne jollain tapaa lääketieteellisten toimenpiteiden taikka tiedon piiriin kuuluvaksi. Lääketieteelliseksi ongelmaksi voidaan tarjota mitä tahansa ilmiötä, jolla on jotain tekemistä ihmiskehon tai mielen kanssa. (Elo ym. 1999, 16 ja 49.)

Medikalisaation vaikutuksia korostavassa kriittisessä puhetavassa psyykkiset sairaudet, kuten masennus, nähdään kulloistenkin yhteiskunnallisten tarpeiden määrittelemäksi. Tosin sanoen käsitykset siitä, millainen käyttäytyminen tai elämäntapa on luokitellaan sairaaksi, on aina sidoksissa omaan aikaansa. Kärjistetyksi sanoen mieleltään terveeksi määritellään ne, joiden elämä ja toiminta ovat yhteiskunnan kannalta tarkoituksenmukaisia (Elo ym. 1999, 41).

Medikalisoitumisen myötä monista yhteiskunnallisista ongelmista, kuten työttömyydestä tai syrjäytymisestä, tehdään yksilöllisiä ongelmia. Kun esim. pitkäaikaistyöttömyys psykiatrisoidaan vaikeaan elämäntilanteeseen liittyvän masennuksen kautta johtaa se huomion pois hankalista yhteiskuntapoliittisista kysymyksistä (Myllykangas ym. 1999). *"Potilaan kannalta katsoen taloudellisen ahdingon ja perhevaikeuksien viidakko muuntuu sisäiseksi, henkilökohtaiseksi ongelmaksi. Yhteiskunnallisen ongelman seuraus, psyykkinen häiriö, privatisoituu, yksilöllistyy, ja siltä katkaistaan yhteys ulkoiseen realiteettiin"* (Solantaus 1996, 30).

Medikalisaatiokriittisessä puhetavassa masennukselle haetaan määrittelyä, joka ottaisi ihmisen tilan huomioon kokonaisvaltaisesti, eikä vain aivojen kemiallisen häiriön näkökulmasta. Tällöin pyritään ensisijaisesti purkamaan masentuneen määrittelyä *"sairaaksi"*, ja tuomaan tilalle sellaisia määrittelyjä kuin *"luonnollinen reaktio"*, *"mielen ongelma"* tai *"pitkittänyt suru"*. Masennuksen sairaudeksi määrittelemisen koetaan kapea-alaisuutensa lisäksi myös masentuneita leimaavaksi. Tämän vuoksi *"ihmisen elämän ongelmien kohdalla taudin ja sairauden käsitteet olisi kokonaan unohdettava"* (Puhakainen 1999).

Masennuksen kokonaisvaltaisuutta korostetaan kuvaamalla sitä tilaksi, johon kuuluu muutakin kuin lääketieteellisestä diagnoosista saatava kapea käsitys. *"Masennus on ilmiö josta voidaan nähdä vain pieni välähdys pelkästään terveys-sairaus-näkökulmasta. Peittoon jää valtaosa tästä elämäkokoisesta olemassaolokokemuksesta ja kärsimyksestä"* (Kiikkala 1999).

Masennuksen hoitoon lääkkeiden avulla suhtaudutaan medikalisaatiokriittisessä puhetavassa epäillen. Syyt tähän epäilykseen tulevat kahdelta taholta. Ensinnäkin masennuksen redusoiminen vain biologiseen perustaansa, eli aivojen neurologiaan, koetaan ihmisen olemusta aivan liikaa yksinkertaistavaksi näkemykseksi. *"Pillereitä syödään usein oireiden poistamiseksi. Läheskään aina niillä ei ole mitään tekemistä itse ongelman varsinaisen aiheuttajan kanssa. Kun lääkitään masennusta, ei lääkitä masennuksen aiheuttajaa"* (Hietanen 1996, 9). Pelkästään oireita hoitamalla ei siis pystytä auttamaan masennuksesta kärsivää ihmistä hänen todellisessa ongelmassaan.

Kritiikki kohdistuu siis *"kapea-alaiseen hoitokulttuuriin"* (Solantaus 1996, 34-36) jossa sivuutetaan masentuneen kannalta monia olennaisia kysymyksiä keskitytään ainoastaan yhteen keinoon; masennuslääkkeisiin. *"Se apu, joka auttaa masentunutta oivaltamaan asioita uudella tavalla ja vapautumaan ahdistavasta ristiriitatilanteesta, voi todellakin olla varsin monenlainen, ei sairauslähtöinen asia tai elämys: myötäkärsiminen, rakastava huolenpito ja vertaistuki eivät ole vähäisimpiä"* (Kiikkala, 1999).

Toisaalta kritiikin kohteena ovat myös lääkitsemisen ongelmat laajemmassa kehyksessä kuin yksilötasolla. *"Masennus on masentuneiden kokemana kuitenkin ennen kaikkea sosiaalinen sairaus riippumatta sen fysiologisista tai yksilöpsykologisista piirteistä"* (Kangas 1998). Masennuksen sosiaalisen alkuperän huomiotta jättäminen masentunutta hoidettaessa vie helposti siihen, että masennukseen johtaneisiin olosuhteisiin ei puututa lainkaan. Tämä herättää medikalisaatiokriittiselle puhetavalle ominaisen kysymyksen siitä *"ratkaisemmeko yhteiskunnallisia ongelmia pillereillä, emmekä edes yritä yrittäkään poistaa suurinta masennuksen aiheuttajaa eli työttömyyttä?"* (Hietanen 1996, 10).

Masennuksen määrittelemine sairaudeksi ja sen hoitaminen vain lääkkeiden avulla ylläpitää medikalisaatiokriittisen puhetavan mukaan yhteiskunnallista kontrollia ja normalisoivaa valtaa. Nykyaikaiselle teollistuneelle yhteiskunnalle tunnusomaiset tuottavuuden ja tehokkuuden periaatteet ovatkin kasvattaneet terveyden yhteiskunnallista arvoa ja siihen kohdistuvan kontrollin tarvetta. *"Yhteiskunnassa, jossa onni on pitkälti synonyymi taloudellisen onnistuneisuuden kanssa, voidaan mielialan*

vaihteluiden helposti tulkita vähentävän tuottavuutta" (Holmalahti & Thormodsen 1999, 147). Niinpä lääketieteestä, joka kykenee tarjoamaan yhteiskunnan kannalta nopean ja helpon ratkaisun masennuksen aiheuttamaan tuottavuusongelmaan, nähdään tulleen yksi sosiaalisen kontrollin pääinstituutioista.

Medikalisaatiokriittisestä puhetavasta on eroteltavissa kaksi suuntausta, jotka korostavat medikaalisaation eri puolien painoarvoa merkityksellistäessään masennuslääkeilmiötä. Ensimmäisessä näistä puhetavoista, jota kutsun *onnenpilleripuheeksi*, edellä esitelty ajatus masennuslääkkeistä sosiaalisen kontrollin keinona viedään pidemmälle puhumalla ihmisiä huonoissa olosuhteissa tyytyväisenä pitävistä "*onnenpillereistä*". Toisessa puhetavassa taas painotetaan sitä, että medikalisaation mukanaan tuoma yltiöpäinen terveyden palvomine ja tietynlaisen fyysisten kehon tavoittelu on levittäytynyt myös psyykkisten ominaisuuksien kentälle. Käsittelen seuraavissa kappaleissa erikseen molempia puhetapoja.

6.2 ONNENPILLEREILLÄ ONGELMAT MATON ALLE

Aldous Huxleyn utopiateoksessa "*Uljas uusi maailma*" (1978/1932) eräänlaisessa modernissa 'hyvinvointityranniassa' elävä kansa pidetään tasapainoisina ja tyytyväisenä rauhoittavan onnellisuushuumeen "*Soman*" avulla. Onnenpilleripuheessa masennuslääkkeiden käytön lisääntyminen tuotetaan ikäänkuin huxleylaisena "*soma-ilmionä*": keinona, jonka avulla peitetään yhteiskunnassa esiintyvää pahaa oloa ja saadaan ihmiset pysymään huonoissakin olosuhteissa tyytyväisinä ja tuotteliaina.

Aineistossa verrataan masennuslääkkeitä joitakin kertoja suoraan nimenomaan Huxleyn *Somaan*, tuomalla julki epäilyksiä siitä, että yhä enemmän käytetyt masennuslääkkeet toimisivat samankaltaisesti huonoissa olosuhteissa eläviä ihmisiä turruttavina "*onnenpillereinä*". Samansuuntaista masennuslääkeilmiön merkityksellistämistä, jossa kyseistä kirjallisuudesta nostettua esimerkkiä ei tuoda esille, on aineistossa kuitenkin paljon. Suomalaiseen yhteiskuntaan siirrettynä aladiskurssin idea tiivistyy seuraavassa lainauksessa: "*Onnenpillerin lisäämistä työttömyyden hoitamisessa voisi salaa mielessään suositella päättäjät, joka on vakuuttunut työttömyyden pysyvyydestä*" (Hietanen 1996, 10).

Medikalisaatiokriittiselle puhetavalle ominaiseen tapaan myös onnenpilleripuheessa halutaan kyseenalaistaa masennuksen sairausluonne. Toisaalta vahvana lisäjuonteena on myös masennuksen takana lähes aina nähtävien yhteiskunnallisten tekijöiden korostuminen: "*Mitä pahoinvointi viestii yhteiskunnastamme ja miten ongelmia tulisi*

lähestyä? Onko suurella osalla suomalaisista serotoniiniaineenvaihdunnan häiriö vai onko ihmisten elämisen mieli kateissa?" (Puhakainen 1999). Masennus merkityksellistetään *"epämääräiseksi pahaksi oloksi"*, joka johtuu perimmiltään ahdistavasta yhteiskunnasta ja huonoista elinolosuhteista, kuten työttömyydestä, työuupumuksesta tai perheen hajoamisesta. *"Onko kyse lainkaan mielenterveyden häiriöstä? Vaiko normaaleista reaktioista epänormaaliin ympäristöön?"* (Uhrendorf, 1999).

"Masennus" määritellään siis ihmiselle täysin normaaliksi reaktioksi ympäristöön tai yhteiskuntaan, johon hän ei kykene sopeutumaan. Tällöin lääketieteellinen määrittelytapa, jossa masennus selitetään aivotoiminnan häiriötilaksi, joutuu vahvan kritiikin kohteeksi: Masennuksen yhteiskunnallisen kontekstin sivuuttavan määrittelyn nähdään olevan osa yhteiskunnallista vallankäyttöä, sillä sen tavoitteena on *"lakaista yhteiskunnalliset ongelmat maton alle"* (Huttunen 1996, 13).

Siinä, millaista identiteettiä tässä tässä puhettavassa tuotetaan "masentuneelle", näyttäytyy mielenkiintoinen sisäinen jännite. Yhtäältä masennus määritellään "terveeksi ja normaaliksi" ilmiöksi, joten tavallaan masentuneet vapautetaan täysin sairauden leimasta asetelman kääntyessä pääläelleen. (Tässä yhteiskunnassa ei-masentuneet ovat epänormaaleja.) Toisaalta masentuneita ihmisiä kuitenkin kiertoteitse syyllistetään, sillä masennuslääkkeiden käyttämisen nähdään olevan moraalisesti väärin niin kauan kuin masennuksen varsinainen syy, eli huonot yhteiskunnalliset olot, ovat hoitamatta.

Masennuksen yleistyvään hoitoon lääkkeiden avulla suhtaudutaan siis täysin kielteisesti. *"Masennuksesta on tullut epidemia: se on yleisin syy joutua sairaseläkkeelle. Lääketehtaat reagoivat ilmiöön syytämällä markkinoilla yhä enemmän uusia masennuslääkkeitä, keinotekoista elämänhalua"* (Uhrendorf, 1999). Tälle puhettavalle onkin ominaista puhua masennuslääkkeistä *"onnellisuuspillereinä"*, joiden käytön nähdään ainoastaan turruttavan sen täysin oikeutetun ja *"terveen"* pahan olon tunteen, jonka luonnon elinympäristö synnyttää. *"Käytetäänkö lääkkeitä yhteiskunnallisesti keinotekoisen onnellisuuden tuojana ja lamamielen pesemiseen kasvoilta?"* (Puusaari 1996, 14).

6.3 ELÄMÄNTYYLILÄÄKKEELLÄ IHANNEIHMISEKSI

Kolmannessa masennuslääkeilmiötä kriittisesti merkityksellistävässä puhettavassa tuotetaan kuvaa masennuslääkeilmiöstä, jossa on pohjimmiltaan kysymys ihmisten pyrkimyksistä 'kohentaa' masennuslääkkeiden avulla psyykettään ja henkistä

suorituskykyään länsimaiseen kulttuuriin kuuluvaan 'ihanneihmisen' kaltaiseksi. Puhetavan näkökulma perustuu uutisiin, joiden mukaan uudentyyppisillä masennuksen hoitoon tarkoitetuilla SSRI-lääkkeillä näyttäisi olevan muitakin toivottavia vaikutuksia, kuin masennuksen lieventyminen. Erityisesti psykiatri Peter Kramerin julkaisema kirja *"Mielen muuttajat"* (1994) on saanut aikaan laajan keskustelun uusien masennuslääkkeiden käyttömahdollisuuksista *"psykyen kauneudenhoitajana"*.

Kramer kertoo kirjassaan potilaista, jotka ovat kokeneet masennuslääkkeitä käyttäessään tullessa rohkeammiksi, energisemmiksi, sosiaalisemmiksi ja tehokkaammiksi. *"Muutamat potilaat halusivat masennuksesta toivuttuaan ja lääkkeen käytön lopetettuaan ryhtyä jonkin ajan kuluttua käyttämään sitä. He olivat huomanneet, että ajattelu oli terävöitynyt ja nopeutunut ja puhe oli tullut sujuvammaksi lääkityksen aikana. Moni heistä oli työssä, jossa näistä avuista oli merkittävää etua"* (Klemetilä 1996, 61).

Samanlaisia kokemuksia uusien masennuslääkkeiden vaikutuksista ovat julkisuuteen raportoineet Kramerin (1994) mukaan myös muut lääkärit, ja lääkkeiden avulla *"oman elämänsä sankareiksi"* muuttuneet ihmiset. Varsinkin Yhdysvalloissa, jossa uuden tyyppiset lääkkeet tulivat markkinoille ensimmäisenä, tämä ns. *"Prozac-ilmiö"*, eli masennuslääkkeiden käyttäminen persoonallisuuden parantamiseksi, sai runsaasti kohua aikaan. Uusien masennuslääkkeiden tultua markkinoille Suomessa paria vuotta myöhemmin, levisi sama keskustelu myös tänne. Sen vaikutukset ja teemat ovat selvästi nähtävissä myös oman aineistoni asiantuntijapuheessa. Seuraava lainaus kuvaa tyypillisesti tämän puhetavan tapaa merkityksellistää masennuslääkkeiden lisääntynyttä käyttöä:

"Voimme miltei sanoa, että nämä uudet psykyenlääkkeet luokiteltiin masennuslääkkeiksi ainoastaan niiden ensimmäisen käyttöalueen vuoksi. Monet niiden muista mahdollisista indikaatioista ovat omiaan - hyvässä ja pahassa - herättämään ajatuksia, että seisomme kynnyksellä, jonka yli astuttuamme saatamme kemiallisin keinoin hankkia monia niistä ominaisuuksista, jotka nyky-yhteiskunnassa näyttävät olevan tarpeen." (Holmalahti & Thormodsen 1999, 147.)

Puhetapaa käyttävät asiantuntijat pohtivat vastausta kysymykseen, millaisia vaikutuksia persoonallisuuttamme toivottuun suuntaan muuttavalla pillerillä voi olla yhteiskunnallisen elämän kannalta. *"Onnenpilleri-ajattelu on osa meidän yhteiskunnallista kehitystämme, jonka peruskäsky näyttäisi olevan yhä enenevässä määrin: ole tehokas!"* (Hietanen 1996, 8). Tällaisten "onnenpillereiden" avulla nähdään

mahdolliseksi tuottaa ihmisistä talouden vaatimuksia uupumatta palvelevia tehokkaita ihmiskoneita. Vaikka tämä puhetapa tuottaakin masennuslääkeilmiötä osittain samalla tavalla kuin onnenpilleripuhe, ponnistaa sen medikalisaatiokriittinen lähestymistapa kuitenkin hieman toisaalta: huomio kiinnitetään erityisesti kulttuurissamme vallitsevaan terveyden ja tehokkuuden palvontaan.

Eräs medikalisaation vaikutuksista näkyy siinä, että moderneissa länsimaisissa yhteiskunnissa, ja varsinkin nykyisessä työelämässä, arvostetaan suuresti terveyttä ja edellytetään jatkuvaa suoriutumiskykyä ja energisyyttä. Kilpailuyhteiskunnalle ominainen menestymiseen perustuva elämäntilanteen strategia on alkanut hallita myös vapaa-aikaa ja yksityiselämää. Terveyden ja 'henkisen lujuuden' tavoittelusta onkin tullut tärkeä elämäntilanteen väline, ja terveydestä hyvän elämän mittari. (Elo ym. 1999, 99-101.) Myös tiettyjä psyykkisiä ominaisuuksia, kuten tarmokkuutta ja tehokkuutta on alettu pitää avaimena hyvään elämään. Tätä taustaa vasten masennuslääkkeiden käytön kasvu voidaan nähdä yhtenä minuuden muokkaamiseen tähtäävistä keinoista:

"Tehokkaassa länsimaisessa kulttuurissa on kova kysyntä ominaisuuksilla, joita SSRI-lääkkeet nostavat joistakin yksilöistä esiin... ..Mielenvirkistystä, jota aiemmin on haettu kesäyliopiston persoonallisuudenhuoltokursseilta tai terapiainstituutin mielenmuokkausseminaareista voi kaikei saada tällaisilla lääkkeilläkin (Klemetilä 1996, 62). Tällöin masennuslääkkeet merkityksellistyvät "elämäntilanteenlääkkeinä", tai jopa "huumeena", joiden tarkoituksena on parantaa suhteellisen normaalissa mielialassa elävien ihmisten minäkuvaa lähemmäksi länsimaista ihannetta: "On arveluttavaa korjata terveän ihmisen kosmeettisia psyykkisiä oireita muuttamalla aivojen kemiallista tasapainoa ilman huolellisia pitkäaikaiskokeita. En usko, että huumeita käyttämällä voimme luoda pysyvästi onnellisemman ihmiskunnan" (Korpi, 1999).

6.4. MASENNUSLÄÄKEILMIÖN PUOLUSTUS

Vaikka masennuslääkeilmiölle kielteisiä merkityksiä rakentavat puhettavat esiintyvät asiantuntijapuheessa moninaisena, löytyy aineistosta myös yksi, vahva ja yhtenäinen masennuslääkeilmiötä myönteisesti merkityksellistävä puhetapa. Tämän puoltavan puhettavan olennaisin piirre on masennuslääkkeiden käytön yleistymisen tuottaminen asiallisena, hallittuna ja jopa toivottavana ilmiönä. Puoltava puhetapa esiintyy aineistossa useimmiten muodossa, jossa puhe pyrkii vastaamaan kriittisten puhettavojen masennuslääkeilmiön ylle langettamiin 'syytöksiin'. Puhettavan tärkeimpänä tunto-merkkinä voikin pitää tätä ns. hyväksyttämispuhetta. Seuraavassa on esimerkki

aineistossa hyvin yleisestä tekstin rakenteesta, jolla ilmiölle tuotetaan positiivista merkitystä kritiikkiin vastaamalla.

"Mitä lisääntyvä psyykenlääkkeiden käyttö sitten osoittaa yhteiskunnan reaktiotavoista ongelmien kohdatessa? Tapana on tarjota ongelmiin hoitoa ja oireisiin lievitystä. Lääkärit ovatkin väestön psyykkisiä ongelmia käsitellessään hankalassa tilanteessa. Potilaiden oireilun taustalla voi olla yllätyksellisiä sekä taloudellisia, perhe-elämään tai työttömyyteen liittyviä ongelmia, joihin lääkäriellä ei ole suoria vaikutuskeinoja. Ainoaksi mahdollisuudeksi jää henkistä hätää kärsivän oireiden lievittäminen. Pitkien terapiakeskustelujen sijasta riittää usein reseptin kirjoittaminen, ja lääke pääsee hoitamaan asiaa." (Klaukka 1997.)

Lainauksen alussa esitetään medikalisaatiokriittiselle puhetavalle tyypillinen kysymys siitä, onko yhteiskunnan tapa vastata ongelmiin lääketieteelle ominaisin keinoin asianmukainen. Tämän jälkeen tilanne todetaan vaikeaksi: lääkäriellä ei ole mahdollisuuksia 'hoitaa' niitä yhteiskunnallisia ongelmia, jotka kenties ovat psyykkisen oireilun taustalla. Psykelaakkeesta tulee "ainoa mahdollisuus" ja parempi kuin ei mitään. Masennuslääkkeiden käytön lisääntyminen voi siis kertoa yhteiskunnallisista ongelmista, mutta se on silti positiivinen ilmiö: onhan hyvä, että edes oireita kyetään lievittämään.

Masennuslääkeilmiötä puoltavien puheiden sisältö, eli ne perustelut joita hyväksyttämiseksi käytetään, määräytyvät pitkälti sen mukaan, *mihin* kritiikkiin ne kulloinkin vastaavat. Edellisessä lainauksessa vastattiin syyteeseen yhteiskunnallisten ongelmien hoitamisesta yksilötasoisella lääkehoidolla, ja puolustuksessa vedotaan 'ainoan mahdollisuuteen' tai 'pienimpään pahaan'. Lainauksen rakenne, jossa ensin tuodaan ilmi oletettu syytös ja sitten pyritään puolustautumaan sitä vastaan, on siis hyvin yleinen niissä aineiston osissa, joissa masennuslääkeilmiötä puoltava puhetapa esiintyy. Tämä onkin yksi asia, joka sai minut tulkitsemaan aineistossa esiintyvän masennuslääkeilmiötä puoltavan puheen melko yhtenäiseksi puhetavaksi siitä huolimatta, että masennuslääkeilmiötä puolustavissa perusteluissa on toki sisällöllisesti paljonkin eroja.

Masennuslääkeilmiötä puoltavassa puhetavassa tärkein kysymys ei kuitenkaan varsinaisesti koskekaan sitä, mitä nimenomaisia perusteluja hyväksyttämiseksi käytetään, ts. mistä masennuslääkeilmiössä *on* kysymys. Sen sijaan olennaista puhetavassa on tehdä selväksi, että masennuslääkeilmiössä *ei* ole kysymys mistään pahasta tai väärästä niin yhteiskunnan kuin yksilönkään kannalta. Tärkeintä on siis

kumota masennuslääkeilmiötä kohtaan esitetyt kriittiset väitteet ja näin 'hyväksyttää' ilmiön olemassaolo.

On kuitenkin huomioitava, että hyväksyttämispuheessa esiin tuodut kriittiset 'syytökset' ja niitä vastaan esitettävät masennuslääkeilmiötä puolustavat kannanotot eivät useinkaan kohtaa tosiaan. Esim. kriittisiin väitteisiin siitä, että masennuslääkkeitä käytetään yleisesti ottaen liikaa masennuksen hoidossa, vastataan usein vetoamalla niihin sietämättömiin kärsimyksiin, joita vakava depressio ihmiselle aiheuttaa. Tällöin kritiikissä puhutaan yleisistä terveystieteellisistä linjauksista ja vastauksessa vedotaan hyvin yksilökohtaisella tasolla siihen, ettei vakavasti sairaan pidä antaa kärsiä sairaudestaan.

Erilaiset merkityksellistämistavat kilpailevat siis myös siitä, mistä näkökulmasta ja millä tasolla ilmiötä tulisi lähestyä. Tämä kilpailu näyttäisi olevan omiaan aiheuttamaan sekavuutta masennuslääkeilmiön ympärillä käytävään keskusteluun. Esimerkiksi täysin eri näkökulmista 'masennuksen' määrittelevät puhettavat saavat keskustelussa aikaan ilmeisiä väärinkäsityksiä, joiden vuoksi masennuslääkeilmiön puolesta ja sitä vastaan asetetut perustelut eivät aina kohtaa toisiaan. Käytännössä tämä tarkoittaa aineistossa sitä, että puoltavan puhettavan esittämät masennuslääkeilmiötä puolustavat kannanotot eivät näkökulmaerosta johtuen useinkaan relevantisti vastaa niihin syytöksiin, joita kriittisissä puhettavoissa esitetään. Kutsun tätä ilmiötä *keskustelujen kohtaamattomuuden ongelmaksi*.

Yhtäältä näen siis sisällöltään vaihtelevat masennuslääkeilmiön hyväksyttämispuheet saman puhettavan osiksi juuri niiden yhtenäisen, 'kritiikkiin vastaavan' rakenteen vuoksi. Toisaalta huomattavasti tärkeämpi syy tulkita kyseiset puheet samaan puhettapaan kuuluviksi ilmenee niiden tavassa merkityksellistää samankaltaisesti ilmiön kannalta keskeisimpiä käsitteitä ja vastata yhdenmukaisesti tutkimustehtävä-kappaleessa esitettyihin puhettavan sisältöä koskeviin kysymyksiin: Ensinnäkin masennus määritellään kaikissa erilaisissa tavoissa tuottaa positiivista masennuslääkeilmiötä samalla tavalla ennenkaikkea fyysiseksi sairaudeksi ja masennuslääkkeestä puhutaan asiallisena lääkkeenä, joka ei missään nimessä ole huumausaineen kaltainen valmiste. Toiseksi masennuksen lisääntyvään hoitoon lääkkeiden avulla suhtaudutaan erilaisista perusteluista huolimatta 'tervetulleena apuna vaikeaan tilanteeseen'. Lisäksi koko masennuslääkeilmiö määrittyy puhettavassa lopulta hyvin samansuuntaisesti. Seuraavassa kolmessa kappaleessa käyn tarkemmin läpi näitä puoltavan puhettavan piirteitä.

6.4.1 MASENNUS ON MASENNUSTA

Puoltavassa puhetavassa masennus nähdään korostuneesti lääketieteellisen näkökulman mukaisesti: se on ennenkaikkea fysiologinen sairaus siinä missä ruumiillisetkin sairaudet. Masennus on sairaus ihmisen psyykkisessä toiminnassa, tarkemmin ottaen *"häiriö aivojen kemiassa"* (Hietanen 1996, 9). Puoltavassa puhetavassa masennusta pidetään yleisesti tunnettuna sairautena, jonka määrittelyssä ei ole mitään kiistanalaista. Sen vuoksi masennusta koskevat määritelmät ovat puheessa melko huomaamattomia ja erityisen vahvalla totuusarvolla ladattuja. Toisin sanoen niihin vedotaan usein 'itsestäänselvyytenä' perusteltaessa jotakin muuta väitettä, useimmiten masennuslääkkeiden käytön tarpeellisuutta.

"Modernien masennuslääkkeiden, joita harhaanjohtavasti kutsutaan "onnellisuus-pillereiksi", koko ajan laajenevaa käyttöä on kritisoitu sillä, että on väärin hoitaa yhteiskunnallisista ongelmista, kuten työttömyydestä tai syrjäytymisestä johtuvaa masennusta lääkkeillä. Masennus on silti masennusta, vaikka sen syy olisi miten inhimillisesti ymmärrettävä tahansa. Kaikki vaikuttaa kaikkeen, ja psykososiaaliset tekijät ovat vuorovaikutuksessa aivojen kanssa. Vakava masennus lievittyy usein syystä riippumatta yhtä hyvin." (Wallin 1997, 13.)

Lainauksen alussa esitetään puoltavalle puhetavalle ominaiseen tapaan medikalisaatio-kriittisen puhetavan mukainen oletettu syytöspuhe. Kritiikkiä vastaan puolustaudutaan väitteellä, että masennus ilmenee joka tapauksessa häiriönä aivoissa, oli sen sosiaalinen syy mikä tahansa. Lisäksi todetaan, että aiheuttajasta riippumatta masennus *"lievittyy yhtä hyvin"*, jolla siis tarkoitetaan lääkkeen vaikutusta aivojen häiriöön. Näillä perusteilla masennuslääkkeiden käyttö yhteiskunnallisten ongelmien hoidossa tulee hyväksyttäväksi.

Lainauksessa masennus määritellään fysiologiseksi sairaudeksi vetoamalla 'analyyttiseen' itsestäänselvyyteen, jota ei helposti tule kyseenalaistaneeksi. Ilmausta "masennus on masennusta" voisi kuitenkin käyttää samaan tapaan myös täysin päinvastaiseen merkityksen aikaansaamiseen: *"masennus on masennusta, vaikka se ilmenisikin kemiallisina häiriönä aivoissa"* kuulostaa yhtä lailla järkevältä, mutta siinä masennus määrittyy päinvastoin ei-sairausluontoiseksi. Lähemmin tarkasteltuna lainauksen hyväksyttämispuhe perustuu siis edellä mainittuun puoltavalle puhetavalle ominaiseen tapaan esittää masennuksen määritelmä neutraalina totuutena, johon vedotaan.

Masennuksen lääketieteellisen määrittelyn vahvaa asemaa aineistossa kuvastaa myös se, että puhuminen masennuksesta 'sairautena' liitetään usein yhteyteen, jossa se saa positiivisen ja ennakkoluuloista suhtautumista lievittävän merkityksen: *"Nyt kun masennusta pidetään tavallisena sairautena, siihen osataan myös perusterveydenhuollossa suhtautua peremmin ja hoitaa se paremmin"* (Vainio 1997). Tässäkin lainauksessa masennuksen määrittely sairaudeksi on huomaamatonta, yleiseen hyväksyntään vetoavaa. Lisäksi määrittelystä seuraavat positiiviset seikat (parempi suhtautuminen ja hoito) tekevät siitä vaikeasti kyseenalaistettavan.

Puoltavassa puhetavassa masentunut ihminen määritellään *"sairaaksi"*. Usein masentuneet erotetaan puheessa *"terveistä"* tai *"normaaleista"* johonkin aivojen toiminnassa ilmenevään fysiologisesti mitattavissa olevaan eroon vetoamalla. Tapa puhua masennuksesta sairautena perustuukin monin paikoin sille ennakkoolettamukselle, että vain ruumiillinen, ihmisen fysiologiassa ilmenevä sairaus on 'oikeaa sairautta'. Tämän seurauksena masennuksen määrittelemisessä sairaudeksi vedotaan myös masennuksen aiheuttamiin fyysisiin oireisiin tai riskeihin. Fyysisessä terveydessä tapahtuvien muutosten esiin tuominen toimii siis ikäänkuin vakuutteluna siitä, että masennuksen sairausluonne on todellinen:

"Masennuksen, apeuden, alakulon, surun, tuskan ja hermostumisen tunteet ovat meille kaikille ainakin lievänä tuttuja, ja ne kuuluvat tavalliseen elämään. Vaikeina ja pitkäkestoisina ne ovat kuitenkin sairaus, joka vaikuttaa myös ruumiilliseen terveyteemme. Tuoreen tutkimuksen mukaan lieviin masennus- ja ahdistusoireisiin liittyy 9 vuoden seurannassa muista riskitekijöistä riippumaton kaksinkertainen vaara sairastua verenpaine-tautiin". (Wallin 1997,12.)

Puoltavassa puhetavassa ei suoraan kielletä sitä, että masennus johtuu tai laukeaa usein ulkoisten tekijöiden vaikutuksesta. Näin ollen ns. yhteiskunnalliset syyt, kuten työttömäksi jääminen, voivat myös puoltavan puhetavan määritelmän mukaan olla masennuksen taustalla. Aineistossa esiintyy kuitenkin myös jonkin verran puhetta, jossa mahdollisuus masennuksen *sosiaaliseen alkuperään* epäsuorasti kyseenalaistetaan: *"Tämä (lääkkeiden määräämiskäytäntö) on lääkärikohtaista ja sosiaaliset ongelmat ovat raja. Jotkut hoitavat vain selkeästi diagnosoitavia sairauksia ja katsovat, että sosiaaliset ongelmat ovat asia erikseen"* (Vainio 1997).

Edellisessä lainauksessa puhutaan joidenkin lääkäreiden vastahakoisuudesta määrätä lääkkeitä sosiaalisiin ongelmiin, tai niiden aiheuttamaan masennukseen. Tällöin todellinen masennus tulee ikäänkuin rajattua sellaiseksi sairaudeksi, joka ei aiheudu sosiaalisista

ongelmista. Tällainen määrittelytapa on omiaan lieventämään kritiikkiä, joka koskee yhteiskunnallisten ongelmien hoitamista lääkkeellä. Kun masennus on rajattavissa ainakin osittain 'puhtaaksi sairaudeksi' vaikuttaa sen hoitaminen lääkkeillä yleisesti hyväksyttävämmältä.

6.4.2 POISTAA MIELIPAHAA, EI LISÄÄ MIELIHYVÄÄ

"Serotoniinin takaisinoton estäjät eivät lääkärin mielestä ole mitään onnenpillereitä: -Antidepressiivat ovat täsmälääkkeitä, jotka palauttavat masentuneen potilaan syystä tai toisesta häiriintyneen aivojen kemiallisen tason normaaliksi" (Hietanen 1996, 8-9).

Puoltavassa puhetavassa masennuslääkkeiden toimintatapaa ja vaikutuksia aivoissa selvitetään lääketieteellisen mallin mukaisella puheella, jolla yritetään kumota medikalisaatiokriittisen puhetavan näkemykset siitä, että masennuslääkkeet olisivat "onnenpillereitä" tai "huumeita", joiden avulla voi saavuttaa paremman elämän. *"Ne eivät ole piristeitä, kuten esimerkiksi alkoholi, joka saa syyllisyyden ja häpeän tunteet hetkeksi häviämään. SSRI-lääkkeisiin ei sisälly mitään iloeftiä, vaan ne on kehitetty ensisijaisesti masennuksen hoitoon"* (Klemetilä 1996, 61).

Masennuslääkkeet ovat puoltavan puhetavan mukaan asiallisia ja luotettavia lääkevalmisteita, joiden väärinkäyttö ei ole mahdollista. Hyväksyttämispuheessa korostetaan erityisen paljon sitä, että onnen saavuttaminen ei masennuslääkkeiden avulla ole mahdollista. *"Kukaan ei ilokseen syö näitä lääkkeitä. Lääkkeen käytöllä pyritään poistamaan mielipahaa, ei lisäämään mielihyvää. Ei ole tarkoitus, että normaali ihminen napsisi niitä nostaakseen mielialan huippuunsa"* (Klemetilä 1996, 61).

Mielihyvä tai onni on siis jotakin, joka ei seuraa mielipahan poistumisesta. Masennuslääkkeillä hoitamisessa voidaan ikäänkuin päästä vain sille rajalle asti, jossa mielentila on jokseenkin neutraali. *"Antidepressiivat ovat täsmälääkkeitä, jotka palauttavat masentuneen potilaan syystä tai toisesta häiriintyneen aivojen kemiallisen tason normaaliksi"* (Hietanen 1996, 8-9). Masennuslääkkeet voivat kuitenkin edesauttaa onnen saavuttamista, sillä masennuksesta parantumisen jälkeen se on taas 'luonnostaan' mahdollista: *"Fluoksetiini ei lisää mielihyvää vaan kykyä kokea mielihyvää"* (Klemetilä 1996, 62).

Puoltavassa puhetavassa rakennetaan siis tärkeää eroa teennäisen tai tuotetun mielihyvän, sekä aidon mielihyvän välille. Masennuslääkkeet eroavat huumeiden kaltaisista valmisteista siinä, että niillä ei ole mahdollista tuottaa onnea. Tähän samaan

seikkaan vedotaan myös puolustautuessa niitä näkemyksiä vastaan, jossa masennuslääkkeiden esitetään olevan Huxleylaista *Somaa*, kansaa turruttavaa onnellisuushuumetta.

"Uudet masennuslääkkeet eivät kuitenkaan minkään tutkimuksen valossa ole luonteeltaan alkoholin tai psykosimulanttien tapaan psyykkistä riippuvuutta aiheuttavia humalluttavia tai euforisoivia "ilopillereitä". Vaikean tai kuluttavan masennustilan häviämistä ei voida pitää perusteena lääkkeen nimeämiseksi kokaiinin tai amfetamiinin tapaiseksi pelkoa herättäväksi Aldous Huxleyn Uljaan uuden maailman ilopilleriksi." (Huttunen 1996, 16.)

Lainauksen tapa puolustautua Somaksi nimeämistä vastaan on osuva esimerkki ns. 'keskustelujen kohtaamattomuudesta' jossa puolustus ei varsinaisesti vastaa esitettyyn syytökseen. Soma-ilmiöllä tarkoitetaan siis yhteiskunnallista tilannetta, jossa vallanpitäjät pitävät epäinhimillisissä olosuhteissa eläviä ihmisiä tyytyväisenä turruttavan onnellisuuslääkkeen avulla. Kun onnenpilleripuheessa viitataan soma-ilmiöön, halutaan se rinnastaa nyky-yhteiskunnassamme käynnissä olevaan vastaavanlaiseen kehityskulkuun, jossa huonoihin olosuhteisiin reagoivat ihmiset halutaan hoitaa kuntoon masennuslääkkeiden avulla. Näkemyksen taustalla on puhetavalle tyypillinen tapa määritellä masennus luonnolliseksi reaktioksi huonon yhteiskunnan aiheuttamaan pahaan oloon.

Tässä tapauksessa ongelmana on puoltavan puhetavan tapa ymmärtää soma-ilmiö omien lähtökohtiensa kautta ja näin esittää sitä vastaan perusteluja, jotka eivät oikeastaan vastaa alkuperäiseen kritiikkiin. Lainauksessahan tähän kritiikkiin vastataan vetoamalla siihen, etteivät uudet masennuslääkkeet ole huumeen kaltaisia euforisoivia ilopillereitä. Perustelussa soma-ilmiö ymmärretään yksilötasoisena ilmiönä aineen 'turruttavien' vaikutusten kautta, ja selitetään ettei masennuslääkkeillä ole vastaavia ominaisuuksia.

Hyväksyttämispuheessa korostetaankin paljon sitä, etteivät masennuslääkkeet ole vaikutukseltaan *"turruttavia"*, eli välinpitämättömyyttä aiheuttavia. Päin vastoin niiden painotetaan lisäävän ihmisen tiedostamiskykyä ja aktiivisuutta kohdata omia ongelmiaan: *"Modernit masennuslääkkeet eivät turruta ja auta masentunutta vain alistumaan kohtaloonsa, kuten rauhoittavat lääkkeet ja varsinkin alkoholi, perinteinen itsehoitolääke. Lääkehoito ei suinkaan sulje pois psykoterapiaa: usein psykoterapian edellytykset paranevat lääkehoidon myötä"* (Wallin 1997, 12). Tämän seikan katsotaan myös tehokkaasti estävän lääkkeiden väärinkäytön tarkoituksena *"lakaista ongelmia"*

maton alle" Tämä koskee niin yhteiskunnallisia ongelmia, kuin masentuneen omia henkilökohtaisia ongelmia.

Varsinkin onnistuneita tuloksia masentuneen yhtäaikaisesta hoitamisesta psykoterapian ja lääkkeiden avulla pidetään osoituksena lääkkeiden asiallisesta luonteesta. *"Vapautuminen lääkkeiden avulla oireiden noidankehästä antaa mahdollisuuden väljempään psyykkiseen työskentelyyn ja autonomian lisäämiseen"* (Hietanen 1996, 10).

6.4.3 MASENTUNUT TARVITSEE ASIANMUKAISTA HOITOA

"Sokeritautia sairastavat ottavat insuliinia. Aivojen kemiallisesta häiriöstä kärsivien tilanne on samantapainen. Miksi heidän pitäisi hiljaa kärsiä?" (Hietanen 1996, 9).

Masennuksen hoitamiseen lääkkeiden avulla suhtaudutaan puoltavassa puhetavassa hyvin myönteisesti. Masennuslääkkeiden käytön lisääntymistä pidetään tervetulleena apuna sairaudesta kärsiville ihmisille, eikä medikalisaatiokriittisessä puhetavassa esiin nostettuja uhkakuvia nähdä relevantteina tämän pääasian rinnalla. Tärkeimpänä argumenttina masennuslääkkeiden runsaan käytön puolustukseksi nousevatkin hyväksyttämispuheessa juuri vakavasta depressiosta kärsivien yksilöiden kärsimykset.

"Psykiatrian erikoislääkäri H.N. näkee Lapinlahden sairaalassa jokapäiväisessä työssään, miten antidepressiivat tuovat valoa pimeyteen. Hän toistaa sanaa tuskaisuus puhuessaan vaikeaa masennusta kärsivistä potilaistaan, ja vakuuttaa, että ahdistuneen ja masentuneen potilaan auttaminen on todella palkitsevaa. Vakavasta masennuksesta kärsivän mieliala on alentunut. Potilas on saamaton, eikä hän jaksa ryhtyä mihinkään. Hän on keskittymiskyvytön ja ahdistunut. Masentunut vetäytyy sosiaalisista suhteista. Hän on hidastunut puheissaan ja toimissaan. Hän kärsii myös yleensä unettomuudesta. Lopulta ihmisistä tuntuu, että 'kukaan tai mikään ei voi häntä auttaa', ja 'kaikki on toivotonta ja synkkää ilman mitään valonpilkahdusta, kuin seinä olisi vastassa.' Masennus on erittäin tappava tauti. Noin viidesosa yrittää itsemurhaa." (Hietanen 1996, 8.)

Lainauksessa masennuksen hoitamisesta lääkkeillä rakennetaan erittäin hyväksyttävä ja positiivinen kuva. Masennuksen oireita ja vaikutuksia ihmisen elämässä kuvaillaan yksityiskohtaisesti edeten aina paheneviin seurauksiin päin. Lopulta päädytään tilanteeseen, jossa on vain *"seinä vastassa"*, ja edessä itsemurhan mahdollisuus. Tähän tilanteeseen avuksi tulevat masennuslääkkeet, jotka *"tuovat valoa pimeyteen"*. Puoltavalle puhetavalle tyypillinen tapa puolustautua masennuslääkeilmiötä kohtaan

esitettyä kritiikkiä vastaan on siis masennusten aiheuttamien kärsimysten elävä kuvailu ja kärsimysten helpottamiseen vetoaminen. Lisäksi puheessa korostetaan, että masennus on sairaus, jonka hoitamattomana voi johtaa kuolemaan.

"Depressiolääkkeiden nopea lisääntyminen ja kustannusten kasvu on herättänyt keskustelua ilmiön asianmukaisuudesta. Psykiatrit ovat katsoneet, että depressio on ollut pitkään meillä ja muuallakin paitsi alidiagnosoitu, myös alihoidettu. Depression ehkä vakavin seuraus on jopa 30-kertaisesti lisääntynyt itsemurhavaara. Noin 1400:sta vuotuisesta itsemurhastamme arviolta noin 1000:ssa taustalla on depressio. Itsemurhan tehneistä depressiopotilaista vain harva on saanut asianmukaista hoitoa tilaansa" (Huttunen 1996,12).

Lainauksessa tuodaan esille epäily masennuslääkeilmiön asianmukaisuudesta, mutta kumotaan se heti vedoten asiantuntijoiden päinvastaiseen näkemykseen: aikaisemmin masennusta ei ole hoidettu tarpeeksi. Seuraavaksi tuodaan esille itsemurhavaaran laajuus, jonka mukaan suuri osa suomessa tapahtuneista itsemurhista on masennuksen aiheuttamia. Lopuksi todetaan, että itsemurhan tehneet eivät olleet saaneet asianmukaista hoitoa, jolla siis viitataan lääkehoitoon. Lainauksessa masennuslääkkeillä hoitamisen tarpeellisuutta hyväksytetään siis vetoamalla korkeisiin itsemurhalukuihimme. Samoin kuin kärsimyksiin vetoamisella, on tämänkin puheen tarkoituksena vakuuttaa, että masennuslääkkeiden laajentunut käyttö on asianmukainen ja tervetullut ilmiö.

Hieman toisenlaista hyväksyttämistapaa käytetään puheessa, jossa masennuslääkeilmiötä puolustettaessa vedotaan masennuksen aiheuttamaan työkyvyttömyyteen. Tällöin puheen kohteena eivät enää ole yksittäisen ihmisen henkilökohtaisia kärsimyksiä pahoittelevat empaattiset kanssaihmiset, vaan yhteiskunnallisia tosiasioita käsittävät 'päättäjät'. Heille kohdistetussa puheessa vedotaan usein jopa suoraan "kansantaloudelliseen tappioon" puolustettaessa masennuslääkkeiden etuja.

"Syvääkään masennusta ei aina terveydenhuollossa huomata, eikä sitä hoideta adekvaatisti, vaikka masennus on kansanterveyden ja myös kansantalouden kannalta huomattava ongelma. Masennukseen liittyy työkyvyn menettämisen sekä myös ennenaikaisen kuoleman riski, oman käden tai somaattisen sairauden kautta. Depression havaitsemiseksi tarvitaan avointa asennetta ja sen hoitamiseksi adekvaattia lääkitystä keskeisenä kokonaihoidon osana." (Wallin 1997,12.)

On mielenkiintoista, että itsemurhan mahdollisuuteen vetoaminen on olennainen osa molemmille yleisöille kohdistettuja puhetapoja. 'Empaattisille kanssaihmisille' kuolema esitetään 'kärsimyksen huippuna', kun taas 'päättäjille' kohdistetussa puheessa kuolema merkitsee tuottavan ihmishengen menettämistä, 'työkyvyttömyyden huippua'.

Puoltavalle puhetavalle tyypillisen tekstirakenteen käsittelyn yhteydessä tuli hyväksyttämispuheelle tyypillinen 'ainoan mahdollisuuden retoriikka' jo hieman esille. Tällaisen 'pienimpään pahaan' vetoavan puhetavan käyttö on masennuslääkeilmiötä puolustettaessa tarpeellista yhteydessä, jossa yhteiskunnallisten ongelmien vaikutus masennuksen puhkeamiseen tunnustetaan.

"Nyky-yhteiskunta työttömyyksiineen, avioeroineen ja sukusiteiden katkeamisineen on kohonneesta taloudellisesta elintasosta huolimatta ehkä turvattomampi. Osaltaan masennuslääkkeiden kasvanut käyttö ja käyttöalueet voivat heijastaa tätä yksilöiden kasvanutta turvattomuutta ja separaatioahdistusta. Tästä pohdinnasta ei kuitenkaan voisi tehdä sitä johtopäätöstä, että ihmisten hädän lievittäminen lääkkeillä olisi sellaisenaan väärin, kun ja jos keinot vaikuttaa lisääntyneeseen turvattomuuteen ovat sellaisenaan kovin vähäiset." (Huttunen 1996, 16.)

Lainauksessa puhutaan hyvin 'ulkoistavaan' sävyyn yhteiskunnasta ja sen ongelmista. Ilmaus *"nyky-yhteiskunta työttömyyksiineen"* viittaa johonkin inhimillisen vaikuttamisen ulottumattomissa olevaan 'omaa elämäänsä elävään' yhteiskuntaan, jonka kehityksen kanssa ihmisillä ei ole juurikaan tekemistä. Tällöin myös yhteiskunnalliset ongelmat tuotetaan ilmiöinä, joita ihmiset eivät toiminnallaan ole varsinaisesti saaneet aikaan, ja jolle emme yksinkertaisesti mahda mitään. Masennuslääkkeiden lisääntynyt käyttö kuvastaa yritystä lievittää ihmisten kärsimyksiä sillä ainoalla tavalla, jolla se on mahdollista: *"Lääkärin avuttomuus on ymmärrettävää, ja hän tekee vain sen minkä voi, sillä eihän lääkäri työpaikaksi voi muuttua"* (Sihvo 1996, 8). Näin sosiaalisten ongelmien hoitaminen lääkkeiden avulla tulee hyväksytetyksi.

Puoltavassa puhetavassa ilmenee vahvana pyrkimys päästä eroon masennuslääkkeiden käyttöön kohdistuvasta *"intohimoisesta arvostelusta"*, jossa lääkkeiden käyttäminen asiaa kunnolla tuntematta tuomitaan epämoraalisena. *"Jäykän moralistisesta suhteesta"* masennuslääkkeiden käyttöön olisi puhetavan mukaan jo korkea aika luopua, sillä asenteellinen kielteisyys masennuslääkkeiden käyttöä kohtaan koetaan potilaan kannalta vaaralliseksi. (Huttunen 1996, 13-15.)

Masennuksesta kärsivän kannalta on siis parempi, jos masennuslääkkeillä hoitamisesta ei tehdä moraalista kysymystä. Tämä koskee kuitenkin vain niitä moraalisia pohdintoja, joiden tuloksena masennuslääkkeiden käytössä näyttäisi olevan jotain väärää, sillä myös puoltavan puhettavan omassa retoriikassa vedotaan saman asian kohdalla moraaliseen näkemykseen: lääkäreiden ammattietiikkaan perustuvan moraalin mukaan kärsivää potilasta on autettava keinolla millä hyvänsä. Jos kaikkia keinoja ei käytetä, hoito on puutteellista: *"Terapeutti, joka suhtautuu masennuksen lääkehoitoon kielteisesti eikä suostu missään tapauksessa määräämään niitä potilaalleen syyllistyy "taitovirheeseen"* (Hietanen 1996, 9).

Moraalinen arvostelu, jonka mukaan psyykkisten sairauksien hoitaminen biologisesti lääkkeen avulla on väärin, yritetään puoltavassa puhettavassa osoittaa aiheettomaksi myös vertaamalla sitä 'mihin tahansa' lääkehoitoon. Masennuksessa käytettävän lääkehoidon nähdään siis olevan verrattavissa minkä tahansa fyysisen sairauden hoitamiseen lääkkeillä. Puoltavassa puhettavassa ihmetellään erityisesti sitä, miksi juuri psyykkisellä tasolla ilmenevien oireiden hoitamista lääkkeillä kritisoidaan niin ankarasti:

*"Lääkehoito nähdään usein vain keinona lakaista masennuksen taustalla olevat erilaiset psykologiset ja yhteiskunnalliset tekijät maton alle. Vastaavalla tavalla ei suinkaan suhtauduta verenpaine-, migreeni- yms. lääkkeiden käyttöön, vaikka erilaiset psykososiaaliset ja elämäntapaan liittyvät tekijät näyttelevät hyvinkin olennaista osaa useissa somaattisissa sairauksissa. Huoli verenpaine- ja migreenilääkkeiden käytön kasvusta tai uusien vatsahaavalääkkeiden hinnasta ei läheskään vastaa sitä huolen määrää, mitä viranomaiset ja yleisö tuntevat masennus- tai ahdistuslääkkeiden käytön kasvusta...
...Asiallinen keskustelu masennus- ja muiden psyykenlääkkeiden hyödyistä ja haitoista edellyttää vapautumista usein varsin jäykän moralistisesta suhtautumisesta psyykenlääkkeiden käyttöön."* (Huttunen 1996,13.)

Lainauksessa vedotaan siihen, että koska somaattisten sairauksien hoitoon ei suhtauduta kriittisesti, on kyseenalaista suhtautua niin masennuksen hoitoon. Samalla lailla voisi kuitenkin vedota täysin päinvastaisen reaktion puolesta: "Koska masennuksen lääkehoitoon suhtaudutaan kriittisesti, niin miksei myös niiden somaattisten tautien hoitoon, joihin liittyy psykososiaalisia tekijöitä?" Olisi aivan realistista käydä yhteiskuntapoliittista keskustelua 'korjaavan' lääkehoidon järkevyydestä elämäntapaan sidoksissa olevien fyysisten sairauksien hoitoon liittyen. Puheessa siis hyväksytetään masennuslääkeilmiötä vedoten siihen itsestäänselvänä pidettävään seikkaan, ettei somaattistenkaan tautien lääkehoitoa ei ole ollut tapana kyseenalaistaa.

Hyväksyttämispuheen mukaan masennuslääkeilmion kritisoijien moralistinen asenne kohdistuu liiaksi myös ihmisen persoonallisuuteen. Kritiikin mukaan ihmisen itseyteen ja minuuteen kuuluviin ominaisuuksiin ei saisi ulkopuolelta 'teennäisesti' puuttua. Puoltavankin puhettavan mukaan on toki väärin, jos 'normaali' ihminen yrittää masennuslääkkeiden avulla tavoitella haluamiaan psyykkisiä ominaisuuksia tai luonteenpiirteitä. Toisaalta elämää huomattavasti vaikeuttavien ja elämänlaatua huonontavien persoonallisuuden piirteiden muuttumista lääkityksen myötä ei välttämättä pidetä pahana: *"Miten ujo ihmisen pitää olla ennen kuin on hyväksyttyä kokeilla lääkehoitoa, joka saattaa muuttaa huomattavastikin "säästöliekillä" eläneen ihmisen elämäntulkua?"* (Wallin 1997, 13).

Masennuksen lääkehoidosta puhuttaessa puoltavalle puhettavalle on toisinaan ominaista lähestyä asiaa ainoastaan lääkkeen tehokkuutta koskevana kysymyksenä, ja sivuuttaa yleisemmät näkökannat. Tällainen 'puhettavan sisäinen' puhe lääkehoidosta paljastaa kiinnostavia oletuksia puoltavan puhettavan suhtautumisesta lääkkeiden käyttöön ylipäättään. Seuraavassa lainauksessa pohditaan lääkehoidon kannattavuutta erilaisissa sairaustapauksissa.

"Alustavien tutkimusten perusteella lääkkeillä on käyttöä myös mm. sosiaalisen fobian, alkoholismin ja premenstruaalisyndrooman hoidossa. Myös lievän masennuksen eli dystymian hoidossa on saavutettu suotuisia tuloksia, vaikka ennen ajateltiin lääkehoidon olevan tarpeen vain vakavissa masennustiloissa". (Wallin 1997, 13).

Lainauksessa käytetään puoltavan puhettavan sisäisessä keskustelussa tyypillisestä lääketieteellistä puhetapaa. Oireluettelossa, jossa käydään läpi masennuslääkkeiden mahdollisia uusia käyttöalueita puhutaan *"premenstruaalisyndroomasta"* eikä "kuukautisia edeltävästä masennuksesta". Kyse on siis puheesta, joka on osoitettu toisille lääketieteen alan asiantuntijoille. Lainauksen lopussa näistä kuuliijoista tehdään yhtenäinen ryhmä, joka on "ennen ajatellut lääkehoidon olevan tarpeen vain vakavissa masennustiloissa". Nyt uusien tietojen valossa on kuitenkin selvää, että ne ovat tarpeellisia myös lievässä masennuksessa ja muissa luetelluissa oireissa.

Edellä esitetty ajatuskulku kertoo lähestymistavasta, jonka mukaan puoltavassa puhettavassa suhtaudutaan lääkkeiden käyttöön ylipäättään. Lainauksen puheessa pidetään itsestäänselvänä sitä, että jos lääke tehoaa, sitä täytyy käyttää. Tällainen näkemys heijastaa medikalisaatiokriittisen puhettavan arvostelmaa tilannetta, jossa uusia tautiluokituksia ilmaantuu sitä mukaan, kun keksitään uusia lääkkeitä. Arkielämään kuuluvista ilmiöistä tulee sairauksia sitä mukaa, kun uudet lääketieteelliset

innovaatiot tulevat markkinoille. Kyseinen kehityssuunta kuvastuu myös seuraavassa lausunnossa, jossa lääkäri kuvailee masennuslääkkeiden määräämiskäytäntöä: *“Ei ole mitään keinoa ennustaa varmasti hyötykö masentunut ihminen lääkkeestä. Jos tila on vähänkin pitkittynyt ja ihmisen elämänlaatu on huonontunut, lääkettä kannattaa kokeilla”* (Klemetilä 1996, 61).

6.5 YHTEENVETO: MASENNUSLÄÄKEILMIÖN KIISTAKENTTÄ

Taulukossa 1 on yhteenveto neljän eri masennuslääkeilmiötä koskevan puhettavan keskeisimmistä piirteistä ja niiden välisistä eroista. Siinä esitetään tiivistetyt vastaukset puhettavojen sisältöä koskeviin kysymyksiin, eli niiden tapaan määritellä masennus, merkityksellistää masennuslääkkeet, ja suhtautua masennuslääkkeiden käytön yleistymiseen.

	masennus	masennuslääke	masennuslääkkeiden käytön lisääntyminen
medikalisaatiokriittinen puhetapa	ennen kaikkea psyykinen ja sosiaalinen tila, joka ilmenee myös ihmisen biologisessa	lievittää oireita, mutta ei paranna itse masennusta	hoitokulttuurin kapealaistumista
onnenpilleri-puhe	oikeutettu reaktio epäinhimillisiin olosuhteisiin	hoitaa vain oireita, peittää todellisen ongelman.	"soma-ilmiö"
puhe elämäntyyli lääkkeestä	ei ota kantaa	parantaa persoonallisuutta	"kosmeettista psykofarmakologiaa"
puoltava puhetapa	sairaus, jolla biologinen perusta	parantaa masennuksen korjaamalla biologisen/elimellisen häiriön	tervetullut apu vaikeaan tilanteeseen

Taulukossa tulevat tiivistetyssä muodossa esille ne puhettavat, jotka eri näkökulmista merkityksellistävät samaa asiaa, masennuslääkeilmiötä. On kuitenkin aiheellista pohtia, missä mielessä näissä erilaisissa lähestymistavoissa oikeastaan edes puhutaan samasta asiasta. Esimerkiksi masennuksesta puhuttaessa puoltavan puhettavan määritelmä on lääketieteellinen ja yksilötasoinen: masennus nähdään sellaisena, kuin se fysiologisesta näkökulmasta yksilön kohdalla ilmenee. Medikalisaatiokriittinen puhetapa taas tarkastelee masennusta yleisemmältä tasolla, yhteiskunnallisena ongelmana tai

sosiaaliseen kontrolliin liittyvänä määrittelykysymyksenä. Onko näillä kahdella asialla loppujen lopuksi mitään tekemistä toistensa kanssa?

Analyysini lähtökohtana on oletus todellisuudesta ja sen ilmiöistä, joiden määrittelystä erilaiset puhe- tai merkityksellistämistavat jatkuvasti kilpailevat. Ilmiöille pyritään antamaan määritelmiä, jotka saavuttaessaan 'totuuden' aseman alkavat tuottaa toivotunlaisia (usein ideologisesti värittyneitä) seurauksia näkemyksissämme ja toimintatavoissamme. Tästä näkökulmasta kahdessa täysin toisistaan eroavassa tavassa puhua 'masennuksesta' on ilman muuta kysymys samasta asiasta.

Masennuslääkeilmiöstä käytyä keskustelua voikin tarkastella foucault'laisena 'agonististisena tapahtumana', kiistakenttänä tai strategisena valtakamppailuna, jossa eri intressejä edustavat osapuolet neuvottelevat uuden yhteiskunnallisen rakenteen synnystä (vrt. Kusch 1993, 143). Taulukossa esiintyvien puhetapojen lähestymistavat ovat siis mukana samassa määrittelykilpailussa: niiden tavoilla merkityksellistää masennus, masennuslääkkeet ja lääkkeiden käytön lisääntyminen on todellisuutta tuottavia seurauksia, sillä hegemonisen aseman saavuttaneina ne vaikuttavat siihen tapaan, jolla ihmiset käsittävät masennuksen ja toimivat suhteessa siihen.

Aineiston perusteella jäsentämässäni masennuslääkeilmiön kiistakentässä puoltava puhetapa ja kriittiset puhetavat asettuvat siis 'vastakkain'. Kuten jo aineiston luonteen käsittelyn yhteydessä tuli ilmi, on asiantuntijan edustamalla tieteenalalla selkeä vaikutus siihen, millaista puhetapaa hän masennuslääkeilmiötä merkityksellistäessään käyttää. Tässä tapauksessa humanististen tieteiden edustajat (psykologit, sosiologit ja filosofit) asettuvat kiistakentän kriittiselle puolelle, ja luonnontieteilijät (lääkärit, psykiatrit ja farmakologit) edustavat muutamaa poikkeusta lukuunottamatta masennuslääkeilmiön puolustusta. Se enemmistö, joka luonnontieteilijöillä on aineiston asiantuntijoiden joukossa, sekä puoltavan puhetavan hegemoninen asema masennuslääkeilmiötä koskevien merkitysten tuottajana kertovatkin omalta osaltaan siitä tosiseikasta, että lääkäreitä ja psykiatreja pidetään masennuslääkeilmiön kohdalla vaikutusvaltaisimpana tiedontuottajaryhmänä.

7. MASENNUSLÄÄKEILMIÖTÄ TUKEVA DISKURSSI

Tässä luvussa lähdän jäljittämään masennuslääkeilmiötä myönteisesti merkityksellistävän puhetavan taustalla vaikuttavaa diskurssia, joka tukee masennuslääkeilmiön olemassaoloa ja vahvistumista. En kuitenkaan oleta, että jostakin

on löydettävissä valmis paketti, diskurssi, johon masennuslääkeilmion synty ja olemassaolo kaikkineen perustuu. Pikemminkin diskurssin jäljittämisessä on kysymys kokoamistyöstä, jossa selvitän millaisia kulttuurisia oletuksia ja 'totuuksia' masennuslääkeilmiötä puolustavan puhettavan taustalta hahmottuu. Näitä puoltavan puhettavan taustalla olevia tiedon muotoja ja järkeilyn periaatteita kutsun kokoavasti *masennuslääkeilmiötä tukevaksi diskurssiksi*.

Mielenkiinnon kohteena on siis edelleen masennuslääkeilmiötä hyväksyttävä ja oikeuttava hegemoninen puhetapa, mutta nyt lisäksi myös sen taustalla vaikuttava diskursiivinen muodostelma. Viimekätisenä tarkoituksena onkin analysoida ja kritisoida tuota masennuslääkeilmiötä tukevaa diskurssia, jonka perustalta masennuslääkeilmiö tuotetaan hyväksyttävänä.

7.1 MASENNUSLÄÄKEILMIÖN PUOLUSTUKSEN KULTTUURISET KERROSTUMAT

Diskursiivisten muodostelmien jäljittämisessä käytän apuna kulttuurisen kerrostuman käsitettä. Olen poiminut puoltavasta puhettavasta esille neljä keskeistä oletusta tai väitettä, joita puolustaessaan asiantuntijat käyttävät toistuvasti nk. 'yhteisesti jaettuina tulkintaresursseina', toisin sanoen orientoituvat yleisesti tunnettuihin kulttuurisiin käsityksiin tai keskusteluihin. Asiantuntijapuheesta esille nostamani väitteet ovat: "*masennus on biologinen sairaus*", "*masennuslääke parantaa masennuksen*", "*masennuksen lääkitsemättä jättäminen on hoitovirhe*" sekä "*masennuslääke tukee psykoterapiaa*". Kaksi ensimmäistä väitettä nojaavat biolääketieteellistä sairauskäsitystä koskevaan kulttuuriseen kerrostumaan, kolmas lääkäreiden ammattietiikkaan, ja neljäs puolestaan kiinnittyy kulttuuriseen keskusteluun, joka koskee psykoterapian ja masennuslääkkeiden suhdetta.

Masennuslääkeilmiötä puoltavan puhettavaan yhdistyy siis tiettyjä kulttuurisia kerrostumia, vakiintuneita selittämisen tapoja, joihin asiantuntijat tukeutuvat merkityksellistäänsä masennuslääkeilmiötä. Biolääketieteellinen sairauskäsitys sekä lääkäreiden ammattietiikka edustavat nk. yhteisymmärryksellisiä ontologioita perinteisemmässä mielessä, sillä niiden tarjoamaan selitystapaan ja ajattelumalliin puoltavassa puhettavassa voidaan tukeutua 'suoraan'. Psykoterapian ja masennuslääkkeiden suhdetta koskeva keskustelu on siinä mielessä erilainen kulttuurinen kerrostuma, että sen kohdalla yhteisymmärrys vallitsee tavallaan vain kyseisen keskustelun käymisen mielekkyydestä, eli siitä että aihe on jossain mielessä relevantti.

Asiantuntijat eivät siis voi tukeutua tähän keskusteluun suoraan, vaan heidän täytyy ensin ottaa jokin positio keskustelijoiden joukossa.

Kyseistä keskustelua voi kuitenkin pitää vakiintuneena selittämisen tapana sen vuoksi, että se on tilanteisen puhetahtuman ulkopuolinen yleinen tulkintaresurssi johon asiantuntijat voivat orientoitua merkityksen annossaan. Lisäksi on tärkeää huomioida, että tällainen yksittäinen keskustelukin on saattanut muodostua 'yhteisymmärrykselliseksi ontologiaksi': tällöin keskustelussa ovat mukana vain tiettyyn vakiintuneeseen ajattelumalliin sopivat näkökulmat, ja joitakin vaihtoehtoisia tai vakiintunutta ajattelumallia haastavia näkökulmia taas on rajattu kokonaan keskustelun ulkopuolelle.

Tunnistaessani näitä asiantuntijapuheessa käytettyjä yhteisiä tulkintaresursseja, tärkeää ei ollut huomion kiinnittäminen "kuten yleisesti tiedetään" -tyyppiseen retoriikkaan, sillä kyseiset tulkintaresurssit ovat käytössä jatkuvasti ilman että huomio edes erityisesti kiinnittyy niihin. Pikemminkin tulkintaresurssien tunnistaminen perustui siihen huomioon, että samat asiantuntijapuheessa toistuvat keskustelulliset teemat ovat tulleet vastaan myös aineiston ulkopuolella, eli olen törmännyt niihin kirjallisuudessa.

Biolääketieteellinen sairauskäsitys, lääkäreiden ammattietiikka sekä keskustelu psykoterapian ja masennuslääkkeiden suhteesta ovat siis yleisesti tunnettuja kulttuurista 'tietoa', johon aineistossa tukeudutaan ja viitataan omia näkemyksiä perusteltaessa, ja jotka toimivat masennuslääkeilmiötä jäsentävänä ja rakentavana 'yhteisymmärryksellisenä ontologiana'. Seuraavassa käyn läpi näitä vakiintuneita kulttuurisia tulkintatapoja, ja tarkastelen millaisiin tiedon muotoihin tai rationaalisuuden kriteereihin ne perustuvat. Lisäksi tarkastelen kuinka kyseisiin vakiintuneisiin selittämisen tapoihin tukeudutaan masennuslääkeilmiötä puoltavassa puhettavassa ja millaisia vaihtoehtoisia näkökulmia tämänkaltainen tukeutuminen jättää alleen tai rajaa ulos.

7.1.1 BIOLÄÄKETIETEELLINEN SAIRAUSKÄSITYS

"Masennus on viimekädessä biologisista syistä johtuva sairaus, jonka aivojen kemialliseen toimintaan vaikuttava lääke voi parantaa" on väite, joka nojaa biolääketieteelliseen sairauskäsitykseen, ja edelleen tuon sairauskäsityksen taustalla vaikuttavaan dualistiseen mielen ja ruumiin välilliseen erotteluun. Nämä käsitykset toimivat siis nk. yleisenä tulkintaresurssina, kun puoltavassa puhettavassa merkityksellistetään masennusta ja masennuslääkkeitä.

Biolääketieteellisen käsityksen mukaan sairaus on biologisen mekanismin toimintahäiriö, ja sen parantamisen lähtökohta on fysikaalinen tai kemiallinen väliintulo, jolla tietyn elinjärjestelmän toimintahäiriö korjataan. Tällainen sairauskäsitys pohjautuu alkujaan Descartesin ajattelusta seuranneeseen dualistiseen selitysmalliin, jonka vaikutus länsimaiseen lääketieteeseen on ollut valtaisa: kahtiajako ruumiin ja mielen välillä salli lääkäreiden alkaa keskittymään sairauksien hoidossa vain ruumiiseen, joka miellettiin mielestä selvästi erilliseksi ja näin myös erikseen parannettavissa olevaksi. (Myllykangas & Ryyänen 2000, 31.) Perinteisessä lääketieteessä sielu ja ruumis muodostivat kosmisen järjestykseen kuuluvan yhtenäisen kokonaisuuden, mutta uuden ajan lääketiede alkoi erottaa ne jyrkästi toisistaan (Roudinesco 2000, 47).

Biolääketieteellisen sairauskäsityksen taustalla vaikuttava mieli-ruumis -dualismi on siis johtanut ihmisruumiin tarkasteluun 'koneena', jonka yksittäisiä osia tai toimintahäiriötä pystytään erikseen 'korjaamaan'. Lääketieteen edistyessä onkin alettu keskittyä yhä pienempiin ja pienempiin osiin ruumista tutkittaessa sairauksien syitä. Viime vuosisadan lääketieteen kehitystä luonnehtii lääkehoidon ja molekyyli- ja solubiologian nopea ja voimakas kehittyminen. Tällä hetkellä biolääketieteellinen tutkimus keskittyy siis selittämään sairauksia molekyyli-tason ilmiönä. (Myllykangas & Ryyänen 2000, 32 ja 49.)

Psykiatrian piirissä ihminen määritellään virallisesti bio-psyko-sosiaaliseksi kokonaisuudeksi, jonka mielenterveyteen vaikuttavat yhtä lailla psykologiset ja sosiaaliset, kun biologisetkin tekijät. Kliinisen psykiatrian vaikutusvaltaisen oppikirjan mukaan *"mielenterveyden kehitysprosessissa ihmisen biologia ja psykologia kasvavat vaihe vaiheelta yhteen niin, ettei niitä voida enää koskaan erottaa toisistaan"*, jonka vuoksi *"kiistely mielenterveyden biologisesta tai psykologisesta luonteesta on pohjimmiltaan hyödytöntä"* (Lönnqvist ym. 1999, 13-15).

Psykiatriassa on kuitenkin meneillään voimakas aivotutkimuksen ja biologisen psykiatrian vaihe, jonka vuoksi biolääketieteellinen sairauskäsitys elää edelleen sitkeästi. Psykiatria kuuluukin tieteenalana lääketieteen piiriin, ja sen status on vahvasti 'luonnontieteellinen': sairauksien yhteydessä todetut biologiset muutokset ovat tieteenalan näkökulmasta 'primaareja' ja todellisia verrattuna psykologiseen tai etenkin sosiaaliseen 'pintatasoon'. Kun siis viimein on saatu todistettua, että masennus on 'mitattavissa' myös aivotoiminnan muutoksina, on tästä biologisesta havainnoista tehty masennuksen etiologiassa uusi pääasia ja 'perusta'. Tämä taas vaikuttaa psykiatrian sairauskäsitykseen niin, että kun jonkin psyykkisen häiriön, kuten masennuksen,

biologinen tausta löytyy, annetaan sille ensisijainen asema syiden hierarkiassa. Mielenterveyden häiriöiden selittämisessä palaudutaan siis lopulta aina luonnontieteelliselle tasolle, ihmisen biologiaan ja kemiaan asti, sillä psykiatrisen näkemyksen mukaan psyykkistenkin sairauksien viimekätinen selittävä tekijä löytyy biologiasta. (Andersson 2000, 8; Reuter & Ruusuvuori 1994, 27-28.)

Tämän seurauksena myös käytännön psykiatriassa näyttäisi edelleen vallitsevan dualistinen ajattelumalli, jonka mukaisesti mieltä ja ruumista tarkastellaan toisistaan erillisinä tasoina. Dualistinen ajattelutapa näkyy myös oman aineistoni kohdalla niissä puhetavoissa, joita psykiatrit käyttävät kuvaillessaan masennuksen olemusta. Usein selvityksissä tukeudutaan jyrkkäänkin jakoon mielen ja ruumiin välillä tehtäessä eroa biologisista syistä johtuvan masennuksen ja 'puhtaasti psyykkisen' ongelman välillä: *"Kun masennuksen taustalla on biologisia tekijöitä, ongelmia ihmisen biologisessa rakenteessa, lääkkeen käyttö voi auttaa... ...Jos taas masennus perustuu puhtaasti psyykkisiin ongelmiin, lääkkeestä ei ole hyötyä"* (Klemetilä 1995, 52).

Biolääketieteelliselle sairauskäsitykselle ominainen tapa tarkastella ihmisen ruumista ikäänkuin osiansa summana näkyy masennuslääkeilmiötä puoltavassa puhetavassa etenkin niissä tavoissa, joilla masennuslääkkeitä ja niiden toimintatapaa merkityksellistetään. Puhetavassa uusimpien masennuslääkkeiden korostetaan todella vaikuttavan spesifisti vain tiettyyn aivojen toimintahäiriöön. Tämän tyyppisessä täsmälääke -ajattelussa ihminen ikäänkuin pilkotaan pieniksi osiksi, joissa esiintyvät häiriöt voi hoitaa yhden kerrallaan.

Konemainen näkemys ihmisestä ei enää vaikutakaan ainoastaan biologisten hoitomenetelmien piirissä, vaan leviää myös terapeutin hoitoon: *"Myös psykoterapiassa ollaan menossa yhä täsmällisempiin vaikutuksiin. Potilaan ei enää tarvitse ottaa koko itsetukiskelun pakettia, vaan hoidossa voidaan saada tennispelaaja lyömään tehokkaammin tai pelokas ihminen toimimaan vapautuneemmin. Hoidetaan vain se ongelma, joka halutaan korjata"* (Klemetilä 1995, 52). Biolääketieteellinen sairauskäsitys näyttäisi siis heijastuvan laajemminkin psykiatrian ihmiskuvaan ja hoitokäytäntöihin: psykoterapiakin on tyypistymässä oireista eroon pääsemisen tekniikaksi (Roudinesco 2000, 40).

Masennuksen määrittely sairaudeksi, jolla on biologinen pohja tekee lääkkeiden käytöstä hyväksyttävämpää. Tämän vuoksi biolääketieteellistä sairauskäsitystä käytetään masennuslääkeilmiötä puoltavassa puhetavassa kulttuurisena tulkintaresurssina masennusta merkityksellistäessä. Kielteinen asennoituminen

masennuksen lääkehoitoon johtuukin epäilemättä paljolti juuri masennuksen mieltämisestä olemukseltaan ennenkaikkea psykososiaaliseksi ilmiöksi (vrt. Huttunen 1996, 13). Kun siis puoltavassa puhetavassa kuvaillaan masennusta etiologialtaan monisyiseksi (myös psykologiset ja sosiaaliset syyt) ja kokonaisvaltaiseksi tilaksi, näyttäisi tällöin olevan erityisesti tarpeen korostaa biologisten syiden ensisijaisuutta, eli masennuksen biolääketieteellistä perustaa.

Masennuksen määrittelytavalla on siis merkittävä vaikutus siihen, miten sen hoitamiseen masennuslääkkeillä suhtaudutaan. Tähän ajatukseen perustuen voi väittää, että masennuksen määrittely kapea-alaisesti biolääketieteen näkökulmasta syrjäyttää sen sosiaalisten syiden vakavasti otettavan ja laaja-alaisen pohtimisen. Yksittäisten masennustapauksien kohdalla voidaan toki biolääketieteellisen määrittelynkin piirissä huomioida masennukseen johtaneet sosiaaliset syyt, kuten ihmissuhteen päättymisen tai jopa työttömäksi jääminen. Nämä ovat kuitenkin syitä, jotka mahtuvat sisään vallitsevaan lääketieteen selitysmalliin. Ne edustavat 'masennuksen laukaisijaa', tekijää josta seurauksena on biologisesti ilmenevä sairaus, jonka lääkehoito voi parantaa.

Vaihtoehtoisen määrittelytavan mukaan masennuksen kohdalla ei kuitenkaan voida puhua sairaudesta somaattisessa mielessä, vaan pikemminkin olemassaolon tilasta. Tällöin parantuminen merkitsee kokonaisvaltaista muutosta siinä tavassa, jolla ihminen on olemassa. (Roudinesco 2000, 48.) Hypoteettisesti voi ajatella, mitä seuraisi, jos masennus mielletäisiin kulttuurissamme esimerkiksi "eksistentiaalisesta ahdistuksesta, elämän tarkoituksen hämärtymisestä ja kuoleman pelosta johtuvaksi tilaksi, (joka toki myös ilmenee biologisina muutoksina, koska ihminen on myös ruumiillinen olento)." Tällöin masennuslääkkeiden käyttö masennustilan ensisijaisena hoitokeinona, tai varsinkin "masennuksen parantajana" vaikuttaisi hyvin kyseenalaiselta. Sen sijaan huomio kiinnittyisi kulttuurimme tai elämäntapamme mielekkyyteen, tai 'mielettömyyteen', siihen millaisia merkityksiä annamme elämälle ja olemiselle. Sosiaalisten syiden laaja-alaisella pohtimisella tarkoitankin juuri niiden syiden vakavasti otettavaa erittelyä, jotka yhteiskunnassamme ja kulttuurissamme aiheuttavat masennusta.

Myös masennuslääkkeiden toimintatavan merkityksellistäminen nojaa puoltavassa puhetavassa biolääketieteelliseen sairauskäsityksen yleisenä tulkintaresurssina. Puhetavan määritelmän mukaan masennuslääke parantaa masennuksen poistamalla sen biologisen syyn: kysymys on siis oireiden helpottumisen ohella myös sairauden paranemisesta. Tällainen tapa merkityksellistää masennuslääkkeiden vaikutusta ei ole yhdentekevä, vaan silläkin on seurauksena siihen, kuinka hyväksyttävänä

masennuslääkkeiden käyttöä pidämme. Kun masennus mielletään "häiriöksi aivojen välittäjäaineenvaidunnassa", tuntuu uskottavalta, että masennuslääke, joka korjaa tuon häiriön, todella parantaa masennuksen.

Masennuslääkkeet tähän tapaan merkityksellistävän puhutavan vakuuttavuutta lisää se, että myös lääkkeiden käyttöön liittyviä mahdollisia ongelmia otetaan esille ja pohditaan. Esiin otettavat kysymykset ovat kuitenkin ongelmia, jotka mahtuvat biolääketieteelliseen sairauskäsitykseen perustuvan masennuslääkemäärittelmän piiriin. Tällaisia masennuslääkkeiden käyttöön liittyviä ongelmia ovat esimerkiksi mahdolliset sivuvaikutukset tai riippuvuus, mahdollinen liikakäyttö väestöllisellä tasolla ja käytön aloittamiseen liittyvä epätietous siitä vaikuttaako lääke varmasti. Kaikkien näiden ongelmien yhteinen lähtökohta on kuitenkin se, että lääkkeiden onnistunut käyttö parantaa sairauden. Masennuslääkkeiden biolääketieteellisen määrittelytavan sisältä samaisen määrittelytavan piiriin mahtuvat ongelmat on tietysti helppo selittää pois tai kumota: mitä nuo ongelmat ovat sen rinnalla että kuluttava sairaus paranee?

Masennuslääkkeiden käyttöön liittyvät ongelmat, joiden lähtökohta ei ole biolääketieteellisessä masennuslääkkeen vaikutuksen määrittelyssä, tulevat selkeimmin esille medikalisaatiokriittisen puhutavan merkityksenannoissa. Kun masennuslääkkeet määritellään medikalisaatiokriittisesti "vain oireiden lievittäjiksi, jotka jättävät taudin varsinaisen syyn koskemattomaksi", nousee esille monenlaisia ongelmia tai huolen aiheita, jotka liittyvät ensisijaisesti masennuslääkkeisiin perustuvan hoitomallin mielekkyyteen. Tästä näkökulmasta masennuslääkkeitä täytyisi pitää vain "ensiapuna" masentuneen ihmisen hoidossa. Puoltavan puhutavan piiristä on siis suljettu pois monia varsinaisia masennuslääkkeiden käytön lisääntymiseen liittyviä huolen aiheita: näin huomio on ikäänkuin saatu pois varsinaisesta kritiikistä kääntämällä se kohti sellaisia kapea-alaisempia ongelmia, jotka puhutavan käsitysten ja merkitystenantojen mukaisesti kyetään väistämään.

7.1.2 KESKUSTELU PSYKOTERAPIAN JA MASENNUSLÄÄKKEIDEN SUHTEESTA

"Masennuslääkkeiden käyttö ei sulje pois psykoterapian mahdollisuutta vaan päinvastoin parantaa sen edellytyksiä" on väite, joka nojaa kulttuurisena tulkintaresurssinaan yleiseen, kirjallisuudessa ja julkisuudessa paljon käytyyn keskusteluun psykoterapian ja masennuslääkkeiden suhteesta. Tämä keskustelu toimii siis nk. vakiintuneena selittämisen tapana, johon puoltavassa puhutavassa vedotaan hyväksyttäessä masennuksen lääkehoitoa ja masennuslääkeilmiötä.

Käsittelin jo aikaisemmin kysymystä siitä, missä mielessä tällainen ristiriitaisiakin mielipiteitä herättävä keskustelu voi toimia "vakiintuneena selittämisen tapana". Totesin, että keskustelun kohdalla ontologinen yhteisymmärrys vallitsee kyseisen keskustelun käymisen mielekkyydestä, eli siitä että aihe on jossain mielessä relevantti. Lisäksi masennuslääkkeiden ja psykoterapian suhdetta koskevaa kulttuurista keskustelua voi pitää vakiintuneina selittämisen tapana sen vuoksi, että siinä ovat ylipäättään mukana vain tiettyyn vakiintuneeseen ajattelumalliin sopivat näkökulmat: kyseisestä keskustelusta on siis rajattu kokonaan ulos tiettyjä vaihtoehtoisia näkökulmia.

Masennuslääkkeiden ja psykoterapian välistä suhdetta koskevaa keskustelua taustoittaa masennuslääkkeiden kehittämisessä 1980-luvun lopulla tapahtunut edistysaskel, fluoksetiin keksiminen⁷. Aikaisemmin masennuslääkkeitä käytettiin rajoitetummin vain hyvin vaikeiden masennustilojen hoitoon niiden ikävien sivuvaikutusten vuoksi, ja psykoterapia oli ensisijainen hoitotapa lievemmissä masennustiloissa. Uusien helppokäyttöisempien ja turvallisempien SSRI-lääkkeiden markkinoille tulon myötä myös lievempää masennusta on alettu hanakammin hoitaa lääkkeiden avulla. Tässä tilanteessa on siis herännyt keskustelu siitä, millä tavalla ja kuinka paljon uusien masennuslääkkeiden tulisi korvata psykoterapiaa masennuksen hoitokäytännöissä. (Thormodsen & Holmalahti 1999; Whybrow 1997 ja Kramer 1994.)

Kysymys masennuslääkkeiden ja psykoterapian sopivasta suhteesta masennuksen hoidossa herättää tietenkin erimielisyyttä asiantuntijoiden joukossa, ja mielipiteet asiasta vaihtelevatkin kahden ääripään välillä. Äärimmilleen viedyt näkemykset, eli käsitys ettei psykoterapiaa tarvita enää laisinkaan masennuslääkityksen lisäksi tai käsitys, jonka mukaan lääkkeitä tulisi edelleenkin käyttää vain vakavimmissa tapauksissa, ovat kuitenkin harvinaisia. Vaikka psykoterapian ja lääkkityksen painoarvoista ja sopivasta suhteesta käydään vilkasta keskustelua, yhteinen näkökulma kuitenkin on, että lääke joko tukee psykoterapiaa tai ei ainakaan estä sitä. Yhtä mieltä ollaan siis siitä, että johtui masennus sitten ensisijaisesti kummasta syystä - biologisesta tai psyykkisestä - tahansa niin molempiin puuttuminen hyväksi paranemiselle.

Masennuksen hoitoon käytettävistä terapiamuodoista vanhinta ja perinteisintä edustaa psykoanalyysi, jossa ideana on mielenterveyden häiriöiden perimmäisten syiden jäljittäminen syvältä yksilön varhaisemmista kokemuksista ja psyyken 'tiedostamattomista' osista: psykoanalyttisessä terapiassa masennuksen perimmäisen syyn

⁷ks. luku 3.1

tiedostamista pidetään siis tärkeimpänä edellytyksenä 'paranemiselle'. Tästä huolimatta edes psykoanalyttikot eivät kuitenkaan ota psykoterapian ja lääkkeiden suhdetta koskevassa keskustelussa kantaa, jonka mukaan masennuksen lääkehoito itsessään olisi ristiriidassa puhumiseen perustuvan teraphoidon kanssa. (kts. Roudinesco 2000, 31.)

Masennuslääkeilmiötä puoltavassa puhetavassa käytetään masennuslääkkeiden ja psykoterapian suhdetta koskevaa keskustelua yleisenä tulkintaresurssina, kun haetaan tukea väitteelle, jonka mukaan lääkkeiden käyttö edistää myös psykoterapeuttista hoitoa. Asiantuntijat eivät voi kuitenkaan tukeutua tähän tulkintaresurssiin suoraan merkityksellistäänsään masennuslääkeilmiötä puoltavan puhetavan mukaisesti, vaan heidän täytyy ensin ottaa jokin positio keskustelijoiden joukossa.

Kyseiseen keskusteluun viitataankin puheessa usein yhteyksissä, joissa haetaan masennuslääkeilmiölle hyväksyntää niiden joukossa, jotka mielessään määrittelevät masennuksen ennenmuuta psyykkiseksi ilmiöksi. Tämän vuoksi positio, joka puoltavassa puhetavassa otetaan keskustelijoiden joukosta on siis hyvinkin psykoterapiamyönteinen: *"Naukkarinen (psykiatri) ei millään tavoin ole terapia-vastainen, päinvastoin hänen mielestään masennuspotilaita pitää hoitaa kaikin mahdollisin keinoin"* (Hietanen, 9). *"Se (lääkitys) ei suinkaan estä samanaikaista psyykkisten ongelmien ja ristiriitojen selvittämistä, vaan joskus päinvastoin helpottaa psykoterapeuttista työskentelyä"* (Klemetilä, 51).

Kun siis masennuslääkkeiden ja psykoterapian välistä suhdetta koskevaa keskustelua käytetään puoltavassa puhetavassa yhteisenä tulkintaresurssina, hyväksytään masennuksen määrittelyssä tällöin sen psykologinen puoli, joka vaatii 'psykologista hoitoa'. Tämä tekee masennuslääkeilmiöstä hyväksyttävän ja hyödyllisen siinäkin tapauksessa, että masennuksen perussyynä mielletään psykologiseksi. Se, että keskustelua lääkkeiden ja terapian suhteesta käytetään masennuslääkeilmiön hyväksyttämiseksi ns. yhteisymmärryksellisenä ontologiana rajaa kuitenkin ulkopuolelleen ne näkökulmat, joita itse keskusteluun ei lainkaan ole otettu mukaan. Keskustelun tarjoama kysymyksenasettelu - "missä suhteessa lääkkeitä ja terapiaa tulisi masennuksen hoidossa käyttää?" - syrjäyttää kokonaan näkökulman masennuksen sosiaalisesta ulottuvuudesta.

Mikäli masennus tässäkin yhteydessä hypoteettisesti määritellään ensisijaisesti yhteiskunnallisista tai kulttuurisista olosuhteista johtuvaksi tilaksi, sen hoitoon ei silloin tarjota 'lopullista' ratkaisua sen paremmin psykoterapia kuin masennuslääkkeetkään. Masennus ymmärretään masennuslääkeilmiötä puoltavassa puhetavassa hyvin

yksilöllisenä ongelmana, jonka hoidossa on käytettävä yksilöön kohdistuvia menetelmiä. Masennuksen yhteiskunnallisen luonteen korostaminen onkin se ajattelutapa, joka haastaa lääkkeiden ja terapian suhteesta käytävässä keskustelussa vallitsevaa vakiintunutta ajattelumallia.

7.1.3 LÄÄKÄREIDEN AMMATTIETIIKKA

Yksi masennuslääkeilmiötä puoltavan puhutavan punaisista langoista on useissa yhteyksissä esiintuleva vahva moraalinen vetoamus masennuksen aiheuttaman kärsimyksen lievittämisen puolesta. Tällöin asiantuntijapuheessa painotetaan masennuslääkkeiden käytön välttämättömyyttä masennuspotilaiden kärsimyksien lievittämiseksi, ja esitetään useimmiten muodossa tai toisessa myös väite, jonka mukaan "masennuksen lääkitsemättä jättäminen on hoitovirhe". Lääkäri, joka ei kokeile masennuksesta kärsivän ihmisen kohdalla myös masennuslääkitystä, ei siis tee työtään kunnolla. Lääkärin mahdollisessa masennuslääkevastaisuudessa ilmenevä välinpitämättömyys potilaan kärsimystä kohtaan kertoo puoltavan puhutavan mukaan myös siitä, ettei lääkäri noudata ammattinsa eettisiä periaatteita.

Kun masennuslääkkeiden käytön yleistymisen merkityksellistetään puoltavassa puhutavassa moraalisen toiminnan kannalta välttämättömäksi ilmiöksi, käytetään kulttuurisena tulkintaresurssina 'lääkäreiden ammattietiikkaa'. Vanhimmat tunnetut lääkärien eettiset ohjeet ovat yli 2000 vuotta vanhoja: jo nk. *Hippokrateen valassa* kehoitettiin elämän säilyttämiseen ja kunnioittamiseen. Tärkeinä pidettyjä lääkärien etiikan pääperiaatteita on kirjattu ylös historian kuluessa myös useissa muissa julistuksissa. Suomen lääkäriliitto hyväksyi itselleen ensimmäiset eettiset ohjeet vuonna 1956. (Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2000.)

Vaikka lääkärien eettisiä ohjeita onkin aika ajoin uudistettu lääketieteen kehittymisen mukanaan tuomien tarpeiden mukaan, ovat peruslähtökohdat ja -arvot kuitenkin pysyneet muuttumattomina. Lääkärin toiminnan moraalinen perusta on siis edelleen sama kuin antiikin lääketieteen aikana: sen ytimessä on myötätunnon ja vastuun periaatteille rakentuva lääkärien ja potilaan kohtaaminen. Tärkeimpänä arvona lääkärien ammatissa pidetään siis *hyvän tekemistä*, myötätuntoa kärsivää ihmistä kohtaan. Suomen lääkäriliiton julkaisemissa *lääkärien eettisissä ohjeissa* ensimmäisenä mainittu ohje kuuluu: "*Lääkärien velvollisuutena on suojata ihmiselämää ja lievittää kärsimystä. Hänen tulee pitää päätavoitteenaan edistää terveyttä ja sen saavuttamista.*" Kärsivän ihmisen auttaminen ja potilaan terveyden edistäminen ovat niitä eettisiä lähtökohtia, josta kaikki muut ohjeet seuraavat. (Suomen lääkäriliitto 2000, 7-8 ja 11.)

Masennuslääkeilmiötä puoltavassa puhetavassa lääkäreiden ammattietiikkaan tukeudutaan kulttuurisena tulkintaresurssina yhteyksissä, joissa masennuslääkeilmiö uhkaa näyttäytyä moraalisesti arveluttavassa valossa. Esimerkiksi kriittiset kysymykset siitä, onko oikein hoitaa lääkkeiden avulla sosiaalisia ongelmia (kuten työttömyydestä johtuvaa masennusta) tai etiologialtaan selvästi psykologisia ongelmia (kuten surua), saavat usein vastaansa lääkäreiden ammattietiikkaan tukeutuvan puolustuksen.

Lääkkeiden käytön moraalista punnitsemista pidetään siis potilaan kannalta vaarallisena: *"Asiallinen keskustelu masennuslääkkeiden käytön hyödyistä ja haitoista edellyttää vapautumista usein varsin jäykän moralistisesta suhteesta lääkkeiden käyttöön psyyken tasolla ilmenevien oireiden ja oireyhtymien hoidossa... ..Vakavat masennustilat ovat psyykkisesti tavattoman tuskallisia ja kuluttavia, joihin liittyy korkea itsemurha-kuolleisuus. Asenteellinen lääkekielteisyys on vakavien masennustilojen hoidon kannalta pelottava kannanotto"* (Huttunen 1996, 13-14).

Puoltavan puhetavan mukaan masennuslääkkeiden käytön moraalinen arvostelu on siis tavallaan masennuksesta kärsivän potilaan kannalta epämoraalista. Lääkäreiden ammattietiikan tarjoamaan moraaliseen näkökulmaan tukeutumalla rajataan ulos muihin näkökulmiin, kuin potilaan välittömään etuun liittyvät moraaliset pohdinnat. Keskustelu masennuslääkkeiden käytön etiikasta 'kuoletetaan' alkuunsa toteamalla, että tilanteessa ei ole mitään epäselvää. Tällöin kysymys siitä, onko lääkehoito masennuksen yhteydessä oikein vai väärin ratkaistaan kokonaisuudessaan lääkäreiden ammattietiikan peruseriaatteisiin vetoamalla, ja keskustelusta rajautuvat ulos muut moraaliset näkökulmat.

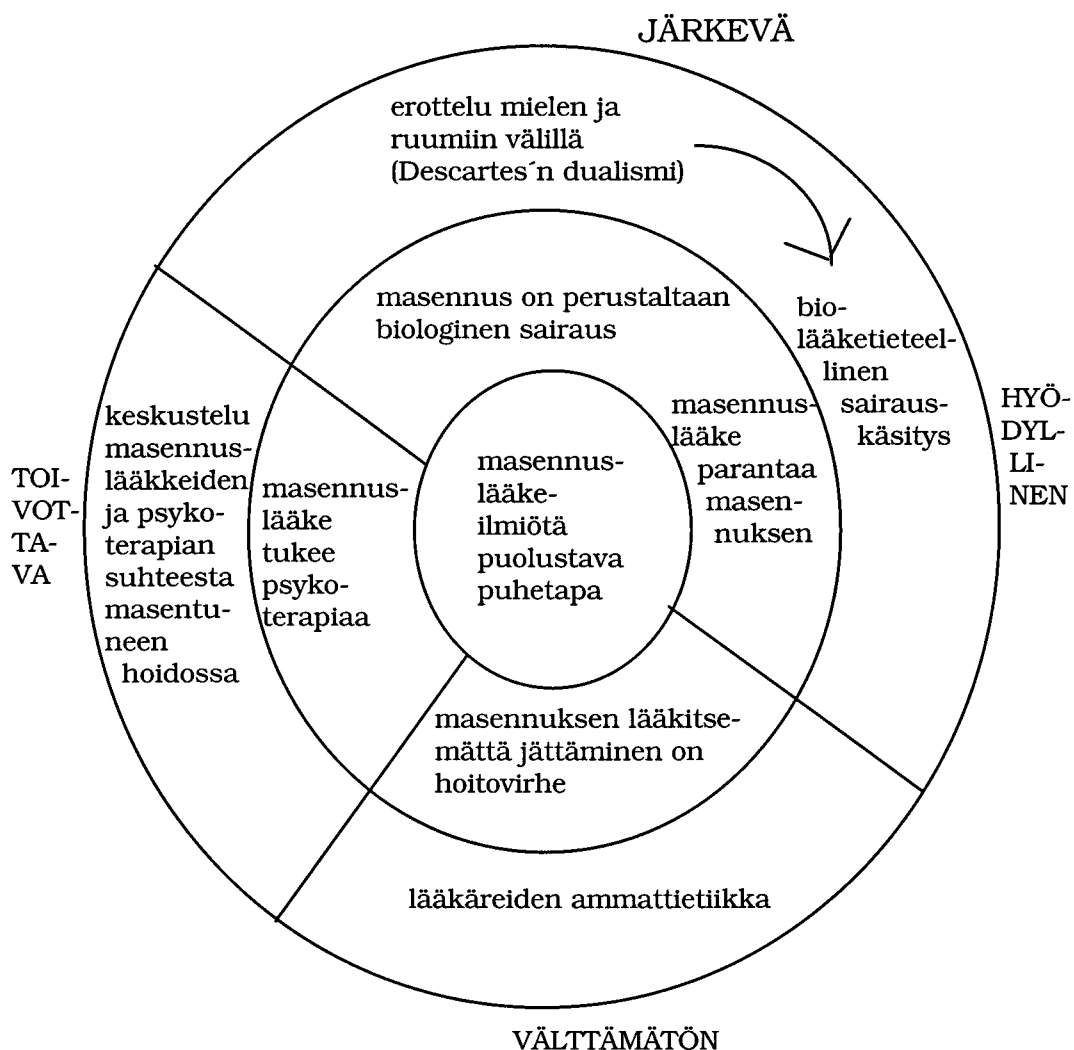
Kuten masennuslääkeilmiötä puoltavan puhetavan esittelyn yhteydessä (luku 6.4) kävi ilmi, ei lääkäreiden ammattietiikkaan turvauduta vain yksittäisten vakavasta masennuksesta kärsivien potilaiden lääkehoitoa puolustettaessa. Sitä käytetään kulttuurisena tulkintaresurssina myös yhteyksissä, joissa puhutaan masennuslääkkeiden käytön lisääntymistä yleisellä tasolla, toisin sanoen merkityksellistetään masennuslääkeilmiötä kokonaisuudessaan. Tällöin lääkäreiden ammattietiikkaan tukeutumalla sivuutetaan se masennuslääkeilmiöön liittyvä olennainen seikka, ettei masennuslääkkeitä käytetä vain vakavien masennustilojen hoidossa.

Kun siis puoltavassa puhetavassa hyväksytetään masennuslääkkeiden käytön yleistymistä vetoamalla potilaan huomattaviin kärsimyksiin ja lääkärin

voimattomuuteen sosiaalisten ongelmien edessä, rajataan masennuslääkeilmion ulkopuolelle kokonaan ne monet lääkkeiden käyttäjät, jotka eivät kärsi vakavasta masennuksesta. Syykin on selvä: masennuslääkkeiden käytön puolustaminen lääkäreiden ammattietiikkaan tukeutuen ei olisi uskottavaa sellaisten tapausten kohdalla, joissa potilaalla on vain lieviä masennusoireita. Lääkäreiden ammattietiikan käyttö yhteisymmärryksellisenä ontologiana kääntää siis huomion pois siitä tulkinnasta, jonka mukaan masennuslääkeilmiossa on kokonaisuutena kysymys ennenkaikkea siitä, että lääkkeitä on alettu käyttää jatkuvasti enemmän myös lievien masennusoireiden hoidossa.

7.2 JÄRKEVÄ, HYÖDYLLINEN, TOIVOTTAVA JA VÄLTTÄMÄTÖN MASENNUSLÄÄKEILMIÖ

Edellä sanotun perusteella olen visualisoinut seuraavanlaisen kuvion (kuvio 2), jota kutsun *masennuslääkeilmion puolustuksen kulttuuriseksi kontekstikehäksi* :



Masennuslääkeilmiön puolustuksen kulttuurisella kontekstikehällä ovat siis näkyvissä ne kulttuurisesti jaetut tiedot, jäsentelytavat ja käsitykset, joihin masennuslääkeilmiön hyväksyttäminen perustuu eli joista ammentaan se tuotetaan järkevänä, hyödyllisenä, oikeutettuna ja välttämättömänä sekä lopulta, ajattelutapojen vakiinnuttua, myös itsestäänselvänä eli luonnollisena. *Näin ollen kehän kerrostumat, ajattelumallit joille ne perustuvat ja tapa jolla niihin puoltavassa puhetavassa tukeudutaan muodostavat yhdessä masennuslääkeilmiötä tukevan diskurssin.* Käytän siis apunani kulttuurisen kerrostuman käsitettä jäsentäessäni masennuslääkeilmiötä tukevaa diskurssia asiantuntijapuheen merkitysellistämistapojen taustalta.

Masennuslääkeilmiötä tukevalla diskurssilla tarkoitan tietyistä vakiintuneista tiedon muodoista koostuvaa muodostelmaa, jota resurssina käyttäen masennuslääkeilmiölle annetaan merkityksiä, ja jonka avulla sitä jäsennetään ja tulkitaan. Olen jäljittänyt kyseistä *diskursiivista muodostelmaa* asiantuntijapuheessa esiintyvien puhetapojen 'taustalta' analysoimalla sitä, mitkä ja millaiset todellisuuden jäsentämistavat ovat vaikuttaneet kyseisen puhetavan syntyyn. Seuraavaksi esitän yhteenvedon, jonka tarkoituksena on rakentaa kuva siitä, miltä analyysini kohteena oleva masennuslääkeilmiödiskurssi kokonaisuudessaan näyttää. Samalla erittelen myös sitä, millaisia vaihtoehtoisia tulkintatapoja diskurssi jättää alleen. Tavoitteena on siis vaihtoehtoja esiintuomalla arvioida ja kyseenalaistaa niitä tiedon muotoja, joiden perustalle masennuslääkeilmiön hyväksyttäminen rakentuu.

Millainen siis on se masennuslääkeilmiön kenttää jäsentävä ja merkityksellistävä diskursiivinen muodostelma, joka asiantuntijapuheesta esiin nostetun 'puoltavan puhetavan' taustalla on nähtävissä? Millaisten tiedon muotojen perusteella masennuslääkkeiden käytön lisääntyminen tuotetaan asiantuntijapuheessa *järkeväksi, toivottavaksi, hyödylliseksi ja välttämättömäksi*, siis kaikin puolin hyväksyttäväksi ilmiöksi? Entä millaisia vaihtoehtoisia tulkintatapoja nämä masennuslääkeilmiötä positiivisesti jäsentävän diskurssin sisältämät tiedon muodot jättävät alleen? Tiivistetyt vastaukset näihin tutkimuskysymyksiin olen muotoillut tähän tapaan:

Masennuslääkkeiden käytön yleistyminen näyttäytyy *järkevänä ja toivottavana* kehityskulkuna, kun masennusta tarkastellaan biologisena, lääketieteellisten tautiluokituksien piiriin mahtuvana sairautena, jonka paranemiseen masennuslääkkeillä voi ratkaisevasti vaikuttaa. Masennuslääkeilmiötä ei siis koeta minään ongelmana, vaan päinvastoin: se merkityksellistyy järkevänä ratkaisuna siihen ongelmaan, että masennus on ollut pitkään alihoidettu sairaus. Se, että masennuslääkkeitä kulutetaan jatkuvasti

enemmän on siis hyvin toivottava ja tervetullut ilmiö masennusongelman ratkaisemisessa. Masennusta määriteltäessä biolääketieteellinen sairauskäsitys tiedon muotona syrjäyttää masennuksen ymmärtämisen kokonaisvaltaiseksi tilaksi, jossa on kyse muustakin kuin kemiallisesta häiriöstä aivoissa.

Koska masennuslääkkeiden nähdään parantavan psykoterapian, eli masennuksen 'psykykkisen hoitokeinon' onnistumisen mahdollisuuksia, merkityksellistyy masennuslääkeilmiö tällöin *hyödyllisenä* kehityskulkuna. Masennuslääkkeiden käytön lisääntymisen nähdään siis edistävän myös muiden masennuksen parantamiseen tähtäävien hoitokeinojen onnistumista. Masennuksen hoitokeinot määritellään näin ollen yksilölliseen paranemiseen tähtääviksi menetelmiksi, joissa masennus yritetään poistaa vaikuttamalla yksilön biologiaan tai psyykeen. Tällainen masennuksen hoidon määrittely rajaa tiedon muotona kokonaan pois sen mahdollisuuden, että masennusta olisi mahdollista vähentää myös yleisiin sosiaalisiin tai yhteiskunnallisiin olosuhteisiin vaikuttamalla. Keskustelu kulttuurisen ilmapiirin vaikutuksista masennuksen runsaaseen esiintymiseen näyttäytyy siis 'turhana', koska masennuksen järkevät ja hyödylliset hoitokeinot ovat yksilöllisiä.

Masennuslääkkeiden käytön jatkuva lisääntyminen näyttäytyy *välttämättömänä* ilmiönä, kun sitä tarkastellaan lääkäreiden ammattietiikan valossa. Kun lääkäri on hoidettavanaan vakavasta masennuksesta kärsivä henkilö, hänen moraalinen velvollisuutensa on määrätä tälle masennuslääkkeitä, joiden tietää todennäköisesti helpottavan potilaan kärsimyksiä. Tällöin masennuslääkeilmiö merkityksellistyy kehityskulukuksi, jossa on kysymys pääasiassa vakavaa masennusta sairastavien potilaiden hoidosta. Tämän lisäksi masennuslääkkeiden käytön yleistymiseen liittyvien eettisten ongelmien nähdään koskevan lähinnä yksilön hoitamiseen tai hoitamatta jättämiseen liittyviä kysymyksiä. Kun siis merkityksellistetään masennuslääkeilmiötä kokonaisuudessaan, peittää lääkäreiden ammattietiikkaan nojaaminen tiedon muotona alleen muut kuin lääkärin ja vakavasta masennuksesta kärsivän potilaan kohtaamiseen liittyvät moraaliset kysymykset.

Vaikka edellä esitelty masennuslääkeilmiödiskurssi ei vielä olekaan saavuttanut täysin vankkumatonta hegemonista asemaa, vaan herättää edelleen vastustusta ja kritiikkiä, on sen mukainen masennuslääkeilmiön jäsentämistapa kuitenkin jo käytännössä pitkälti hyväksytty osaksi masennuksen hoitokulttuuria. Diskursiivisessa muodostelmassa on aina kysymys myös vallasta: tällöin kysytään millaisia ideologioita seurauksia on sillä, että tietty diskurssi on saanut valta-aseman, ja tuottaa ilmiötä tavalla, joka saattaa jo vaikuttaa täysin *luonnolliselta* ja *itsestäänselvältä*. Kriittisessä diskurssianalyysissä

tavoitteena onkin painottaa erityisesti tätä kielen käytön *seurauksia tuottavaa* luonnetta.

Kriittisen diskurssianalyysin ideaan kuuluu myös hegemonista asemaa tavoittelevien diskurssien *potentiaalisten* ideologisten seurausten analysoiminen. Omassa työssäni tämä tarkoittaa sen pohtimista, millaisia yhteiskunnallisia vaikutuksia voi seurata siitä, että masennuslääkeilmiötä tuotetaan osaksi yhteiskunnallista todellisuuttamme edellä esitellyn diskurssin jäsentämistapojen mukaisesti. Yhdeksi tutkimustehtävistä olenkin valinnut sen, millaisia sosiaalisia valtarakenteita masennuslääkeilmiön positiivisen merkityksellistämistavan taustalla vaikuttava diskurssi tuottaa ja ylläpitää. Foucault'laisen valta-analytiikan käsitteistöön nojaten olen muotoillut diskurssin seurauksia kysyvän tutkimustehtävän seuraavasti: Millaisia moderneille yhteiskunnille ominaisia vallan hienovaraisia ilmenemismuotoja masennuslääkeilmiössä on mahdollisesti nähtävissä?

Foucault'n mukaan tietyt yhteiskunnalliset hallitsemisen strategiat ovat rationaalisesti puolustettavissa vain tiettyjen, historiallisesti kontingenttien, tiedon muotojen ja järkeilyn periaatteiden varassa. Edellä olen esitellyt, mitä nämä muodot ja periaatteet masennuslääkeilmiön puolustuksen yhteydessä ovat, ja antanut viitteitä siihen, millaisia vaihtoehtoisia näkemyksiä ne jättävät alleen. Seuraavassa luvussa keskityn vallan analysoimiseen, ja esitän masennuslääkeilmiössä esiintyvää hallinnallisuutta koskevia pohdiskeluja.

8. ONNETTOMUUDEN UHKA

Valta on läsnä kaikkialla ja sen ilmenemismuodot ovat moninaiset: yhtäältä tietyt tiedon muodot voivat pitää sisällään kätketyn valta-asetelman esiintymällä totuutena, joka on syrjäyttänyt vaihtoehtoista tietoa. Tällöin on kysymys tiedon tuotannossa esiintyvistä valta-asetelmista, eli niistä vaikutuksista, jotka ovat ehdollistaneet ja rajoittaneet tiedon muodostumista. Edellä olen käsitellyt masennuslääkeilmiötä koskevassa tiedonmuodostuksessa näyttäytyviä valta-asetelmia, eli sitä kuinka tietyt tulkinnanvaraiset tiedon muodot ja järkeilyn kriteerit rakentavat kuvaa masennuslääkeilmiöstä syrjäyttämällä vaihtoehtoisia tietoja.

Toisaalta foucault'laisittain ymmärretty valta on läsnä myös henkilökohtaisessa olemassaolomme, nk. oman itsen politiikassa. Yksilöiden omakohtaiset tuntemukset, kokemukset ja pyrkimykset ovat nykyisissä liberaaleissa demokratioissa yhä

intensiivisemmin yhteiskunnallisten hallintapyrkimysten kohteena. Valta on 'tuottavaa' ja 'normalisoivaa', se on mukana rakentamassa modernin yksilön subjektiutta, nykyajalle ominaista inhimillisen olemassaolon tapaa. (Foucault 1982; vrt.myös Helén 2000, 175.)

Masennuslääkeilmion rajoittuneen tiedollisen tuottamisen lisäksi valta siis esiintyy hienovaraisessa muodossaan myös ilmiön yksilökohtaisella tasolla, niissä henkilökohtaisissa tavoitteissa, valinnoissa ja pyrkimyksissä, joita voi kutsua kokoavasti 'elämänpolitiikaksi'. Tässä viimeisessä kappaleessa jätänkin hetkeksi tieto-valta -kuvion ja siirryn tarkastelemaan masennuslääkkeisiin ja elämänpolitiikkaan kytkeytyvää hallinnallisuuden teemaa. Siirtymä on kuitenkin näennäinen, sillä diskursiivista 'tieto-valtaa' ja yhteiskunnallista 'hallinnallisuutta' ei lopulta voi erottaa toisistaan.

Aloitan masennuslääkeilmioon kytkeytyvän hallinnallisuuden analyysin kytkemällä sen riskiyhteiskunnan problematiikkaan. Ulrich Beckin (1992) lanseeraamalla 'riskiyhteiskunnan' käsitteellä on vaikutusvaltainen asema nyky-yhteiskunnan tilaa jäsentävän sosiologian piirissä: siitä on muodostunut sosiologinen peruskäsite, johon viitataan kun halutaan painottaa perinteisen yhteiskunnan muuttumista yhteiskunnaksi, jonka kehitystä erilaiset modernisaatiokehityksen mukanaan tuomat riskit hallitsevat. (Massa 1990, 10.) Beckin määritelmän mukaan riskeissä on kysymys sellaisista uhista ja epävarmuuksista, jotka ovat modernisaation itsensä käyntiänpänemia (Beck 1992, 21).

Riskissä on siis perimmältään kysymys uhkatekijästä, joka sisältyy toteutettavaan prosessiin. Yhteiskunnallisessa modernisoitumisen prosessissa, jatkuvasti laajenevassa hyvinvoinnin ja taloudellisen kasvun tavoittelussa, näitä uhkatekijöitä on runsaasti. Riskit ovatkin modernisaatiokehityksessä yhteiskunnallistuneet, eli niiden ilmenemistavat ovat kokeneet perinpohjaisen muutoksen, kun yhteiskunta on alkanut tuottaa yhä enenevässä määrin riskejä omissa elinehdoissaan. Beckin analyysissä riskit liittyvät pitkälti ympäristön kuormittamiseen, sekä esim. ydinvoimateollisuuden ja geeniteknologian kehittymisen aikaansaamiin ympäristöuhkiin. Yhteiskuntapolitiikan piirissä riskiyhteiskuntakeskustelua on kuitenkin sovellettu myös 'sosiaalisiin riskeihin', kuten syrjäytymiseen, huono-osaisuuteen tai sairauteen. (Ahponen 1997, 11-12.)

Modernisaation mukanaan tuomat elämäntavan muutokset - etenkin nk. jälkimodernin ajan piirteet, kuten yhteisöjen hajoaminen, perinteistä vapautuminen ja auktoriteettiuskon mureneminen - ovat johtaneet yksilöllistymiseen ja uudenlaisen vapautteen, mutta myös yksilöllisen epävarmuuden ja merkityksettömyyden tunteiden lisääntymiseen.

'Eksistentiaalista turvallisuudentunnetta', joka ennen rakentui sosiaalisen aseman, perinteiden ja uskomusten varaan, on nykyaikana entistä vaikeampi pitää yllä. Modernin yksilön ongelmana on luoda elämälleen merkitys totuuksien paetessa, ja pitää yllä minuitaan sitä tukevien rakenteiden sortumisesta huolimatta. (vrt. Giddens 1991, 47-55)

Tässä valossa länsimaille ominainen mielenterveyden laajamittainen horjuminen, ja etenkin *"läntisten demokratioiden uudeksi psyykkiseksi epidemiaksi"*⁸ kutsuttu masennus, näyttäytyvät modernisaatiokehityksen epätoivottuina seurauksina. Yhteiskunnallisen modernisaatioprojektin tavoitteena olevalla tehokkaalla, taloudellisen kasvun kautta hyvinvoinnin takaavalla yhteiskunnalla on siis ympäristöriskien lisäksi myös "ihmisluonnon sfääreihin" ulottuvat riskinsä: yksilölliseen hyvinvointiin kytköksissä olevat modernisaatiokehityksen seuraukset näyttäytyvät *onnettomuuden uhkana*, minän rakenteiden murtumisena modernin ajan luomien paineiden alla.

Ranskalaisen psykoanalyysin historioitsijan Elisabeth Roudinescon (2000, 150) mukaan 1990-luvun psyykinen oirehdinta poikkeakin huomattavasti aiemmista mielenterveysongelmista: *"Ajallemme tyypilliseen nihilismiin vajonneena he (nykyiset potilaat) potevat narsistisia ja depressiivisiä häiriöitä sekä kärsivät yksinäisyydestä ja identiteetin kadottamisen oireista."* Roudinesco kuvaileekin länsimaisia maailmanlaajuiseen talousajatteluun tempautuneita demokratioita 'masennusyhteiskunniksi': hänen mukaansa yhteiskunnissa, joissa yksilöistä ollaan kiinnostuneita vain hänen menestyksensä määrän laskemiseksi, yhä useammat turvautuvat mieluummin masennuslääkkeisiin, kuin uskaltavat puhumaan psyykkisistä ongelmistaan (Roudinesco 2000, 32 ja 42).

Uhka masennuksen leviämisestä laajamittaiseksi yhteiskunnalliseksi ongelmaksi on siis tulkittavissa yhdeksi modernisaation tuottamista riskeistä. Länsimaiseen 'masennus-epidemiaan', lisääntyvään yhteiskunnalliseen pahoinvointiin ei kuitenkaan ole varaa: modernisaatiokehityksen tuottama onnettomuuden uhka on kyettävä samaan kuriin yhteiskunnallisten hallintakeinojen avulla, mikäli jatkuvalla talouskasvulle perustuva yhteiskunnallinen kehitys halutaan turvata. Tässä valossa tulkitsenkin masennuslääkeilmion 'yhteiskunnallisen riskinhallinnan' tarpeisiin syntyneeksi yritykseksi hallita onnettomuuden uhkaa.

⁸Roudinesco 2000, 21

Masennuslääkeilmiossä näyttäytyvän hallinnallisuuden, eli siihen liittyvän yhteiskunnallisen hienovaraisen vallankäytön jäsenän tapahtuvaksi kahdessa eri muodossa. Molemmat näistä muodoista ovat kytköksissä asiantuntijapuheessa tuotettuun tietoon, mutta keinot tai 'strategiat', joiden avulla hallinta tapahtuu eriävät toisistaan. Ensimmäinen jäsentämistäni vallan muodoista ilmenee *asiantuntijavaltana* ja toinen *sisäistyneenä valtana* eli *itsehallintana*.

8.1 ASIANTUNTIJAVALTA

Asiantuntijavaltaa, eli asiantuntijatiedon merkityksellistä asemaa osana modernien hyvinvointivaltioiden hallintakoneistoa, olen käsitellyt jo aiemmin esitellessäni tutkielmani aineiston luonnetta (kappale 5.2). Tässä yhteydessä korostin masennuslääkeilmiota koskevan asiantuntijatiedon erittelyn merkityksellisyyttä silloin kun halutaan ymmärtää niitä tapoja, joilla masennusta käsitteellistetään toimenpiteitä ja ratkaisuja vaativana ongelmana.

Samaan tapaan asiantuntijatiedolla on tärkeä rooli myös yhteiskunnallisissa riskien hallintapyrkimyksissä. Tässä nk. riskipolitiikassa asiantuntijoiden tehtävänä on tuottaa tietoa, jonka avulla riskejä pyritään rationalisoimaan ja normalisoimaan, eli saamaan hallintaan tiedon avulla (Ahponen 1997, 11). Masennuslääkeilmion näyttäytyessä yrityksenä hallita onnettomuuden uhkaa tällaista asiantuntijatiedon kautta tapahtuvaa riskin hallintaa edustaa analysoimani *masennuslääkeilmion puolustuksen kulttuurisen kontekstikehän* mukainen masennuslääkeilmion merkityksellistäminen.

Tällä (mielen)terveyden alan asiantuntijoilta peräisin olevalla tiedolla on valtava vaikutus siihen, miten ihmiset alkavat kokea ja ymmärtää omat mielenterveydelliset ongelmansa ja suhtautua niiden hoitomahdollisuuksiin. Asiantuntijoiden käyttämän 'puoltavan puhettavan' mukaisesta masennuslääkeilmion merkityksellistämistä seuraa, että ihmiset alkavat itsekin uskoa psyykkisten oireidensa elinperäisyyteen, ja masennuslääkkeiden käytön lisääntyminen aletaan yleisesti kokea hyväksyttäväksi. Asiantuntijavallan edustaman 'vallan muodon' kohdalla hallinta näkyy siis siinä, millainen tieto ihmisen mielenterveydestä ja sen hoitamisesta saa yhteiskunnallisissa käytännöissä totuuden aseman.

Asiantuntijavallan vahva asema näkyy elämänpoliittisella aikakaudella myös niissä tavoissa, joilla yksilöt entistä enemmän turvautuvat asiantuntija-apuun elämäänsä koskevien valintojen tekemisessä. Kun habituaaliset perinteet kahlitsevat yhä vähemmän elämänjärjestystä, tulee yksilön asiaksi päättää, millaiseksi hän elämänsä

haluaa järjestää. Nikolas Rosen mukaan elämän yksilöllistyessä tarvitaankin aina vain enemmän asiantuntijoita opettamaan elämäntaitoja 'tekniikoina', joiden avulla voi uskoa pärjäävänsä paremmin ansaitsevansa enemmän ja olevansa terveempi ja onnellisempi. Tarjolla onkin yhä enemmän ohjeita, opastusta ja neuvontaa 'hyvän elämän' rakentamiseksi. (Ahponen 1997, 178; Rose 1993, 32 ja 37.)

Yleisen tiedontuotannon lisäksi asiantuntijoiden tehtävänä on siis neuvoa yksilöitä heidän henkilökohtaisissa valinnoissaan. Hyvinvointivaltiollinen hallinnallisuus organisoituukin pitkälti monenlaisen asiantuntijaneuvonnan kautta erilaisissa 'kohtaamisissa byrokraattisilla näyttämöillä'. Asiantuntijan antamilla ohjeilla on kyky sitoa yksilöt valitsemiinsa vaihtoehtoihin vapaaehtoiselta vaikuttavalla tavalla, mutta kysymys on kuitenkin lopulta vallankäytöstä, jossa yksilö ohjataan asiantuntijan auktoriteettiin vedoten 'valitsemaan oma parhaansa'. Sakari Hänninen (1986, 185-187) nimittääkin tätä hallinnallisuuden ulottuvuutta modernin valtiollisen vallankäytön muotoja käsittelevässä erittelyssään *"terapeuttiseksi vallankäytöksi"*, ja vertaa sitä Foucault'n käsitykseen pastoraalisesta vallasta, jonka julkilausuttuna tarkoituksena on kohteen *"sielun pelastaminen"*. Vaikka terapeuttinen vallankäyttö siis onkin tärkeä osa yhteiskunnallista hallintaa, korostuu sen toimintatavoissa asiakkaan tai potilaan oman henkilökohtaisen edun turvaaminen.

Masennuslääkeilmiossa näkyvistä vallan muodoista terapeuttinen vallankäyttö tulee erityisen selkeästi esille. Kun ihminen kärsii selittämättömästä psyykkisestä pahoinvoinnista hän on halukas saamaan tietoa siitä, mistä hänen paha olonsa saattaisi johtua ja mikä siihen voisi auttaa. Tällaisessa elämänohjeita vaativassa tilanteessa käännytään usein asiantuntijoiden puoleen joko hakeutumalla vastaanotolle tai vain lukemalla asiantuntijoiden tarjoamia ohjeita erilaisista julkaisuista.

Sen kohdalla, mistä yksilö uskoo pahan olonsa johtuvan, ja minkälaisen 'hoitokeinon' hän valitsee päästäkseen siitä eroon, on olennaisella tavalla kysymys elämänpoliittisesta, omaa minuutta ja oman elämän hallintaa koskevasta valinnasta. Psyykkisen pahan olon selittämiseen ja helpottamiseen onkin virallisen palvelujärjestelmän piirissä tarjolla monenlaista tietoa ja apua. Kuitenkin nykyisessä psykiatriassa vallitsevan 'masennusparadigman' mukaan lähes kaikki esiintuleva psyykkinen oireilu väsymyksestä ja stressistä ja ahdistukseen ja pelkoihin voidaan kuitenkin tulkita jollaintapaa masennuksesta johtuvaksi. Asiantuntijoiden, eli tässä tapauksessa lääkäreiden ja psykiatrien, tarjoamana neuvona on siis yhä useammin erilaisten lievien psyykkisten oireilujen kohdalla masennuslääkkeiden käytön kokeileminen. (Roudinesco 2000, 31.)

Terapeuttisen vallankäytön seuraukset ilmenevät tällöin siinä kehityksessä, että jatkuvasti suurempi määrä psyykkisesti oirehtivia ihmisiä 'valitsee vapaaehtoisesti' asiantuntijan neuvoja seuraten masennuslääkkeiden käytön aloittamisen. Terapeuttisen vallankäytön strategiana on siis 'toteuttaa käytännössä' asiantuntijatiedon tuotannossa järkevinä ja välttämättöminä tuotetut onnettomuuden uhan hallinnassa tarvittavat toimenpiteet. Sen avulla yksilöt voidaan Millerin ja Rosen (1989, 120) sanoin "velvoittaa valitsemaan vapaasti se, mikä kuitenkin on välttämätöntä".

8.2 SISÄISTYNYT VALTA

Edellä esitellyillä asiantuntijavallalla ja terapeuttisella vallankäytöllä on tärkeä asema hyvinvointivaltiollisissa hallinnallisuuden käytännöissä, ja tämä näkyy myös masennusongelman hallintayritysten kohdalla. Nk. *sisäistynyt valta* on mielestäni kuitenkin masennuslääkeilmiötä koskevan valta-analyysin kannalta olennaisin vallan muoto. Se on edellä esiteltyjen vallan muotojen tavoin myös kytköksissä asiantuntijatietoon, mutta strategia jonka kautta hallinta tapahtuu on huomattavasti epäsuorempi. Sisäistyneen vallan olemus on siis tavoitettavissa eri tasoisella tarkastelulla: siinä kysymys on nimenomaan siitä strategiasta, jossa valta on siirtynyt pois yksilön ja yhteiskunnan välisestä suhteesta, ja ottanut uuden muodon yksilön sisäisenä *itsehallintana*. (vrt. Vähämäki 1998, 135-138.)

Niin kutsuttu 'vallan sisäistyminen' tapahtuu silloin, kun ulkoisen hallinnan tekniikat muuttuvat itsen muokkaamisen tekniikoiksi: kun kulttuuriin sidoksissa olevat normit sulatetaan yksilöiden ajatteluun ja toimintaan, tulee identiteetistä hallinnan muoto. Foucault'laisessa ajattelussahan nykyinen itseyden malli, se ihmisenä olemista koskeva normisto, johon kaikki tietäen tai tiedostamattaan pyrkivät, nähdään historiallisena diskursiivisissa käytännöissä rakentuneena vallan tuotteena. Sisäistynyt valta on siis sikäli kytköksissä asiantuntijatietoon, että ihmisyyttä koskevat käsitykset ja normisto ovat 1800-luvulta alkaen olleet pitkälti ihmistieteiden piirissä tuotetun tiedon mukaisia (Varis 1989, 86). Näkemys nostaa esille kysymyksen siitä, palvelevatko itseyteen ja identiteettiin liitetyt arvot viimekädessä vain yhteiskunnan yksilön elämälle asettamia tavoitteita, ja syrjäyttävät yksilöiden omaehtoiset tarpeet. Tällöin tulee tärkeäksi kyseenalaistaa sitä itseyden mallia, jonka nähdään rakentuneen hallinnallisille tavoitteille sekä tehdä näkyvämmäksi itsehallintaa, joka tähtää ylläpitämään niitä kykyjä joita nykyajan yksilöltä vaaditaan.

Modernin yksilön identiteetille asetettuja vaatimuksia tarkastelevissa analyyseissä korostetaan paljon elämänpolitiikan käsitteen merkityksellisyyttä sisäistyneen hallinnan olemuksen ymmärtämisessä (mm. Rose 1996 ja 1998; Ojakangas 1999; Vähämäki 1998 ; Helén 1997). Näissä analyyseissä jälkimoderni tilanne, jossa yksilöillä on vapaus muokata minuuttaan refleksiivisesti ja sommitella identiteettiään, näyttäytyy elämänpolitiikan kaapuun verhoutuneena biovaltana. Minuuden vapaasta muokkaamisesta on näkemyksen mukaan tullut uusi itseyden ihanne. Identiteettipeliin soluttautunut valta näyttäytyy nyt vaatimuksena jatkuvaan itsereflektioon - siihen, että ihminen tekee itsestään loputtoman projektin, lakkaamatta sopeutumaan valmiin teoksen (Ojakangas 1999, 53).

Sisäistyneen vallan olemus kytkeytyy myös masennuslääkeilmiötä tarkasteltaessa ajatukseen siitä, että yksilö pyrkii olemisessaan ja pyrkimyksissään täyttämään kulttuurisen ihanneidentiteetin vaatimukset. Edellä mainittujen modernia identiteettihallintaa tarkastelevien analyyseiden mukaan mm. autonomisuus, yksilöllisyys, aktiivisuus, joustavuus, muuntautumiskyky ja sosiaalisuus ovat normeja, jotka kuuluvat modernien länsimaisten yhteiskuntien ihanneitseyteen. (Vähämäki 1998, 133; Rose 1996, 3.) Ihminen, joka kärsii psyykkisestä pahoinvoinnista ja kokee olevansa masentunut, on hyvin kaukana näistä länsimaiselle identiteetille asetetuista vaatimuksista. Hän ei yrittäessäänkään kykene täyttämään niitä tavoitteita, joita hän sisäistyneen vallan pakottamana asettaa itse itselleen.

Nykyisessä identiteetti-ihanteessa on mielestäni kuitenkin myös hyvät puolensa: kansalaisen oman autonomisuuden ja vastuullisuuden tunnustaminen tilanteissa, joissa hänellä on tähän resursseja ja voimaa on ainoastaan positiivista. Omaehtoisuuden ja itsen vapaan muokkaamisen ei kuitenkaan pitäisi olla kaikille kansalaisille asetettu velvoite, sillä aina on paljon niitä, jotka eivät taivu aktiiviseen ja 'vastuulliseen' itsensä uudistamiseen tilanteen sitä vaatiessa. Tällöin muodostuu vaaraksi, että kansalaisuuden ulkopuolelle rajataan ne, jotka eivät yhteiskunnallisten hankaluuksien kohdatessa syystä tai toisesta kykene muuntautumaan takaisin yhteiskuntakelvon identiteetin raameihin.

Lievästä masennuksesta kärsiville masennuslääkkeet ovat houkutteleva tapa lähestyä kulttuurista ihanneidentiteettiä. Uusien masennuslääkkeiden markkinoille tulon myötä mielialan kemiallinen parantaminen onkin yleistynyt nimenomaan lievästä masennuksesta, eli nk. masennusepidemiasta kärsivien keskuudessa. Mielestäni tässä valossa on perusteltua todeta, että sisäistynyt valta näyttäytyy olennaisena osana masennuslääkeilmiön yhteiskunnallista ulottuvuutta: valta-analyttisestä näkökulmasta

tarkasteltuna masennuslääkkeiden käytön lisääntymisessä on kyseessä ennen kaikkea itsehallinnan muoto, uusi minätekniikoiden soveltamisen käytäntö.

Minätekniikat ovat foucault'laisessa ajattelussa käytäntöjä, joiden avulla yksilöt omin keinoin muokkaavat minuuttaan ja rakentavat identiteettiään 'ihanteensa' kaltaiseksi. Minätekniikat ovat osa vallan ja vapauden verkostoissa toimivaa subjektia, jonka vuoksi niiden kautta tapahtuva itsen muokkaaminen voi olla joko vallalle vapaata tai alisteista. Ne eivät siis välttämättä ole sidoksissa valtaan. Miksi siis pitäisi olettaa, että pahoinvoivan ihmisen valinta pyrkiä kohti parempaa minuutta masennuslääkkeiden avulla olisi alisteista vallalle? Eikö tämän voisi nimenomaan ajatella olevan itsen *vapaata* muokkaamista, pyrkimistä kohti onnellisempaa ja parempaa elämää?

Kysymys siitä, milloin 'foucault'lainen subjekti' toimii vapaasti ja milloin alistetusti on filosofisesti äärimmäisen vaikea, sillä omaa tahtoa ja tuotettua minuutta on lopulta mahdotonta erottaa toisistaan. Foucault'n mukaanhan emme edes itse kykene tunnistamaan omaa toimintaamme rajoittavaa sisäistynyttä valtaa (Foucault 1998, 48). Masennuslääkeilmiossa näyttäytyvän minätekniikoiden soveltamisen käytännön voi kuitenkin mielestäni argumentoida olevan nimenomaan alistavaa valtaa seuraavassa mielessä:

Ensinnäkin masentunut olotila, josta lääkkeiden valinnalla halutaan päästä eroon, on jälkimodernin yhteiskunnallisen tilanteen tuote: usein psyyken rakenne ei kestä nyky-yhteiskunnan vaatimaan ihanneitseyteen pyrkimistä, ja reagoi 'epäonnistumiseen' masennuksella. (vrt. Siltala 1996, 134-150.) Toisekseen, se ihanneidentiteetti, joka masennuslääkkeiden avulla pyritään saavuttamaan, on selvästi yhteydessä nykyisen kilpailuyhteiskunnan vaatimuksiin. On siis tulkittavissa, että tahto muuttaa itseään menestyäkseen yhteiskunnallisessa kilpailussa on hallinnalle alistettua tahtoa, ja tuohon muutokseen valjastetut minätekniikat alistettuja minätekniikoita. (vrt. Vähämäki 1998, 133.)

Masennus laajamittaisena epidemiana ei ole yksilöllinen ongelma, vaan modernisaation mukanaan tuoma sosiaalinen riski. Tästä huolimatta onnettomuuden uhan hallinta tapahtuu henkilökohtaisella tasolla yksilön itseohjausmekanismien kautta. Kun masennuksesta näin pyritään tekemään yksilöllinen riski, ja sen hallitsemisesta osa minuuden valintapolitiikkaa, naamioituu yksilöihin kohdistuva yhteiskunnallinen hallinta 'velvollisuudeksi itseä kohtaan'. Onnettomuuden uhassa on siis kysymys yhteiskunnallisen kehityksen mukanaan tuomasta riskistä, jonka kohdalla selviytymisvastuu on jätetty minuutensa kanssa kamppailevalle yksilölle itselleen. Tässä valossa

masennuslääkeilmiö näyttäytyy 'vapauden illuusiolle' perustuvana, yksilöihin sisäistyneeseen valtaan tukeutuvana hienovaraisena hallinnointina.

9. LOPUKSI

Missä mielessä 'masennusepidemian' lääkehoito näyttäytyy ongelmallisena? Toisin sanoen: miksi masennusongelma ei ole ratkaistavissa lääkkeiden avulla? Tutkielman aineistossa esiintyviin 'medikalisaatiokriittisiin puhetapoihin' tukeutuen vastaan tähän kysymykseen seuraavasti: Masennuksen hoidossa jätetään masennuslääkkeiden käytön yleistymisen seurauksena huomiotta ne sosiaaliset syyt tai yhteiskunnalliset ongelmat, joista masennus usein aiheutuu. Masennusongelma ei ole syntynyt irrallaan yhteiskunnasta, vaan nimenomaan kertoo siitä, että pitkälti talouden ehdoilla tapahtuva kiihtyvä yhteiskunnallinen muutos aiheuttaa ihmisille sopeutumisongelmia. Masennusepidemian hoitaminen ainoastaan yksilölliseen paranemiseen tähtäävän masennuslääkityksen avulla ei siis riitä: tällöinhän masennuksen taustalla olleet yhteiskunnalliset syyt jäävät ennalleen, eikä masennusongelma poistu, vaan uusiutuu jatkuvasti. Yhteiskunnallisen tilanteen aiheuttaman psyykkisen pahoinvoinnin redusoiminen yksilölliseksi tai jopa ainoastaan ihmisen biologiaan liittyväksi ongelmaksi on väärin, koska tällöin masennukseen johtaneet yhteiskunnalliset ongelmat sivuutetaan, ja ne jäävät ennalleen.

Tällä en toki tarkoita että puoltavaa puhetapaa käyttävät asiantuntijat pyrkisivät merkityksenannoillaan noihin masennuslääkeilmiön 'pahoihin' seurauksiin. Diskurssi-analyysissä ei tarkoituksena ole olettaa puhujien mahdollisia intentioita, vaan lähteä liikkeelle yksinkertaisesti siitä ideasta että tietyt puheet merkityksellistävät maailmaa tietyllä tavalla. Foucault'n mukaan tavoitteena ei olekaan arvostella yksittäisiä ihmisiä tai ryhmiä, vaan niitä tiedon muotoja joiden perusteella tietyt instituutiot ja yhteiskunnalliset käytännöt vakiintuvat. Näitä tiedon muotoja olen tässä tutkielmassa pyrkinyt kyseenalaistamaan, sillä lääkehoidon aseman ensisijaisena terveystieteellisenä keinona masennusongelman ratkaisemiseksi en soisi vakiintuvan yhteiskunnalliseksi käytännöksi. Sen sijaan lääkehoidolla on mielestäni paikkansa 'masennusepidemian ensiapuna': masennuslääkeilmiö tulisi siis aktiivisesti merkityksellistää pikemminkin masennusongelman 'väliaikaiseksi hätäratkaisuksi', kuin tuudittautua siihen että asia on näillä eväin hallinnassa.

Tässä tutkielmassa esitetyt merkityksenannot ja kannanotot ovat myös nk. 'puhetapoja', jotka omalta osaltaan jatkavat masennuslääkeilmiöstä käytävää keskustelua ja

määrittelykilpaa. Tutkielmani osallistuu myös 'masennuslääkeilmiön kiistakenttään' asettuen kannattamaan kriittisille puhetavoille ominaisia määrittelytapoja, ja esittämällä myös osittain uusia merkityksenantoja. Omat lisäyksetni ja näkökulmani kriittisten puhetapojen merkityksenantoihin liittyvät kysymyksiin 'oman elämän hallinnasta' ja yhteiskuntapolitiikan mahdollisuudesta toimia nk. elämänpolitiikkana, eli mahdollisuuksien luojana hyvälle elämälle.

Elämänpolitiikkahan määrittyy valtiollisesta näkökulmasta perinteisen sosiaalipolitiikan yksilösidonnaisemmaksi ja joustavammaksi vaihtoehdoksi. Hyvinvointivaltion tulisi elämänpolitiikkaa harjoittaessaan pyrkiä sellaisiin toimiin, jotka mahdollistavat yksilöiden subjektiivisen hyvinvoinnin. Giddensin (1994, 181) mukaan valtiollisen elämänpolitiikan viimekätisenä tavoitteena tulisivatkin olla yksilöllinen onni. Tämä ajatus asettuu hyvin kiintoisaan valoon, kun sitä tarkastellaan onnettomuuden uhan, eli modernien yhteiskuntien kohtaaman masennusongelman valossa. Tutkielmani alkupuolella esitinkin kysymyksen siitä, onko masennuslääkkeiden laajentunut käyttömahdollisuus avannut valtiolähtöiselle 'subjektiivisen onnen takaamiselle' uuden keinon harjoittaa 'hyvän elämän politiikkaa'.

Foucault'laisen näkemyksen mukaan elämänpoliittisen ajattelun korostama 'minuuden vapaa muokkaaminen' ei lopulta ole vapaata, vaan paljastuu valtiollisen hallinnon ihmisen itseyyteen kohdistamaksi normiksi. Yksilöiden tulee täyttää yhteiskunnalliset velvollisuutensa 'toteuttamalla itseään' ja muovaamalla elämäntapaansa elämänpoliittisten valintojen kautta. Vastuullisen kansalaisuuden projekti on siis elämänpoliittisella aikakaudella sulautunut yhteen yksilöiden itselleen asettaminen projektien kanssa. Tässä valossa masennuslääkeilmiö on nähtävissä valtiollisen elämänpolitiikan tavoittelemana hyvän elämän edellytysten luontina. Masennuslääkkeiden käytön aloittaminen on yhä useammin sisäistyneen vallan vaatima 'järkevä elämänpoliittinen valinta' tilanteessa, jossa psyykkisesti pahoinvoiva yksilö ei kykene täyttämään identiteettihallinnan minuudelle asettamia vaatimuksia.

Tämän tutkielman tavoitteena on ollut tuoda esiin ja kritisoida sitä tapaa, jolla masennuslääkeilmiö merkityksellistetään järkeväksi ja hyväksyttäväksi ratkaisuksi yhteiskunnalliseen masennusongelmaan. Ensimmäinen askel masennuslääkeilmiön merkityksellistämistavan muutoksessa olisi mielestäni sen tunnustaminen, että lievänä masennuksena ilmenevän psyykkisen pahoinvoinnin jatkuvasti lisääntyessä masennuslääkeilmiössä on kyse paljon muustakin kuin vain vakavien masennustapauksien lisääntyneestä ja parantuneesta hoidosta. Näin masennuslääkkeiden käytön yleistymisen ei näyttäytyisi ainoastaan ammattitietikkansa noudattavien lääkäreiden

toiminnan välttämättömänä seurauksena, vaan myös (mielenterveys)poliittisena ratkaisuna, joka kertoo siitä miten masennusongelmaan halutaan yhteiskunnassamme suhtautua. Lisäksi tarvittaisiin masennuksen määritelmän ja ymmärtämistavan radikaalia muutosta: masennuksen määrittelemisen yksilöllisen tilan lisäksi myös ongelmaksi, jolla on vahva yhteiskunnallinen ulottuvuutensa tukisi sitä vaihtoehtoista näkemystä, jonka mukaan yksilöiden mielen lääkitseminen ei voi tarjota lopullista ratkaisua yhteiskunnalliseen masennusongelmaan.

Aineistoartikkelit:

Elo, Jyrki; Myllykangas, Markku; Ryynänen, Olli-Pekka & Tuomainen, Raimo. *Siunattu hulluus*. Hyvinvointikatsaus. Tilastollinen aikakauslehti. 1999:2, 26-32.

Hietanen, Eija. *Auvoisaan eloon*. Yliopisto. Helsingin yliopiston tiedotuslehti. 1996:20, 7-10.

Holmalahti, Jussi & Thormodsen, Marja. *Freudista onnenpilleriin*. Dosis: Farmaseuttinen aikakauskirja. 15(1999):3, 143-149.

Huttunen, Matti. *Masennuslääkkeiden hyödyt ja haitat*. Teoksessa: Sihvo, Sinikka & Hemminki, Elina (toim.) 1996. *Lääkkeet ja suomen kansan masennus*. -seminaariraportti. Stakes. Aiheita 1996: 6, 13-16.

Kangas, Ilka. *Masentunut kaipaa vertaistukea*. Helsingin Sanomat, 12.12.1998, Ajassa.

Kiikkala, Irma. *Masennusta on käsiteltävä monesta näkökulmasta*. Helsingin Sanomat 22.8.1999, Mielipide.

Klaukka, Timo. *Lääkettä psyykelle*. Socius. Sosiaali- ja terveystieteellinen aikakauslehti. 1997:1, 29

Klemetilä, Sinikka. *Nyt puhuttavat mieli ja lääkkeet*. Tiede 2000. 15(1995):5, 50-53.

Korpi, Esa. *Parempi itsetunto lääkkein?* Helsingin Sanomat 21.7.1999, Ajassa.

Lähteenmäki, Antti. *Mediasta, masennuksesta ja medikalisaatiosta*. Duodecim. Lääketieteellinen aikakauskirja. 116 (2000), 1416.

Markkanen, Kristiina. *Onni on pilleri*. Helsingin Sanomat 17.12.1999, NYT-liite.

Puhakainen, Jyri. *Olemmeko kadottaneet elämisen mielen?* Helsingin Sanomat 3.8.1999, Mielipide.

Puusaari, Hille. *Depressiolääkkeistä kiistellään*. Mielenterveys. 35(1996):1, 14-15.

Reivilä, Marjut. *Masennuslääkkeitä yhä useammille*. Sosiaalivakuutus. 34(1996):4, 28-29.

Sihvo, Sinikka. *Lääkkeet ja Suomen kansan masennus*. Suomen apteekkarilehti. 1996:10, 6-8.

Siltala, Juha. *Mitä psykykenlääkkeet peittävät*. Helsingin Sanomat 3.6.1997, Ajassa.

Solantaus, Tytti. *Depressiolääkkeiden yhteiskunnallisesta merkityksestä*. Teoksessa: Sihvo, Sinikka & Hemminki, Elina (toim.) 1996. *Lääkkeet ja suomen kansan masennus*. -seminaariraportti. Stakes. Aiheita 1996:6 Helsinki: Stakes monistamo, 30-36.

Taipale, Ilkka. *Masennuslääkkeiden käyttö kolminkertaistunut*. Suomen apteekkarilehti 1998:9, 6-7.

Uhrendorf, Marianne. *Yhteiskunnan vai yksilön sairauksia*. Helsingin Sanomat 30.10.1999, Ajassa.

Vainio, Riitta. *Onnenpillereitä popsitaan myös sosiaalsiin ongelmiin*. Helsingin Sanomat 19.7.1997, Kotimaa.

Wallin, Matti. *Depressio -alidiagnosoitu ja alihoidettu sairaus*. Proviisorilehti 11(1997):3, 12-13.

Lähteet:

Aalberg & Toskala 1996. *Depression psykologiset tekijät*. Teoksessa: Suomen akatemian julkaisuja 1996. *Depressio -tunnistaminen ja hoito*. Helsinki: Painatuskeskus Oy.

Aaltonen, Erkki; Larivaara, Pekka; Seikkula, Jaakko & Väisänen, Erkki 1996. *Perheen ja sosiaalisten verkostojen merkitys depression esiintymisessä, sen tunnistamisessa, preventiossa ja hoidossa*. Teoksessa: Suomen akatemian julkaisuja 1996. *Depressio -tunnistaminen ja hoito*. Helsinki: Painatuskeskus Oy.

Achté, Kalle 1991. *Depressiosta voi päästä*. Juva: Wsoy.

Achté, Kalle & Tamminen, Tapani 1993 (toim.). *Depressio ja sen hoito*. Jyväskylä: Gummerus.

- Ahponen, Pirkkoliisa & Marttinen, Heli 1997. *Parisuhde riskiyhteiskunnassa*. Teoksessa: Ahponen, Pirkkoliisa (toim.) Riskikirja. Uhat, mahdollisuudet ja asiantuntijuus epävarmuuden yhteiskunnassa. SoPhi. Jyväskylän yliopistopaino.
- Andersson, Claes 2000. *Katoava subjekti eli mihin psykoanalyysiä yhä tarvitaan*. Esipuhe teoksessa: Roudinesco, Elisabeth 2000. Miksi psykoanalyysiä yhä tarvitaan? Helsinki: Gaudeamus.
- Beck, Ulrich 1986. *Risk Society. Towards a new modernity*. London, Newbury park & New Delhi: SAGE
- Beck, Ulrich; Giddens, Anthony & Lash, Scott 1996. *Nykyajan jäljillä*. Jyväskylä: Gummerus.
- Dreyfus, Hubert & Rabinow, Paul 1982. *Michel Foucault. Beyond structuralism and hermeneutics*. University of Chicago: The Harvester press limited.
- Elo, Jyrki; Myllykangas, Markku; Rynänen, Olli-Pekka & Tuomainen, Raimo 1999. *Medikalisaatio, aikamme sairaus*. Tampere: Vastapaino.
- Elo, Jyrki; Myllykangas, Markku; Rynänen, Olli-Pekka & Tuomainen, Raimo 1999. *Siunattu hulluus*. Hyvinvointikatsaus. Tilastollinen aikakauslehti. 1999:2, 26-32.
- Foucault, Michel 1973. *The birth of the clinic*. London: Tavistock.
- Foucault, Michel 1973. *The Madness and civilisation*. New York: Vintage books.
- Foucault, Michel 1982. *'The subject and power'*. Teoksessa Dreyfus, H. & Rabinow, P. Michel Foucault. Beyond structuralism and hermeneutics. With an afterword by Michel Foucault. University of Chicago: The Harvester press limited.
- Foucault, Michel 1988a. *'Technologies of the self'*. Teoksessa Martin, L; Gutman H, Hutton, P: *Technologies of the self. A seminar with Michel Foucault*. The university of Massachusetts press.
- Foucault, Michel 1988b. *'The concern of truth'*. Teoksessa politics, philosophy, culture. Interviews and other writings 1977-1984. New York: Routledge.

Foucault, Michel 1998. *Seksuaalisuuden historia 1-3: Tiedontahto, nautintojen käyttö, huoli itsestä*. Helsinki: Gaudeamus.

Foucault, Michel 1998b. *Nietzsche, genealogia, historia*. Teoksessa: Foucault/Nietzsche. Helsinki: Cosmoprint.

Foucault, Michel 2000. *Tarkkailla ja Rangaista*. Keuruu: Otavan kirjapaino.

Giddens, Anthony 1991. *Modernity and self-identity. Self and society in the late modern age*. Cornwall: Polity Press.

Giddens, Anthony 1994. *Beyond left and right. The future of radical politics*. Cornwall: Polity Press.

Giddens, Anthony 1996. *Elämää jälkitraditionaalisessa yhteiskunnassa*. Teoksessa: Beck, Ulrich; Giddens, Anthony & Lash, Scott 1996. *Nykyajan jäljillä*. Jyväskylä: Gummerus.

Helén, Ilpo 1998. *'Elämä seksuaalisuudessa'*. Jälkipuhe teoksessa Michel Foucault 1998. *Seksuaalisuuden historia 1-3: Tiedontahto, nautintojen käyttö, huoli itsestä*. Helsinki: Gaudeamus.

Heiskala 1996. *Modernisoitumisen seuraukset ja elämänpolitiikka: Giddensin 1990-luvun tuotanto*. Teoksessa Roos, J-P. & Hoikkala, T. *Elämänpolitiikka*. Tampere: Tammerpaino.

Helén, Ilpo 1997. *Äidin elämän politiikka. Naissukupuolisuus, valta ja itsesuhde Suomessa 1880-luvulta 1960-luvulle*. Tampere: Gaudeamus.

Helén, Ilpo 2000. *Ruumiillistunut sosiologia*. Teoksessa Kangas, Karvonen & Lillrank (toim.) 2000. *Terveys sosiologian suuntauksia*. Helsinki: Gaudeamus.

Holmalahti, Jussi & Thormodsen, Marja 1999. *Freudista onnenpilleriin. Dosis*. Farmaseuttinen aikakauskirja.15(1999):3, 143-149.

Honkasalo, Marja-Liisa 2000. *Miten sairaus rakentuu sosiaalisesti*. Teoksessa Kangas, Karvonen & Lillrank (toim.) 2000. *Terveys sosiologian suuntauksia*. Helsinki: Gaudeamus.

Huttunen, Matti 1996. *Masennustilojen biologisesta taustasta*. Teoksessa: Suomen akatemian julkaisuja 1996. *Depressio -tunnistaminen ja hoito*. Helsinki: Painatuskeskus Oy.

Huxley, Aldous 1978: *Uljas uusi maailma*. Helsinki: Tammi.

Isometsä, Erkki 1999a. *Masennustilat -uusi kansantauti?* Hyvinvointikatsaus. Tilastollinen aikakauslehti. 1999:2, 11-13.

Isometsä, Erkki 1999b. *Mielialahäiriöt: masennushäiriöt ja kaksisuuntaiset mielialahäiriöt*. Teoksessa: Lönnqvist ym.(toim.) 1999. *Psykiatria*. Jyväskylä: Gummerus.

Jokinen, Arja; Juhila, Kirsi & Suoninen Eero 1993. *Diskurssianalyysin aakkoset*. Tampere: Vastapaino.

Jokinen, Arja; Juhila, Kirsi & Suoninen Eero 1993. *Diskurssianalyysi liikkeessä*. Jyväskylä: Gummerus.

Kangas, Karvonen & Lillrank (toim.) 2000. *Terveys sosiologian suuntauksia*. Helsinki: Gaudeamus.

Koivusalo, Markku 1998. *Elämän politiikasta eli katsaus biovallan teemaan*. Teoksessa Roos, J-P. & Hoikkala, T. *Elämänpolitiikka*. Tampere: Tammerpaino.

Kontula, Osmo; Koskela, Kai; Kananen Pentti & Viinamäki, Heimo 1992. *Taloudellinen muutos ja terveys*. Sosiaali- ja terveyshallitus. Raportteja 67. Helsinki.

Kortteinen, Matti 2000. *Kohti 2000-luvun sosiaalitieteellistä ajattelua. Keskustelua Anthony Giddensin kanssa*. Teoksessa 2000-luvun elämä. Sosiologisia teorioita vuosituhannen vaiheesta. Helsinki: Gaudeamus.

Kramer, Peter 1994. *Mielen muuttajat*. Porvoo, Helsinki, Juva: Wsoy.

- Lehtinen, Ville 1996. *Mikä on depression kansanterveydellinen merkitys?* Teoksessa: Suomen akatemian julkaisuja 1996. Depressio -tunnistaminen ja hoito. Helsinki: Painatuskeskus Oy.
- Lehtonen, Johannes 1996. *Mitä depression on?* Teoksessa: Suomen akatemian julkaisuja 1996. Depressio -tunnistaminen ja hoito. Helsinki: Painatuskeskus Oy.
- Lönnqvist ym.(toim.) 1999. *Psykiatria*. Jyväskylä: Gummerus.
- Kusch, Martin 1993. *Tiedon kentät ja kerrostumat*. Oulu: Kirjapaino osakeyhtiö Kaleva
- Martin, Luther; Gutman, Huck & Hutton, Patrick 1988. *Technologies of the self. A seminar with Michel Foucault*. The university of Massachusetts press.
- Massa, Ilmo 1990. *Teollisuusyhteiskunnan kuolemattomuudesta ja kirjan sisällöstä*. Esipuhe teoksessa Ulrich Beck 1990. Riskiyhteiskunnan vastamyrryt. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino.
- Miller, Peter & Rose, Nikolas 1989. *Poliittiset rationalisaatiot ja hallintatekniikat*. *Politiikka* 1989:3, 146-148.
- Myllykangas, Markku & Ryyänen, Olli-Pekka. 2000. *Terveydenhuollon etiikka*. Arvot monimutkaistuvassa maailmassa. Juva: Wsoy.
- Oinas, Elina 1998. *Feministinen näkökulma terveystutkimukseen*. Teoksessa Kangas, Karvonen & Lillrank (toim.) 2000. *Terveyssosiologian suuntauksia*. Helsinki: Gaudeamus.
- Ojakangas, Mika 1999. *Biovallasta itsen vapaaseen muokkaamiseen*. *Nuori Voima* 1999: 6, 53-54.
- Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2000. *Potilaan terveys on tärkein*. *Pohjanpiiri* 1/2000. Pohjois pohjanmaan sairaanhoitopiirin lehti (<http://www.ppshp.fi/pohjanpiiri/100/artikkelit/pote.htm>)
- Raitasalo, Raimo 1977. *Depressio ja sen yhteys psykoterapian tarpeeseen*. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja A:13. Vammala: Vammalan kirjapaino.

- Raunio, Kyösti 1996. *Sosiaalipolitiikan lähtökohdat*. Tampere: Gaudeamus.
- Reuter, Marina & Ruusuvuori, Johanna 1994. *Filosofinen ja sosiaalitieteellinen näkökulma terveydenhuoltoon*. Suomen kuntaliitto. Helsinki: Kuntaliiton painatuskeskus.
- Ristaniemi, Teija 1998. *Oman onnensa seppä?* Tutkimus masentuneen naisen selviytymisestä. Stakes aiheita 33/1998. Helsinki: Stakesin monistamo.
- Rose, Nikolas 1993. *Eriarvoisuus ja valta hyvinvointivaltion jälkeen*. Teoksessa: Eräsaari, Risto & Rahkonen, Keijo (toim.) 1995. *Hyvinvointivaltion tragedia. Keskustelua Eurooppalaisesta hyvinvointivaltiosta*. Tampere: Tammerpaino.
- Rose, Nikolas 1996. *Inventing our selves. Psychology, power and personhood*. Cambridge university press.
- Rose, Nikolas 1998. *Vallan ja vapauden välissä: hyveen hallinta vapaassa yhteiskunnassa*. Janus. Sosiaalityön ja sosiaalipolitiikan tutkimuksen aikakauslehti. 6 (1998):1, 1-33.
- Roos, J-P 1998. *Elämänpolitiikka*. Teoksessa Roos, J-P. & Hoikkala, T. *Elämänpolitiikka*. Tampere: Tammerpaino.
- Roos, J-P. & Hoikkala, Tommi 1998. *Elämänpolitiikka*. Tampere: Tammerpaino.
- Roudinesco, Elisabeth 2000. *Miksi psykoanalyysyä yhä tarvitaan?* Helsinki: Gaudeamus.
- Sihvo, Sinikka & Hemminki, Elina (toim.) 1996. *Lääkkeet ja suomen kansan masennus*. -seminaariraportti. Stakes. Aiheita 6/1996. Helsinki: Stakes monistamo.
- Siltala, Juha 1996. *Yksilöllisyyden historialliset ja psykologiset ehdot*. Teoksessa Hautamäki, Antti; Lagerspetz, Eerik; Sihvola, Juha; Siltala, Juha & Tarkki, Timo 1996. *Yksilö modernin murroksessa*. Tampere: Tammer-Paino.
- Solantaus, Tytti. *Depressiolääkkeiden yhteiskunnallisesta merkityksestä*. Teoksessa: Sihvo, Sinikka & Hemminki, Elina (toim.) 1996. *Lääkkeet ja suomen kansan masennus*. -seminaariraportti. Stakes. Aiheita 6/1996. Helsinki: Stakes monistamo.

Sulkunen, Pekka 1997. *Todellisuuden ymmärrettävyys ja diskurssianalyysin rajat*. Teoksessa: Sulkunen, Pekka & Törrönen, Jukka (toim.) 1997. *Semioottisen sosiologian näkökulmia*. Tampere: Tammer-Paino.

Suomen lääkäriliitto 2000. *Lääkärin etiikka*. Forssan kirjapaino Oy.

Suomen akatemian julkaisuja 1996. *Depressio -tunnistaminen ja hoito*. Helsinki: Painatuskeskus Oy.

Suomen lääketilasto 1990. 1991. Lääkeinformaation ja tilastoinnin yhteistyötoimikunta. Helsinki: Kelan omatarvikepaino.

Suomen lääketilasto 2000. 2001. Lääkelaitos ja Kela. Helsinki: Edita Oy.

Tamminen, Tapani 1993. *Depression diagnostiikka*. Teoksessa: Achté, Kalle & Tamminen, Tapani 1993 (toim.). *Depressio ja sen hoito*. Jyväskylä: Gummerus

Tienari, Pekka 1993. *Depressioiden epidemiologia ja genetiikka*. Achté, Kalle & Tamminen, Tapani 1993 (toim.). *Depressio ja sen hoito*. Jyväskylä: Gummerus.

Valtonen, Sanna 1998. *Hyvä paha media. Diskurssianalyysi kriittisen mediatutkimuksen menetelmänä*. Teoksessa Kantola, A; Moring, I & Väliverronen, E. (toim.). 1998. *Media-analyysi. Tekstistä tulkintaan*. Tampere: Tammerpaino.

Varis, Tuula 1989. *Vallan genealogia. Tutkimus Michel Foucault'n valtakäsityksistä*. Tampere: Tampereen yliopiston jäljennepalvelu.

Vähämäki, Jussi 1998. *Elämänpolitiikka ja biopolitiikka*. Teoksessa Roos, J-P. & Hoikkala, T. *Elämänpolitiikka*. Tampere: Tammerpaino.

Väliverronen, Esa 1996. *Ympäristöuhkan anatomia. Tiede, mediat ja metsän sairaskertomus*. Jyväskylä: Gummerus.

Whybrow, Peter 1998. *Mielen naamiot. Depressio, mania ja muut mielialahäiriöt*. Keuruu: Otava.